

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme

Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

Travail de Bachelor

Prévention des escarres au sein d'un EMS : un défi quotidien.

Réalisé par : Charlotte Dorsaz et Valentine Lerjen

Promotion : Bachelor 11

Sous la direction de : Mme Christine Seppey

Sion, le 16 juillet 2014

Résumé

Il s'agit d'une recherche qualitative exploratoire pour l'obtention d'un Bachelor Thesis. Le but principal de celle-ci est : la récolte des différentes techniques de prévention des escarres dans un EMS en rapport avec l'échelle de Braden. La thématique des escarres est une problématique réelle dans les soins. La population choisie se compose de onze soignants soit des infirmières, infirmières assistantes, ASSC, aides-soignantes qualifiées et non qualifiées. Les participants sont inscrits de leur plein gré. Les entretiens sont réalisés grâce à un questionnaire semi-dirigé construit à partir des facteurs de risques de l'échelle de Braden. Il en ressort une grande sensibilité des soignants interviewés face à cette problématique. Pour tous les facteurs de risques, les soignants mettent en place des actions précises. Des interrogations telles que les notions d'escarre de stade I, effleurage – massage, talc, protections, soins de fin de vie sont relevées et travaillées dans l'analyse. Les soignants estiment que l'utilisation de l'échelle de Braden serait un bénéfice pour mettre l'accent sur les facteurs déficients et agir en conséquence et de manière systématique lors de l'admission ou de changement de l'état de santé.

Mots clé : Escarres, prévention, EMS, facteurs de risques, Braden, techniques

« La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la HES-SO//Valais, du directeur du travail ou du jury »

Remerciements

Tout d'abord un tout grand merci à notre directrice de Bachelor Mme Seppey Christine pour le temps et le soutien qu'elle nous a apportés.

Un merci particulier à Emilie pour avoir accepté de participer à notre entretien test et nous avoir fourni des conseils constructifs.

Nous remercions chaleureusement l'infirmière cheffe et le directeur de l'institution pour nous avoir permis de réaliser notre étude dans leur établissement ainsi que pour leur soutien et leur disponibilité.

Un remerciement aux participants volontaires de l'institution, pour le temps et la motivation dont ils ont fait preuve.

Un très grand merci à nos correctrices d'orthographe pour le temps qu'elles ont accordé à notre travail.

Nous remercions du fond du cœur nos familles pour nous avoir supportées et soutenues tout au long de ce travail de longue haleine.

Table des matières

1 Introduction	1
1.1 Présentation du thème	2
1.2 Motivations personnelles.....	4
1.3 Motivations socio-professionnelles.....	5
1.4 Motivations économiques et politiques.....	6
1.5 Référentiel de compétences.....	9
1.6 Objectifs généraux :.....	10
2 Problématique	11
2.1 Questions de départ :	11
2.2 Développement de la problématique.....	11
2.2.1 <u>Développement de l'échelle de Braden</u>	<u>15</u>
2.3 Formulation de la question de recherche	18
2.4 Hypothèse	18
2.4.1 <u>Axes d'étude</u>	<u>19</u>
2.5 Objectifs spécifiques de recherche.....	19
2.6 Limites de la recherche	20
3 Théorie de Virginia Henderson	21
3.1 Introduction.....	21
3.2 Historique page loïsele	21
3.3 Les soins infirmiers selon Henderson :.....	22

3.4	La théorie d'Henderson	22
3.5	Le rôle de l'infirmière	23
3.6	Qualité des soins	23
3.7	Les besoins fondamentaux et prévention des escarres	24
3.7.1	<u>Boire et manger</u>	<u>24</u>
3.7.2	<u>Éliminer</u>	<u>26</u>
3.7.3	<u>Se mouvoir et maintenir une bonne position</u>	<u>28</u>
3.7.4	<u>Être propre et protéger ses téguments</u>	<u>31</u>
3.7.5	<u>Sécurité.....</u>	<u>32</u>
3.7.6	<u>Besoins de communiquer</u>	<u>33</u>
4	Méthode	34
4.1	Faisabilité du projet	34
4.2	L'échantillonnage.....	35
4.3	Récolte des inscriptions.....	36
4.4	Construction des entretiens et pré-test.....	37
4.5	Planification des entretiens.....	39
4.6	Les entretiens	39
4.7	Principes éthiques	40
5	Analyse	42
5.1	Connaissances des facteurs de risques.....	43
5.2	Perception sensorielle	44
5.3	L'humidité	48
5.4	L'activité (le déplacement).....	49
5.5	La mobilité (mobilisation du corps).....	51
5.6	La nutrition.....	52

5.7	Le cisaillement et la friction	54
5.8	Question de synthèse	56
6	Synthèse de l'analyse	57
6.1	Vérification de l'hypothèse.....	57
6.2	Question centrale de recherche	58
6.3	Atteinte des objectifs spécifiques	59
7	Discussion.....	61
7.1	Validité interne.....	61
7.1.1	<u>Évolution personnelle</u>	<u>62</u>
7.2	Validité externe.....	63
7.2.1	<u>Transférabilité et recherches futures</u>	<u>63</u>
8	Conclusion	64
8.1	Significations des résultats.....	64
8.2	Compétences	65
8.3	Atteinte des objectifs d'apprentissage.....	67
8.4	Facilités et difficultés	67
8.5	Auto-évaluation et apport personnel	68
8.6	Apports professionnels.....	69
9	Références bibliographique, cybérographie.....	71
10	Annexes.....	i
10.1	Annexe A : tableau de l'échelle de Braden tiré de (Pauchet-Traversat, 1995) p. 24	i
10.2	Annexe B : recension des articles et littératures consultés	ii
10.3	Annexe C : procès-verbale de la première rencontre avec l'institution.....	x

10.4	Annexe D : lettre de consentement libre et éclairé.....	xiii
10.5	Annexe E : lettre d'information aux personnes participant à une étude.....	xv
10.6	Annexe F : lettre personnelle d'information au personnel soignant.....	xvii
10.7	Annexe G : grille d'entretien	xviii
10.8	Annexe H : feuille d'entretien.....	xxv

1 Introduction

Dans le cadre de la formation pour l'obtention d'un Bachelor of Science, l'un des prérequis est la réalisation d'un travail de Bachelor dit Bachelor Thesis. La recherche est l'investigation d'un problème basé sur un questionnement professionnel. Concernant l'évolution de l'infirmière chercheuse, Florence Nightingale est la pionnière de ce type de travail. Actuellement, la recherche est en nette augmentation, avec l'ouverture à de nouveaux thèmes comme la douleur, la démence, les soins personnels et de la famille, etc. Des rapports sont publiés dans les diverses revues et banques de données électroniques pour en partager les résultats avec un public professionnel de la santé. Nous remarquons qu'ils sont très utilisés dans le domaine des soins infirmiers. Ils permettent aux infirmières d'améliorer la qualité des soins. Il est aussi important que les infirmières actualisent leurs connaissances. Les études visent à améliorer la pratique des infirmières, la prise en charge des clients et ont une influence sur les coûts de la santé en fonction des résultats obtenus. Le but d'une recherche en soins infirmiers est de mettre sur pied une base de connaissances solides qui prend en compte les critères de pertinence, de fiabilité et de faisabilité. Elles sont ainsi fondées sur des résultats probants et il est donc important de multiplier les études sur un même thème pour en démontrer l'importance et vérifier les résultats (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007) p. 4-13.

Le but de ce travail est de nous faire découvrir le vaste terrain de « l'infirmière chercheuse ». Il est vrai que dans le cursus qui nous est proposé, nous bénéficions d'un accès intéressant aux diverses sources de rapports et articles scientifiques. Il s'agit, pour nous, de développer des capacités à effectuer des recherches ciblées, pour un thème choisi qui découle d'un questionnement professionnel et pertinent.

Pour la réalisation de cette recherche, nous avons décidé de nous mettre par deux (Dorsaz Charlotte et Lerjen Valentine) afin d'effectuer une recherche empirique. L'aspect d'aller sur le terrain récolter les informations en fonction des études et articles consultés nous attirait beaucoup. Nous pensons ainsi pouvoir apporter des solutions ou des résultats concrets en lien avec le domaine de recherche.

Dans la suite de l'introduction, nous présenterons en détail le sujet choisi. Nous parlerons de nos motivations personnelles, économiques et politiques ainsi que socio-professionnelles. Nous décrirons finalement les objectifs principaux de ce travail pour ensuite démarrer la problématique du sujet sélectionné.

1.1 Présentation du thème

Premièrement, notre intérêt s'est porté sur le thème des escarres car il est vaste. Il comprend la prévention, les traitements, en particulier des pansements spécifiques et une évolution intéressante à analyser. Cette problématique est présente dans tous les services qu'ils soient aigus ou chroniques. Il s'agit d'un rôle infirmier autonome au niveau de la prévention en s'appuyant sur l'observation, l'évaluation des facteurs de risques et la mise en place des mesures anti-escarres. Lors de l'apparition d'une plaie, le rôle devient médico-délégué. Il concerne la prévention certes, mais également la collaboration étroite entre les infirmières et le médecin pour prodiguer les soins nécessaires à la guérison. L'ensemble des prestations concernant les escarres sont du ressort de l'équipe pluridisciplinaire que ce soit du physiothérapeute, de l'ergothérapeute, de la diététicienne, des infirmières, des ASSC et des aides-soignantes.

Deuxièmement, l'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique qui résulte de la compression des tissus sur un plan dur. Elle peut se nécroser d'où sa signification grecque : « eskhara » → « croûte ». Nous retrouvons trois types d'escarres:

1. accidentelle : suite à une diminution temporaire de la mobilité
2. neurologique : suite à une maladie chronique avec une atteinte sensitive ou motrice
3. plurifactorielle : suite à un alitement prolongé, à une pathologie du patient ou à l'âge avancé de celui-ci

Il existe divers stades de l'escarre selon la National Pressure Ulcer Adviser Panel (NPUAP) :

- Stade 1 - rougeur : modifications des caractéristiques d'une peau intacte telles que la température, la sensibilité, la fermeté de la peau. Lors de la pression de la peau, la rougeur persiste car celle-ci a été soumise à un contact prolongé avec une surface dure.
- Stade 2 – phlyctène et désépidermisation : plaie peu profonde avec la perte d'une partie de l'épiderme allant parfois jusqu'au derme.
- Stade 3 – atteinte des trois couches de la peau : nécrose touchant les trois tissus de la peau (épiderme, derme et hypoderme) avec ulcération.
- Stade 4 – atteinte des structures nobles : destruction des niveaux inférieurs aux trois couches de la peau : une atteinte des muscles, des os, des tendons ou des articulations.

La prévention est séparée en trois parties :

- Primaire : qui concerne toutes les mesures à prendre pour éviter la survenue de cette complication. C'est le cas des coussins de position, les matelas anti-escarres, l'évaluation de la nutrition, de la mobilité etc.
- Secondaire : qui englobe les actions pour éviter que la plaie ne s'aggrave. Par exemple qu'elle passe du stade 2 au stade 3.
- Tertiaire : pour éviter une rechute. Elle comporte les mêmes prestations que la prévention primaire.

(Simon & Warnet, 2010) (Forasassi & Fontaine, 2011)

Pour conclure, une évaluation quotidienne est nécessaire pour éviter toute manifestation d'escarre de stade 1 et de péjoration de celle-ci. Il est important de sensibiliser le personnel soignant pour qu'il apporte une attention constante face à ce problème. Cette démarche est un défi quotidien.

1.2 Motivations personnelles

Tout d'abord, l'intérêt pour le thème nous est venu d'un commun accord. Nous discutons de nos intérêts personnels concernant un sujet d'étude et nous avons parlé des escarres. Ce domaine nous a interpellées car les soins techniques sont particulièrement attirants. En effet, une quantité de soins divers sont prodigués en fonction des stades de l'escarre. Mais notre intérêt porte également sur l'ensemble des compétences à mettre en place. Ce soin de base nécessite beaucoup d'attention, une évaluation et des interventions ciblées.

Ensuite, il s'agit d'un sujet très vaste puisqu'il englobe la personne et ses limitations. Tous les milieux médicaux sont concernés. Il s'agit d'un thème pluridisciplinaire incluant l'équipe soignante, l'équipe médicale, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes... Les escarres sont étroitement liées à l'état psychologique du patient car cela touche l'image corporelle ainsi qu'à son environnement matériel donc la mobilité et l'activité physique. Il faut donc considérer la personne dans sa globalité.

Puis, pour le choix du milieu d'étude, nous avons décidé de collaborer avec un établissement médico-social (EMS) car nous y travaillons durant notre temps libre. Suite à quelques lectures, nous avons remarqué que les résidents faisaient partie des populations cibles. Nous voulions porter notre recherche sur la prévention et ce milieu s'y prêtait bien. En effet, les personnes âgées résidant dans un EMS sont souvent atteintes de pathologies multiples. Privilégier la prévention leur éviterait l'apparition d'escarres. De plus, certaines personnes de l'équipe soignante ont une longue activité dans l'établissement. Elles peuvent apporter leur savoir et leur expérience sur l'évolution des protocoles et la vision des traitements.

Pour Valentine, le travail en EMS lui a permis d'être confrontée à ce problème d'actualité qu'elle ne connaissait pas particulièrement. Elle a observé des escarres conséquentes qui lui ont donné l'envie de comprendre comment il est possible d'arriver à un stade de gravité aussi avancé. Lorsqu'elle abordait le sujet, elle ne prenait pas conscience de l'importance d'une escarre de stade 1. Elle ne pensait pas qu'une simple rougeur était à l'origine de ces plaies impressionnantes qu'elle avait pu observer.

Pour Charlotte, une situation de stage l'a touchée. Elle s'occupait d'une personne ayant des escarres aux deux pieds avec reprise de nécrose. Elle a été surprise de voir le personnel soignant désarmé face à cette situation. Les soignants exprimaient leurs sentiments d'impuissance, trouvaient que les mesures de prévention et les traitements n'étaient pas suffisants dans cette situation.

1.3 Motivations socio-professionnelles

Tout d'abord, les escarres sont une problématique d'actualité dans les soins, principalement dans les milieux concernant les personnes âgées et les personnes alitées. Elles sont très répandues. Les milieux de soins valident volontiers la problématique lors de discussions avec les professionnels. En plus, une étude concernant les escarres est actuellement en cours à l'hôpital du Valais. Puis, la qualité des soins est une finalité de la profession « d'infirmière » et l'intégrité de la peau fait référence aux compétences nécessaires pour l'atteindre.

L'escarre est une plaie qui nécessite souvent des traitements de longue durée et des coûts de santé très importants. L'évolution de la guérison ainsi que les moyens de traitement sont interpellants. Un article tiré de la revue « Soins » explique les divers stades d'escarres ainsi que les divers moyens de les traiter (Fontaine, Senet, & Meaume, 2009) p.51. Il y a une mise en évidence de certains de ces matériaux comme les pansements dits « modernes » qui arrivent progressivement dans le monde des soins. Ce sont des couches comme des doubles peaux absorbantes et réparatrices qui sont préconisées.

En ce qui nous concerne, nous nous intéressons plus particulièrement au monde de la personne âgée. Il est vrai que dans divers services et également dans les EMS, l'escarre occupe une place considérable. Nous attachons une importance à la prévention à travers l'évaluation des risques, grâce aux diverses échelles qui sont validées à ce jour

Ensuite, les escarres sont souvent perçues, par le monde extérieur, comme un déficit dans les soins. Ceci préoccupe beaucoup le personnel soignant, car malgré l'attention qu'il met dans la prévention, les escarres sont toujours présentes. Ainsi

l'importance de la prévention dans l'incidence et la rechute des escarres souhaite être ciblée dans ce travail. De plus, de nombreuses nouvelles techniques de prophylaxie sont apparues dans ces dix dernières années. Ces techniques ne sont pas forcément connues du public, ni leur fonctionnement, ni leurs avantages ou inconvénients. C'est grâce à diverses études et lectures que nous avons élargi nos connaissances sur la prise en charge, l'utilisation des divers types de supports et l'influence des facteurs de risques sur les escarres, comme le montre les études suivantes : (Labalette, et al., 2008) (Kwong, Pang, Aboo, & Law, 2009) (Pauchet-Traversat, 1995) p.15-18. Une étude anglaise présentait un nouveau matelas technologique qui détecterait lorsque la personne doit changer de position. Nous avons été étonnées de l'avancée technologique et souhaitons aborder ce qui est réalisé actuellement

1.4 Motivations économiques et politiques

Au niveau économique, les escarres occasionnent un coût humain certes, mais également financier et fonctionnel. Aucun chiffre exact sur le coût de cette problématique n'est calculé. Mais en contrepartie, certaines prestations sont indiscutables telles que les traitements médicaux et chirurgicaux. Elles provoquent un surcoût important, car les séjours sont prolongés et les soins plus nombreux. Cette augmentation est due notamment : aux stades de gravité, à la durée et au prix de base des traitements, à la rémunération non proportionnelle au temps nécessaire aux soins et une mauvaise prévention (ANAES, 2001). Dans un EMS, le critère d'économie est souvent préconisé. Le traitement des escarres coûte extrêmement cher et tous les médecins ne prescrivent pas la même chose. Ce sont pour ces raisons qu'il est important d'axer la recherche, sur la prévention à mettre en place, afin d'éviter ces dépenses.

Une étude française met en avant des statistiques. Elle montre que le traitement de l'escarre serait deux fois et demi plus coûteux que la prévention. (Sauvage, 2010)

Selon une étude française, le principal problème semble être la mauvaise évaluation des facteurs de risques et le manque de prise en charge pluridisciplinaire de la prévention. Les méthodes de prévention ne sont pas seulement des « nursings » mais un programme complet pour éliminer un maximum de risques de développer des plaies. Le manque de transmission infirmière cause une mauvaise coordination dans l'équipe pluridisciplinaire. Dans les soins à domicile, les tâches accomplies sont sous-estimées. Un protocole détaillé engendrerait des gains économiques et une amélioration de la qualité de vie. Elle conduirait le patient à une autonomie de soins (PERSE, 2013).

Les escarres sont considérées comme un soin de base au niveau de l'Ordonnance du DFI Département fédéral de l'intérieur comme le montre l'article 7 aliéna 2 C :

« Soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que : bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement ; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter. » www.admin.ch

Le traitement des escarres est coûteux. Ce sont les pansements nécessaires à la guérison qui sont onéreux. Comme le montre le site sur les pansements de la marque Hartmann, les prix varient énormément selon la localisation des plaies et également les composants des pansements. Cette gamme de pansements est employée dans le Valais Romand (Hartmann).

Au niveau politique, toute personne a droit à la santé selon l'organisation mondiale de la santé (OMS). Cette organisation met en évidence certains principes de base :

- chacun a le droit à une santé, la meilleure possible
- accès à des soins de qualité et un temps de soins suffisant

Une citation du Docteur Margaret Chan, directeur général de l'OMS, démontre l'importance de ce droit : «Le monde a besoin d'une organisation qui défende la santé dans le monde, qui protège les valeurs, qui protège et défende la santé, et

notamment le droit à la santé».

Le droit à la santé compte aussi les droits de l'homme et des constitutions nationales. Les droits de l'homme contiennent un l'article sur les droits économiques, sociaux et culturels. L'article 12 relate que les prestations au niveau des services médicaux et de l'aide médicale pour les personnes malades doivent être fournies par l'état .

Selon le profil mis en place par l'ASI (Association Suisse des Infirmières), il y a cinq domaines définis dans lesquels cette association a fixé des objectifs précis. Ils ont pour but d'améliorer les soins, la prise en charge des patients et la condition de travail du personnel soignant. Des objectifs peuvent être en lien avec la prévention des escarres. Dans le premier domaine, la collaboration des équipes pour régler un problème peut être un élément important de la prévention. Dans le deuxième, la promotion, la protection de la santé, la défense des soins conforme aux besoins en respectant le droit des individus sont trois composantes de base pour avoir une qualité de soins optimale. Puis le troisième domaine met en place des normes pratiques et des directives pour améliorer les soins. Par exemple, il baisse la prévalence ou l'incidence des escarres dans un milieu médical. (ASI, Profil de l'ASI. L'éthique dans la pratique des soins., 2003)

Virginia Henderson démontre le rôle autonome de l'infirmière. Elle met en avant que la prévention des escarres fait partie intégrante de cette tâche. L'infirmière s'appuie sur son observation et son évaluation propre pour la transmettre à ses collègues. Cette attention liée à la prévention est du ressort de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. (Leduc-Lalonde & Riopelle, 1982) p.28-29.

1.5 *Référentiel de compétences*

Lors de notre dernière année de formation, nous sommes tenues d'acquérir certaines compétences. Nous avons sélectionné les plus importantes pour la réalisation du projet.

- Compétence 1 : « Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins ». Le projet de la prévention des escarres est de prendre la personne dans sa globalité en tenant compte de son environnement et son histoire de vie. Il s'agit de mettre en place des interventions en lien avec une échelle d'évaluation pour éviter la survenue des escarres.
- Compétence 2 : « Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires ». La prévention doit être adaptée à la personne au niveau biologique, social, psychologique et culturel en la respectant pour créer une relation d'aide. Le projet de soins doit être discuté avec le patient pour être le plus adapté possible en considérant les priorités. Les transmissions orales et écrites doivent être précises pour assurer le bon suivi de la situation notamment au niveau des facteurs de risques.
- Compétence 3 : « Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé ». Grâce à l'échelle d'évaluation et ses divers facteurs, c'est à l'équipe de soins de détecter les altérations des besoins et ainsi agir en conséquence en mettant en place une prévention adéquate.
- Compétence 4 : « Evaluer ses prestations professionnelles ». La prévention nécessite une constante évaluation des interventions infirmières basée notamment sur les dires du patient.
- Compétence 5 : « Contribuer à la recherche en soins et en santé ». Suite à cette recherche, les résultats permettront peut-être à l'établissement, de mettre sur pied un programme de lutte contre les escarres, basé sur une évaluation des risques. Le projet se déroulera dans le respect des règles éthiques, soit le secret professionnel et la liberté de décision dans la participation à cette étude. Notre objectif est de nous initier à la recherche par

un travail sur une problématique concrète détectée sur le terrain. Les escarres sont un problème réel démontré dans les milieux de soins et nous espérons, par notre projet, sensibiliser les professionnels dans leur pratique quotidienne.

- Compétence 7 : « Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire ». La problématique des escarres nécessite des actions coordonnées et communes de la part de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire tout au long de la prise en charge.
- Compétence 8 : « Participer aux démarches qualité ». Grâce à l'échelle d'évaluation nous espérons mettre en évidence la prévention des escarres et bénéficier de la satisfaction des clients. Démontrer l'intérêt de l'utilisation d'une échelle d'évaluation peut être bénéfique à la prise en charge des clients.

