

Travail de Fin d'Etude en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat d'Infirmière

Le travail en binôme dans la prise en charge des escarres

Sommaire

Sommaire.....	2
INTRODUCTION.....	3
PREMIERE PARTIE : constat de départ.....	3
I.Pré-enquête.....	5
II.Analyse de la pré-enquête	7
DEUXIEME PARTIE : Cadre conceptuel, théorique, législatif.....	10
I.L'infirmière	10
II.L'aide-soignante.....	10
III.La collaboration et le travail en binôme	11
IV.La qualité des soins.....	11
VI.L'ergonomie.....	12
VII.Le patient	13
1.Définition.....	13
2.Les droits du patient.....	13
3.Le patient âgé.....	13
VIII.L'escarre.....	13
1.Définition.....	13
2.Epidémiologie.....	14
3.Facteurs de risque.....	14
4.La prévention.....	15
5.Les traitements.....	19
6.La douleur.....	21
7.La nutrition.....	22
TROISIEME PARTIE : phase exploratoire.....	23

I.Enquête	23
II.Analyse de l'enquête.....	24
PROJET D'ACTION.....	28
CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	30
SOMMAIRE DES ANNEXES.....	34

INTRODUCTION

Me voilà arrivée à la fin de ma formation pour devenir infirmière diplômée d'état. Tout au long de mes stages, j'ai pu appréhender les différentes dimensions du soin : le préventif, le curatif, le palliatif, l'éducatif et la maintenance de la vie. Ces dimensions font de la profession un métier complet et passionnant. J'ai pu me confronter à la complexité des situations auxquelles nous devons faire face, à des difficultés quotidiennes de plus en plus présentes notamment en ce qui concerne la pénurie de personnel.

Certains stages m'ont plus marquée que d'autres. Lors de trois stages, j'ai pu assister à des prises en soin de patients en binôme infirmière/aide-soignante : en première année en neurologie, puis en troisième année aux urgences et en hépato-gastroentérologie. Au début de mon stage en neurologie, j'ai eu du mal à me situer au sein de ce binôme constitué depuis longtemps et dans lequel les deux soignants n'avaient pas besoin de parler pour se comprendre. J'ai pris le temps d'observer les rapports entre aide-soignant et infirmier. Ces liens sont enrichissants et complexes. Puis en parallèle, j'ai découvert une pathologie provoquant des douleurs physiques et psychiques : les escarres.

Mon cheminement a duré trois années pendant lesquelles j'ai pu observer différentes façons de travailler. Après plusieurs hésitations sur des sujets qui me paraissaient intéressants à aborder, ma réflexion s'est progressivement tournée vers l'influence du travail en binôme sur les escarres.

Mon mémoire commence par un constat de départ qui m'a permis de débiter mon questionnement, notamment grâce une première question provisoire. A partir de cette question, j'ai effectué une pré-enquête afin de mieux cerner la problématique. J'ai ainsi pu formuler une question de départ définitive à partir de laquelle j'ai construit deux hypothèses.

Dans la seconde partie dite "conceptuelle", j'ai développé différents concepts autour du travail en binôme et de l'escarre résultant de mes recherches bibliographiques, des cours auxquels j'ai assisté pendant la formation et à mes connaissances.

La troisième partie de mon travail repose sur la phase exploratoire où j'ai cherché à vérifier mes hypothèses en allant enquêter auprès de professionnels de santé à l'aide d'entretiens.

Je conclus mon travail en résumant mon cheminement et en proposant une action à mettre en place en tant que future professionnelle de santé.

PREMIERE PARTIE : constat de départ

Lors d'un stage dans un service de Neurologie dans un centre hospitalier, j'ai été amenée à prendre en soin des patients alités. Cette prise en charge se faisait essentiellement en binôme aides-soignantes/infirmières sur les postes de l'après-midi. Je me suis aperçu que la formation de binômes permettait de créer un esprit de groupe et de travailler dans de meilleures conditions. Lors des soins de nursing, la collaboration entre l'aide-soignante et l'infirmière était optimale et chacune participait activement aux soins quels qu'ils soient (changement de protection, effleurage pour la prévention d'escarre, friction à l'eau de Cologne). Le travail en binôme présente des intérêts à la fois pour le patient et à la fois pour les soignants :

- Le patient est pris en charge par deux professionnels qui peuvent confronter leur point de vue et partager leurs connaissances ce qui permet une vision globale de prise en soin tant pour l'aide-soignante que pour l'infirmière.
- Le patient est mobilisé plus facilement, sans douleur.
- Les soignants travaillent davantage dans les conditions d'ergonomie ce qui permet de préserver leur santé physique.

La plupart des patients sont entrés pour une prise en charge post-AVC (Accident Vasculaire Cérébral). Dans le cadre de l'AVC, les risques de survenue d'une escarre sont augmentés par l'hémiplégie (les patients sont dans l'incapacité de se mobiliser seul), le repos strict au lit (il est prescrit par le médecin afin d'éviter une récurrence de l'AVC) et les problèmes de trouble de la déglutition liés à l'AVC. En effet, les troubles de la déglutition engendrent une dénutrition rapide du patient et augmentent le risque de survenue d'une escarre. Ces patients bénéficient d'une prise en charge en UNV¹ (Unité Neuro-Vasculaire), où nous retrouvons la prévention et la surveillance des risques d'escarre liés au décubitus strict (protocole du service) par des changements de position et des effleurages toutes les 2 à 3 heures. L'état nutritionnel du patient est également surveillé.

Ainsi, lorsque j'ai pris en soin Mme M., âgée de 77 ans, entrée pour récurrence d'AVC sur sténose carotidienne droite, elle présentait une hémiplégie à gauche, ce qui rendait difficile ses mobilisations. Au vu de sa pathologie, le protocole UNV fut mis en place.

¹ Annexe I : protocole UNV

De plus, il est à noter que pour tout patient entrant dans le service, un score de risque d'escarre est effectué à l'aide de l'échelle Sanyrène®² (élaborée par le Centre Hospitalier d'Angers) afin d'adapter la prise en charge du patient (*cf cadre théorique, conceptuel, législatif*).