1.6 Objectifs généraux :

Nous allons expliciter les objectifs globaux du travail ci-après :

- être conscient de la problématique des escarres, pouvoir le démontrer à une équipe soignante et ainsi devenir des « experts » sur ce thème
- mener des entretiens auprès du personnel
- se renseigner, par le biais d'un recueil de données, sur la prévention des escarres à partir des facteurs de risques
- se familiariser avec l'échelle de Braden et intégrer son utilisation
- développer une méthodologie propre à la recherche infirmière, afin de s'initier au travail de l'infirmière chercheuse
- être conscient de la problématique des escarres et pouvoir le démontrer à une équipe soignante
- développer l'auto-évaluation critique et reconnaître les limites

2 Problématique

2.1 Questions de départ :

Après le choix du thème, diverses questions ont été abordées, afin d'affiner le domaine de recherche :

- Qu'existe-t-il déjà dans les EMS comme moyens de traitements ?
- Comment la prévention est-elle mise en avant avec les moyens connus et ceux des EMS ?
- Les nouvelles méthodes de prévention sont-elles connues et correctement employées ?
- Les EMS ont-ils des méthodes spécifiques pour la prévention des escarres ?
- Comment les soignants peuvent-ils lier économie du matériel et traitements adéquats des escarres ?

Ces questions sont toutes abstraites. A partir de celles-ci, une seule question de recherche sera formulée. Nous avons mis en avant une population cible : les personnes âgées dans les établissements médico-sociaux. Les termes retenus sont prévention et traitement. Cette question répondra aux interrogations primaires sur les méthodes personnelles ainsi que sur le matériel utilisé pour les pansements en tenant compte de l'économie.

2.2 Développement de la problématique

Après l'analyse des questions de départ, la question de recherche initiale a été formulée ainsi :

- Quels sont les moyens de prévention et les traitements des escarres présents dans les établissements médico-sociaux ?

Depuis la question de recherche, nous avons effectué une récolte de plusieurs études concernant divers services grâce aux banques de données électroniques. Les ressources informatiques consultées sont :

- CINHAL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, 2012) (<http://search.ebscohost.com/login.aspx?profile=ehost&defaultdb=cin20>).
- BDSP (Banque de Données en Santé Publique) (<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/>).
- PUBMED (PubMed) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Ces banques de données ont été consultées à plusieurs reprises. Les mots-clés employés pour les banques françaises sont escarres et prévention, et les anglais Ulcer Pressure et Prevention. Nous avons aussi sélectionné les critères suivants : la date entre 2008 et 2013, la langue française, le type d'article de recherche. Au départ nous avons coché la case texte intégral puis nous avons élargi notre recherche au document texte. Nous avons choisi des articles en fonction de nos intérêts, du titre et du résumé présenté. Nous voulons avoir une vision globale des escarres en explorant plusieurs domaines. Sur la base de données BDSP nous avons sélectionné des textes sur les thèmes généraux des escarres, la nutrition liée aux escarres, les supports spécifiques, les évaluations des pratiques avec la méthode de la prévalence, un audit sur quatre études sur les escarres et une étude sur la prévention et la prise en charge sur l'ensemble des domaines des escarres. Sur la base Cinhal nous avons lu une étude sur les EMS, sur PUBMED, une étude sur un système de détection des escarres pour les personnes paraplégiques. Pour compléter nos dossiers, nous avons recherché des livres sur l'éducation des escarres, sur les protocoles mis en place pour les escarres et sur les échelles les plus employées dans le monde des soins. Nous mettons en annexe les résumés de nos études car elles sont citées à plusieurs reprises dans ce travail.

Le domaine des escarres est bel et bien une problématique en soins infirmiers, car ces banques de données sont pour la plupart des ressources infirmières. De plus, des articles récents sont répertoriés et publiés dans les cinq dernières années. Il s'agit donc d'un problème d'actualité. Lors de la première approche, deux thèmes sont sélectionnés : la prévention et les traitements. Ces

deux points sont essentiels et semblent particulièrement intéressants pour apporter des améliorations. Il est vrai que, dans les études sélectionnées, les lacunes persistaient au niveau des supports de prévention, au niveau de leur fonctionnement et leur entretien. L'audit sur la maintenance de ceux-ci et sur l'aide aux traitements des escarres le met très bien en avant .

Ce qui nous a également interpellées, c'est le nombre incalculable de moyens de prévention et de traitements existants. Pour la réalisation de notre projet, deux axes de recherches sont nécessaires afin que chacune de nous effectue une part des actions nécessaires à résoudre la problématique principale.

En ce qui concerne la faisabilité de ce projet, il est mis en évidence que les populations les plus touchées sont les paraplégiques et les personnes âgées. Plusieurs articles ont paru à ce propos, les deux principaux sont :

- L'article Sensing Senses: Tactile Feedback for the Prevention of Decubitus Ulcers (Verbund & Bartnec, 2010). Il démontre que les paraplégiques font partie d'une population à risque fort. Cet article met l'accent sur la difficulté pour eux de percevoir quand il faut changer de position. Il existe un tapis qui avertit quand le patient doit impérativement changer de posture.
- L'article Pressure ulcer development in older residents in nursing homes : influencing factors . Il identifie l'incidence des escarres par rapport aux divers facteurs de risques chez les personnes âgées en se basant sur l'échelle de Braden, Norton et Waterlow. Les résultats démontrent que le principal facteur de risques est l'immobilité.

L'hôpital du Valais a déjà mené une étude sur la problématique des escarres et continue à participer à d'autres études. Et comme nous travaillons dans un home, nous avons décidé de sélectionner la catégorie des personnes âgées. L'EMS sélectionné est notre lieu de travail pendant notre temps libre. Il dispose de 105 chambres et peut accueillir 124 pensionnaires. Lors de la première réflexion, la préoccupation principale de cette étude était la prévention des escarres et les traitements, puis, elle s'est centrée sur la prévention exclusivement. Les traitements nécessitent la présence de plusieurs personnes atteintes d'escarre à un certain stade. Lors des passages dans l'institution, ce critère semble difficile à garantir dans les délais fixés et ceci n'est pas souhaitable non plus.

Pour la justification de ce projet, il s'agit d'un problème d'actualité comme cité plus haut. Le consentement du responsable de l'établissement est convenu après présentation de notre projet. L'EMS est réparti en quatre équipes soignantes sur six étages. L'échantillonnage de personnes est grand mais permet quand même de réaliser le projet dans les délais prévus. Un recueil de données des activités de prévention sera réalisé dans les étages par observation et questionnaires semi-dirigés.

La formulation de la question de recherche devient :

- Quelles sont les pratiques de prévention des escarres présentes dans un EMS, sont-elles uniformes pour l'ensemble de l'établissement, le personnel soignant a-t-il des connaissances sur les nouveautés de la prévention ?
Méthode d'observation et recueil de données par questionnaires semi-dirigés.

Suite à ce nouveau raisonnement, la recherche est spécifiée pour aboutir à une problématique précise et complète. Tout d'abord, le questionnement sur les connaissances que le personnel soignant aurait sur les nouveautés est trop abstrait. Une date de départ est nécessaire pour répondre à cette interrogation, par exemple : le personnel soignant a-t-il connaissance de nouveautés concernant la prévention des escarres depuis janvier 2012 ? Cette question éloigne l'objectif principal qui est la prévention des escarres présentes dans un EMS et plus précisément l'évaluation des facteurs de risques. Mais pour les évaluer, des moyens sont obligatoires.

Il existe plusieurs échelles d'évaluation. Au fil du temps, elles se sont améliorées tout comme l'échelle de Norton a inspiré celle de Braden ; cette dernière est retenue pour ce travail. Cette échelle est utilisée dans les techniques du GUTS (Groupe d'Unification des Techniques de Soins, 2012) comme référence pour l'évaluation des facteurs de risques de développer une escarre. Ce référentiel de techniques est composé par : des infirmières de l'hôpital du Valais romand, des cliniques, des Centre Médico-Sociaux et des Etablissements Médico-Sociaux, du centre des maladies infectieuses et épidémiologies et d'une coordinatrice qui représente la HES-SO filière soins infirmiers. L'échelle de Braden est représentée sur la page réservée aux escarres. De plus, elle est exigée dans le standard de prévention des escarres de l'hôpital du Valais sur la plateforme « Phoenix ».

Pour finir, cette échelle est également employée dans les articles de recherches et les livres. Ils classent les facteurs de risques selon Braden. (Pauchet-Traversat, 1995) p.24.

2.2.1 Développement de l'échelle de Braden

Dans le milieu de la santé actuel, l'escarre est perçue comme un échec dans le système de soins. Il s'agit d'une affection qui a un coût important pour le patient et la santé. Une bonne connaissance de la situation du patient permet de prodiguer des soins de prévention et des soins curatifs le cas échéant. La prévention sert à diminuer le risque, mais il faut bien être conscient qu'elle n'annule en aucun cas le fait d'en développer une. Le fait de repérer rapidement les risques auxquels est exposée la personne permet une prise en charge adéquate. Les facteurs de risques se classent en deux catégories : les facteurs extrinsèques qui réunissent tous les éléments qui font partie de l'environnement du patient. Ils comprennent, l'immobilité, le cisaillement, le frottement et l'humidité. Tous ces éléments fragilisent la peau de la personne et peuvent provoquer des escarres. La deuxième catégorie comprend les facteurs intrinsèques, soit les facteurs qui font état du patient. Ils sont composés de l'âge, de l'état psychologique, du statut nutritionnel ainsi que des pathologies annexes du patient. (Association francophone pour les Soins Oncologiques de Support, 2012)

Afin d'avoir une vision globale de ces facteurs de risques, des échelles validées peuvent être utilisées. Elles permettent de quantifier le taux de risques de développer une escarre pour chaque patient. Il est essentiel d'utiliser une échelle similaire par toute l'équipe soignante afin d'augmenter la fiabilité et la qualité de la prise en charge. Pour ce travail, celle de Braden sera utilisée comme outil principal. (Pauchet-Traversat, 1995) p.24.

Nous avons décidé d'expliquer ci-après la marche à suivre pour utiliser cette échelle de Braden et à quoi correspondent les quotas afin de prodiguer une évaluation des plus précise. Pour bien l'utiliser, il faut en avoir une pour chaque patient et dater chaque évaluation. Il est essentiel d'évaluer le risque d'escarre dans un laps de temps régulier, défini par le milieu de soins, pour avoir une évaluation des

plus fiables. Pour ce faire, il est essentiel d'avoir une bonne connaissance des rubriques composant cette échelle (Pauchet-Traversat, 1995)p.24 (cf annexe A p. i) :

- Perception sensorielle : capacité à répondre à l'inconfort provoqué par la pression.
 - Complètement limité (1 point) : aucune réaction à la douleur causée par une diminution de l'état de conscience ou des sédatifs, incapacité à ressentir la douleur sur toute la surface du corps.
 - Très limité (2 points) : répond seulement à la douleur, mais pas à l'inconfort. Souvent le patient manifeste des plaintes et une altération de la sensibilité apparaît sur la moitié du corps.
 - Légèrement diminué (3 points) : Il répond aux commandes verbales mais ne peut pas toujours manifester son inconfort ou son désir de changement de position. Il a une sensibilité diminuée au niveau des membres inférieurs.
 - Aucune diminution (4 points) : répond aux demandes verbales et n'a aucune diminution de sensibilité.

- Humidité : elle définit le degré d'humidité auquel est exposée la peau.
 - Constamment mouillé (1 point) : la peau est presque toujours en contact avec la transpiration, l'urine, etc. à évaluer à chaque mobilisation du client.
 - Humide (2 points) : pas toujours humide mais la literie doit être changée une fois par équipe.
 - Humidité occasionnelle (3 points) : changement de la literie une fois par jour.
 - Rarement humide (4 points) : généralement peau sèche et changement de la literie selon les habitudes du service.

- Activité : elle définit le degré d'activité physique.
 - Alité (1 point) : confiné au lit.
 - Au fauteuil (2 points) : capacité à marcher très limitée ou inexistante, il a besoins d'aide dans les transferts.

- Marche occasionnellement (3 points) : marche de petites distances avec ou sans aide mais passe la majorité de son temps au lit ou au fauteuil.
- Marche fréquemment (4 points) : marche en dehors de sa chambre au moins deux fois par jour et dans sa chambre au moins toutes les deux heures la journée.
- Mobilité : elle définit la capacité à changer et à contrôler la position du corps.
 - Complètement immobile (1point) : ne peut effectuer aucun changement sans aide.
 - Très limité (2 points) : effectue occasionnellement des changements de positions minimales des extrémités ou de son corps, mais incapacité de faire de grands changements de manière autonome.
 - Légèrement limité (3 points) : effectue seul de fréquents changements.
 - Aucune limitation (4 points) : effectue des changements de position majeurs et fréquents sans aide.
- Nutrition : elle définit les habitudes alimentaires.
 - Très pauvre (1 point) : Il ne mange jamais un repas complet, rarement plus de deux tiers de chaque aliment proposé ou deux rations de protéines par jour. Il boit peu ou est hydraté par voie veineuse depuis plus de cinq jours.
 - Probablement inadéquate (2 points) : mange rarement un repas complet et uniquement la moitié de chaque aliment proposé. Prend seulement trois rations de viande ou de produits laitiers par jour. Reçoit moins que la quantité optimale par la sonde.
 - Adéquate (3 points) : mange plus de la moitié des repas, quatre rations de protéines, refuse occasionnellement un repas, mais il prend une compensation protéinée. Reçoit une alimentation parentérale adaptée à ses besoins.
 - Excellente (4 points) : mange la totalité de ses repas, ne refuse jamais un plat, prend au moins quatre rations de protéines, mange occasionnellement entre les repas.

- Friction et cisaillement.
 - Problème (1point) : ne se mobilise pas seul, glisse souvent sur les draps du fauteuil ou du lit et nécessite de fréquents repositionnements. La spasticité, les contractures, l'agitation provoquent des frictions.
 - Problème potentiel (2 points) : se mobilise difficilement ou requiert un minimum d'aide. Durant les transferts la peau glisse sur les draps. Garde la plupart du temps une bonne position mais ses extrémités glissent sur les draps.
 - Aucun problème (3 points) : se mobilise seul et a assez de force pour se soulever complètement durant les transferts.

Après évaluation de ces divers items, le total des points est effectué. Le score qui ne manifeste aucun risque est 23 points. En dessous de 15 points, le patient est considéré comme personne à risque et des moyens de prévention doivent être mis à disposition comme des supports, des thérapies par effleurage etc. Il est important d'avoir une coordination entre toute l'équipe pluridisciplinaire pour une prévention de meilleure qualité.

2.3 Formulation de la question de recherche

Après tout ce cheminement, la formulation finale de notre question de recherche est :

Quelle est la prévention des escarres mise en place dans cet EMS en rapport avec les facteurs de risques mis en évidence dans l'échelle de Braden ?

Méthode d'observation et recueil de données par questionnaires semi-dirigés.

2.4 Hypothèse

Cette problématique permet alors de poser l'hypothèse suivante :

- Les pratiques de prévention mises en place dans cet EMS font référence à toutes les rubriques présentes dans l'échelle de Braden soit l'activité, la

perception sensorielle, l'humidité, la mobilité, la nutrition, la friction et le cisaillement.

2.4.1 Axes d'étude

Cette hypothèse permet une répartition en deux axes possibles pour réaliser ce projet de recherche. Les différents facteurs de risques présents dans l'échelle de Braden sont la trame de cette étude. Comme celle-ci comprend les facteurs intrinsèques donc liés à la personne (nutrition, perception sensorielle) et extrinsèques liés à l'environnement (mobilité, activité, friction et cisaillement, humidité) comme répertoriés dans le livre Bris et al. (1995), les deux axes vont également s'appuyer sur cette répartition.

Le premier comprend la nutrition, la perception sensorielle et l'humidité. La nutrition est dépendante du comportement de la personne. Et la perception sensorielle est composée de la douleur et plus précisément de l'inconfort ressenti. Par mesure d'équité, l'humidité sera intégrée dans ce premier axe. Pour justifier ce choix, nous mettons en avant le fait que l'incontinence et la transpiration sont les deux principales composantes de cette rubrique. En effet, nous avons conclu que ces critères sont fortement liés à la personne atteinte plus qu'au nombre de changements de literie. L'évaluation sera tout de même conservée selon Braden car c'est le meilleur moyen d'évaluer l'humidité et la macération.

Le deuxième s'intéresse à la mobilité, l'activité, la friction et cisaillement. Par exemple : une personne qui ne peut se déplacer dans le lit, aura une activité très faible et des risques de frictions importants. C'est pour cette raison qu'ils sont regroupés ainsi.

2.5 *Objectifs spécifiques de recherche*

L'objectif principal de recherche est de nous permettre:

- d'approfondir leurs connaissances sur la prévention des escarres

Les objectifs spécifiques de recherche sont :

- récolter les connaissances acquises du personnel et les pratiques sur un lieu de travail
- respecter les délais impartis pour la restitution des divers travaux
- analyser les résultats au moyen d'un outil d'évaluation
- mettre en place un protocole universel et proposer des pratiques unifiées pour une institution à l'aide d'un outil d'évaluation utilisé couramment dans les soins infirmiers du Valais romand

2.6 Limites de la recherche

Les limites que nous nous sommes fixées sont diverses. Pour commencer, notre travail va se centrer à une institution particulière. Ensuite, nos entretiens seront exclusivement adaptés pour le personnel soignant, pour des raisons éthiques. Nous n'avons pas l'autorisation d'interroger les pensionnaires. Le directeur de l'établissement nous a recommandé de réaliser nos rencontres avec les soignants en dehors de leurs heures de travail. Le nombre de personnes questionnées sera restreint car nous sommes obligées de respecter les délais fixés par l'école. Une multitude d'entretiens ne serait donc pas réalisable. Il est clair que cette limite peut affecter la pertinence de notre projet. C'est pour cela qu'une autre limite est le choix des professionnels. Nous devons tenir compte de l'ensemble des professions présentes dans l'établissement ainsi que des années d'expériences de ces diverses personnes. Comme argumenté dans notre problématique, nous allons également nous en tenir exclusivement à l'échelle de Braden afin de ne pas nous éloigner de notre question de recherche. Pour finir, nous n'interviewerons que les personnes ayant donné leur consentement libre et éclairé.

3 Théorie de Virginia Henderson

3.1 Introduction

Nous avons sélectionné la théorie de Virginia Henderson car la philosophie de soins de l'EMS choisi prône l'autonomie, l'indépendance et l'individualisation des soins. Ces valeurs fondamentales sont mises en évidence dans le modèle d'Henderson. L'EMS propose une approche globale du bénéficiaire de soins en s'appuyant sur les quatre dimensions (biologique - psychologique – sociale – spirituelle). Il intègre la théorie de soins de Henderson dans la prise en charge des pensionnaires.

Nous avons opté pour cette théoricienne car il s'agit d'un modèle conceptuel simple à comprendre et qui met en avant les besoins propres de chacun. Il permet une étude approfondie des difficultés rencontrées par le client. Il est donc plus aisé de détecter ses besoins perturbés et d'agir en conséquence.

3.2 Historique

Virginia Henderson est née en 1897 à Kansas City et meurt en 1996. En 1921, elle obtient son diplôme d'infirmière à Washington. Le déclenchement de sa théorie de soins fut son insatisfaction de la pratique mise en avant dans l'hôpital où elle exerçait. Elle décide de se perfectionner en obtenant un Baccalauréat ainsi qu'une maîtrise en éducation des soins. Elle devient institutrice à l'Université de Columbia et privilégie l'enseignement des pratiques infirmières. Elle publie des pratiques de soins pour le Conseil international des infirmières en se basant sur les écrits de Florence Nightingale. Elle décrit les rôles spécifiques de l'infirmière et apporte une définition des soins infirmiers. Elle valorise l'humanisation des soins. (Leduc-Lalonde & Riopelle, 1982) p.27-31.

3.3 *Les soins infirmiers selon Henderson :*

Sa définition des soins infirmiers est écrite en 1955. Et la dernière version de Virginia Henderson est :

Les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu malade ou en santé à accomplir les activités qui contribuent à maintenir ou à recouvrer la santé ou à vivre une mort paisible, qu'il pourrait faire sans aide, s'il en avait la force, la motivation et la connaissance. L'unique fonction de l'infirmière est d'assister l'individu dans ses activités pour qu'il devienne indépendant le plus vite possible (p.28).

3.4 *La théorie d'Henderson*

A partir de cette définition, elle a développé trois concepts qui forment la base du modèle. Le premier modèle est celui des besoins fondamentaux. L'être humain a des besoins qu'il doit satisfaire pour atteindre l'indépendance ou l'autonomie qui reflète, pour elle, la détermination de soi. Elle a élaboré 14 besoins qui sont liés entre eux. Ils déterminent la globalité de la personne selon les dimensions bio-psycho-sociales ainsi que socio-culturelles et les réactions affectives et émotives .

En voici la liste : respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne position, dormir et se reposer, se vêtir et se dévêtir, maintenir la température du corps, être propre et protéger ses téguments, de sécurité, communiquer, pratiquer sa religion et agir selon ses croyances, s'occuper de façon à se sentir utile, se recréer, apprendre .

Le deuxième concept est l'indépendance. Le rôle de l'infirmière est de suppléer le patient dans l'accomplissement de ses besoins donc de son autonomie. Le patient doit toujours être maître de ses actions et de ses choix. L'infirmière fait à sa place ce qu'il ne peut temporairement pas faire. De ce fait, il pourra se réaliser et maintenir ses activités .

Le troisième concept comprend l'empathie. Il permet à l'infirmière d'aider le patient « en se mettant dans la peau du client » pour le comprendre et évaluer ses nécessités .

3.5 Le rôle de l'infirmière

L'infirmière prend des décisions autonomes et individualise les soins. Elle fait régner une relation d'interpersonnalité et d'accompagnement avec le client. Elle aide le patient à exécuter les prescriptions du médecin avec lequel elle est en étroite collaboration. Elle met en avant ses performances techniques mais porte une attention particulière au bénéficiaire de soins. Le but est de percevoir le client dans sa globalité, ses sources de difficulté et d'avoir une vision positive de l'évolution de la personne. Le concept repose donc sur la satisfaction des besoins pour que le patient puisse se livrer à ses activités afin de les combler. Les informations du recueil de données dépendent de l'âge, du développement et de l'histoire de vie du client.

3.6 Qualité des soins

Pour nous, la qualité des soins découle de la théorie de Virginia Henderson, elle consiste à accompagner la personne en l'aidant à satisfaire ses besoins pour qu'elle puisse effectuer ses activités de manière autonome. La communication doit être adaptée au patient et à son entourage afin de favoriser la globalité de la personne.

Suite à des dépendances fonctionnelles, la personne est placée en institution comme l'établissement médico-social car le maintien à domicile est impossible. Il est donc important d'amener une prévention face à ses limitations.

3.7 *Les besoins fondamentaux et prévention des escarres*

Notre thème étant la prévention des escarres, nous allons développer les besoins en relation avec celui-ci. L'échelle de Braden et les dimensions bio-psycho-sociales-spirituelles sont mises en relation tout au long du développement de ces besoins. Nous allons également mettre l'ensemble de ces besoins en relation avec la population cible de notre problématique, soit les personnes âgées.

3.7.1 Boire et manger

Avec le vieillissement les personnes âgées ne ressentent plus les sensations de faim et de soif. Le comportement alimentaire change et induit une modification corporelle. La masse musculaire diminue et laisse place à la graisse. La perception du goût change et cause souvent une perte d'appétit, les fonctions digestives peuvent être atteintes par une diminution d'apport en nutriments et en électrolytes, la survenue de constipation ou de diarrhées (Mias, 2003).

Au niveau alimentaire, le patient âgé peut avoir des difficultés pour porter les aliments à la bouche, de mastication et de déglutition. Il peut porter des prothèses dentaires et donc l'infirmière doit veiller aux soins de bouche .

Ensuite au niveau psychologique, des maladies telles que la dépression et l'Alzheimer peuvent altérer les apports alimentaires et liquidiens .

Pour l'aspect socio-culturel, l'isolement social, une addiction à l'alcool et au tabac et l'influence des régimes peuvent conduire à des difficultés ou des manifestations de dépendance pour ce besoins, dans la vie en général. Le prix de la nourriture peut conduire les gens à la malnutrition.

Liens avec les escarres :

La déshydratation cause une fragilité au niveau de la peau. Une prévention pour éviter la formation d'escarres est nécessaire car une déshydratation provoque une baisse de la vascularisation. Les nutriments et l'oxygène ne parviennent plus aux points d'appuis. Le poids du corps exerce une force contraire à celle de la

surface dure. La durée de contact entre la partie du corps et le support va augmenter considérablement la pression de surface. Cette pression affecte l'irrigation de la peau. Cette étape est favorisée par des vaisseaux sanguins endommagés, un manque d'oxygénation du sang et une hypertension. La douleur va pousser la personne à changer de position. L'escarre apparaîtra si le patient ne se déplace pas et laisse la situation se péjorer. L'irrigation ne se fera plus, les déchets toxiques vont demeurer dans les tissus, une vasodilatation et l'augmentation de la perméabilité des capillaires causeront un œdème. Puis, l'ischémie continuera et une nécrose se produira au fur et à mesure. Cette dégradation peut être aggravée par le phénomène de cisaillement (deux forces opposées s'exerçant sur la peau et causant des lésions au niveau des capillaires sanguins) et de frottement (Association des paralysés de France) (Association francophone pour les Soins Oncologiques de Support, 2012).

Les actions infirmières pour éviter la déshydratation sont multiples. Le facteur de risque « nutrition » se trouve également dans l'échelle d'évaluation de Braden. Tout d'abord, un bilan hydrique permettra de déterminer le degré de déshydratation. Puis, l'infirmière mettra en place des techniques créatives pour hydrater la personne. Si le pensionnaire n'a pas de troubles de la déglutition ou de pathologies touchant la cavité buccale, elle va se concentrer sur sa motivation à boire. Elle peut lui proposer des boissons variées en fonction de ses goûts et favoriser les aliments riches en eau. Elle peut établir un protocole afin de mettre des heures d'hydratation. Ce moyen favorise les surveillances et permet d'adapter les quantités à chaque prise en les fractionnant, par exemple. L'infirmière peut mettre en place un bilan des diurèses pour observer la quantité et la concentration ou faire un contrôle du poids. La surveillance des soins de bouche peut aussi attirer l'attention sur la déshydratation car les muqueuses seront sèches. Les vomissements, les diarrhées et la fièvre peuvent catalyser ce problème de déshydratation. Il faut donc une plus grande vigilance, de la part des soignants, lors de l'apparition de ces symptômes (Groupe d'Unification des Techniques de Soins, 2012).

La nutrition a un grand rôle dans la formation d'escarre. Une personne dénutrie n'a pas assez de protéines ni de nutriments pour que sa peau soit suffisamment nourrie. Le manque de protéines fragilise les tissus et peut entraîner des lésions qui peuvent se péjorer avec les frictions et les macérations (Forasassi & Fontaine, 2011).

Les actions infirmières pour les personnes âgées étant en dénutrition sont multiples. Il est nécessaire d'évaluer l'apport nutritionnel des pensionnaires car comme le montre une étude, la dénutrition est problème fréquent en EMS. Cette dénutrition peut être causée par différents facteurs tels que l'environnement social, les pathologies du vieillissement, les troubles psychologiques, les traitements médicamenteux, etc. La diététicienne a certes son rôle mais est peu présente dans les institutions. C'est pourquoi il ressort du rôle de l'infirmière d'être attentive aux pensionnaires (Maulini, 2011). Quelques techniques existent contre la dénutrition. Tout d'abord, il faut installer la personne confortablement. Il faut tenir compte de ses habitudes alimentaires et de ses goûts. Le contact avec les autres pensionnaires peut être bénéfique pour la motivation à manger. Une solution pour avoir un apport suffisant, avec moins de quantité, est l'enrichissement des plats en protéines. C'est le cas par exemple pour les potages. Des collations sont possibles telles que les apports protéinés ou des en-cas selon ses envies. Des repas fractionnés permettent au patient de manger de plus petites quantités. Ils sont utiles également pour les personnes ayant des difficultés pour déglutir. La longueur du repas peut les épuiser et les dégoûter. Les odeurs des plats sont souvent une cause d'inappétence, il est donc primordial d'aérer les pièces et d'éviter les plats avec une odeur forte. De la créativité dans les repas peut rendre plus agréable le fait de s'alimenter. Il est important de peser la personne afin d'évaluer sa perte quotidienne et faire un bilan de ses repas (Haute autorité de santé, 2007).

3.7.2 Éliminer

Au niveau biologique, avec l'âge, les sphincters perdent une grande partie de leurs fibres musculaires. Leur tonicité diminue et peut causer divers problèmes tels que l'incontinence urinaire et fécale (Dahan, M., 2012). Chez les personnes âgées des troubles urinaires sont fréquents. Un phénomène bien connu est la pollakiurie qui est l'augmentation du nombre de mictions par jour, mais également la nycturie qui est la miction fréquente la nuit Plusieurs incontinenances sont répertoriées :

- Il y a tout d'abord l'incontinence d'effort qui est due à l'affaiblissement des fibres musculaires.

- Une incontinence par regorgement qui se produit lorsque la vessie est trop pleine.
- L'incontinence par besoins impérieux qui peut être péjorée si le patient a des troubles de la mobilisation.
- L'incontinence de situation qui peut être liée à la maladie d'Alzheimer par exemple.
- L'incontinence suite à la perte de la sensation du besoins d'uriner.

(HUG)

L'incontinence peut être pathologique mais également liée aux difficultés personnelles, environnementales et sociales. Une personne ayant des difficultés à la marche peut présenter une incontinence non pathologique. L'incontinence peut être liée à des habitudes vestimentaires non adaptées. Elle peut également être liée à l'état psychologique du pensionnaire comme les démences (Béguin, 2008).

Pour l'incontinence fécale, elle peut également être due à la baisse de la musculature des fibres des sphincters, par besoins impérieux ou une incontinence de situation. Cette incontinence a des effets importants sur la macération de la peau. Elle est très dangereuse car les selles sont acides et attaquent l'épiderme (Association francophone pour les Soins Oncologiques de Support, 2012).

La transpiration, elle aussi a une influence dans le processus de macération. Elle fait demeurer de l'humidité surtout chez les personnes en surpoids (Association francophone pour les Soins Oncologiques de Support, 2012).

Au niveau psychologique, la personne peut se mettre en retrait social et en dépression. Il faut donc être attentif aux signes d'alerte de l'incontinence et mettre en place une prise en charge. La personne peut aussi avoir une altération de l'image de soi. Il est donc important de favoriser la communication pour qu'elle puisse exprimer ses émotions (Dahan, M., 2012).

Au niveau social, une aide à domicile peut être possible afin d'avoir un environnement stable, privilégier le confort physique mais aussi psychologique.

Liens avec les escarres :

L'humidité (la transpiration et l'incontinence urinaire) ainsi que l'incontinence fécale sont des facteurs de risques de l'échelle de Braden. Ils causent une macération. Ce phénomène fragilise la peau et elle ne peut respirer. Puis, le cisaillement, le frottement des vêtements et des draps provoquent des lésions au niveau de la peau qui peut aboutir à une plaie (Association francophone pour les Soins Oncologiques de Support, 2012).

Afin de pallier à ces incontinences et prévenir les escarres, plusieurs moyens sont possibles tels que les protections spécifiques pour chacun. Elles sont adaptées en taille mais aussi par rapport à leur capacité de contenance. Les sondes vésicales sont employées, de temps à autre, pour le confort mais également lors de pathologies urinaires. Et pour les hommes des condoms spécifiques peuvent être mis en place .

3.7.3 Se mouvoir et maintenir une bonne position

Au niveau biologique, la personne âgée rencontre des difficultés de mobilisation. Ces déficits sont souvent la cause de pathologies. C'est le cas, par exemple, pour les amputations dues au diabète ou à un accident. Le vieillissement peut également influencer les problèmes de mobilisation. L'arthrose peut altérer les articulations et causer des douleurs. Une personne à un âge avancé se déplace moins et peut donc perdre aussi de la musculature ce qui va rendre la marche et les mouvements plus difficiles. Les membres semblent plus lourds, raidis et au fur et à mesure, la personne diminue ses déplacements et reste alitée .

Au niveau psychologique, la douleur provoquée par l'immobilité et la difficulté à réaliser les mouvements est très forte. Une personne qui ressent une douleur chronique est affectée moralement. Cette altération affecte son humeur, ses émotions et peut provoquer du stress .

Au niveau socioculturel, une personne ne pouvant se déplacer comme elle le souhaite peut se retirer socialement. Lorsqu'elle ne peut rejoindre la société, elle va

se confiner chez elle. Si les visites ne viennent pas par elles-mêmes, l'isolement aura lieu. La mobilité affecte également son image de soi. Le fait de ne plus pouvoir vaquer à ses occupations seule et qu'elle doive solliciter l'aide d'une personne peut changer sa propre vision d'elle-même .

Liens avec les escarres :

Lorsque la personne reste alitée ou une longue durée dans la même position, un risque de développer une escarre est important. L'échelle de Braden met à avant ce risque. La pression exercée toujours sur la même zone déclenchera, si le patient ne se déplace pas, le processus de formation d'escarre comme expliqué auparavant (Association francophone pour les Soins Oncologiques de Support, 2012) (Association des paralysés de France).

Afin de faire une prévention adéquate, il est très important de stimuler le client à marcher s'il en est encore capable avec de l'aide. S'il est alité, il faut le mobiliser. Des supports existent pour éviter ou soulager les points d'appuis.

Les moyens de supports de prévention permettent la suppression du poids du corps sur une surface dure. Ainsi, le poids sera réparti de manière plus équitable. L'utilisation de ces supports doit toujours être accompagnée d'une bonne hygiène corporelle. Pour un nouveau patient, le choix du matériel employé est défini après avoir fait une bonne observation clinique du patient et du risque de développer une escarre grâce à une échelle de facteurs de risques. Il s'agit d'une tâche effectuée en collaboration avec toute l'équipe soignante. Il existe divers types de supports :

- Les modules et modulettes qui sont des blocs de mousse de tailles et de formes différentes qui sont placées directement sur le lit du patient. Ils peuvent se monter les uns sur les autres afin de diminuer la pression sur les points d'appuis souhaités.
- Les supports statiques de mousse, d'air, de gel ou d'eau qui augmentent la surface de contact. Les sur-matelas sont conseillés pour des patients qui n'ont pas développés d'escarre et qui passent moins de 12 heures par jour au lit. Les matelas statiques sont indiqués dans le cas de la prévention d'escarres et lorsque la patient reste moins de 15 heures par jour au lit.

- Les matelas ou sur-matelas de mousse à mémoire qui se souviennent de la forme produite par le corps de la personne.
- Les supports dynamiques qui sont composés d'air. L'air est délivré par un compresseur qui est réglé en fonction des besoins du patient. Cela permet également une diminution de la pression du corps du patient. Les sur-matelas dynamiques sont conseillés pour éviter une récurrence d'escarres alors que les matelas dynamiques sont préconisés pour les patients ayant une escarre profonde.
- Il existe également divers moyens pour éviter l'apparition d'escarres au niveau des talons par le biais d'une gouttière, d'une talonnière ou de coussins.
- Les coussins de siège ou coussin anti-escarres qui sont de forme ronde avec un trou au milieu pour pouvoir y placer le siège. La personne pourra ainsi s'asseoir sur une chaise ou un banc qui sont des surfaces dures.
- Les arceaux qui permettent de poser le duvet ou la couverture dessus afin d'éviter de faire appui sur les membres inférieurs du patient.

(Meaume)

Les zones les plus à risques de développer une escarre dépendent des positions adoptées par le client. La position assise favorise les escarres touchant les ailes iliaques mais aussi l'occiput et la colonne vertébrale. Il ne faut pas oublier que le talon peut également être touché. Lorsque le patient est sur le dos ce sont plutôt le sacrum et le coccyx qui sont touchés au niveau du bassin. Mais d'autres zones subissent des pressions telles que l'omoplate et le talon (le talon d'Achille aussi). Pour la position latérale, les pressions sont réparties sur l'ensemble du corps soit : au niveau du bassin, ce sont le grand trochanter et la crête iliaque qui sont touchés. Au niveau de la tête, l'os temporal, les zygomatiques peuvent être affectés. Les autres régions sont l'épaule et les côtes ainsi que les parties de la jambe dont le genou intérieur ou extérieur, le péroné et la malléole externe. Les escarres les plus fréquentes sont : le sacrum, l'ischion, le talon et l'occiput (Association des paralysés de France).

3.7.4 Être propre et protéger ses téguments

Avec l'âge la personne âgée perd des forces, de la souplesse et de la mobilité. Souvent ces altérations causent une incapacité pour elle à réaliser des soins d'hygiène seule. L'infirmière doit veiller à la propreté du résident en l'aidant à réaliser les soins non effectués par lui-même tout en respectant son intimité. Le but est de garder une peau intacte et de l'évaluer quotidiennement. L'intégrité de la peau est aussi affectée par l'âge. Les diverses couches subissent des mutilations par l'environnement et se régénèrent. Mais avec les années, cette capacité de réparation faiblit et la peau perd du collagène. Il faut donc apporter une attention plus grande à ses téguments. Des actions nécessaires sont la nutrition de cette peau avec de la crème hydratante, éviter les traumatismes tels que les lésions et les chocs traumatiques (Association des paralysés de France). Au niveau psychologique, une personne a ses habitudes de propreté. Il faut les respecter certes mais il est du devoir de l'infirmière de favoriser le confort de la personne et la protéger contre les risques d'infections et de plaies. Des lésions de la peau peuvent toucher l'image de soi car elles peuvent laisser des cicatrices permanentes.

Au niveau socioculturel, si la personne n'est pas propre, l'entourage peut avoir des réticences à communiquer et à réaliser des activités avec elle. Dans certaines sociétés, la beauté et la propreté peuvent influencer la relation entre les différentes personnes.

Lien avec les escarres :

Une peau lésée est plus sujette à développer une escarre surtout si elle est confrontée à d'autres facteurs de risques de l'échelle de Braden tels que l'immobilité, le manque d'activité, la perception sensorielle, l'humidité, le cisaillement et le frottement (Association des paralysés de France).

Les interventions utiles pour la prévention sont : une bonne hydratation de la peau, éviter les points d'appuis avec les supports de prévention, avoir une hygiène corporelle correcte pour éviter les macérations et les infections des plaies ouvertes. Lors des douches, il est important d'employer des savons doux, de ne pas frotter et sécher en tamponnant afin de ne pas abîmer la peau. La technique de l'effleurage

peut être utilisée. Elle consiste à faire un geste très léger avec les mains à plat sur une surface propre. Cette technique n'est pas un massage car il provoquerait plutôt un cisaillement et causerait de gros dégâts cutanés. L'effleurage est un moyen de faire entrer des produits hydratants et revitalisants et d'en faciliter la pénétration avec douceur et délicatesse (Escarres: prévention et prise en charge, 2012).

3.7.5 Sécurité

La sécurité peut se manifester par le souci des chutes chez les personnes âgées. Des moyens auxiliaires sont mis en avant, les barrières du lit, l'accompagnement à la marche, mettre des chaussures adaptées, les cannes et rotator, etc. .

Au niveau psychologique, le point fort de ce besoin est la prévention de la douleur déjà explicitée auparavant pour le bien être de la personne. Il faut veiller à ce que le résident garde une motivation à participer aux activités proposées et conserve un contact social avec les autres personnes. Une aide particulière doit être fournie aux personnes atteintes psychologiquement .

Socialement, le résident doit s'adapter à son milieu de vie comme l'EMS et respecter les règles de l'établissement ce qui est souvent une difficulté à l'arrivée du pensionnaire dans l'institution .

Lien avec les escarres :

La sécurité comprend l'ensemble des facteurs de risques de Braden déjà traités dans les besoins précédents ainsi que les interventions de prévention pour chacun d'eux. Éviter les escarres est un aspect de la sécurité chez les résidents dans un EMS .

3.7.6 Besoins de communiquer

Au niveau biologique, la personne âgée peut être atteinte de divers déficits qui modifient la communication avec autrui. Elle peut présenter une surdité et ne pas comprendre ce que l'on dit. Elle peut avoir une altération au niveau de la cognition avec la résolution de problème, l'incapacité de prendre des décisions, avoir des perceptions erronées ou encore avoir un ralentissement des opérations de la pensée. La personne âgée peut également être atteinte de maladie de type dégénérative comme la démence qui altère sa communication avec son entourage et le personnel soignant .

Pour élaborer une communication adéquate avec la personne âgée, il est important de prendre en considération l'état psychologique actuel du patient. En effet, un patient en EMS peut passer par diverses humeurs inattendues, divers états psychologiques. Il est donc important de garder un bon contact visuel avec la personne et observer le langage non-verbal .

Au niveau socioculturel, la réaction face à la douleur est présentée très différemment chez une personne âgée. L'expression de celle-ci et le sens donné peut différer selon les coutumes et habitudes culturelles du patient. Cela interférera dans la prise en charge d'un patient douloureux aigu ou chronique. Une communication adaptée à la personne âgée est essentielle pour l'équipe soignante. En effet, les personnes sont instituées dans les établissements médico-sociaux de plus en plus tardivement. La communication doit y être adaptée. (Ammar)

Liens avec les escarres

Concernant la prévention des escarres, il est important d'avoir une bonne communication pour pouvoir évaluer la douleur ou les ressentis de la personne, car l'un des moyens les plus utilisés après l'observation, ce sont les dires du patient et il est essentiel de donner la parole à la personne âgée pour qu'elle se sente prise en considération et écoutée pour l'adaptation à l'EMS. La communication semble essentielle dans la qualité relationnelle avec le patient . S'il communique à l'équipe soignante ses besoins déficients, elle pourra agir en conséquence. Pour remédier

aux aléas qu'apporte le vieillissement, une grille de communication peut faciliter la prise en considération des dires de la personne.

Après avoir développé notre cadre conceptuel spécifique à la prévention des escarres grâce à la théorie de V. Henderson, il s'agit maintenant d'opérationnaliser notre recherche. Celle-ci permettra d'instaurer une organisation spécifique à notre projet et de mettre l'accent sur les sources de difficultés possibles au long de celui-ci.

4 Méthode

4.1 Faisabilité du projet

Tout d'abord, nous choisissons de faire une étude qualitative exploratoire. Les statistiques nous semblent beaucoup moins adaptées à ce projet. Nous voulons, avant tout, mettre en avant l'ensemble des techniques utilisées dans cet établissement. Une étude quantitative ne nous le permet pas car elle serait trop stricte et en exclurait plusieurs.

Afin d'être certaines de la pertinence de ce projet, nous voulions le présenter à l'établissement que nous avons choisi. Pour ce faire, une liste des bénéfices que ce projet pourrait amener à l'institution a été établie :

- Avoir un protocole universel pour tout l'établissement.
- Alerter toute l'équipe si les facteurs de risques sont très présents.
- Avoir un suivi de l'état cutané de la peau dans le dossier de soins.
- Avoir une stratégie d'évaluation qui débouche sur une stratégie de soins à l'aide d'un outil validé.

Tout d'abord, au mois d'avril 2013, nous avons écrit un mail au directeur et à l'infirmière cheffe afin de leur exposer notre projet. De là a débuté notre collaboration avec l'établissement. Nous avons obtenu un rendez-vous pour que nous puissions discuter des modalités de notre projet. Cet entretien s'est bien déroulé et nous avons eu quelques propositions de la part de l'établissement ainsi qu'une requête : les

entretiens devront être effectués en dehors des horaires de travail du personnel. Ainsi nous avons pu nous rendre compte de la faisabilité et l'opérationnalisation de notre travail. Le procès-verbal de la rencontre se trouve en annexe (cf annexe C p.x).

Nous avons, ensuite, échangé quelques mails avec l'établissement pour leur transmettre l'avancée de notre projet. Nous avons, en parallèle un contact avec notre directrice de travail pour poursuivre notre démarche.

4.2 L'échantillonnage

L'échantillonnage va nous permettre de sélectionner les personnes participant à nos entretiens. Nous allons les choisir selon divers critères. Nous avons fait une classification afin d'avoir un échantillon suffisamment vaste pour récolter les informations nécessaires. Elle nous permet aussi d'interroger un petit échantillon sur l'ensemble des étages de l'établissement car les délais du projet sont courts. L'ensemble de notre échantillonnage comprendra les personnes suivantes :

- Une aide-soignante non qualifiée
- Une aide-soignante qualifiée
- Une ASSC
- Une infirmière
- Une infirmière cheffe d'unité de soins

Pour toutes ces catégories nous choisirons une personne ayant peu d'expérience et une ayant des années d'expériences dans cet établissement. L'ensemble du groupe de personnes questionnées comprendra donc 10 membres.