A son entrée, Mme M. présentait un score de risque d'escarre de 18 sur 27. Au vu de son score de risque, Mme a donc bénéficié d'une prise en charge par un binôme aide soignante-infirmière et d'une prévention d'escarre basée sur l'utilisation de matelas (matelas à air dynamique de type « Alternating »). Ce matelas permet d'exercer une décharge régulière et alternée de chaque partie du corps en contact avec celui-ci. Il permet de faire varier les zones de pression en alternance.

L'ensemble des soins a permis à Mme de sortir de l'hôpital pour aller en service de Soins de Suite et de Réadaptation sans altération de l'état cutané. Or, l'absence d'escarre étant un critère majeur de la qualité des soins dans un service, il m'a semblé intéressant d'approfondir le lien entre la prise en charge en binôme et l'absence de survenue d'escarre.

Durant mes autres stages, j'ai pu constater que le travail en binôme aide-soignante/infirmière lors des soins ne faisait pas partie des habitudes du service. Toutefois, il était effectif dans certaines situations (réfection de pansement d'escarre sacrée par exemple).

Je me suis donc demandé, en vue d'améliorer la prise en charge du patient,

En quoi le travail en binôme aide soignante/infirmière semble modifier la prise en charge d'un patient présentant un risque d'escarre ?

² Annexe II : échelle d'évaluation du risque d'escarre Sanyrène®

I. Pré-enquête

Elaboration du questionnaire d'entretien :

Pour tenter de répondre à ma question de départ, j'ai élaboré un questionnaire afin de pouvoir réaliser un entretien semi-directif. Il est composé de questions fermées mais pour toutes ces questions j'ai demandé à mes différents interlocuteurs de se justifier afin d'avoir plus de matière à analyser. Il est également composé de questions ouvertes me permettant de connaître le point de vue des personnels interrogés. Afin de poser le cadre général, j'ai construit 4 questions sur le travail en binôme pour connaître le regard des personnels sur cette façon de travailler. Ensuite, j'ai recentré mes questions sur l'escarre.

Services ciblés :

J'ai choisi deux lieux différents pour mes entretiens : il s'agit de deux centres hospitaliers. Cela va me permettre de confronter des façons différentes de travailler. C'est aussi pour cette raison que j'ai fait mes entretiens dans trois services différents. Dans deux de ces services (neurologie et soins palliatifs) les équipes travaillent en binôme AS³/IDE⁴. J'ai choisi un troisième service (chirurgie viscérale) dans lequel le binôme a été mis en place il y a quelques années mais il a été abandonné. Ce dernier choix va me permettre de confronter deux pratiques différentes au sein d'un même service. Dans ces services, les patients sont hospitalisés pour des pathologies lourdes nécessitant une prise en soin importante.

Population interrogée :

Les personnels interrogés sont composés à la fois d'IDE et d'AS afin de confronter leurs points de vue. J'ai ainsi réalisé 6 entretiens⁵.

3 lire partout aide-soignante/aide-soignant

4 lire partout infirmière/infirmier diplômé(e) d'Etat

5 Annexe III : questionnaire de la pré-enquête

Soignants	IDE 1	AS 1	IDE 2
Fonction	Neurologie	Neurologie	Stomathérapeute

Soignants	AS 2	IDE3	IDE 4
Fonction	Chirurgie viscérale	Soins palliatifs	Soins palliatifs

N.B. : IDE 2 : stomathérapeute (mi-temps en stomathérapie et mi-temps dans le pôle de chirurgie qui comprend la chirurgie viscérale, la chirurgie traumatique, l'hôpital de jour et la gastro-entérologie).

IDE 4 : en service de soins palliatifs (ancienne aide-soignante qui a eu son DE⁶ d'infirmière par la suite, et qui a donc une vision différente des soins infirmiers et aide-soignants par rapport à ses collègues IDE).

Difficultés rencontrées :

Pour l'un des deux centres hospitaliers, les démarches pour obtenir le droit de venir faire ma pré-enquête ont pris plusieurs semaines, mais une fois la réponse positive obtenue, je n'ai pas eu de mal à avoir des rendez-vous dans les services en m'adressant directement aux cadres de santé.

D'autre part, lors de mes entretiens, je me suis rendu compte que mon questionnaire comprenait des redondances que je n'avais pas remarquées. Les questions "*Qu'est-ce que le travail en binôme vous apporte ?*" et "*Est-ce que la prise en soin est différente sans le binôme ?*" se sont révélées très proches et j'obtenais souvent les mêmes réponses pour ces

⁶ lire partout Diplôme d'État

deux questions. De même, ma dernière question "*Pensez-vous que le travail en binôme ou l'absence de travail en binôme ait une incidence sur la prise en charge des escarres ou sur d'autres prises en charge ?*" devait me permettre d'ouvrir ma recherche aux autres avantages du travail en binôme. Or dès le premier entretien, elle s'est avérée trop compliquée, je l'ai donc simplifiée par "*Quels sont les autres avantages du travail en binôme ?*".

II. Analyse de la pré-enquête

Afin de mieux suivre l'analyse de ma pré-enquête, vous retrouverez un tableau de synthèse en annexe (annexe IV).

Travaillez-vous en binôme ou avez-vous déjà travaillé en binôme ?

Tous ont déjà travaillé en binôme à un moment de leur carrière, donc toutes les réponses sont exploitables.

Sur les 6 personnels soignants interrogés, seule l'AS 2 ne travaille pas en binôme actuellement, mais elle a déjà expérimenté cette organisation du travail auparavant notamment en réanimation et dans le service de chirurgie lors de la mise en place des binômes. En chirurgie viscérale, l'organisation du service ne se prête pas au travail en binôme, ce dernier a donc dû être interrompu. En effet, le matin les chirurgiens des différentes spécialités passent voir les patients. Chaque spécialité ne passe pas à la même heure, de même que les anesthésistes. Les IDE sont donc continuellement sollicitées par les médecins et doivent laisser les AS seules pour finir les soins commencés.

Qu'est-ce que le travail en binôme vous apporte ?

Dans les réponses obtenues, nous pouvons dégager trois notions principales :

- 1) Meilleure prise en charge globale du patient (2/3 des réponses) notamment grâce à la concertation au sein du binôme. Elle permet de confronter les points de vue de l'AS et de l'IDE ce qui enrichit leurs connaissances pour mieux adapter leurs pratiques respectives : connaissance des traitements pour les AS, des habitudes de vie et du devenir du patient, amélioration de la relation soignant/soigné, meilleure évaluation de la douleur et de l'état cutané, etc.
- 2) Respect de l'ergonomie (1/3 des réponses) : grâce à la présence de deux soignants, les mobilisations sont plus faciles. Les soignants peuvent privilégier une seule mobilisation (succession immédiate des soins : toilette, pansements par exemple) dans un but de confort à la fois pour le patient mais aussi pour le soignant.
- 3) Valorisation du travail de l'AS (1/3 des réponses) : le travail en binôme permet à l'IDE de pratiquer son rôle propre : l'AS n'est plus cantonnée aux seuls soins d'hygiène et de confort, elle peut aussi collaborer dans la mesure des paramètres vitaux par exemple.

Le travail en binôme est-il protocolisé ?

Pour toutes les personnes interrogées, le travail en binôme ne fait pas partie d'un protocole, c'est une habitude du service.

Notons que dans le service de soins palliatifs, le binôme n'est pas protocolisé mais il est établi sur une fiche de poste.

Le travail en binôme vous manque-t-il ?

Cette question s'adresse à l'AS 2 qui ne travaille pas en binôme et à l'IDE 2 qui ne travaille pas régulièrement en binôme.

L'AS 2 regrette de ne pas travailler en binôme car elle a moins d'informations en sa possession. La collaboration avec l'IDE lui permettrait d'avoir des informations plus précises sur les pathologies et les traitements des patients, et de mettre en œuvre une meilleure surveillance du patient. L'IDE 2 préfère travailler en binôme quand c'est possible car il pense que c'est plus simple notamment pour ce qui est des transmissions orales et des soins mobilisant le patient.

Pensez-vous que la prise en charge est différente sans le binôme ?

Dans 83% des réponses, la prise en charge est différente sans le binôme. Deux explications ont été fournies : dans un cas, quand l'IDE est seule, la prise en charge est plus technique. Dans l'autre, les IDE ayant un "point de vue plus médical", les AS leur apportent "une vision plus humaine" des patients, selon les termes employés par l'IDE 4.

Ces réponses positives laissent paraître que le binôme permet une complémentarité grâce à la vision différente de chacun. Le confort que cette prise en charge offre à la fois pour l'équipe et le patient est aussi à retenir.

L'IDE 3 considère que la prise en charge n'est pas différente sans le binôme, et que l'IDE n'a pas besoin d'un AS pour les actes techniques. Il précise que le binôme n'est pas nécessaire et qu'il suffit de s'organiser avec l'AS au quotidien.

Pensez-vous que la prise en charge en binôme permet de diminuer le risque d'escarre ?

Pourquoi ?

Seules 1/3 des réponses sont affirmatives : IDE 2 et IDE 4. Une réponse est à souligner : l'IDE 2 est spécialisé en stomathérapie, donc sa réponse tend peut-être à être orientée afin de favoriser au maximum la prévention des escarres.

En majorité les personnels interrogés pensent que le binôme ne permet pas de diminuer le risque d'escarre dans la mesure où pour eux c'est un moyen de prévention qui doit être combiné avec d'autres (matelas, frictions etc.) et que le nombre d'escarres ne diminue pas avec le travail en binôme.

Quels sont les outils dont vous disposez dans le service pour la prévention du risque d'escarre ?

50 % des personnels utilisent l'échelle d'évaluation du risque d'escarre Sanyrène® et le produit Sanyrène®⁷ pour les frictions.

Tous ont noté l'utilisation de matelas et coussins de prévention des escarres dans leur service.

Nous retrouvons également dans les réponses : les produits hyperprotéinés ainsi que les grilles de changements de position, les formations internes (qui permettent de former les personnels à la prévention des escarres) et l'utilisation la grille de Norton⁸ à la place de l'échelle Sanyrène® (en soins palliatifs).

Globalement, tous les personnels connaissent les outils à leur disposition dans les services. Certains sont plus familiarisés que d'autres grâce à leur spécialisation et formation interne (l'AS 2 est référent escarre du service et l'IDE 2 a une spécialisation en stomathérapie).

Quels sont les autres avantages du travail en binôme ?

Toutes les notions abordées dans les réponses à la 3^{ème} question ("*Qu'est-ce que le travail en binôme vous apporte ?*") reviennent. L'IDE 3 ajoute le côté rassurant pour le patient d'être pris en charge par deux personnes.

Synthèse :

Contrairement à mon hypothèse de départ, les 6 entretiens laissent apparaître que le travail en binôme est un moyen de prévention mais qu'il ne permet pas de réduire le risque d'escarre. En revanche, tous s'accordent à dire qu'il est important de travailler en binôme.

Dans leurs différents dires, nous retrouvons plusieurs notions : ergonomie, confort, sécurité, connaissance globale du patient, rôle propre infirmier, communication, relation soignant/soigné. Ceux sont ces notions que je vais par la suite développer dans ma partie théorique.

⁷ Le Sanyrène® est une huile hyperoxygénée indiquée dans la prévention des escarres. Elle améliore l'apport en oxygène local diminuant le risque d'escarre tout en restaurant la microcirculation sanguine.

⁸ Annexe V : échelle de Norton.

Les soignants ont beaucoup évoqué leur propre point de vue mais moins celui du patient. Il me paraît donc intéressant de savoir ce que pensent les soignés de leur prise en charge par deux personnes plutôt qu'une seule. Dans un premier temps, je voulais orienter ma réflexion sur le ressenti du patient en me demandant : "En quoi le travail en binôme AS/IDE améliore la qualité de la prise en soin d'un patient âgé dans un service de soins généraux ?". Cependant, je me suis rendue compte que je n'abordais plus la notion d'escarre qui était au centre de mon constat. L'absence d'escarre est l'un des critères principaux de la qualité des soins dans les services. J'ai donc repensé ma question de départ de la manière suivante :

Qu'apporte le travail en binôme dans la prise en charge d'un patient âgé, ayant un risque d'escarre élevé, dans un service de soin général ?