Pour informer de manière optimale l'établissement, nous décidons d'écrire une lettre personnelle exprimant les points importants de notre projet. Nous joignons une grille d'inscription où les personnes intéressées peuvent remplir leur nom, prénom, fonction au sein de l'établissement ainsi que leurs années d'expériences dans l'établissement. Nous annexons également une copie de la lettre d'information officielle concernant les participants à une étude de type Bachelor (cf annexes D-E et F p. xiii, xv et xvii).

Nous optons pour un échantillonnage de volontaires où le personnel est choisi de manière aléatoire en fonction des personnes inscrites. Nous veillons à ce que la plus large population soit mise au courant par le biais du bouche à oreille et de ces lettres informatives. Nous nous rendons à chaque étage afin d'expliquer aux personnes présentes le but de notre étude. Ainsi, ces personnes se sont engagées à passer le message auprès de leurs collègues et la grille affichée sur le panneau des étages. Nous laissons un délai d'un mois entre notre présentation aux étages et le ramassage des feuilles. Ceci permet à un maximum de personnes de s'inscrire malgré les vacances de chacun. Nous pouvons également compter sur l'infirmière cheffe de l'établissement qui s'engage à faire circuler l'information lors des colloques du matin avec les infirmières des étages. Par ce biais, nous désirons que le maximum de personnes répondent présentes pour nos entretiens. En effet, nous ne travaillons pas tous les jours et il est donc difficile de le faire nous-même. Mais lorsque nous sommes présentes, nous nous chargeons de faire circuler l'information. Nous remarquons lors de notre première visite, que l'information semble être bien comprise. Les opinions du personnel sont mitigées. En effet, la majorité trouve notre projet très intéressant. D'autres souhaitent y participer et certains craignent le fait d'être enregistré malgré que l'anonymat soit respecté. En annexe vous trouverez un exemplaire de la lettre d'information officielle, de notre lettre d'information ainsi que du consentement libre et éclairé.

4.3 Récolte des inscriptions

Nous passons à la mi-août, premier délai fixé, afin de récolter nos inscriptions. Quelle fut notre surprise lorsque nous découvrons que peu de personnes se sont inscrites malgré nos passages réguliers durant ce mois. Nous pensions que l'information avait été transmise à un nombre maximal de personnes. Malheureusement, nous avons bénéficié de certains retours qui nous disaient que l'information avait été transmise les jours de nos passages, puis plus rien. Nous réexpliquons donc aux personnes présentes ce jour le concept du projet et décidons de laisser un délai supplémentaire de deux semaines afin de récolter plus d'inscriptions. Ainsi, nous ne sommes pas obligées de désigner du personnel

soignant avec l'infirmière cheffe. Ceci écarte un maximum de biais (éléments pouvant fausser les résultats de l'étude) pour notre travail. Nous en informons tout de même l'infirmière cheffe qui insiste auprès du personnel infirmier. Lors de notre ramassage définitif des inscriptions, il nous manque encore une infirmière diplômée et une aide-soignante qualifiée. Nous contactons une aide-soignante que nous connaissons et qui semblait intéressée lors de la présentation du projet. L'infirmière cheffe contacte l'une des infirmières qui accepte. Nous avons également eu un contact avec une autre infirmière qui décide également de participer à notre étude après un ultime passage dans le home. Elle est responsable de l'étage le plus grand de l'établissement et il nous semblait intéressant d'observer ce qui varie entre un étage plus conséquent et les autres.

C'est lors de la sélection des sujets que nous devons éviter au maximum les biais et ainsi choisir des personnes de manière aléatoire. Pour certaines catégories nous n'avons pas eu beaucoup de personnes donc nous les avons sélectionnées d'office. Il n'est malheureusement pas envisageable de bénéficier pour chaque catégorie d'une personne ayant beaucoup d'expérience dans la maison ainsi que d'une personne novice. Certains aides-soignants inscrits se trouvent être des étudiants à la HES-SO soins infirmiers. Comme elles ne travaillent pas à plein temps dans l'établissement, nous décidons de ne pas les sélectionner pour notre projet. Nous sélectionnons les aides-soignants afin qu'ils soient répartis sur les quatre étages de l'EMS. Concernant les infirmières, nous garderons les trois infirmières. De ce fait, leurs années d'expérience au sein de l'établissement nous permettront de bénéficier d'un maximum d'informations. Ainsi, nous avons toutes les personnes requises pour mener à bien nos entretiens.

4.4 Construction des entretiens et pré-test

Après toutes ces démarches, nous commençons à construire notre entretien. Tout d'abord, nous établissons une grille. Dans l'entête, nous nous sommes remémorées notre problématique afin de ne pas oublier notre but principal. Puis, nous insérons également nos objectifs pour ce travail. Ceci nous permettra de voir s'ils sont atteints ou non (cf annexe G et H p. xx et xxvii).

Tout au long de notre entretien, nous allons nous inspirer de l'échelle de Braden. Nous allons former nos questions en fonction des facteurs de risques de cette échelle. Mais avant tout, nous voulons poser une question d'introduction assez large pour permettre à l'interviewé de rentrer dans le sujet et de rassembler ses idées sur le thème des escarres. Ensuite, nous allons développer chacun des facteurs de risques. Nous allons, pour chaque facteur, poser une question de base et prévoir des relances pour que la personne puisse nous donner un maximum d'information sur ces techniques de soins. Nous nous sommes basées sur les définitions des facteurs de risques de l'échelle et nous avons retenu les mots clés pour construire nos questions.

Après une première ébauche, nous décidons de faire un entretien test avec une personne étant dans les soins, une ASSC. Nous lui expliquons notre démarche en expliquant que notre projet consiste à faire une récolte de données des techniques de soins de l'ensemble de l'établissement. Nous voudrions évaluer l'avis du personnel sur la nécessité d'une unification ou d'un protocole pour la prévention des escarres. A la fin de l'interview, nous demandons à l'ASSC son ressenti pendant l'entretien ainsi que son avis sur nos questions. Elle s'est sentie à l'aise et a trouvé les questions suffisamment ouvertes pour pouvoir parler librement. Elle pense également qu'elles sont bien construites et permettent d'aiguiller l'interrogé. Par contre, elle n'a pas bien saisi la différence entre les questions sur la mobilité et l'activité. De notre point de vue, cet entretien nous a permis de nous préparer aux entretiens officiels. Nous avons modifié quelques questions car elles manquent de précisions à notre goût.

Nous préférons faire l'ensemble de ceux-ci à deux. Nous pensons être plus efficaces ensemble car nous pouvons à tout moment poser des questions pour obtenir un maximum d'informations possibles pour nos axes respectifs. De plus, tous ces facteurs sont liés entre eux. Certaines de nos réponses peuvent être associées à plusieurs facteurs de risques.

Suite à l'entretien test, nous décidons de faire des modifications. Afin d'avoir des réponses les plus complètes, nous notons, pour chaque question, les réponses possibles et ce que nous répondrions à leur place. Avec l'aide de ces réponses, nous reformulons et précisons certaines questions. Nous essayons de nous interroger

mutuellement afin de voir si nos questions sont adaptées et si le résultat nous satisfait.

4.5 Planification des entretiens

Pour être prêtes pour nos entretiens, il nous faut encore planifier les ordres de passages pour les entretiens qui se dérouleront en semaine 36 et 37 2013. Nous désirons réaliser les entretiens en un laps de temps de 15 jours pour éviter que les personnes puissent communiquer entre eux, ce qui pourrait fausser nos résultats. Nous constatons qu'il est difficile de coordonner les horaires de chacun ainsi que nos propres horaires de travail et les entretiens. Nous entreprenons donc d'établir un plan horaire. Il est constitué des jours et de plages horaires heure après heure. De ce fait, nous inscrivons les personnes en leur proposant des dates en dehors de leurs horaires de travail. Cette technique est très appropriée et nous pouvons y inscrire tous les participants. Placer tous les membres pour les entretiens n'était pas très facile. D'autant plus que pour des raisons personnelles et également pour des changements d'horaires certaines personnes ont dû déplacer les rendez-vous.

Pour terminer, nous imprimons les papiers officiels concernant le consentement libre et éclairé ainsi que l'information officielle sur la participation à une étude de type Bachelor. Nous en imprimons 11 que nous distribuerons au début de chaque entretien. La personne prendra le temps de les lire et de les signer. Elle aura déjà pris connaissance des modalités sur la feuille d'information puisque nous l'avons jointe à notre grille d'inscription. Nous serons ainsi dans les règles pour débiter nos entretiens.

4.6 Les entretiens

Pour réaliser nos entretiens, nous avons envoyé un mail à l'infirmière cheffe, au directeur de l'institution ainsi qu'à notre professeur de travail de Bachelor. Nous leur avons joint notre questionnaire afin qu'ils nous donnent leur avis et

commentaires. Nous avons ensuite demandé à les rencontrer. Une signature est faite pour l'autorisation de démarrer les entretiens. L'infirmière cheffe nous a proposé une salle pour les réaliser. Cette pièce permet de s'isoler sans être dérangées lors de nos interviews.

Avant tout entretien, nous nous rendons toutes les deux dans la salle prévue à cet effet. Nous nous installons et vérifions l'efficacité des dictaphones. Nous préparons les feuilles que nous donnerons aux participants soit le consentement libre et éclairé ainsi que l'information sur le déroulement des entretiens.

Nous allons ensuite chercher la personne pour l'entretien. Après les salutations, nous nous installons. Afin que la personne ne se sente pas gênée par le fait que l'on soit deux, nous avons adapté nos places. Nous nous sommes placées l'une en face de l'autre et avons laissé l'interviewé choisir sa place. Nous lui présentons les documents et nous lui laissons le temps nécessaire pour les lire et les signer. Nous l'avertissons que nous enclenchons l'enregistreur. Ensuite, tour à tour, nous posons nos questions en fonction des axes déterminés auparavant. Valentine présente la question d'introduction et Charlotte pose la question de conclusion. A la fin de l'interview, nous remercions la personne et l'interrogeons sur son ressenti pendant l'entretien. Toutes les personnes interrogées se sont senties à l'aise durant toute la séance. Elles se sentaient libres de parler et de nous demander de reformuler nos questions en cas de non compréhension. Après leur départ, nous discutons de notre propre ressenti et des réponses que nous avons reçues. Dans l'ensemble, nous sommes très satisfaites car les réponses sont très variées et répondent à notre attente. Nous étions un peu stressées lors du premier entretien. Au début nous formulions nos questions avec hésitation et en employant beaucoup d'onomatopées. Mais au fil de l'entretien, nous nous sentons plus à l'aise et les relances sont plus faciles à formuler. Chaque entretien a duré entre 30 et 40 minutes.

4.7 Principes éthiques

Les principes éthiques sont en perpétuelle évolution et sont mis à jour régulièrement. Pour mener à bien cette recherche et répondre aux critères, nous

nous sommes basées sur le fascicule rédigé par l'Association Suisse des infirmières et infirmier (ASI, Profil de l'ASI. L'éthique dans la pratique des soins., 2003).

Le but de l'éthique dans un travail de ce genre est d'assurer le respect de la personne interrogée dans diverses dimensions explicitées ci-après. Concernant la problématique et les objectifs du travail, ils se situent dans le respect de cette règle puisqu'aucun dilemme éthique ne peut être perçu. Le but est bien d'agir grâce à l'observation des pratiques et non à l'aide d'une comparaison entre diverses institutions ou divers propos de soignants.

Nous allons développer et argumenter le respect des principes éthiques pour notre étude :

La dignité et l'autonomie de la personne :

Tout d'abord, les personnes désirant participer à l'étude le font de manière autonome et personnelle. Elles ont préalablement reçu les informations nécessaires concernant toutes les modalités de leur participation. Elles peuvent ainsi y participer en toute connaissance de cause au moyen de la signature d'un consentement libre et éclairé. Il est également précisé qu'aucune sanction n'est engendrée si la personne désire se retirer suite à son accord de participation. L'information débute puisque nous présentons notre projet lors de nos journées de travail dans l'institution. L'information circule également au moyen du « bouche à oreille » lors des colloques du matin en présence de l'infirmière cheffe. De ce fait, nous n'imposons pas notre projet au personnel soignant.

Pour terminer, nous précisons que la personne est assurée de la protection de ses données et que nous respectons la vie privée de la personne, qu'elle peut relire son témoignage et qu'il n'est pas nominatif. De plus, la personne interviewée a le libre choix de s'exprimer sur ce qu'elle désire partager puisqu'il s'agit d'entretiens semi-dirigés. Nous visons également l'autonomie de l'institution puisque le directeur ou l'infirmière cheffe pourront intervenir à tout moment de notre travail pour nous faire part de leurs recommandations ou propositions.

La bienfaisance et le non malfaisance :

Les participants à l'étude ne sont pas exposés à des risques menaçant leur santé physique et morale. L'information donnée à l'équipe soignante présente tout ce à quoi la personne s'engage. Le but du travail n'est pas de porter un jugement ou de faire une comparaison mais bien de proposer, s'il y a une nécessité, un protocole commun à tous les étages.

Justice et non-jugement :

D'une part, l'échantillonnage se fait selon le désir de participation de chacun et il n'y a pas de préférences qui sont faites. Nous avons établi les critères d'inclusion et d'exclusion et nous nous y tenons.

D'autre part, aucun jugement n'est fait sur les propos des participants ni sur l'établissement. En effet, il ne s'agit pas d'effectuer une comparaison mais bien d'observer ce qui se passe afin de proposer un protocole commun à toute l'institution en fonction des besoins.

Pour conclure, l'établissement bénéficie des résultats tout au long de l'avancée de notre travail ainsi qu'avant que nous le rendions, il pourra donner son avis dans le but de former avec eux une relation de collaboration (ASI, Profil de l'ASI. L'éthique dans la pratique des soins., 2003) p. 11-19.

5 Analyse

Nous allons ci-dessous développer l'analyse de nos entretiens. Tout d'abord, nous nous penchons sur la connaissance des facteurs de risques pour amener des éléments de validation d'hypothèse grâce à notre question d'introduction. Nous analysons ensuite les facteurs de risques selon nos axes respectifs : Valentine pour la mobilité, activité et cisaillement – friction, Charlotte pour la perception sensorielle, humidité et nutrition. Pour finir, la dernière question nous permet d'évaluer la nécessité ou non de la mise en place d'un projet dans cette institution.

5.1 Connaissances des facteurs de risques

Lors de notre première question, nous avons remarqué que les facteurs suivants sont les plus connus de tout le personnel confondu : le facteur de nutrition (déshydratation), de mobilité et d'activité. Chez les infirmières, deux autres facteurs sont relevés dont la perception sensorielle et l'humidité. La majorité d'entre eux ont mentionné la problématique de l'hospitalisation. En effet, certains ont remarqué qu'au retour de l'hôpital les escarres étaient plus fréquentes que dans leur EMS. Ceci nous montre que la prévention est au centre de leur prise en charge. Le personnel est également conscient que les personnes âgées sont plus touchées par ce phénomène notamment à cause de leurs multi pathologies. Le diabète, la démence et les comorbidités de la personne en fin de vie sont mis en avant. Dans cet EMS une attention particulière est portée aux vêtements, c'est-à-dire veiller à ce que les chaussures et les habits soient adaptés au patient, ni trop serrés, ni trop larges pour éviter le cisaillement. De plus, un système de photo des plaies par une infirmière spécialisée est mis en place pour améliorer les soins prodigués. Ceci permet une prise en charge inter-pluridisciplinaire.

Par ces éléments de réponse, nous affirmons que tous les facteurs de risques de l'échelle de Braden sont connus par le personnel soignant bien que l'outil ne le soit pas.

Un dilemme est soulevé : Est-il préférable de mettre ou enlever les coussins de position ? Voici la constatation d'une aide-soignante :

« Aux cours Croix-Rouge, j'avais pu voir qu'ils proposaient d'enlever les coussins car ils voyaient qu'il y avait plus de risques de développer les escarres et plus de risques d'avoir des points d'appuis. Personnellement, je ne suis pas tout à fait convaincue par cette technique ». (Communication privée du 11 septembre 2014)

Les mettre permettrait de réduire les surfaces de contact mais péjorerait l'état de la peau. Les enlever répartirait le poids, une plus grande zone serait touchée mais avec moins d'impact sur le tissu cutané. Nous avons cherché à élucider cette question par nos études. La revue des « Soins » sur les supports d'aide à la

prévention et aux traitements des escarres nous démontre que « La pression et son temps d'application sont les facteurs prépondérants de la constitution de l'escarre. (...) Les supports qui permettent une diminution du gradient de la pression d'appui en augmentant la surface de contact du sujet sur le support » (Guillot-Masanovic, Meaume, Rochet, & Roques, 2009) p.40.

Selon un autre point de vue, l'audit sur l'entretien des supports de prévention et d'aide aux traitements des escarres nous dit que « L'efficacité des thérapeutiques nécessite l'application de mesures préventives : conseil nutritionnel, soustraction aux pressions et donc aux points d'appuis (supports, changement de position, soulèvement, levé d'appui), mesures d'hygiène rigoureuse, massages effleurages... » (p. 187). Il présente également l'importance de préserver une bonne hygiène des supports afin de réduire le risque de contamination infectieuse pour le patient. Cet article expose, pour terminer, l'importance de ces moyens thérapeutiques pour la répartition des points d'appuis. (Burdin de Saint Martin, Mauranne, Bouvier, & Planchu, 2009)

Par ces phrases, nous remarquons que l'utilisation des divers coussins anti-escarres est essentielle et permet de soulager les points d'appuis principaux et répartir le poids sur de plus grandes zones. En conclusion, ils sont indispensables mais le choix de la taille et du modèle est important ainsi qu'un entretien correct.

5.2 Perception sensorielle

L'ensemble des soignants interviewés sont alertés par les rougeurs chez leurs patients notamment pendant la toilette. C'est pour eux le premier signe d'alerte d'une escarre. L'unanimité ne considère pas la rougeur comme le stade 1 de l'escarre selon la classification NPUAP développée dans le chapitre « Présentation du thème » selon l'article « La revue de l'infirmière ». Par contre, tous sont conscients qu'une phlyctène, une douleur, une sensibilité signale une escarre développée.

Par la pratique de nos entretiens, nous remarquons que les principales zones à risque de développer une escarre sont similaires à celles que nous avons répertoriées dans le besoin de se mouvoir et maintenir une bonne position selon

Virginia Henderson. L'observation des soignants par rapport à ces points d'appuis est en relation avec la position dans laquelle se trouve le patient : latérale, dorsale et assise. Cette classification est retrouvée dans l'article « L'escarre - sujet toujours explosif » que nous avons recensé. De ce fait, la pratique de cet EMS se réfère aux normes littéraires. Les professionnels connaissent également l'influence du poids du pensionnaire dans la survenue des points d'appuis (Association des paralysés de France).

Ils mettent en place une prévention de base en fonction de chaque cas avant l'arrivée de rougeurs. Lorsque celle-ci apparaît, leur surveillance s'accroît. Ils instaurent alors une prévention de type secondaire car ils évitent la progression vers le stade 2 de l'escarre. Ces actions sont principalement la mise en place de coussins, changements de position, les matelas d'air, peau de mouton.

Un grand choix de coussins est disponible dans l'établissement. Ils emploient des coussins à petites graines pour surélever les talons, les bananes pour la position sur le côté, les draps de bains ou les coussins normaux entre les jambes pour éviter la friction. Une ASSC relève que les coussins marquent moins que les linges éponges et cela favorise leur emploi. Les cerceaux ainsi que le coussin au fond du lit sont employés pour éviter le poids des draps sur la pointe des orteils. Leur raisonnement par rapport aux coussins de position est validé par l'étude « La revue de l'infirmière » qui détaille les différentes manières de soulager les pressions grâce aux coussins selon les positions du patient (Simon & Warnet, 2010). Nous interviewons une infirmière française qui nous transmet que la Suisse bénéficie de beaucoup de moyens matériels pour la prévention.

Les soignants mentionnent l'importance des changements de position. Dans cet établissement, ils s'effectuent jour et nuit aux deux ou quatre heures. Dans « La revue de l'infirmière » il est spécifié ceci :

Un changement de position toutes les deux à quatre heures est préconisé. Il faut néanmoins tenir compte du type de support pour déterminer le rythme des changements de position : fréquents sur un support abaissant peu les pressions (support statique), moins fréquents si le support assure des basses pressions (support dynamique). (Simon & Warnet, 2010), p.22

Cette règle est respectée. Peu de personnes sont alitées en permanence dans cet EMS donc le support statique est privilégié. Tout de même des matelas d'air sont mis en place et sont préférés par le personnel soignant par rapport aux autres matelas. Une surveillance particulière est portée à la quantité d'air administrée pour une utilisation optimale. Il n'apprécie pas les supports d'eau car ils sont inconfortables et froids. Les supports en gel lui paraît moins fiables car leur entretien est plus subtil.

Nous sommes surprises par les nombreuses utilisations des peaux de mouton car dans les hôpitaux nous n'employons plus ce matériel. Nous constatons que dans le dossier « Soins », ils ont également fait cette découverte :

Il est étonnant de constater le retour des peaux de moutons, certes « nouvelle génération », généralement déconseillées dans la prévention des escarres ... Il est difficile d'imaginer que ces peaux de moutons puissent concurrencer l'efficacité des supports à air dynamique utilisés actuellement dans les hôpitaux pour les patients à très haut risque d'escarres (Fontaine, Senet, & Meaume, 2009), p.37.

Dans cet EMS, les peaux de moutons sont plutôt vues en complément des coussins de position chez les patients à risques modérés et non élevés d'escarres. Le personnel est conscient qu'elles n'ont pas la même efficacité que les matelas d'air.

Nous remarquons que les aides-soignants mettent en place des moyens simples (divers coussins, peaux de mouton, cerceaux, plis d'aisance, etc.) par elles-mêmes et en informent l'infirmière. Lors du colloque infirmier la situation est reprise en élargissant le champ des possibilités. Ainsi, tout le personnel de l'établissement est informé de la situation. Une infirmière de l'étage confie que c'est son rôle d'avoir une vision globale de l'état cutané des pensionnaires de l'étage, d'évaluer les soins prodigués et d'agir en conséquence. Elle tient informé le reste de l'équipe par le biais des colloques d'étage.