Hypothèses de travail : elles sont axées sur les aspects préventifs et curatifs de la prise en charge des escarres.

- 1) Le travail en binôme permettrait d'avoir des pratiques de qualité au niveau de la prévention des escarres chez un patient à haut risque.
- 2) Le travail en binôme permettrait d'agir plus rapidement auprès d'une personne âgée présentant une escarre de stade I.

DEUXIEME PARTIE : Cadre conceptuel, théorique, législatif

I. L'infirmière

Selon l'OMS⁹, "le terme "infirmières" s'applique aux seules personnes qui, dans un pays donné, sont appelées à donner les genres de soins infirmiers qui requièrent au plus haut point du dévouement, des connaissances techniques étendues et le sens des responsabilités". Le Code de la Santé Publique, article L4311-1 ajoute que "les infirmières sont habilitées à dispenser les soins infirmiers sur prescription médicale ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu" et que "l'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement". Il apparaît dans ces définitions que le rôle de l'infirmière ne se cantonne pas à une fonction d'exécution : elle possède un rôle propre axé sur les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson¹⁰. Virginia Henderson propose la définition suivante¹¹ :

"Le rôle de l'infirmière consiste à aider l'individu, malade ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible. Cet aspect de son travail, cette partie de sa fonction, l'infirmière en a l'initiative et le contrôle : elle en est le maître. De plus, elle aide le malade à suivre les prescriptions thérapeutiques du médecin. Membre de l'équipe sanitaire, elle aide aussi les autres membres comme ils l'aident eux-mêmes, dans l'élaboration et l'exécution du programme dans sa totalité, qu'il s'agisse d'amélioration de la santé, de rétablissement d'un malade ou de secours à un mourant"

Le rôle propre est défini par l'article R4311-3 du Code de la Santé Publique comme étant les "soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes". Le rôle propre peut donc se résumer comme les actes que nous pouvons faire en dehors de toute prescription médicale mais également par une posture, un savoir-être de soignant à adopter.

9 Organisation Mondiale de la Santé : Série de Rapport technique, Comité d'expert des soins infirmiers, 1950, 24, 5

10 Annexe VI : les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson

11 BOITTIN, LAGOUTTE, LANTZ, "Virginia HENDERSON : 1897 - 1996 BIOGRAPHIE ET ANALYSE DE SON OEUVRE", Recherche en soins infirmiers, n°68, mars 2002

Les IDE sont en première ligne face aux patients. Ils les informent, les rassurent, les éduquent. Les infirmiers se doivent d'être sans jugement de valeur, bientraitant et non-malfaisant.

L'infirmière prodigue des soins de différentes dimensions : les soins peuvent être à visée préventive, curative, éducative, de réhabilitation. La prévention des escarres est donc au cœur du rôle propre infirmier : elle fait également partie des 14 besoins fondamentaux de V. Henderson (besoin de protéger ses téguments).

La profession est régie par le Code de la Santé Publique (décret 2004-802 du 29 juillet 2004). L'évolution vers un système européen de diplôme a engendré un changement au niveau du Diplôme d'Etat (arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier) : les étudiants infirmiers doivent valider 10 compétences¹² pendant la formation pour prétendre au DE. Dans ces compétences, nous retrouvons la compétence 10 : "*Informier et former des professionnels et des personnes en formation*". En effet, l'infirmière peut déléguer des actes à l'aide-soignant au regard de la formation que ce dernier a suivie et en assurant son encadrement¹³ : la responsabilité de l'infirmier est engagée sur les actes qu'il délègue. L'encadrement nécessite de développer des compétences notamment en terme de pédagogie : en effet, lorsque une aide-soignante ne connaît pas un acte ou une technique, l'infirmière peut lui apprendre. Il faut donc que cette infirmière fasse preuve de pédagogie afin d'enseigner de la meilleure des manières pour que l'aide-soignante soit capable ensuite de pratiquer cet acte.

II. L'aide-soignante

Une des définitions de l'aide-soignante peut être la suivante : "*Dispenser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier¹⁴, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien être et l'autonomie de la personne*"¹⁵. Les AS constituent l'une des professions de santé non médicales les plus importantes : elles sont un maillon indispensable dans la prise en soin des personnes au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

12 Annexe VII : les 10 compétences du nouveau DE d'infirmier, extrait du livret "*Profession infirmier*", Berger-Levrault, réf. 531 200

13 Extrait du cours "*Encadrement des professionnels de soins*" de l'UE 3.5 S par Mme DEMAREY du 6/10/2011

14 Art. R4311-5 du Code de la Santé Publique

15 <http://www.aide-soignant.com/article/profession/as/presentation-de-la-profession>, page consultée le 10/07/2012

Depuis l'arrêté du 8 février 2007 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant, les AS sont titulaires d'un Diplôme d'Etat, néanmoins à l'heure actuelle, la profession n'a pas de rôle propre dans la mesure où elle exerce toujours sous la délégation du rôle propre de l'infirmier selon l'article R4311-4 du Code de la Santé Publique :

"Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aide-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3"

Tout comme l'infirmier, l'aide-soignant n'est pas un "exécuteur de tâches"¹⁶, c'est un professionnel de santé, c'est-à-dire qu'il ne fait pas de façon routinière des actes et des soins. Il faut qu'à chaque geste, le soignant (qu'il soit infirmière ou aide-soignante) réfléchisse à ce qu'il doit faire. Ses domaines d'intervention sont nombreux¹⁷ :

- Identification des habitudes de vie et évaluation des besoins des personnes âgées.
- Utilisation d'outils de soin dont les échelles d'évaluation du risque d'escarre et de la douleur.
- Prévention de la déshydratation et de la dénutrition.
- Application des principes spécifiques d'hygiène.
- Mise en œuvre des conditions du soin (bienveillance et bientraitance).
- Création de liens avec la famille et les aidants.
- Participation active aux réunions pluridisciplinaires.

L'aide-soignant est également habilité à effectuer des soins techniques tels que : la mesure des paramètres vitaux (fréquence cardiaque, respiratoire, mesure de la tension artérielle, des mensurations, de la température, du volume urinaire, évaluation de la conscience), la détection des anomalies des appareils médicaux, l'identification des signes de détresse, des changements d'état et des situations à risque. Dans le cas des escarres, l'altération de l'état cutané doit être surveillée, ainsi que l'évolution de l'escarre constitué.

III. La collaboration et le travail en binôme

Selon le dictionnaire Larousse, collaborer signifie *"travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions ; participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre*

16 MICHAUD P., BONNERY A-M., "Aide-soignant en gérontologie, des compétences reconnues", Soins Gérontologie, n°83, mai/juin 2010, p.18

17 Annexe VIII : référentiel de compétences du DEAS

commune". Dans cette définition l'un des mots-clés est "œuvre commune". Si nous adaptons cette définition aux soins, l'œuvre commune est le patient. La collaboration dans les soins peut donc se définir par : "travailler ensemble dans l'intérêt du patient".

De plus, collaborer fait également apparaître la notion d'équipe. L'équipe, d'après Chombard De Lauwe (sociologue), "*est un ensemble de personnes liées par des interrelations, ayant une certaine conscience d'appartenance et une forme de culture commune. Il n'y a pas seulement adhésion, il y a une acceptation et une volonté d'adhésion*"¹⁸. La notion de collaboration dans les soins est liée à celle d'équipe : sans travail d'équipe, il ne peut y avoir de réelle collaboration et il faut que tous les membres acceptent de vouloir travailler ensemble. Roger MUCCHIELLI¹⁹ (1919-1981, psychosociologue et psycho-pédagogue) ajoute que selon R. LAFON "*l'équipe [...] est une coopération entre un nombre limité de professionnels différents (dans un même champs d'action) se considérant collectivement responsable d'une réalisation*". Dans un service de soins, l'équipe se compose de médecins, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeute(s), agents de service hospitalier qualifiés, etc. qui ont tous pour but d'aider le patient à recouvrer sa santé et de pallier ses besoins.

Actuellement, un certain nombre de services expérimentent ou travaillent en binôme. Pour exemple, A. COITOUX²⁰ précise qu'en service de réanimation, le travail en binôme est effectif depuis un certain temps notamment parce que la prise en charge des patients est lourde et que les mobilisations nécessitent la présence de deux voire plusieurs personnes.

Cependant, il apparaît que dans beaucoup de services, même si le travail en binôme n'est pas officialisé, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de protocoles ou de fiches de poste, l'entraide entre collègues aide-soignant et infirmier est bien présent, comme par exemple aux urgences, selon D. BENLAHOUES²¹. Cet esprit d'entraide engendre une forme de cohésion entre les membres des équipes comme un esprit de corps.

En unité de court séjour gériatrique, la collaboration IDE/AS a été instaurée dans le cadre du binôme d'évaluation gériatrique²². Ce fonctionnement en binôme permet une "*évaluation gériatrique standardisée*" qui amène un plan de soins et une aide adaptée à la

18 MUCCHIELLI R., "*Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*", Ed. esf, 2012, p.12/13.

19 MUCCHIELLI R., *op. cit.*, p13/14

20 COITOUX A., "*Le rôle de l'aide-soignante auprès des patients en réanimation*", L'aide-soignante, n°109, août-septembre 2009, p.109

21 BENLAHOUES D., "*L'organisation du travail en équipe*", L'aide-soignante, n°99, août-septembre 2008, p.21-23

22 HEQUET, PROYET, DUPIRE, POUILLE, DAMBRE, "*Le binôme d'évaluation gériatrique en unité de court séjour gériatrique*", Soins gérontologique, n°78, juillet/août 2009, p16-17

personne âgée ainsi qu'à la lutte contre la perte de l'autonomie. Le bilan de cette étude montre que la durée d'hospitalisation a été diminuée pour le patient. De leur côté les soignants ont un sentiment de satisfaction personnelle et professionnelle : leur travail est valorisé. Le binôme permet de "*donner un sens à leurs actes*" et de "*développer un savoir-être complémentaire de leur savoir-faire*".

IV. La qualité des soins

Depuis la loi du 4 mars 2002²³ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les patients ont droit à des soins de qualité et la prise en charge hospitalière se veut de plus en plus globale.

Les établissements de santé doivent répondre à des normes et à des obligations : ils passent une certification tous les 4 ans²⁴. Elle a pour objectifs de mettre en place un système d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'atteindre un niveau de qualité sur des critères jugés essentiels (la mesure de niveau de qualité permet aux établissements de travailler pour améliorer celle-ci). En fonction des résultats, les établissements de santé doivent procéder à des changements pour mieux répondre aux besoins et donc s'adapter à la société actuelle.

Le binôme permet de répondre à cette exigence de qualité selon S. MARTIN²⁵ : le binôme a été mis en place dans son service de cardiologie²⁶. Son bilan de cette expérience est pour les soignants "*une organisation efficace et pertinente pour la prise en charge globale des patients*". Les patients ont quant à eux "*exprimé leur impression d'être plus entourés, de voir plus de personnels*".

Walter HESBEEN²⁷ (infirmier et docteur en santé publique) explique que "*l'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés à leur connaissances de nature scientifique et habiletés techniques, y apparaissent comme déterminants essentiels d'un soin de qualité*". Il ajoute également : "*Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de ceux-ci. Elle procède*

23 Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, consultable sur www.legifrance.gouv.fr

24 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5076/certification-des-etablissements-de-sante?cid=c_5076, consulté le 12/07/2012

25 MARTIN S., "*Le binôme infirmière aide-soignante, une organisation bénéfique pour tous*", L'aide-soignante, n°117, mai 2010

26 MARTIN S., *op. cit.*

27 HESBEEN, W. "*La qualité du soin infirmier : Penser et agir dans une perspective soignante*", 2e Ed. France : Masson. 2002. 208 pages

de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinents et clairement identifié". Là aussi, il est question d'une équipe au sein de laquelle les moyens humains et techniques sont mis en commun pour le bien être du patient.

Pour une prise en charge de qualité, le travail en équipe semble nécessaire, mais le travail en équipe est-il le travail en binôme ?