Des incertitudes persistent concernant les notions de massage et effleurage. En effet, une minorité pratique le massage avec des crèmes hydratantes sans grande conviction. Ils connaissent le dilemme massage - effleurage mais n'ont pas

les informations nécessaires pour agir en conséquence selon eux. Suite à ces interrogations, nos recherches ont démontré que le massage serait interdit puisqu'il diminue la microcirculation et causerait des lésions. L'effleurage, quant à lui, est un massage sans utilisation de la force. Il est toutefois contre-indiqué sur des rougeurs persistantes (Mazoyer, 2011). Cette théorie est également validée dans le dossier « Soins » « L'effleurage est possible tant qu'il n'y a pas de rougeurs persistantes à la levée de l'appui. Il doit être doux avec des huiles pour ne pas aggraver des lésions sous-jacentes » (Faucher, 2009), p.50.

Une infirmière soulève un problème éthique concernant la difficulté des soins chez les personnes en fin de vie par rapport aux changements de position. Elle relate qu'il est difficile de savoir si le changement est nécessaire ou pas chez une personne qui désire mourir. « Il y a des personnes qui s'abandonnent à un certain moment comme la fin de vie. Mais après ça leur est complètement dévolu. Il y a des gens qui sont un petit peu entre deux, qui ont des discours paradoxaux. » (Communication privée du 10 septembre 2014). Pour élucider ce questionnement, nous trouvons dans le dossier « Soins » une suggestion intéressante :

Sans adopter absolument une démarche hyperactive autour du patient à risques, les actions mises en place doivent tenir compte du temps et du poids de ces risques dans le temps. Ainsi, la situation de certains malades imposera une attitude quasi passive de la part des soignants et d'autres un comportement actif (Fromantin, 2009) p.53.

Ainsi il est important pour les soignants d'agir au plus près de leur conscience, d'observer la situation face à la fin de vie, prendre en compte le patient et ses proches comme l'explique une des aides-soignantes.

Concernant les personnes qui ne ressentent peu ou pas la douleur, les soignants sont unanimes, la même prise en charge est effectuée avec une attention particulière. Certains rappellent l'utilisation nouvelle de l'échelle Doloplus dans l'établissement par les personnes formées. Le problème des diabétiques avec leur perte de sensibilité est relevé par la majorité d'entre eux. Le non-verbal tient une place importante dans l'évaluation de la douleur mais ils spécifient que sa présence montre qu'il existe déjà un problème cutané. Dans le cadre théorique, dans le besoin

de communiquer, nous avons déjà pris conscience que le non-verbal est une valeur à prendre en compte dans la communication.

5.3 *L'humidité*

L'ensemble des participants aux interviews nous disent avoir participé à une formation obligatoire sur les protections TENA utilisées dans l'établissement. Il en ressort qu'elles sont de très haute qualité. Ils ont reçu comme consigne de ne pas changer de protection tant qu'elles ne sont pas saturées car elles possèdent un film protecteur qui évite le contact entre l'urine et la peau. Elles sont munies de témoins, des quadrants, indiquant le degré de saturation. Tout de même, si la personne a des selles, des urines nauséabondes, des escarres au siège ou est sujette aux infections, tous changent les protections. Dans le fonctionnement de l'établissement, tout soignant change la protection le matin, accompagne le pensionnaire aux toilettes avant et après les repas, après la sieste et avant le coucher. La nuit, un tournus est effectué avec une attention particulière aux personnes ayant d'importantes incontinences. Lors de tous les changements de protections, chacun veille à rafraîchir le patient avec des lingettes humides. Les protections sont adaptées en fonction de la taille et de la quantité d'absorption. Elles sont constamment réévaluées par l'ensemble de l'équipe soignante. Ainsi, le pensionnaire bénéficie d'une surveillance accrue et régulière concernant l'incontinence. Une infirmière propose aussi de poser une sonde chez les personnes avec une grande incontinence pour leur confort personnel, tout en étant consciente de l'aspect définitif de ce moyen invasif et de l'augmentation du risque d'infections.

Lors de la toilette, les soignants sont attentifs à l'hygiène du patient. Ils ont plusieurs techniques pour bien sécher les endroits difficiles d'accès soit le foehn froid, le tamponnage avec une serviette et des compresses notamment sous les seins, les plis du ventre et les plis inguinaux. Une constatation sur l'emploi du talc est soulevée. Une ASSC transmet que son utilisation est abolie sur son étage : « Des gens étaient trop généreux en talc. Tellement que pour finir ça faisait un gros paquet. Et dessous ça s'ouvrait et ça saignait » (Communication privée du 4 septembre

2014). Par nos recherches, nous nous apercevons qu'un surplus de talc peut causer des érythèmes cutanés. Il est donc important de l'appliquer avec parcimonie.

Un désaccord est présent lors des entretiens par rapport à l'application des crèmes hydratantes. Tous sont convaincus de la nécessité d'hydrater la peau car l'âge assèche et fragilise celle-ci. Néanmoins l'application sur le siège est controversée par une partie d'entre eux. Certains nous confient qu'elle diminuerait l'efficacité du filtre de la protection qui empêche le contact entre l'urine et la peau. Nous nous renseignons sur le site des protections TENA qui prouve nos dires. Il serait donc préférable de mettre de la crème, laisser sécher et ensuite adapter la protection ou mettre de l'eau de Cologne en prêtant attention aux muqueuses comme le propose une aide-soignante (Aktiebolaget).

Les personnes interrogées exposent l'importance du respect des saisons dans les draps du lit et le choix des vêtements. En effet, il faut veiller à ce que les personnes ne soient pas trop habillées car cela augmente la transpiration et donc le risque de macération. Les habits doivent être adaptés en taille pour éviter les plis et les risques de frottements. Une ASSC propose de faire un pli avec la chemisette sous la poitrine en remplacement des compresses.

Nous observons que tout le personnel est très attentif au problème d'humidité et d'incontinence en mettant des actions en place. Ils sont très au clair avec le matériel de l'établissement. Nous sommes surprises du témoignage d'une infirmière qui ne considère pas l'humidité comme un facteur de risques d'escarres mais plutôt comme une porte d'entrée aux infections, macération et mycose. Son explication nous fait comprendre l'étroitesse entre macération et escarre. Pour elle, l'escarre est une problématique issue principalement du manque de changement de position.

5.4 L'activité (le déplacement)

La charge de travail étant importante, les soignants disent ne pas avoir assez de temps pour l'activité des pensionnaires mais savent trouver les ressources nécessaires dans l'animation. De ce fait, les éducateurs sociaux proposent des promenades dans les alentours de l'établissement et de la gym pour les personnes

plus indépendantes. Mais, à l'unanimité, les personnes disent profiter des moments avant les repas pour permettre aux pensionnaires de se déplacer dans les corridors avec le tintébin. Ils suggèrent facilement aux pensionnaires de se rendre au réfectoire principal à pied. Ceci favorise également les rencontres et les liens sociaux. Ils soulignent qu'ils stimulent beaucoup les personnes indépendantes afin qu'elles préservent leur autonomie mais qu'ils sont plus empruntés pour les personnes à mobilité réduite. Un physiothérapeute passe chez certaines personnes de l'étage et fournit un retour sur sa prestation. Une des aide-soignante nous expose sa technique de motivation par la plaisanterie et l'humour. Ceci l'aide à avoir leur prise en charge individualisée. Une infirmière spécifie que la stimulation des pensionnaires est typiquement du rôle infirmier autonome. Comme démontré dans le concept de Virginia Henderson dans le rôle de l'infirmière, elle propose de satisfaire les besoins du pensionnaire afin qu'il puisse se livrer à ses activités. Donc en agissant sur les besoins perturbés du pensionnaire, l'infirmière peut augmenter les déplacements de ce dernier.

Le personnel du troisième étage parle de l'instauration d'un horaire spécial qui vise à augmenter les déplacements quotidiens des pensionnaires. En effet, la personne reste en dehors des soins pour prendre du temps avec le pensionnaire. Pour les autres étages, les soignants signalent que les déplacements sont favorisés entre trois et cinq heures de l'après-midi où la charge de travail est plus faible.

La toilette semble être un moment privilégié pour les déplacements. Les soignants s'adaptent en fonction du pensionnaire. Ils favorisent les toilettes au lavabo pour garder la verticalité et conserver la force dans les membres inférieurs. La question de l'utilisation de l'ascenseur est controversée. Ils soulignent son importance lorsque la charge est trop lourde et que le risque de blessure est élevé pour les soignants. Mais par contre, lorsque les transferts sont possibles à plusieurs, ils déconseillent son utilisation. Deux des six étages emploient couramment les disques tournants et les cadres de marche pour les transferts lit-fauteuil. Cette technique permet la verticalisation et favorise l'autonomie du résident. L'une des infirmières insiste sur l'importance de laisser du temps à la personne pour effectuer les transferts et la mettre en confiance. Elle illustre par un exemple d'une personne ayant la maladie d'Alzheimer. Elle s'appuie sur les automatismes qu'il reste à la personne pour effectuer les transferts.

L'ensemble du personnel exerce les mêmes pratiques concernant la stimulation de l'activité de la personne âgée. L'une d'elle a même proposé d'avoir un canevas pour tous les étages mais qu'il ne soit pas rigide et auquel ils puissent se référer.

5.5 La mobilité (mobilisation du corps)

Pour la plupart de nos entretiens, nous constatons que nos interlocuteurs peinent à différencier ces deux facteurs soit l'activité et la mobilité. Tous parlent de déplacements actifs dans les couloirs avec les marchettes, l'aide d'une tierce personne, alors que la question portait sur les mouvements de repositionnement dans le lit et sur les chaises. Donc, toutes les techniques relevant des déplacements des pensionnaires ont été incluses dans le paragraphe précédent. Nous centrons celui-ci seulement sur les mouvements liés au corps.

Les soignants sont unanimes sur le fait de mettre des coussins pour positionner les personnes mais dans une juste quantité. Trop de coussins bloquent le patient dans les micromouvements qu'il arrive encore à exécuter. Ces changements se font toutes les deux à quatre heures. Comme le signale l'article « L'escarre – sujet toujours explosif » l'appui sur une même partie du corps pendant un laps de temps long est le principal déclencheur de l'escarre. Le moindre petit mouvement permet de rééquilibrer les pressions et couper l'ischémie cutanée. Donc tout petit geste est important tout comme les changements de position aux deux et quatre heures notamment la nuit. Cette étude dit que puisque la durée d'exposition à la pression est le protagoniste dans la formation d'une escarre, le danger augmente avec le degré d'immobilité du patient (Association des paralysés de France) p.4.

Si la personne est complètement dépendante, les professionnels favorisent les mouvements dans le lit en utilisant la potence, en leur demandant de se tourner sur le matelas ainsi que de saisir les barrières pour s'aider à se mobiliser sur le côté. Pour favoriser leur ergonomie, les soignants utilisent beaucoup les draps et les alèzes pour remonter un résident dans le lit ou le tourner. Le personnel n'hésite pas à se mettre à plusieurs pour soulever les gens.

Lors de la toilette du matin, pour les patients alités, les personnes interrogées disent tout faire pour conserver l'autonomie des pensionnaires. Ils les stimulent par la parole à participer en conservant les capacités de chacun. Un exemple commun est de demander de lever les bras, bouger les orteils, replier les jambes pour garder la force dans les membres. Ils encouragent le client à effectuer des parties de sa toilette individuellement telles que le visage et le haut du corps.

Une réponse nous étonne car nous n'y avons pas pensé. Une ASSC nous relate qu'elle est très attentive à un membre avec un plâtre. Elle propose d'avoir une attention particulière à la mobilité des extrémités pour qu'il ne perde pas sa dextérité d'avant : « Par exemple, un monsieur s'est cassé la main, je lui faisais travailler un peu les doigts pour pas qu'il ne perde la mobilité » (Communication privée du 4 septembre 2014).

5.6 *La nutrition*

Concernant ce facteur de risques, les soignants ont, dans l'ensemble, les mêmes techniques d'observation pour la nourriture et l'hydratation. Tous ont appris à faire le pli cutané pour vérifier que la personne soit suffisamment hydratée. Une infirmière mentionne une incohérence du discours possible lorsque la personne est déshydratée. Elle se fie plutôt aux urines notamment celles du matin quand elle sont foncées et troubles. Ils agissent en conséquence en stimulant les boissons. Ils font un bilan des entrées – sorties sur plusieurs jours. Ils contrôlent également les protections et une attention particulière est portée aux personnes sujettes aux infections urinaires. Les praticiens utilisent beaucoup le Cranberry si l'infection se développe en prévention secondaire. Dans leur organisation, le personnel pense à donner une boisson lors de tous les passages auprès du bénéficiaire de soins. Chaque après-midi, la tournée du thé leur permet de faire une stimulation supplémentaire en fonction des goûts personnels. Une infirmière confie qu'elle veille à ce qu'une bouteille reste à proximité du pensionnaire et qu'elle profite de servir un verre le matin au réveil car la bouche est souvent sèche. Les boissons gélifiées sont courantes chez les personnes avec des difficultés à déglutir.

Pour les problèmes liés à l'alimentation, les soignants disent que c'est plus secondaire car les menus sont variés et les quantités suffisantes. Ils observent les assiettes des pensionnaires pour avoir une notion des apports nutritifs. Ils contrôlent régulièrement le poids et augmentent la fréquence si nécessaire. Ils voient une augmentation ou un déficit alimentaire à la garde-robe. Ils nous rendent attentives au fait qu'ils ne gavent pas les personnes surtout en fin de vie. Ils se fixent sur leurs envies et leurs préférences avec l'aide de la famille du résident. Si toutefois, la courbe de poids diminue dangereusement, la mise en place de collation, boissons hyperprotéinées, soupes enrichies et repas fractionnés est réalisée. Une étroite collaboration avec la cuisine existe. Ils peuvent ainsi adapter les repas en fonction des désirs et des régimes (hachés, mixés, semi-liquide, etc.). Nous sommes intéressées par l'introduction d'ustensiles spécifiques pour les patients hémiplegiques. Ils possèdent des couteaux – cuillères en une pièce. Ils permettent donc de tout faire avec une main. Ils ont également des services avec des manches plus gros pour améliorer la prise en main. Un aide-soignant a introduit un tapis antiglisse pour les assiettes.

Au niveau des moyens existants pour faciliter l'autonomie des bénéficiaires de soins lors des repas, ils sont multiples et se retrouvent dans le discours de tous les soignants. Ils favorisent l'utilisation de la cuillère à la fourchette. Ils mettent des cercles autour des assiettes qui sont parfois en couleur pour attirer l'attention des personnes malvoyantes. Ils prêtent attention à préserver l'autonomie et ne pas suppléer directement la personne. Ils préfèrent mettre les aliments sur la cuillère/fourchette et leur laisser faire le geste seul. Ce même principe est employé avec la soupe. Une aide-soignante transvase la soupe dans un verre pour que la personne puisse la boire seule. Pour les boissons, les pipettes et les pailles sont fréquentes.

Nous sommes impressionnées par l'importance que donne le personnel aux transmissions tant écrites qu'orales. Souvent les soignants observent les comportements et les transmettent tout au long de la journée à leurs collègues. Si une situation critique est remarquée par une aide-soignante, elle signale ses observations à l'infirmière. Celle-ci prend alors contact avec le médecin traitant pour instaurer des solutions adaptées.

En lisant la recherche « évaluons le risque nutritionnel et dépistons la dénutrition des personnes âgées... », nous mettons en avant que la nutrition est très importante pour contrer l'avancée des maladies telles que les problèmes cardiovasculaires, l'hypertension, la dépression, le diabète, l'anémie, etc. Elle permet aussi de conserver les forces pour la mobilisation et donc l'autonomie personnelle. Cette information est répétée souvent dans le discours des soignants. Ce texte précise aussi que la démence peut avoir de grandes répercussions sur la nutrition. Elle provoque l'oubli de l'acte, des gestes ce qui allonge la durée des repas et diminue la consommation alimentaire. Par rapport à cette difficulté, le personnel place la stimulation au centre des repas (Voirol & Maulini, 2011).

5.7 Le cisaillement et la friction

Pour le dernier facteur de risques, nous expliquons ce qu'on entendait par cisaillement : c'est quand on a deux forces opposées qui s'exercent sur la peau. Comme écrit dans le dossier « Soins », le cisaillement cause des lésions plus graves que la pression. Après ce petit explicatif nous obtenons des réponses à peu près similaires de la part des soignants. Une information qui revient souvent est l'attention qui est portée au positionnement de la personne. En effet, en quittant la chambre l'ensemble du personnel regarde que le bénéficiaire de soins n'ait pas le dossier trop levé pour éviter de glisser dans le fond du lit. Cet élément est relevé dans le dossier « Soins » :

La station au lit ou au fauteuil génère des appuis prolongés sur des zones à risques. De même, les phénomènes de glissement dans le lit ou sur le fauteuil favorisent les frottements, les étirements, et le cisaillement responsable d'une interruption de la microcirculation cutanée et de l'apparition d'abrasions cutanées (Faucher, 2009), p.49-50.

Pour y remédier ils mettent parfois un coussin dans le fond du lit ou remontent la position des membres inférieurs. Pour le repositionnement des personnes, l'alèze est le moyen le plus courant. Une infirmière relate les différentes techniques à deux personnes : prise avec une main sous le siège et l'une sous l'épaule avec la tête

contre la tête de l'autre collègue pour se donner de la force, une main au sommet du lit et l'autre sous l'aisselle en collaboration avec le patient et pour terminer demander au patient de ramener les jambes au centre du corps pour avoir une autre prise. Lors d'un positionnement, une soignante a fait une mauvaise expérience. Elle a positionné ses mains sur l'épaule et la hanche d'un pensionnaire et le pli interfessier s'est ouvert :

« J'ai vu une fois, quand j'étais en formation qu'on a tourné une personne, qu'on a tenu par la hanche et au dos et on l'a tournée comme ça. J'étais de l'autre côté, la peau s'est déchirée comme une fermeture éclair, c'était horrible. » (Communication privée du 16 septembre 2014)

Elle a donc proscrit cette méthode de sa manière de pratiquer. Un autre moyen est de mettre des duvets contre les barrières pour éviter les risques de blessure. Ils ôtent les couches superflues sur des matelas thérapeutiques pour éviter le cisaillement et conserver l'effet optimal de la surface.

Pour la position assise, ils conseillent les coussins d'eau pour éviter la friction sur la chaise. Pour remonter les personnes sur la chaise, une aide-soignante dit que la prise par les pantalons causerait des blessures au pli de l'aîne donc préfère l'aide d'une autre collègue. L'adaptation des habits semble importante pour éviter tout cisaillement et friction. L'ensemble du personnel adapte les protections en fonction de la taille du pensionnaire. Tous les ajustent pour éviter les plis. Ils suggèrent de privilégier un moltex à protection chez une personne alitée. Les culottes filets sont très convoitées car elles n'ont pas de couture et donc ne risquent pas de blesser. L'originalité de l'ouverture dans le dos des chemises de nuit nous a interloquées. Les soignants ont eu l'idée de prendre les chemises personnelles des patients et de les ouvrir dans le dos avec l'accord de la famille. Ceci éviterait les plis dans la position couchée sur le dos. Cette technique semble fonctionner. Les matières synthétiques sont à proscrire selon l'avis d'une ASSC, elles augmentent le glissement.

Pour compléter ce facteur et orienter les soignants, nous faisons un parallèle avec l'état cutané. Nous nous rendons compte que les réponses sont similaires à celles du facteur sur la perception sensorielle : attention aux chaussures chez les personnes diabétiques, matelas d'air, coussins et changements de position, à la

crème, le talc, massage et effleurage, aux peaux de moutons. Ainsi, nous n'avons pas de complément d'information avec cette question.

5.8 Question de synthèse

Tous les soignants trouvent que la mise en place de la prévention dans l'établissement est optimale. Ils justifient cela en mettant en avant qu'ils ont eu uniquement deux escarres avec guérison possible en l'espace de vingt ans. Pour eux, ceci est dû aux excellentes transmissions d'étages, aux colloques infirmiers du matin rassemblant les infirmières de l'établissement et à l'utilisation adéquate de tout le matériel mis à disposition. Ils estiment avoir une très bonne observation et agissent rapidement lorsqu'une rougeur apparaît ou une situation se péjore. Ils privilégient des soins individuels pour chaque pensionnaire. Pour eux, le problème principal est le retour des hospitalisations car les patients reviennent souvent avec des escarres. Ils n'en font pas un jugement de valeur mais un constat. Ils sont conscients que les facteurs tels que la baisse de l'état de santé et le changement des habitudes influencent les escarres à l'hôpital.

La mise en place d'un protocole n'est pas une nécessité pour tous. Certains soulignent qu'il n'y a pas de normalité dans les soins aux escarres et qu'il faut s'adapter à chaque personne. D'autres au contraire, pensent qu'une sorte de « check-list » aiderait à sensibiliser les membres du personnel. Ils entendent par « check-list » une utilisation de l'échelle de Braden mais sans détailler toutes les actions à mettre en place lorsqu'un déficit est présent pour un facteur de risque. Une remarque est faite sur l'arrivée des nouveaux collaborateurs. Ils devraient recevoir des informations sur leur manière d'agir face aux escarres, ceci plutôt pour les sensibiliser qu'un véritable protocole. À l'entrée d'un nouveau bénéficiaire de soins ou lors d'une baisse de l'état général, il nous est proposé qu'une infirmière évalue les besoins et les déficits pour afin d'avoir une vision globale et alerter le reste de l'équipe. Cela correspond justement aux critères pour établir une nouvelle évaluation à l'aide de l'échelle de Braden !

Tous ne pensent pas que les méthodes sont unifiées dans tout l'établissement. Mais par le biais de ce questionnaire nous constatons qu'il n'y a pas de grandes différences entre les étages. Le fait que certains membres du personnel tournent sur les différents étages et ceci principalement la nuit, expliquerait l'unification « involontaire » des techniques.

6 Synthèse de l'analyse

6.1 Vérification de l'hypothèse

Notre hypothèse est :

Les pratiques de prévention mises en place dans cet EMS font référence à toutes les rubriques présentes dans l'échelle de Braden soit l'activité, la perception sensorielle, l'humidité, la mobilité, la nutrition, la friction et le cisaillement.