Depuis 2006, l'HAS a rendu obligatoire l'utilisation des IPAQSS²⁸, les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins lors de la certification. L'utilisation de ces indicateurs permet d'aider les établissements à s'auto-évaluer sur leurs pratiques, à intégrer les indicateurs de qualité comme des outils de management de la qualité.

Dans ces IPAQSS, les escarres sont représentés dans les indicateurs du dossier patient et dans l'item "traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre".

Dans les soins, la notion de bonnes pratiques revient souvent. Elle est attachée à celle de qualité des soins. Nous apprenons à l'école que pour exécuter des soins selon ces bonnes pratiques, il faut connaître les critères de qualités d'un soin. Ces critères sont définis sous forme d'items : ce sont les invariants. Les invariants d'un soin sont les suivants :

- L'hygiène (travailler du plus propre au sale, lavage des mains,...)
- L'asepsie (désinfecter le plan de travail, respecter la stérilité des dispositifs médicaux,...)
- La communication (transmission orale, communiquer avec le patient,...)
- La sécurité (sécurité du patient lors des soins, lutte contre les accidents d'exposition au sang,...)
- L'ergonomie (mettre le lit à hauteur,...)
- La pudeur et le confort (fermer les volets, mettre une présence, fermer les rideaux dans les chambres doubles,...)
- L'économie (utiliser le matériel nécessaire, être efficace dans la réalisation du soin,...).

L'HAS a émis un document²⁹ afin d'aider les professionnels de santé à rédiger des recommandations de bonnes pratiques. Ces recommandations de bonnes pratiques

28 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins et http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-06/ipaqss_ssr_fd_tre.pdf

29 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201101/guide_methodologique_recommandations_pour_la_pratique_clinique.pdf

s'inscrivent dans un objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et ont notamment pour but d'harmoniser les pratiques.

V. La communication

La communication fait partie des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson. Les besoins fondamentaux se définissent comme ce qui est indispensable à un individu pour se maintenir en vie et assurer son bien-être.

Il existe deux formes différentes de communication : la verbale et la non-verbale. Que ce soit l'une ou l'autre des formes de communication, elles permettent de mettre en place une relation d'aide et une écoute active indispensables dans les soins.

La communication verbale se définit³⁰ comme un "*acte au cours duquel un individu « émetteur » traduit un fait, un concept, un sentiment en un message qu'il adresse par le canal qui lui paraît le plus approprié, à un autre individu « récepteur », avec l'intention que ce dernier puisse prendre connaissance du fait, du concept envoyé.*"

La communication non-verbale est basée sur le regard, les gestes, l'attitude que les soignants adoptent devant les patients. La relation d'aide est une forme de communication non verbale dans le sens où elle permet de passer du statut de technicien du soin à celui de professionnel de la santé.

La communication est omniprésente dans les soins : en effet, dans un but de continuité des soins, il faut que les professionnels communiquent entre eux. Les transmissions en début et fin de poste de travail permettent cette continuité. Les transmissions se doivent d'être claires, précises, concises afin d'apporter un maximum d'informations pour les équipes suivantes.

VI. L'ergonomie

Le mot « ergonomie » vient du grec ergon (travail) et nomos (lois, règles). L'ergonomie peut donc être définie³¹ comme la science du travail ayant pour objet l'adaptation du travail à l'homme (c'est-à-dire l'amélioration des conditions de travail). Il s'agit donc d'avoir comme objectif une meilleure adaptation du travail à l'homme. Cela implique (dans la mesure du possible) de considérer tous les aspects du travail : physiologiques, psychologiques, facteurs sociaux, facteurs objectifs et subjectifs. Une meilleure adaptation

30 M. CAZIN, D. Cours "*Cognition et communication*", U.E 1.1 S1 (Psychologie, sociologie, anthropologie).
31 <http://www.dsi.cnrs.fr/methodes/ergonomie/definition.htm> consultée le 4/10/2012

du travail à l'homme aura pour résultat la satisfaction des opérateurs, leur confort, leur santé mais aussi l'efficacité de leurs conduites opératoires. D'un point de vue de la santé, on parle de l'ergonomie physique : c'est l'adaptation de l'outil au caractère physiologique et morphologique du soignant ou du patient.

Les soignants sont de plus en plus confrontés à des personnes âgées en perte d'autonomie qu'il faut manipuler. Dans ce cas-là nous parlons de manutention.

Dans un souci de prévention des accidents du travail et notamment des affections chroniques du rachis lombaires³², il est important que les personnels soient formés à la manutention des personnes hospitalisées. Le nombre de soignants souffrant de lombalgies est important (environ 33% des salariés) et il a un coût pour le système de santé car il est à l'origine d'arrêt de travail (8.7% des maladies professionnelles)³³.

La manutention ne tient pas compte que de la santé des personnels : une bonne manutention contribue à une meilleure qualité de prise en charge des patients, notamment car elle permet de mobiliser sans douleur les patients. En effet, les patients ressentent à la fois au niveau physique leur mobilisation mais il peut aussi y avoir une incidence sur leur moral : un patient qui ne se sent pas rassuré dans ses mobilisations ne va pas coopérer lors des soins. Il y a des gestes traumatisants à ne pas avoir pour mobiliser les patients :

- Ne pas serrer, ni pincer
- Respecter la rectitude du corps de la personne soignée
- Eviter les torsions entre le tronc et le bassin
- Ne pas tirer sur les membres
- Ne pas faire heurter le lit par le patient

VII. Le patient

1. Définition

Le patient est au centre de la prise en charge c'est la raison pour laquelle il faut le définir. Le terme "patient" est issu du latin "patiens" qui signifie : souffrir, supporter. Le dictionnaire Larousse donne une définition : "*personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale*". Nous pouvons rattacher la notion de "patient" à celle de "personne soignée" qui elle est définie³⁴ comme "*une*

32 ESCANEZ Stéphanie, AUTISSIER Christine "*Plein le dos" ou comment se former à la manutention des patients*", La revue de l'infirmière, novembre 2007, n°135, p. 33 à 35

33 <http://www.chu-montpellier.fr/fr/PDF/livretdos.pdf> consultée le 10/10/2012

34 Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession médicale, 2ème Ed., Masson, 2005

personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recours aux soins".