Nous avons démontré en quoi elle était validée. En effet, nous avons construit notre questionnaire avec, comme fil rouge, l'échelle de Braden. Grâce à cet outil, nous avons remarqué que l'ensemble des soignants interviewés ont des pratiques propres à tous les facteurs. Cependant, nous savons que la plupart des interviewés ne connaissent pas cette échelle. Nous avons aussi constaté que certaines personnes ne différencient pas deux facteurs : mobilité et activité. En effet, lors de nos questions concernant la mobilité, beaucoup d'entre eux nous ont donné des réponses spécifiques à l'activité. Une incompréhension est également présente concernant le cisaillement. Ce terme n'est pas compris de tous mais après explication, l'ensemble du personnel bénéficie de techniques personnelles. Une infirmière nous a interpellées quand elle nous dit qu'elle ne considérait pas l'humidité comme un facteur de risques d'escarres. La première question nous a renseignées sur les principaux facteurs connus tels que l'influence de l'alimentation, la mobilisation et la perception sensorielle. En conclusion, malgré ces petites imprécisions, l'ensemble des membres du personnel interrogé a eu des réponses pour tous les facteurs. Notre hypothèse est donc vérifiée.

6.2 Question centrale de recherche

Notre question centrale de recherche

Quelle est la prévention des escarres mise en place dans cet EMS en rapport avec les facteurs de risques mis en évidence dans l'échelle de Braden ?

Méthode d'observation et recueil de données par questionnaires semi-dirigés.

Nous exposons dans ce paragraphe les différents éléments nous permettant de répondre à notre problématique.

Tout d'abord, nous sommes très impressionnées par les nombreuses techniques mises en avant dans cet EMS. Nous ne voyons pas de différences dans les pratiques entre les différents acteurs de la santé. Nous avons décidé de sélectionner un échantillon comprenant des gens avec beaucoup et peu d'expérience. Même si nous n'avons pas pu obtenir toutes les personnes souhaitées, les réponses sont très diversifiées. Toutes les pratiques mises en avant ne sont pas validées par la littérature, telles que les peaux de moutons et le massage, mais semblent être bénéfiques. Le fait le plus marquant est l'unification des techniques présente dans cet établissement. Selon le personnel, c'est surtout le colloque du matin rassemblant les infirmières de tous les étages et l'infirmière cheffe qui est la clé de cette collaboration. Nous sommes surprises par les dilemmes soulevés lors de nos entretiens. La question de l'effleurage ou le massage est présente à plusieurs reprises. Les remarques sur les protections nous surprennent et nous poussent à faire de nouvelles recherches. Nous ne percevons pas comment l'humidité ne peut remonter simplement avec le filtre. D'autres questions comme celle sur l'emploi du talc ou les soins d'escarres à apporter à une personne en fin de vie sont aussi travaillées. Notre question de synthèse sur la façon dont le personnel voit la prévention des escarres dans leur établissement confirme que les soignants prennent très au sérieux cette problématique. Ils mettent en avant le fait qu'ils ont très peu d'escarres et que leurs techniques fonctionnent. Ils ont suffisamment de moyens matériels mais surtout ils les adaptent à chaque personne.

6.3 *Atteinte des objectifs spécifiques*

Au moment de la synthèse de notre travail, nous proposons un pointage sur l'atteinte de nos objectifs spécifiques présentés dans la problématique. Nous avons écrits cinq objectifs dont un principal au travail.

Le premier visait à approfondir nos connaissances sur la prévention des escarres. Nous affirmons qu'il est atteint et que nous avons progressé. En effet, grâce à nos différentes études et à la construction du cadre théorique nous avons acquis de nouvelles connaissances. Il est vrai qu'il nous a été difficile de mettre en lien une théoricienne de soins et les escarres. Ce cadre théorique nous a demandé un investissement en temps et des connaissances importantes mais sa bonne construction nous a aidées lors de l'analyse. Du fait que la problématique soit d'actualité, nous n'avons pas rencontré de problème lors de la recherche d'informations. Nous avons opté pour un rayon de recherche d'études large afin de pouvoir cibler en fonction des problèmes réels qui existent sur la thématique des escarres. Pour terminer, l'exploration de nos études et articles s'est faite avant l'élaboration de la question de recherche. Nous voulions ainsi affiner nos connaissances sur le domaine requis. Nous avons poursuivi notre quête de connaissances lors de l'analyse. Effectivement, certains résultats concernant par exemple l'utilisation du talc, les protections, les soins palliatifs et la nuance entre massage-effleurage ont soulevé notre curiosité. Nous nous sommes donc replongées dans des études.

L'objectif suivant se centrait uniquement sur ce que nous allions rencontrer sur le terrain : récolter les connaissances acquises du personnel et les pratiques sur un lieu de travail. Pour cela, nous devons mettre à l'aise le personnel interviewé afin que nous puissions récolter le maximum de techniques et moyens. Effectivement, toutes les personnes partageaient avec envie et sans barrière. Elles reconnaissaient leurs erreurs et mettaient en avant les moyens trouvés pour progresser. Toutes semblaient conscientes de la problématique des escarres et nous présentaient les solutions et explications mises en place. Nous spécifions également qu'elles nous ont sensibilisées à certaines techniques que nous ne connaissions pas du tout.

L'échange allait dans les deux sens. Cet objectif spécifique est le plus important pour nous et nous l'avons atteint avec toutes ces réponses variées.

Le troisième mobilisait l'analyse des résultats au moyen d'un outil d'évaluation. Notre outil, l'échelle de Braden, a été un fil rouge tout au long de notre travail. Il nous a permis de rédiger notre questionnaire en nous basant sur les divers facteurs de risques. Lors de l'analyse nous l'avons également utilisé. Nous avons pu remarquer que les soignants l'ont également approuvé, comme expliqué dans la vérification de l'hypothèse, puisqu'il structurait l'entretien. Nous avons néanmoins remarqué qu'il était important de bien comprendre l'outil avant de le présenter aux entretiens. En effet, nous l'avons décrypté et analysé ce qui nous a permis de l'expliquer aux soignants. Par exemple, nous avons remarqué que le facteur de l'activité était difficile à dissocier de celui de la mobilité et une explication était nécessaire. Avec le recul, nous constatons qu'il n'aurait pas été possible de mener à terme ce travail sans cet outil. L'objectif est donc acquis.

L'avant-dernier de nos objectifs concernait le respect des délais impartis pour la restitution des divers travaux. L'organisation que nous tenons tout au long de cette étude nous permet de respecter les différents délais. Tout d'abord, nous avons décidé d'avancer au maximum durant l'été afin que nos entretiens soient bouclés pour la rentrée. Ainsi, nous pouvions nous consacrer à notre formation. Nous nous sommes beaucoup basées sur le calendrier élaboré en début de travail, il nous a aidées pour nous rendre compte de la continuité du dossier. Nous fixons nous-mêmes les rendez-vous avec notre directrice, ce qui nous permet de progresser à notre rythme. Un dernier point fort de notre organisation est que nous avons la même vision du travail et de son avancée ce qui nous permet de gagner beaucoup de temps.

Le dernier objectif spécifique, nous devions le rédiger en utilisant la taxonomie de Bloom. Nous utilisons le niveau de l'évaluation : mettre en place un protocole universel et proposer des pratiques unifiées pour une institution à l'aide d'un outil d'évaluation utilisé couramment dans les soins infirmiers du Valais romand. Par le biais de cet objectif de niveau supérieur, il fallait examiner ce qui était déjà fait et défendre l'intérêt de la mise en place d'un protocole. Il s'agit du seul objectif que nous n'avons pas pu atteindre complètement. Nous avons dû le modifier en

collaboration avec le personnel soignant interrogé. D'une part, les soignants affirment que les techniques sont déjà unifiées au sein de l'établissement par les colloques qui réunissent les différents étages. D'autre part, les soignants pensent que l'outil (Braden) utilisé est très abordable et simple. C'est pourquoi ils proposent une sorte de « check-list » pour le nouveau personnel. C'est l'utilisation de l'échelle de Braden en elle-même sans explication des actions de prévention à adapter suite à un déficit. Un rappel des différents facteurs de risques de cette échelle. Ils proposent également qu'une évaluation soit faite à l'arrivée de chaque nouveau pensionnaire par l'infirmière pour avoir une idée du risque d'escarres.

7 Discussion

7.1 Validité interne

Nous allons démontrer la validité interne de notre projet. Par ce paragraphe, nous souhaitons mettre en avant la cohérence de notre dossier, en exposant la trame de base qui nous a permis de le rédiger.

Nous avons choisi ce thème par intérêt personnel comme démontré dans nos motivations. Mais les escarres sont également un sujet vaste et très varié. Le fait que nous avons fait des recherches avant de poser notre problématique nous a permis d'élargir au maximum nos connaissances sur le thème. Par la suite, nous avons dû préciser notre vision pour réduire et centrer notre recherche. Les escarres sont également un sujet concret que nous pouvions travailler sur le terrain. Dans le cadre de l'école, une consigne était d'interroger seulement le personnel des soins. Nous avons donc sélectionné la prévention. C'est un thème facile à aborder car il est d'actualité et est un défi quotidien dans les soins. Il s'agissait d'une curiosité de notre part de connaître les moyens mis en place. Beaucoup de littérature existe à ce sujet.

Tout au long de notre projet, nous avons suivi un fil rouge notamment grâce à l'échelle de Braden. Elle nous a permis de construire notre questionnaire et de réaliser une analyse cohérente. L'institution nous a soutenu dans notre projet et ne

nous a pas posé beaucoup de limites. Nous n'avons donc pas eu de difficulté à respecter leur choix. Pour le cadre conceptuel, nous avons sélectionné comme trame la théorie de Virginia Henderson qui est la philosophie de soins de l'EMS. Cela rend notre travail plus pertinent avec le milieu de recherche et fait référence à un modèle de soins reconnu dans les sciences infirmières. Elle nous a aussi permis de structurer nos connaissances en essayant de rendre sa lecture agréable.

Les résultats variés sont une belle surprise. Nous nous attendions à certaines réponses mais d'autres sont inattendues. Elles couvrent l'ensemble des facteurs de risques. Toutes leurs pratiques sont répertoriées dans la littérature que nous avons sélectionnée au départ de notre travail.

Comme soulevé dans notre analyse, certains points ont montré des dilemmes. Nous avons cherché à nous positionner face au problème de la pose de diagnostic du stade 1. Selon nos recherches littéraires, l'escarre de stade 1 non diagnostiqué peut causer des dommages lors de la prise en charge. Certes, il est possible qu'un massage soit réalisé sur ses zones lésées car l'escarre n'est pas nommée comme telle. Dans cette institution, le diagnostic n'est pas posé mais ils agissent en conséquence.

7.1.1 Évolution personnelle

Nous présentons ci-après notre évolution commune durant de ce travail. Tout au long de ce projet, nous avons pu observer notre progression. En effet, en nous lançant dans la rédaction d'une telle étude nous nous sentions quelque peu perdues. Le choix du thème était l'étape essentielle et la plus importante. Mais le thème étant très vaste, nous avons de la difficulté à visualiser le projet dans sa globalité. Au fur et à mesure des discussions entre nous, nous avons dressé un fil rouge qui nous a permis de centrer nos idées. Les articles de littérature ne manquaient pas et étaient très variés, peut-être trop. Nous avons appris avec certaines méthodes à cibler le problème et nous centrer sur une problématique unique et probante. Nos lectures se sont alors restreintes et spécifiées. Ce qui fut le plus concret pour nous et le plus intéressant fut l'élaboration du questionnaire. Il s'agissait de mettre en place des

questions simples emmagasinant toute la théorie comprise. L'analyse est l'interprétation des entretiens. Elle affirme ou infirme l'hypothèse posée et est donc fascinante à travailler. Par le nombre restreint de l'échantillonnage elle n'a pas été rébarbative pour nous. Dès le début, nous nous sommes réparties les tâches selon nos capacités. Les tâches bibliographiques et de mise en page nous ont fait découvrir un domaine qui nous était inconnu. Avec l'avancée de ce travail, nous nous sommes initiées à la compétence de l'infirmière chercheuse certes, mais surtout nous avons progressé au niveau de la confiance en soi dans la réalisation d'un projet de cette envergure. Ce travail nous a demandé beaucoup d'implication et de temps mais a également enrichi nos connaissances.

7.2 *Validité externe*

7.2.1 Transférabilité et recherches futures

La finalité d'une recherche de ce type est de vérifier qu'elle puisse s'appliquer à un autre domaine de soins, un autre type d'échantillonnage afin d'enrichir la pratique infirmière. Il s'agit de faire bénéficier d'autres professionnels de notre étude. Nous avons décidé de prouver ceci dans la validité externe et la transférabilité et proposer des recherches futures qui pourraient compléter notre travail.

Tout d'abord, notre échantillonnage s'effectue dans un seul établissement malgré que nous soyons deux étudiantes sur ce projet. Il s'agit d'un choix afin de répertorier les techniques et moyens d'un seul EMS en fonction de la profession. Avec le recul, nous pensons qu'il serait intéressant de l'effectuer dans deux établissements pour bénéficier d'autres informations. Mais cela représentait trop de travail pour le réaliser dans les délais et l'échantillon aurait été restreint. Toujours à propos de l'échantillon, nous avons sélectionné peu de personnes afin que ce ne soit pas rébarbatif lors de l'analyse. En effet, le but vise la qualité des techniques et non la quantité. De ce fait, il est difficile de vérifier la saturation des données. Il est vrai que nous avons eu des réponses similaires. Mais si le nombre de soignants avait été plus important, nous aurions pu obtenir encore d'autres réponses. Nous pensons

également qu'il serait envisageable de se pencher sur une étude quantitative sur cette thématique. Nous avons pu répertorier plusieurs techniques de prévention et il serait intéressant d'observer lesquelles sont les plus courantes sur le terrain.

Ensuite, nous pensons qu'un tel travail n'est pas envisageable dans un autre type d'établissement qu'un home pour personnes âgées. Effectivement, par nos lectures, nous remarquons qu'il s'agit de la population la plus à risques avec les personnes paralysées. De plus, il serait difficile pour le personnel d'un hôpital de se pencher uniquement sur la problématique de la prévention des escarres. Dans l'EMS, il s'agit d'avoir une attention systématique et quotidienne.

Pour clore ce chapitre, nous reconnaissons un biais à notre étude. Du fait que nous n'avons pas pu respecter le critère des années d'expériences, nous ne pouvons pas apporter une comparaison entre celles-ci et les techniques de prévention. Notre échantillon se compose seulement de personnes volontaires et motivées par ce thème ce qui peut constituer un biais. Par contre, nous affirmons que notre affinité avec le personnel soignant interrogé ne constitue pas un biais. En effet, les soignants se sont sentis à l'aise et nous ont partagé énormément d'éléments (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007) p.206 et 439.

8 Conclusion

8.1 Significations des résultats

Pour que la recherche soit bénéfique, nous nous sommes penchées sur la signification de ces résultats. Notre récolte de données basées sur l'échelle de Braden (échelle reconnue validée dans de nombreuses recherches) a été efficace car elle était complète et nous a permis de mettre en évidence de nombreuses pratiques. Elle n'est pas utilisée lors de l'entrée et des changements d'état de santé, pour évaluer les risques d'escarre et n'est pas connue de tous les soignants. Nous mettons l'accent sur l'importance de la pertinence du questionnaire pour l'obtention de ces résultats. De plus, notre entretien test nous a également aidées à améliorer

les questions car l'interviewée nous connaît et travaille dans les soins. Ses remarques étaient très pertinentes. Le fait que nous travaillons dans cet EMS n'a pas créé de biais. Nous avons su rester neutres concernant les informations reçues et aussi lors des entretiens. Le protocole est refusé pour laisser place à une check-list. Celle-ci nous est proposée par les soignants. Il propose d'utiliser l'échelle de Braden dans les soins. Elle servirait principalement à se remémorer les facteurs de risques lors des prises en charge, mettre l'accent sur les déficits et faire une évaluation globale de la personne. Par contre, l'utilisation d'un protocole avec les diverses actions à mettre en place ne leur semble pas essentiel. Pour eux, l'important est d'être sensibilisé mais les actions sont mises en place automatiquement.

Cette requête du personnel démontre la pertinence de notre recherche ainsi que son aboutissement. Selon les soignants, très peu d'escarres se sont développées en vingt ans. Par cette affirmation, nous nous sommes rendues compte qu'un certain sentiment d'appartenance à cet établissement est évoqué de manière sous-jacente. Ils montraient à travers ce thème qui reflète la qualité des soins, une fierté en rapport avec leur lieu de travail mais ne se sentaient pas jugés lors de nos questions. Il est donc important de pérenniser toutes ces bonnes pratiques et de conserver cet état d'esprit positif.

8.2 Compétences

La réalisation de notre travail touche à sa fin. Afin de vérifier que nous avons développé les compétences énoncées en début de projet, nous exposons ci-après nos démarches pour les valider.

- Compétence 1 : « Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins ». Tous les facteurs de l'échelle de Braden rassemblés permettent de démontrer la globalité de la prise en charge des personnes. Chaque soignant mentionne des actions de prévention pour toutes les rubriques même si celle-ci n'est pas systématiquement utilisée pour évaluer les risques d'escarre. La théorie de Virginia Henderson montre la complexité de la prise en charge en travaillant

sur les besoins.

- Compétence 2 : « Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires ». L'importance des transmissions est soulevée par les soignants au travers des colloques du matin. Ils permettent de rendre optimale la collaboration dans les soins. Chaque membre adapte les techniques et le matériel à la personne.
- Compétence 3 : « Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé ». La prévention des escarres est un défi quotidien dans les soins. Notre projet montre l'importance que le personnel porte à celle-ci. Nous concluons qu'elle est adéquate car il y a peu d'escarres et les pratiques de prévention sont présentes et variées.
- Compétence 4 : « Evaluer ses prestations professionnelles ». La question de synthèse a poussé les soignants à faire part de leur auto-évaluation. Ils exposent leurs faiblesses et les solutions qu'ils ont apportées. Ils mentionnent le peu d'escarres. Ils exposent leur satisfaction et insistent sur le fait qu'ils tiennent compte de l'avis des patients dans tous les projets de soins.
- Compétence 5 : « Contribuer à la recherche en soins et en santé ». Notre projet s'est déroulé en respectant les principes éthiques notamment par la signature du consentement libre et éclairé. Un protocole ne semble pas indiqué, selon eux. Mais ils verraient plutôt une check-list pour la sensibilisation à la prévention, pour les nouveaux soignants et la première évaluation des nouveaux arrivants.
- Compétence 7 : « Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire ». L'échantillon des participants avec leurs multiples formations démontre leur collaboration lors des actions de prévention. De plus, le colloque du matin met l'accent sur la nécessité de ces transmissions pour l'optimisation des soins.
- Compétence 8 : « Participer aux démarches qualité ». Comme expliqué précédemment, le protocole ne serait pas d'une grande utilité. Une check-list aurait plus d'impact et satisferait l'ensemble du personnel.

8.3 Atteinte des objectifs d'apprentissage

Au vu du nombre important d'objectifs d'apprentissage, ils seront regroupés afin d'éviter les redondances. Mener des entretiens auprès du personnel est acquis puisque onze personnes ont été interrogées. Il s'agissait de personnes qui participaient de leur plein gré à l'étude.

Ensuite, plusieurs objectifs concernaient la recherche d'une problématique, se familiariser avec un outil spécifique prouvé dans la littérature, effectuer des recueils de données sur la prévention afin de devenir des experts dans le domaine. Ils ont été pleinement réalisés puisqu'il s'agissait du but premier de ce travail. De plus, les études recherchées étaient d'actualité et très enrichissantes.

Deux objectifs s'intéressaient à un aspect méthodologique du travail : développer une méthodologie propre à la recherche infirmière et s'initier au travail de chercheuse ainsi que développer l'auto-évaluation critique et reconnaître ses limites. L'ultime but était d'aboutir à une prise en charge spécifique. L'ensemble de ces objectifs a été accompli. En effet, un fil rouge a été élaboré et a abouti à des résultats concrets. Pour ce faire, nous avons passé par de nombreuses étapes méthodologiques et des recherches diverses. Tout au long du travail, nous avons été conscientes de nos limites et des remises en questions ont été effectuées.

8.4 Facilités et difficultés

Dans la conclusion de ce travail, il est essentiel d'aborder les éléments qui nous ont facilité le travail ainsi que les difficultés rencontrées. Ils sont exposés dans ce paragraphe.

Le thème choisi fut la première facilité rencontrée. En effet, il s'agissait d'un sujet qui nous passionnait toutes les deux et qui nous semblait concret. Dans le même sens, nous pouvions argumenter nos choix personnels et nos idées tout au long du travail. Ceci a permis d'enrichir l'échange et de se pencher sur de réelles questions en lien avec le thème. En revanche, restreindre le nombre de pages fut

une étape difficile. En effet la majorité des étapes ont été décrites afin que le lecteur puisse suivre l'évolution. Il faut trouver le juste milieu.

L'organisation fut également un excellent point fort car elle a permis d'avancer au rythme désiré tout en respectant les délais fixés. Le fait que la directrice était toujours présente pour nous conseiller ou nous guider a favorisé cet élément. Nous pouvons dire que notre collaboration est optimale car nous portons le même intérêt au travail et à son contenu et nous n'avons pas de discordance. Par contre, il était parfois difficile d'allier travail de Bachelor et formation. En effet, il s'agit d'un travail conséquent qui requiert beaucoup de temps et d'investissement. De plus, un manque d'informations et de critères concernant les dernières parties du dossier, ainsi que toute la mise en page et les normes biobibliographiques est remarqué.

Concernant le travail à proprement parler, l'institution a permis beaucoup de liberté par rapport aux divers choix car les membres nous connaissent. Ceci a permis de réaliser exactement ce que nous avions comme idée. Nous connaissions également la manière de travailler et la philosophie du home. Le fait de travailler là où les entretiens étaient menés nous a permis d'avoir déjà un aperçu de ce qui était effectué. Nous avons ainsi pu affirmer ou infirmer les idées que nous avions. Des difficultés ont été rencontrées lors du recrutement des soignants. Ils n'étaient pas nommés par les supérieurs, ils avaient libre choix de participer et certains ont démontré une certaine réticence au début. Enfin, planifier les entretiens en dehors des heures de travail fut également un défi mais grâce à une bonne collaboration des soignants ils ont pu être réalisés.

8.5 Auto-évaluation et apport personnel

Dans ce paragraphe, nous choisissons de réunir nos auto-évaluations et apports personnels car toutes nos idées sont communes.

Par la rédaction de ce projet, nous avons enrichi nos connaissances sur le sujet principal, les escarres. Au départ, il s'agissait d'un réel défi puisque nous n'avions jamais été confrontées à un travail d'une telle envergure. Nous connaissions les bases mais ce travail nous a fait découvrir les nouveautés dans la prise en

charge telles que les diverses techniques d'effleurage, le matériel utile, son emploi ainsi que les questions qui restent présentes dans les soins et suscitent des interrogations chez les soignants. La réalisation de ce travail nous a permis de nous initier à l'infirmière chercheuse. Le fait d'être deux a rendu les choses plus faciles car nous pouvions nous répartir les tâches selon nos facilités. Notre collaboration entre collègues est un point fort de ce projet. Notre complicité et nos idées nous ont permis de rendre ce travail plus agréable. Il fut d'une grande richesse et une force mise à part quelques périodes de doutes, de peur de faire faux et surtout de pertes d'espoir. Nous avons également appris beaucoup concernant toute la mise en page et les normes en vigueur car nous avons peu de connaissances dans ce domaine. Nous avons été impressionnées par le fait que nous devions tout justifier, nos arguments et apports. Cette recherche nous a montré les difficultés restantes dans les soins par rapport à la prévention et aussi les solutions possibles. Par la suite, dans notre vie professionnelle nous pourrions mettre en avant cet apprentissage et il nous permettra de perfectionner la prise en charge de nos patients.

8.6 Apports professionnels

Par ce dernier point, nous mettons en avant l'apport professionnel que cette recherche nous a apporté et peut apporter au monde professionnel. Tout d'abord, elle nous a permis de nous affirmer dans nos choix notamment pendant le recrutement des professionnels qui ont participé à l'étude. Ensuite, nous nous sommes initiées à la recherche, aux diverses étapes par lesquelles nous devons passer en respectant les délais impartis. Elle nous a sensibilisées à l'importance de la prévention des escarres et nous a remises en question sur notre pratique personnelle. La prévention des escarres est essentielle notamment pour améliorer la qualité de vie du bénéficiaire de soins, diminuer ses souffrances et aussi prévenir les coûts relatifs aux traitements. Nous espérons que la lecture de ce travail de Bachelor sensibilisera également le monde professionnel et que les solutions apportées permettront d'adapter les techniques pour une prise en charge optimale. Mais une chose importante à garder à l'esprit est que :

« Ce ne sont pas les échelles qui préviennent des escarres, mais les soignants ».
(Braden)

9 Références bibliographique, cybérographie

Aktiebolaget, S. C. (n.d.). *La gamme*. From TENA:

<http://www.tena.ch/french/professionnels/produits/gamme-de-produits/>

Alizadeh, J., Ackermann, B., Chiren, F., Desmeule, J., Donnat, N., Escher Imhof, M., et al. (2002). *Plaies et escarres: approche thérapeutique*. Genève .

ANAES. (2001). *Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé*.

Retrieved 2103 5-février from http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240674/fr/prevention-et-traitement-des-escarres-de-ladulte-et-du-sujet-age-dossier-de-presse

Ammar, M.-S.-B. (n.d.). *Douleur et culture ou les voix de la douleur*. Retrieved 2013 mai-19 from http://www.stmi.org.tn/docs/VIII_congres/douleur/HTML/douleuretcult.htm

ASI. (2003). *L'éthique dans la pratique des soins*. Berne: ASI.

Association des paralysés de France. (n.d.). *L'escarre - sujet toujours explosif*.

Retrieved 2013 12-mai from Association des paralysés de France:

http://www.paratetra.apf.asso.fr/IMG/pdf/escarre_de_decubitus_No22-orange.pdf

Association francophone pour les Soins Oncologiques de Support. (2012). *Escarres*.

Retrieved 2013 12-avril from <http://www.escarre.fr>

Argoud, D., & Puijalon, B. (1999). *La parole des vieux. Enjeux, analyse, pratiques*. Paris: Dunod .

Burdin de Saint Martin, J., Mauranne, C.-C., Bouvier, N., & Planchu, M.-M. (2009). Entretien des supports de prévention et d'aide au traitement des escarres: audit des pratiques et rédaction des procédures d'hygiène. *La revue francophone de gériatrie et gérontologie* , 153, pp. 186-196.

Banque de Données en Santé Publique. (n.d.). Retrieved 2013 novembre from

<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/>

Béguin, A.-M. (2008, mars). La démarche clinique infirmière dans la prise en charge des troubles vésico-sphinctériens. . *Soins gérontologie* , pp. 25-29.

Bris, J., Cardoner, A.-M., Colas, H. D.-D., Dumenil, F., Duran, A., ..., et al. (1995). *Prévenir les escarres: protocoles et stratégies*. . Paris : Maloine.

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. (2012). Retrieved 2013

décembre from <http://www.ebscohost.com/academic/cinahl-plus-with-full-text>

Confédération Suisse. (n.d.). Retrieved avril 2013 from Admin:

http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_112_31/a7.html

Escarres: prévention et prise en charge. (2012). Retrieved 2013 mai-19 from <http://ftp.comm-sante.com/BT/escarres.pdf>

Dahan, M. (2012). *L'incontinence chez la personne âgée.* Retrieved 2013 mai-28 from sphère santé: <http://www.sphere-sante.com/incontinence-information/incontinence-chez-la-personne-agee.html>

Définition des soins. (2013 juin). Retrieved 2013 12-mars from Confédération Suisse: <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/index.html - a7>

Delchambre, Lefevre, Ligot, & Mathieu. (2009). *Guide d'observation des 14 besoins de l'être humain.* . Bruxelles: de Boeck .

Des protéines contre les escarres. (n.d.). Retrieved 2013 mai-26 from <http://www.vivreaidant.fr/quotidien/les-repas/nutrition/des-protéines-contre-les-escarres>

Faucher, N. (2009, janvier/février). Prendre en charge les escarres en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Soins* , 732, pp. 49-52.

Fontaine, J., Senet, P., & Meaume, S. (2009). Publications scientifiques sur les escarres, quoi de neuf en 2008? *Soins* , 732, pp. 33-40.

Forasassi, C., & Fontaine, J. (2011). Escarres et nutrition: place des compléments alimentaires oraux. . *NPG Neurologie, Psychologie, Gériatrie* , 1, pp. 108-113.

Fromantin, I. (2009, janvier/février). Escarres en fin de vie, une démarche palliative. *Soins* , 732, pp. 53-55.

Guillot-Masanovic, M., Meaume, S., Rochet, J.-M., & Roques, C. (2009, Janvier/ Février). Supports d'aide à la prévention et au traitement des escarres. *Soins* , 732, pp. 40-43.

Groupe d'Unification des Techniques de Soins. (2012). Retrieved 2013 janvier from <http://www.guts.ch>

HUG. (n.d.). *Gynécologie Obstétrique.* Retrieved juin 4, 2013 from Les différentes formes d'incontinence et de prolapsus.: http://gyneco-obstetrique.hug-ge.ch/gynecologie/Perineologie_Diff_formes_Incont_Prolaps.html

Haute autorité de santé. (2007). Retrieved avril 24, 2013 from Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf

Hartmann. (n.d.). *Soins et cicatrisation* . Retrieved janvier 05, 2013 from <http://www.hartmann.fr>

- Kwong, E. W.-Y., Pang, S.-C., Aboo, G., & Law, S.-M. (2009). Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. . *Journal of Advanced Nursing* , 65(12), pp. 2608-2620.
- Labalette, C., Rambaud, J., Clémence, A., Fargeot, C., Malliti, M., Liou, A., et al. (2008). Escarres et évaluation des pratiques professionnelles dans un hôpital universitaire parisien: évolution entre 2005 et 2007. *Pratique et Organisation des Soins* , 39, pp. 95-102.
- Leduc-Lalonde, L., & Riopelle, L. (1982). *Individualisation des soins infirmiers. Modèle conceptuel*. Montréal: McGraw-Hill.
- Loiselle, C., Profetto, J., Polit, C., & Beck, B. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approche quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent: EPRI.
- Maulini, M. &. (2011). Evaluons le risque nutritionnel et dépistons la dénutrition des personnes âgées en participant au nutritionDay dans les établissements médicaux-sociaux (EMS) romands. .
- Mazoyer, A. (2011, juin). *Prévention des escarres en EHPAD. Des recommandations à la pratique*. From Escarre - prévention: <http://medecine.alexis-mazoyer.com/documents/escarres-prevention.pdf>
- Meaume, S. (n.d.). *Prévention et traitement des escarres chez la personne âgée*. Retrieved 2013 mai-18 from <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee2pathologie/preventionescarre09.pdf>
- Mias, L. (2003). *Personnes âgées et besoins de boire et manger*. Retrieved 2013 4-mai from <http://papidoc.chic-cm.fr/573Hend02Manger.pdf>
- OMS. (2012). Le droit à la Santé. *Aide mémoire n0 323* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>.
- PubMed*. (n.d.). Retrieved 2013 novembre from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Pauchet-Traversat, A.-F. (1995). *Les escarres: éduquer pour mieux prévenir*. . Paris: Vigot.
- PERSE. (2013, avril). *Paris Le centenaire: le coût humain et économique des escarres, synthèse des conférences*. . Retrieved août 12, 2013 from http://www.winncare.fr/pdf/revues/perse_04-2013.pdf
- Sauvage, P. (2010). *Prise en charge des escarres en soins palliatifs* . Retrieved 2013 10-février from http://hemato.chu-limoges.fr/Portals/0/Enseignement/DUISP/1ere_annee/Soins_palliatifs_et_escarre.pdf
- Schmoor, P., Madec, G., Acher, C., Guillemet, E., Morais, C., Lafon, G., et al. (2008). 63, pp. 490-495.

Simon, M., & Warnet, S. (2010). Prévention et prise en charge de l'escarre. *Revue de l'infirmière* , 160, pp. 17-30.

Verbund, M., & Bartnec, C. (2010). Sensing Senses: Tactile Feedback for the Prevention of Decubitus Ulcers. *Appl Psychophysiol Biofeedback* , 35, pp. 243-250.

Voirol, L., & Maulini, M. (2011, novembre). Evaluons le risque nutritionnel et dépistons la dénutrition des personnes âgées... *SVDE ASDD* .

vzw Farmaka asbl. (2010). *La dénutrition*. Retrieved 2013 mai-25 from http://www.farmaka.be/fr/formulRinfo/2010_11_formulrinfo.pdf

10 Annexes

10.1 Annexe A : tableau de l'échelle de Braden tiré de (Pauchet-Traversat, 1995) p. 24

PRÉVENIR LES ESCARRES

Tableau n° 6 : Échelle de Braden (adapté de Braden et Bergström, 1987)

Nom du patient :	Nom de l'évaluateur :		Date de l'évaluation :	
PERCEPTION SENSORIELLE Capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort provoqué par la pression	1. Complètement limité aucune réaction (plainte, action) à la douleur, due à une diminution de la conscience ou aux effets de sédatifs, OU incapacité à sentir la douleur sur toute le surface du corps	2. Très limité : répond seulement à la douleur. Ne peut communiquer son inconfort excepté par des plaintes ou de l'agitation, OU altération de la sensibilité qui limite la capacité à sentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié du corps	3. Légèrement diminué répond aux commandes verbales, mais ne peut pas toujours communiquer son inconfort ou son besoin d'être tourné, OU a une sensibilité diminuée qui limite sa capacité à sentir la douleur ou l'inconfort à l'un des deux membres inférieurs ou les deux.	4. Aucune diminution : répond aux commandes verbales. N'a aucun déficit sensoriel qui limite sa capacité à sentir et à exprimer sa douleur et son inconfort.
HUMIDITÉ degré d'humidité auquel est exposée la peau	1. Constamment mouillé : la peau est presque continuellement en contact avec la transpiration, l'urine, etc. L'humidité de la peau est observée à chaque fois que le patient est tourné ou mobilisé.	2. Humide : la peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par équipe.	3. Humidité occasionnelle : la peau est occasionnellement humide, un changement de la literie est nécessaire une fois par jour.	4. Rarement humide : La peau est généralement sèche ; la literie est changée selon les habitudes de l'équipe.
ACTIVITÉ Degré d'activité physique	1. Alité : confiné au lit.	2. Au fauteuil : capacité de marcher très limitée ou inexistant. Ne peut supporter son propre poids et/ou doit être aidé au fauteuil ou fauteuil roulant.	3. Marche occasionnellement : marche occasionnellement durant la journée mais sur de petites distances avec ou sans aide. Passe la grande majorité du temps au lit ou au fauteuil.	4. Marche fréquemment marche en dehors de sa chambre au moins deux fois par jour et dans sa chambre au moins toutes les deux heures durant la journée.
MOBILITÉ Capacité à changer et à contrôler la position du corps	1. Complètement immobile Ne peut effectuer aucun changement de position du corps ou de ses extrémités sans aide.	2. Très limité : Effectue occasionnellement de légers changements de position du corps et de ses extrémités mais incapable à effectuer de manière autonome de fréquents et importants changements de position.	3. Légèrement limité : Effectue seul de fréquents changements de position du corps et de ses extrémités.	4. Aucune limitation : Effectue des changements de position majeurs et fréquents sans aide.
NUTRITION Habitudes alimentaires	1. Très pauvre : Ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers de chaque aliment proposé. Mange 2 rations de protéines ou moins par jour (viande ou produit laitier). Boit peu. Ne prend pas de suppléments alimentaires liquides, OU est à jeun et/ou est hydraté par voie intraveineuse depuis plus de cinq jours.	2. Problème inadéquat : Mange rarement un repas complet et mange en général seulement la moitié de chaque aliment proposé. Prend seulement trois rations de viande ou de produit laitier par jour. Peut prendre occasionnellement un supplément diététique, OU reçoit moins que la quantité optimale requise par un régime liquide ou par sonde.	3. Adéquate : Mange plus de la moitié des repas. Mange quatre rations de protéines (viande, produits laitiers) par jour. Refuse occasionnellement un repas, mais prend un supplément alimentaire s'il est proposé, OU est alimenté par sonde ou nutrition parentérale, adapté à ses besoins nutritionnels.	4. Excellente : Mange la totalité de chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Prend habituellement au moins quatre rations de viande ou de produits laitiers par jour. Mange occasionnellement entre les repas. Ne requiert aucun supplément alimentaire.
FRICION ET CISAILLEMENT	1. Problème : Requiert une assistance modérée à complète pour se mobiliser. Se relève complètement dans le lit sans glisser sur les draps est impossible. Glisse fréquemment dans le lit ou le fauteuil, nécessite de fréquents repositionnements avec un maximum d'aide. Spasticité, contractures, ou agitation provoquent presque constamment des frictions.	2. Problème potentiel : Se mobilise difficilement ou requiert un minimum d'aide pour le faire. Durant le transfert, la peau glisse contre les draps, la chaise, les contention ou autres appareillages. Garde la plupart du temps une relative bonne position au fauteuil ou au lit, mais glisse occasionnellement vers le bas.	3. Aucun problème apparent : Se mobilise seul au lit et au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement durant le transfert. Garde en tout temps une bonne position au lit et au fauteuil	

Un score total de 23 points est possible. Plus le score est bas (15 ou moins), plus l'individu a de risque de développer une escarre. Score total

10.2 Annexe B : recension des articles et littératures consultés

Nos lectures

Sur la base de données BDSP

L'étude sur les thèmes généraux

Fontaine J., Senet P., Meaume S. (janvier/février 2009). Mieux prévenir et soigner les escarres. Les escarres, une préoccupation malheureusement toujours d'actualité. *Soins*, n° 732, 33 - 61.

Cet article est tiré de la revue des soins et se compose de divers textes que nous allons résumer ci-après. Le premier s'intéresse aux nouveautés publiées durant l'année 2008 au niveau de l'incidence, des sites principaux d'escarres, des divers supports et des divers traitements. Le second texte traite des divers supports de traitement d'escarres et le lien à faire avec la pression des tissus sur les matériaux. Il nous parle de deux types de supports : ceux qui diminuent la pression d'appui et ceux qui augmentent la surface de contact. Il y a une argumentation par rapport aux divers types d'escarres. Le texte trois, nous expose toutes les complications des escarres de manière exhaustive. Le quatrième texte s'adresse au personnel soignant travaillant dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Elle explique comment évaluer une escarre, quelle prévention à préconiser et la prise en charge à mettre en place pour y remédier. Dans les traitements, nous retrouvons les divers stades de l'escarre et quel traitement mettre en place. Le texte cinq aborde la prise en charge des escarres chez les patients en soins palliatifs. Il propose des types de supports et de traitements adéquats et sensibilise au fait que les nursings doivent être maintenu même s'il s'agit d'une personne en fin de vie. Ce texte insiste également sur la collaboration pluridisciplinaire. Le dernier texte traite de la thérapie par pression négative. Il s'agit d'une thérapie qui inverse le sens de l'air d'une pompe dans un matelas. Elle vise à augmenter le bourgeonnement de l'escarre et promouvoir le tissu de granulation. Il s'agit d'une mousse que l'on insère dans la cavité de la plaie. Grâce à la formation de tissu de granulation, un geste chirurgical sera plus évident à produire ensuite. Des lambeaux de peau prélevés précédemment pourront ainsi être replacés. Il ne s'agit pas d'un traitement à long terme car il est très onéreux. Cet article répertorie tous les types de thérapie à pression négative.

L'étude sur la nutrition

Forasassi, C., & Fontaine, J., (2011). Escarres et nutrition : place des compléments alimentaires oraux. *NPG Neurologie, Psychologie, Gériatrie*, 1, 108-113.

Cette étude a été publiée dans le journal NPG en 2011. Il s'agit d'un texte scientifique qui s'adresse aux professionnels de la santé. Il ne s'agit pas vraiment d'une étude scientifique puisqu'il n'y a aucun suivi méthodologique. Nous ne pouvons pas non plus dire qu'il s'agisse d'une méta-analyse puisque des études sont uniquement citées mais en aucun cas approfondies. Il n'y a aucun échantillonnage, ni résultat ou éventuelle discussion des résultats. Aucun concept ou cadre théorique n'est évoqué dans ce rapport. Néanmoins, les mots clefs présents dans l'abstract sont intéressants et donne envie de poursuivre la lecture. Concernant les auteurs de cet écrit, peu d'information sont trouvées sur internet. Une définition de l'escarre est apportée. L'idée phare de ce rapport est la nutrition. Cet écrit nous présente l'influence de la nutrition et des nutriments ainsi que la prise en charge d'une part chez les patients à risque d'escarres et d'autre part chez les porteurs d'escarres. Une description très pointue des divers nutriments (protéines, lipides, hydrates de carbone, vitamines et oligoéléments) nous est présentée. On nous décrit également dans l'introduction, les effets qu'une escarre peut avoir chez la personne atteinte. On retrouve des chiffres sur la prévalence des escarres en France au moment de l'étude (3-54% à domicile, 3-66% à l'hôpital). Au vu de l'important écart, ces chiffres nous semblent peu fiables. Pour terminer, la conclusion n'apporte rien d'enrichissant au rapport, on se demande ce qu'elle fait là ; elle n'a aucun rapport avec le reste du travail. Nous avons donc pris connaissance de ce rapport mais ne pensons pas qu'il ait une importance pour notre travail de Bachelor.

L'audit sur les supports de prévention

Burdin de Saint Martin, J., Mauranne, C.-C., Bouvier, N., Plauchu, M.-M. (2009). Entretien des supports de prévention et d'aide au traitement des escarres : audit des pratiques et rédaction des procédures d'hygiène. *La revue francophone de gériatrie et gérontologie*, 153, 186-196.

La problématique essentielle de cette étude, publiée en 2009, est celle de l'apparition des escarres dans les établissements de santé. Il s'agit d'un audit donc d'un outil d'amélioration pour voir ce qui existe et ce que l'on peut mettre en place. Cet audit a été réalisé au sein de 9 unités de soins d'un établissement. Un questionnaire a été mis en place pour le personnel soignant sur quelles techniques sont mises en place et quelles sont les connaissances des soignants. Le but étant de repérer où sont les lacunes. Les divers types de supports de prévention sont décrits dans cet article. Les auteurs appuient également l'importance des mesures de prévention pour éviter les escarres et diminuer les coûts. Au niveau des résultats, 180 questionnaires ont été distribués mais seulement 58 réponses ont été retournées, soit un taux de réponse de 32%. Les auteurs expliquent ce faible taux par le fait que les personnes participent selon le principe du volontariat. Elles ne se sentent pas concernées par la problématique des escarres et donc ne souhaitent pas répondre. C'est en général l'ensemble de l'équipe soignante qui détecte l'importance de mettre en place des supports de prévention. Les auteurs ont également remarqué que les nouveaux lits fluidisés sont peu connus des milieux de soins. Des lacunes ont été repérées au niveau de l'entretien des supports et donc une grande diversité de pratiques est constatée. Suite à cette étude, un manque de directives précises a été remarqué. En

conclusion, deux procédures d'hygiène ainsi que deux modes opératoires concernant les lits fluidisés ont été rédigés.

L'étude sur l'évaluation des techniques de prévention

Labalette C., Rambaud J., Clémence A., Fargeot C., Malliti M., Liou A., Bourdillon F. (2008). Escarres et évaluation des pratiques professionnelles dans un hôpital universitaire parisien : évolution entre 2005 et 2007. *Pratique et Organisation des Soins*, 39, 95 – 102. C'est un article scientifique avec un paradigme quantitatif. L'objectif principal est d'évaluer la quantité de personne ayant des escarres au moment de la première visite, observer la prise en charge et refaire une évaluation après l'apport d'amélioration dans les pratiques professionnelles. La première partie de l'étude se fait en 2005 et la deuxième en 2007. Ils ont fait un recueil de données sur la démarche employée, les outils utilisés avant et après le projet d'amélioration. Le premier recueil mettait en avant l'état des lieux et le deuxième l'évaluation des actions d'amélioration. Ils se sont appuyés sur la méthode des questionnaires. Le premier s'intitulait « salle » et le deuxième « patient ». Pour le questionnaire « salle » destiné au personnel soignant, les questions portaient sur le nombre de patient, les pratiques du service, l'utilisation des fiches institutionnelles (3 fiches sur l'état cutané, les pansements et le dépistage de la dénutrition). Pour le questionnaire « patient » les questions portaient sur le nombre d'escarres, le stade, la localisation, les facteurs de risques retenus, le traitement et la traçabilité des soins. Les actions d'amélioration mettaient l'accent sur l'élaboration d'un protocole, des fiches de poche, d'un protocole accessible sur intranet, d'une politique d'achat de matelas, d'informations sur le matériel de décharge, de formation des infirmières sur les escarres et des réunions internes de service. Les résultats de ses améliorations sont principalement l'utilisation de l'échelle de Braden pour évaluer les risques, la mise en place de document écrit de référence, une meilleure utilisation des 3 fiches d'évaluation, une introduction de formation pour les soignants, plus de matelas à air dynamique et matelas anti-escarres, l'utilisation correcte des coussins de prévention. Pour finir, lors de cette étude plusieurs facteurs ont peut être influencé ces résultats : l'évaluation sur un jour donné provoque souvent des résultats surestimés, ce n'est pas les mêmes enquêteurs les deux années, les données cliniques étaient déclaratives et non observées par les enquêteurs. Un protocole a quand même pu être élaboré grâce à la multidisciplinarité. Une amélioration a été reconnue mais des améliorations sur les stratégies de diffusion, de formation et d'appropriation sont à continuer.