2. Les droits du patient

Le patient en tant qu'Homme bénéficie de Droits Universels depuis 1789 (Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen). Au sein de l'hôpital, il existe la "charte du patient hospitalisé"³⁵ depuis 1995. Cette charte a été réactualisée avec les lois du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, du 6 août 2004 relative à la bioéthique, du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

3. Le patient âgé

La définition d'une personne âgée n'est pas facile à établir. En effet, avec l'allongement de l'espérance de vie, il est assez difficile d'obtenir une définition exacte. Selon l'OMS³⁶, les personnes âgées sont les plus de 65 ans, alors que pour l'INSEE³⁷, ce sont les personnes de 60 ans et plus. Au vu de ces différents chiffres, il semble opportun de définir le vieillissement afin de mieux comprendre ce qu'est une personne âgée.

Le vieillissement physiologique provoque des bouleversements dans l'organisme. Le vieillissement³⁸ se définit comme l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme. C'est un processus lent, progressif et irréversible. Les fonctions touchées sont : l'appareil cardiovasculaire, respiratoire, le système nerveux, le métabolisme, l'appareil digestif, les organes des sens, l'appareil urinaire, les organes sexuels, de la peau et des phanères, du système immunitaire.

L'ensemble de ces perturbations expliquent pourquoi les personnes âgées ont plus de risque d'avoir des escarres. De plus, le vieillissement du système immunitaire provoque des infections qui diminuent d'autant plus la qualité de vie mais aussi le risque de complications et donc de décès lié à ces complications.

35 Annexe IX : Charte du patient hospitalisé, issue du site du ministère de la Santé, <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>

36 issu du site, www.who.int/fr/ consulté le 10/10/2012

37 issu du site www.insee.fr consulté le 10/10/2012

38 Issu du cours "*Le vieillissement*" du Dr MARQUIS, UE 2.7 (défaillances organiques et processus dégénératifs), octobre 2011.

Les personnes âgées ont comme les patients hospitalisés, une charte³⁹ afin de les protéger dans leur dignité, leur liberté, leurs droits et leurs choix.

VIII. L'escarre

1. Définition

L'escarre est définie⁴⁰ comme "*une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses*" qui peut se développer en quelques heures et mettre des mois à guérir. L'ischémie provoque une détérioration des tissus de la phlyctène vers la nécrose des tissus. L'escarre est décrite⁴¹ en 4 stades⁴² :

- stade 0 : Absence de rougeur ou rougeur disparaissant à la pression.
- stade 1 : Erythème cutané sur une peau apparemment saine, ne disparaissant pas après la levée de la pression.
- stade 2 : Perte de substance impliquant l'épiderme et en partie le derme, se présentant comme une phlyctène, une abrasion ou une ulcération superficielle.
- stade 3 : Nécrose, perte de substance cutanée, avec ou sans décollement périphérique.
- stade 4 : Perte de substance profonde, pouvant impliquer os, articulations, muscles, tendons.

L'apparition d'une escarre peut être également à l'origine de frottement ou de cisaillement.

Les zones d'apparition⁴³ des escarres sont principalement : les talons, le sacrum, les malléoles, les ischions, le crâne, les omoplates.

Notons que selon l'OMS, il n'y a pas de stade 0. Cependant, selon la conférence de consensus de l'ANAES⁴⁴ (novembre 2001), il conviendrait d'ajouter ce stade 0 qui correspondrait à une peau intacte mais ayant un risque d'escarre.

2. Epidémiologie

Les données épidémiologiques sont très peu nombreuses. Il faut tenir compte de l'âge de la population, des services ainsi que des types de pathologies dont sont atteints les patients.

39 Annexe X : charte des droits et des libertés de la personne âgée.

40 Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Evaluation de la prévention des escarres, juin 1998, p.18.

41 Dr DEFRANCE (Gériatre). Cours "*Procédure de prévention et prise en charge des escarres*" issu de l'UE 2.7 S4 (défaillance organique et processus dégénératif), octobre 2011.

42 Annexe XI: les stades de l'escarre.

43 Annexe XII : la localisation des escarres.

44 ANAES, SFFPC et association PERSE, Conférence de consensus (15 et 16 novembre 2001), "*Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé*".

La conférence de consensus de l'ANAES donne les chiffres suivants : la prévalence chez les patients hospitalisés est de 8,6%, l'âge moyen de ces patients est de 74 ans. Une autre enquête⁴⁵ dans les soins à domicile montre que la prévalence des escarres a augmenté de 1,1% passant de 3,2 à 4,3% entre 2003 et 2006.

3. Facteurs de risque

Il existe deux types de facteurs de risque : les intrinsèques (liés à la clinique) et les extrinsèques (liés à la mécanique).

a) Les facteurs de risque intrinsèques :

- L'immobilité : le manque de mobilité accroît le phénomène de compression et donc l'ischémie.
- L'état nutritionnel : un bon état nutritionnel permet d'améliorer la cicatrisation, de réguler le processus inflammatoire, d'améliorer la micro-circulation.
- La déshydratation : tous les patients porteurs d'escarres sont dénutris et déshydratés. L'hyperthermie joue également notamment parce qu'elle entraîne un risque de déshydratation plus élevé.
- L'incontinence : elle accroît les phénomènes de macération.
- L'état cutané
- La baisse du débit circulatoire (entraîne un défaut d'apport de nutriment et d'oxygène)
- L'âge
- Les antécédents d'escarres
- Les différentes pathologies, notamment les neuropathies

b) Les facteurs de risques extrinsèques :

- La pression
- La friction
- Le cisaillement
- La macération
- Les corps étrangers
- Les pansements

45 ALLAERT F-A., BARROIS B., COLINS D., "Evolution de la prévalence des escarres chez les patients suivis à domicile entre 2003 et 2006", Soins Gériatrie, n°76, mars/avril 2009.

4. La prévention

a) Définition

La prévention est l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective (définition de l'OMS). La prévention se décline en 3 types :

- La prévention primaire : c'est l'ensemble des mesures destinées à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population (l'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminée).

- La prévention secondaire : c'est l'ensemble des mesures destinées à diminuer la prévalence d'une maladie d'une population (la prévalence est la mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné).