L'audit sur 4 études des escarres

Schmoor P., Madec G., Acher C., Guillemet E., Morais C., Lafon G., Pouget L., David S., Toussaint P., Guignen Y. (2008). Evaluation des pratiques professionnelles concernant la prévention des escarres à l'hôpital d'instruction des armées R. Picqué. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie, 63, 490 – 495. Ce texte est un article qui répertorie 4 études qui ont été menées en parallèle, il est considéré comme un audit. Suite à cette évaluation, un plan d'action sera élaboré. Les 4 enquêtes ont été réalisées en 2006, dans 6 services de médecine et les services de chirurgie orthopédique et viscérale, dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles par un médecin, une surveillante, deux infirmières, trois aides-soignants et un diététicien. Les études présentaient : la prévalence des escarres, les ressources disponibles pour la prévention, les mesures de prévention en fonction des facteurs de risques, l'évaluation des connaissances du personnel médicale et soignant. Pour les moyens et méthodes utilisées : 1^{ère} étude -> sur trois jours différents, avec la classification de la NPUAP, une comparaison entre le nombre de patient atteint et le nombre total de patient présent répertorié sur des fiches standardisées. 2^{ème} étude -> un questionnaire sur les documents de référence, présence d'une personne de référence et le matériel disponible. 3^{ème} étude -> un questionnaire pour le personnel soignant. 4^{ème} étude -> un questionnaire anonyme pour le personnel. Les résultats pour chaque étude : 1^{ère} étude -> importance de l'âge, certains étaient porteurs depuis l'entrée, surtout présence du stade 1 de la NPUAP. 2^{ème} étude -> pas de référent pour la prévention, grande présence des diététiciens, documents de références présent dans tous les services, mauvais emploi des échelles de Braden, manque de matériel, grand emploi des lits. 3^{ème} étude -> mesures essentielles de prévention prises, pas de transcriptions, amélioration possible. 4^{ème} étude -> c'est un objectif personnel et du service, bonne connaissance des facteurs de risques et de la dénutrition. Pour finir, les chiffres peuvent être un peu sous-évalués car il n'y a pas de vérification de la part des enquêteurs, mais un taux de prévalence déjà bas. Pour la formation, deux personnes par service vont suivre une formation. Les positions à risques ne sont pas suffisamment connues et nécessitent une formation. L'étude semble avoir sensibilisée le personnel et mis l'accent sur les points à améliorer soit l'information, la formation du personnel et les problématiques de positionnement.

L'étude sur la prévention et prise en charge sur l'ensemble des domaines des escarres

Simon M., Warnet S., (juin 2010). Prévention et prise en charge de l'escarre. Revue de l'infirmière, n°161, 17-30.

Cet article apparait dans la revue de l'infirmière qui est un document mensuel. Il se sépare en plusieurs parties : les escarres en pratiques, une enquête annuelle de prévalence sur les escarres, l'incidence des supports et des techniques de

positionnement dans la prévention, la réflexion soignante autour des pansements d'escarres, la gestion de la douleur de l'escarre chez la personne âgée, l'expertise infirmière, une plus-value pour la qualité des soins et la télémédecine pour améliorer la prise en charge des plaies à domicile. Dans la première partie (les escarres en pratique), une définition de l'escarre est faite avec la description des 3 types. L'explication de la classification des stades est détaillée. Les facteurs de risques sont présentés sous 4 catégories : extrinsèques, intrinsèques, généraux et externes. Plusieurs mesures de prévention sont exposées telles qu'identifier les facteurs de risques avec l'équipe pluridisciplinaire, inspecter régulièrement les zones d'appui, faire diminuer la pression locale, veiller au maintien d'une bonne hygiène corporelle, organiser une surveillance nutritionnelle, installer le patient au lit comme au fauteuil. L'étude de la prévalence met en avant le fait que le taux d'escarre est en baisse. Le texte sur les supports et techniques de positionnement expose le besoin d'attention lors des positionnements au lit, les changements de position et les positionnements au fauteuil. Elle détaille aussi les supports de lits existants. Le résultat est que le soignant est au cœur de la prise en charge des escarres et il doit connaître les techniques et les supports pour donner des soins corrects. Les pansements sont choisis en fonction de la phase dans laquelle se trouve la plaie soit la détersion, le bourgeonnement et l'épidermisation. Les escarres du sacrum et du talon demandent plus d'observation soit pour cause d'humidité soit de manque de vascularisation. Le passage sur la douleur montre les conséquences de celle-ci pour le patient et le soignant. Elle expose les biens-faits du Méopa et l'importance d'avoir une bonne organisation pour éviter les douleurs dues aux réfections de pansement. L'expertise infirmière parle des techniques déjà utilisées, de la difficulté de la détersion avec les solutions déjà connues, l'importance d'une évaluation globale de la personne ainsi que l'apport d'un soutien et d'un suivi notamment par la méthode téléphonique. La dernière étude met l'accent sur la suite des soins. Elle décrit les avantages d'un réseau de soins, la prise en charge pouvant être effectuée ainsi que des consultations et les soins possibles par téléphone ou visioconférence.

Sur la base de données CINHAL

L'étude sur les escarres dans les EMS

Kwong, E. W.-Y., Pang, S.M.-C., Aboo, G.H., & Law, S.S.-M. (2009). Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2608-2620.

Cette étude a été publiée en 2009 dans le journal américain JAN. Elle s'adresse aux professionnels de la santé. Il s'agit d'une étude quantitative réalisée à Hong Kong. Elle se basait sur 4 EMS privés de 88 à 193 lits. Les patients devaient être âgés de plus de 65 ans. Elle est basée sur un questionnaire effectué dans toutes les institutions en même temps avec la présence de 3 chercheurs par site. L'étude a duré 4 semaines entre décembre 2006 et septembre 2007. L'étude comportait au

final 346 résidents sélectionnés. Deux EMS bénéficiaient d'infirmières alors que les deux autres n'avaient que des aides-soignants. La validité et la faisabilité sont respectées puisque le questionnaire a été soumis à des experts en gérontologie et en soins. Un comité d'éthique a approuvé l'étude et un consentement a été effectué. Le but de cette étude était de produire un rapport sur l'incidence des escarres par rapport aux divers facteurs de risques (la mobilité, l'activité, la perception sensorielle, l'humidité de la peau, la nutrition et la friction) chez les personnes âgées. L'étude se base donc sur l'échelle de Braden, Norton et Waterlow. A la fin, des statistiques ont été élaborées, en voilà les résultats : sur les 346 pensionnaires de départ, 318 n'avaient pas d'escarres au début du recueil de données et 80 de ces 318 en ont développé un durant leur institutionnalisation. Les auteurs pensent que le taux important d'apparition d'escarres est causé par le personnel soignant qui est principalement constitué d'aides-soignants. Au niveau des facteurs de risques, la mobilité cause le plus grand taux significatif d'apparition d'escarres. Quelques difficultés et biais ont été rencontrés comme par exemple le fait que l'étude se déroule dans le domaine du privé et non dans des EMS publics. Un certain nombre de personnes ont dû soit quitter le home soit sont décédées ce qui a pu fausser le taux d'incidence recherché dans cette étude. En conclusion, les chercheurs de cette étude proposent de reproduire une telle recherche dans des EMS publics pour valider leurs résultats et insister plus sur les pensionnaires grabataires pour une prochaine étude.

Sur la base de données PUBMED

L'étude anglaise sur le support pour les personnes paraplégiques

Verbund M., Bartneck C. (2010). Sensing Senses: Tactile Feedback for the Prevention of Decubitus Ulcers. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 35, 243-250.

Les escarres sont un problème majeur dans les soins. Cette étude s'appuie sur une population de personnes atteintes de lésions de la moelle épinière. Les escarres sont causées par un ensemble de facteurs intrinsèques et extrinsèques. Les patients avec des lésions médullaires sont les plus vulnérables face au problème des pressions sur la peau car ils ne ressentent pas les douleurs qui incitent à changer de position. Ce document présente un tapis de capteurs qui détecte le moment où la position devient problématique pour l'intégrité de la peau. Ce projet a mis en évidence deux problèmes principaux : la détection des postures critiques et comment les communiquer. Le tapis mesure la pression entre le corps et la surface sur laquelle le patient est. Il est composé de 256 capteurs groupés en 9 régions de contrôles. Le calcul de l'ensemble des capteurs sur une ligne linéaire ne doit pas dépasser le seuil de temps de 20 ni la pression initiale de 32 mmHg sinon une alarme est déclenchée. Une ceinture autour de la poitrine est aussi conçue. C'est une bande d'un mètre avec velcro qui émet des vibrations. Le système de communication est conçu par le Vista Système médical de FSA. Il essaie de trouver une communication discrète, immédiate et facile à comprendre. Deux communications sont comparées : la rétroaction tactile et auditive. A la suite de la signature d'un consentement éclairé, le

patient suit un film muet assis sur une chaise. Lors de posture problématique, un signal sonore est émis dans le casque pour la technique auditive. Pour la rétroaction tactile, des vibrations dans la ceinture guident le patient vers la position à adopter. Ces deux techniques favorisent l'autonomie du haut du corps de ces personnes. Le type de rétroaction est considéré comme variable indépendante et le temps de réaction et le taux d'erreurs comme variable dépendante. L'étude n'étudie pas si ce système est utile dans la prévention des escarres mais il montre que la rétroaction tactile est autant efficace que la auditive. Une suite possible est une étude pour faire valider ce système et ainsi sa mise sur le marché.

Trouvé à la Médiathèque Valais

Livre sur les protocoles

Bris J., Cardoner A-M., Colas H., Deboyer-D'Eguilles J., Dumenil F., Duran A., ... Vermot M-F. (1995). *Prévenir les escarres : protocoles et stratégies*. Paris : Maloine. Cet ouvrage a été publié en 1995. Nous avons tout de même décidé de le consulter pour voir ce qui a été fait dans les débuts des nouvelles techniques de prévention des escarres. Le but principal de cet ouvrage est d'informer le personnel soignant sur les manières de prévenir l'apparition des escarres dans le milieu des soins. Il a été effectué par un comité d'escarre qui a construit l'ouvrage. Il est constitué de deux parties différentes. L'une décrit les divers facteurs de risques (l'immobilité et la diminution des niveaux d'activité, la pression, le cisaillement, les frottements et l'étirement de la peau, l'état nutritionnel, l'incontinence urinaire et fécale, l'humidité excessive, la résistance cutanée, la pathologie neurologique et l'état psychique). Il se base sur la classification de Sea et les diverses échelles type Braden et Norton. L'autre propose diverses fiches techniques sur les manières de prodiguer des soins de prévention adéquats. Elle expose également des tableaux et des questionnaires que l'on pourrait proposer aux personnes soignées. Ce document est intéressant afin d'observer les moyens qui existaient en 1995 et de pouvoir comparer à ce qui se passe actuellement.

Livre sur l'éducation des escarres

Pauchet-Traversat, A-F., (1995). *Les escarres : éduquer pour mieux prévenir*. Paris : Vigot.

Les escarres sont un problème d'actualité. Il nécessite une coordination des soignants, un protocole ainsi qu'une implication des patients. Ce livre met l'accent sur l'éducation du patient face à la prévention des escarres. Il y a beaucoup de facteurs de risques qui sont mécaniques, biochimiques et métaboliques mais aussi le manque de motivation et de participation de la part du patient. Les échelles employées généralement dans les milieux de soins sont Norton et Braden. Mais elle ne contient pas de critère pour évaluer la capacité d'apprentissage et la motivation du patient. Ce livre met l'accent sur une méthode pour faire l'éducation du patient

soit : un recueil de données, une analyse des besoins, la formulation d'un diagnostic, des objectifs, des actions et les réajustements nécessaires. Avant de procéder à l'éducation, le patient doit être prêt à apprendre. Donc percevoir les problèmes de l'exposition aux risques, les conséquences et les inconvénients. Il doit aussi avoir confiance en soi et croire en sa capacité d'exécution. Les soignants doivent respecter le rythme d'apprentissage. L'objectif doit être commun et réalisé pour favoriser l'autonomie du patient. Le programme éducatif est séparé en plusieurs étapes : contrat éducatif (pose de l'objectif commun), définition des objectifs pédagogique (3 sortes), contenu du programme éducatif (détails des interventions), le choix de la méthode à employer, les conditions d'apprentissage. En conclusion, l'éducation est bénéfique si le personnel a une formation suffisante sur les escarres et la pédagogie. La collaboration des patients dans le programme de prévention permet d'éviter les rechutes, pour ce faire le personnel soignant serait d'accord de s'impliquer afin d'améliorer leur enseignement.

Livre sur l'échelle de Braden, Norton et Waterlow

Alizadeh J., Ackermann B., Chiren F., Desmeules J., Donnat N., Escher Imhof M., et al., (2002). Plaies et escarres : approche thérapeutique. *Articles choisis*. Genève.

Il s'agit d'un recueil d'études élaboré par divers collaborateurs de la pratique infirmière du canton de Genève. Ces articles passent en revue tant la prévention, que l'apparition et que les traitements des escarres. Ce référentiel permet de sélectionner exactement ce que nous avons besoin pour notre travail. Nous avons utilisé l'étude concernant l'échelle de Braden pour l'élaboration de notre problématique (Barrois, B., Mesures et évaluation des facteurs de risques d'escarres, étude comparative des outils utilisés). L'étude décrit les caractéristiques de l'escarre en proposant une définition. Elle est axée sur la prévention et propose ainsi diverses méthodes pour déceler les facteurs de risques. Les trois échelles anglophones principales soit Norton, Braden et Waterlow sont détaillées. L'article propose également un tour d'horizon des échelles francophones qui existent. Aucun résultat n'est publié dans cette étude puisque le but principal est de faire prendre conscience au personnel soignant des divers facteurs de risques existants et comment les mettre en place pour éviter l'apparition des escarres.

10.3 Annexe C : procès-verbale de la première rencontre avec l'institution

Procès-verbal de la rencontre avec l'institution

Vendredi 19 avril 2013 à 16h

A l'EMS de Martigny

Ordre du jour

- 1. Salutation et présences**
- 2. Présentation des intervenantes**
- 3. Exposition de la problématique et objectifs**
- 4. Questions du directeur et de l'infirmière cheffe**
- 5. Suggestions de l'institution**

Ouverture de la réunion à 16h05

1. Salutation et présences

Le directeur et l'infirmière cheffe nous souhaitent la bienvenue et nous invitent à prendre place.

Présences : le directeur, l'infirmière cheffe, Charlotte Dorsaz et Valentine Lerjen.

Nous avons ensuite pris la parole pour exposer notre projet.

2. Présentation des intervenantes

Nous (Charlotte et Valentine) nous présentons et nous nous situons dans notre cursus scolaire. Nous précisons également que nous travaillons dans l'institution durant nos week-ends et nos vacances.

Nous donnons des informations concernant le but du travail et nos motivations à le réaliser. Nous avons prévu un support de présentation pour cette

rencontre. Il n'a pas été tout à fait suivi mais tous les éléments ont été transmis au cours de l'entrevue. Aucune question de la part de l'institution n'a été posée concernant les modalités du travail.

3. Exposition de la problématique et objectifs

Nous avons tout d'abord exposé le choix du thème et le choix de l'institution. Nous nous sommes donc basées sur nos motivations personnelles.

Ensuite, nous avons décidé au vu du déroulement de la discussion, de présenter la problématique finale en expliquant l'outil de recherche soit l'échelle de Braden. Le directeur et l'infirmière cheffe connaissaient déjà cet outil et étaient enthousiastes à son utilisation dans leur institution. Au vu des connaissances déjà présentes, nous avons décidé de ne pas nous attarder sur cet élément.

Nous avons finalement argumenté la problématique à l'aide des bénéfices potentiels du projet pour l'institution choisie.

4. Questions du directeur et de l'infirmière cheffe

La première question posée, fut de savoir si le travail s'orientait plutôt vers les pensionnaires de l'institution ou le personnel soignant. Nous avons expliqué que nous devons bénéficier d'une commission d'éthique pour travailler en collaboration avec les pensionnaires. Nous avons également exposé que nous désirions interviewer des infirmières, des ASSC et des aides-soignantes qualifiées ou non.

Au niveau pratique, la question de la date de réalisation des entrevues a été posée. Après discussion, nous avons décidé qu'elles se feraient durant les temps libres du personnel soignant. Et que les participants choisiraient eux même s'ils veulent participer car l'information serait transmise par le bouche à oreilles.

A la question concernant l'autorisation de citer le nom de l'établissement dans la problématique, le directeur souhaiterait lire le document avant de donner son accord final afin de voir si aucune information ne porte préjudice à l'institution. Nous acceptons cette recommandation sans problème.

5. Suggestions de l'institution

Lorsque nous avons présenté le public cible qui pourrait participer au travail, l'infirmière cheffe a proposé d'élargir l'échantillonnage et de sélectionner également du personnel français afin de bénéficier d'autres horizons sur ce qui est pratiqué ailleurs. Cette proposition a été acceptée.

L'infirmière cheffe a également proposé d'informer les infirmières lors des colloques quotidiens du travail en cours afin que l'information soit ensuite propagée à travers les étages. Il sera ensuite de notre ressort d'apporter des compléments d'informations au personnel intéressé.

L'infirmière cheffe et le directeur ont également transmis la mission et la philosophie de soins de la maison. Ceci nous aidera pour le développement des concepts de soins du travail.

Le directeur a également fait une proposition d'ordre pédagogique quant au support utilisé pour les entrevues. Il propose d'utiliser un support papier avec des questions de bases à adapter au fil des entretiens. D'enregistrer également les interviews ou prendre des notes a été proposé en fonction des désirs des personnes interrogées.

La réunion se clôt à 16h40.

10.4 Annexe D : lettre de consentement libre et éclairé

TRAVAIL BACHELOR SUR

« La prévention des escarres en EMS »

**Mené par Dorsaz Charlotte et Lerjen Valentine, étudiantes à la HES-SO//Valais Wallis
Mme Seppey Christine, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis**

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes¹ participant au mémoire de fin d'étude

Le (la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il (elle) a pu poser toutes les questions qu'il (elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'étude.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'étude sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'étude, à savoir au plus tard fin septembre 2014
- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de mémoire de fin d'étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

¹ Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer au mémoire de fin d'étude mentionné dans l'en-tête.

Date: Signature :.....

Contacts :

Dorsaz Charlotte et Lerjen Valentine, étudiantes HES-SO//Valais Wallis. Tél : 079/508.20.86 et 079/810.84.80.

Mme Seppey Christine, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis.

Annexe : information destinée aux personnes participant à l'étude

10.5 Annexe E : lettre d'information aux personnes participant à une étude.

TRAVAIL DE BACHELOR SUR
La prévention des escarres en EMS
Réalisé par Dorsaz Charlotte et Lerjen Valentine, étudiantes à la HES-SO//Valais Wallis

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de notre formation à la HES-SO// Valais Wallis nous entreprenons un mémoire de fin d'étude dans le but de comprendre la prévention des escarres mise en place dans cet EMS. Directement concerné(e) par ce sujet, vous êtes pour nous une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative sur votre prise en charge. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous la forme d'une enquête. Si vous acceptez d'y participer, nous vous contacterons et fixerons avec vous un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera à l'EMS ou un autre endroit de votre choix, au moment qui vous conviendra le mieux, en tête-à-tête avec nous-même et durera environ 30 à 45 minutes. Il se déroulera en dehors de vos heures de travail. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin septembre 2014.

Au début de l'entretien, nous vous donnerons des informations complémentaires et répondrons à toutes les questions que vous souhaitez nous poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Cette étude vise à analyser les moyens mis en place par l'EMS pour la prévention des escarres. Pour ce faire, un entretien sera prévu en fonction de vos disponibilités au début septembre.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Nous ne pouvons malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle nous serait précieuse pour mieux comprendre cette notion de prévention.

Nous vous remercions pour l'attention portée à cette information.

Contacts :

Dorsaz Charlotte, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis.

Adresse : Ch. du Village 1, 1941 Vollèges

Numéro de téléphone : 079 508 20 86

Lerjen Valentine, étudiante à la HES-SO/ Valais Wallis.

Adresse : Rue des Marques 6, 1920 Martigny

Numéro de téléphone : 079 810 84 80

Madame Seppey Christine, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

10.6 Annexe F : lettre personnelle d'information au personnel soignant

Bonjour chers collègues,

Nous sommes deux étudiantes à la HES-SO Valais en soins infirmiers du niveau Bachelor. Nous avons comme exigence, pour l'obtention de notre diplôme, de réaliser un travail de recherche scientifique en soins infirmiers.

Nous avons opté pour la prévention des escarres en EMS. Il s'agit d'un projet qui a été validé par la direction et l'infirmière cheffe du Castel Notre Dame. Notre travail se base sur la question suivante :

- Quelle est la prévention mise en place dans cet EMS en rapport avec les facteurs de risques mis en évidence dans l'échelle de Braden ?

Nous allons effectuer une récolte de données des prestations fournies par chacun pour éviter la survenue des escarres. Nous ne porterons aucun jugement sur les moyens mis en place. Ainsi, nous pourrions récolter un maximum d'informations et de méthodes pour que l'ensemble du personnel de l'établissement puisse en profiter.

Le but final de cette étude serait de proposer et d'évaluer l'utilité d'un protocole commun à tous les étages. Ce dernier ressemblerait au protocole de Braden, outil scientifique validé et employé dans divers milieux de soins.

Pour toutes les personnes intéressées, vous pourrez vous inscrire ci-après. Nous sélectionnerons les personnes selon leur qualification car nous souhaitons avoir un point de vue large et varié :

- Infirmier(ère) chef(fe) d'unité
- Infirmier(ère) et infirmier(ère) assistant(e)
- ASSC
- Aide soignant(e) qualifié(e)
- Aide soignant(e) non qualifié(e)

Vous pourrez vous inscrire jusqu'au 14 août 2013. Pour les personnes sélectionnées, nous vous contacterons dans la semaine qui suit.

Meilleures salutations.

Dorsaz Charlotte et Lerjen Valentine

Nom	Prénom	Qualification professionnelle	Années d'expériences