- La prévention tertiaire : c'est l'ensemble des mesures visant à prévenir les rechutes ou les complications.

b) La prévention des escarres

Les escarres sont un problème de santé publique : ils sont extrêmement douloureux pour le patient, et sont un coût conséquent pour la Sécurité Sociale. En effet, malgré des chiffres assez disparates sur les coûts il est estimé que 5 patients porteurs d'escarre consomment la moitié du budget de 28 lits d'un service et la durée du traitement varie de 2 à 6 mois. Le coût de la prévention étant moindre, il faut donc que les soins soient au maximum axés vers un versant préventif plutôt que vers un versant curatif.

De plus, le coût des escarres n'est pas seulement financier, il est également humain : les patients porteurs d'escarres demandent plus de temps pour les soins, pour les pansements et les antalgiques et plus de surveillance. Ils sont source de douleurs pour le patient, douleurs physiques et morales : en effet, les escarres peuvent être malodorants. Les patients en sont conscients et se sentent donc gênés, les familles et les soignants également. Les soignants ont aussi un sentiment d'échec vis-à-vis de l'apparition d'une escarre chez un patient.

La prévention des escarres est basée sur la réalisation des soins d'hygiène et de confort, des changements de position, effleurages, surveillance des points d'appui par visualisation de l'état cutané. Tous ces soins permettent de lever les points d'appuis, d'aider à la vascularisation et d'éviter la macération.

Les soins d'hygiène et confort permettent d'assurer la propreté de la peau. Ils permettent aussi d'éviter la macération liée notamment à l'incontinence urinaire, à la transpiration et d'avoir une surveillance visuelle régulière de l'intégrité de la peau. L'état cutané doit être renseigné sur le dossier du patient afin d'avoir un suivi. De plus, les soignants doivent être

attentifs au rinçage et au séchage de la peau, mais aussi lors de la réfection de lit à ce que les draps soient bien tendus pour éviter les cisaillements et le frottement.

Les changements de position ont pour but de lever la pression exercée sur la peau pour la revasculariser ; ils se font le plus souvent d'un passage en décubitus dorsal vers un décubitus latéral droit ou gauche.

Les effleurages ont le même but que les changements de position : ils apportent une micro circulation qui aide à la vascularisation ; ils permettent également de réaliser une vérification de chaque point d'appui.

Un autre outil utilisé dans les services est l'échelle d'évaluation du risque d'escarre. Ces échelles sont nombreuses et ont des items d'évaluation différents.

c) Les échelles d'évaluation du risque d'escarre.

Il existe 5 échelles d'évaluation : les échelles de Norton, de Waterlow, de Braden, des peupliers-Gonesse, d'Angers. Ces échelles sont les plus utilisées. Les trois premières sont anglo-saxonnes tandis que les deux dernières sont francophones.

Il est important d'utiliser les échelles dans la prévention : en effet, elles permettent de connaître le risque d'escarre d'un patient. Il faut également noter l'importance de l'utilisation de la même échelle lors des réévaluations afin d'avoir une comparaison cohérente entre les valeurs.

- L'échelle de Norton⁴⁶ : elle tient compte de l'état général, mental, de l'activité, de la mobilité et de l'incontinence du patient. Un score supérieur à 14 indique que le patient est sans risque de développer un escarre, tandis qu'un score inférieur à 14 montre qu'il y a un risque d'escarre. Notons que cette échelle ne tient pas compte du facteur de nutrition (comme dit précédemment, la dénutrition augmente le risque d'escarre).

- L'échelle de Braden⁴⁷ : ses items sont tournés vers la perception sensorielle, l'humidité de la peau, l'activité physique du patient, la mobilité du patient, la nutrition et le risque de friction et de cisaillement.

- L'échelle de Waterlow⁴⁸ : elle contient les facteurs suivant : la masse corporelle, l'aspect visuel de la peau, l'âge et le sexe, l'incontinence du patient, la mobilité, l'appétit, la malnutrition des tissus, la déficience neurologique, les médicaments en cours, la chirurgie ou les traumatismes. Cette échelle a pour particularité de tenir compte de l'âge des patients et de leur sexe.

46 Annexe V : échelle de Norton

47 Annexe XIII : échelle de Braden, issue du site : <http://www.bradenscale.com/images/echelle+d.pdf>

48 Annexe XIV : échelle de Waterlow, issue du site : <http://www.escarre.fr/prevention/evaluation-des-risques/waterlow.pdf>

- L'échelle des peupliers-Gonesse⁴⁹ : elle prend en compte ces facteurs : l'état général, l'état nutritionnel, l'état psychique, la capacité de mobilisation, l'incontinence et l'état cutané.

-L'échelle d'Angers⁵⁰ : elle utilise les facteurs de l'âge, de l'état mental, de la nutrition, de la pathologie du patient, de l'incontinence, de la mobilité et des capacités locomotrices.

Le Dr Pascal Couturier⁵¹ a dressé un tableau comparatif des échelles d'évaluation du risque d'escarre. Ce tableau permet de montrer que chaque échelle a ses propres particularités.

49 Annexe XV : échelle des Peupliers-Gonesse, issue du site : <http://www.escarre.fr/prevention/evaluation-des-risques/gonesse.pdf>

50 Annexe XVI : échelle d'Angers

51 Praticien à la Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, CHU de Grenoble. *"Prévention des escarres, comment évaluer le risque ?"*, 28 septembre 2008.

Facteurs	Norton	Braden	Waterlow	Angers
Etat Général	OUI		OUI	
Etat Mental	OUI	OUI		OUI
Mobilité	OUI	OUI	OUI	OUI
Activité	OUI	OUI		OUI
Continence	OUI		OUI	OUI
Nutrition		OUI	OUI	OUI
Etat cutané		OUI	OUI	
Age			OUI	OUI
Poids			OUI	
Risques généraux			OUI	OUI
Risques neurologiques			OUI	
Traitements			OUI	
Score	< 16	< 10	> 10	> 13

Notons que l'échelle de Waterlow semble la plus complète en terme de recherche de facteurs de risques et que toutes les échelles abordent la notion de mobilité.

L'ANAES recommande et conseille l'utilisation de l'échelle de Braden mais elle n'est pas obligatoire.

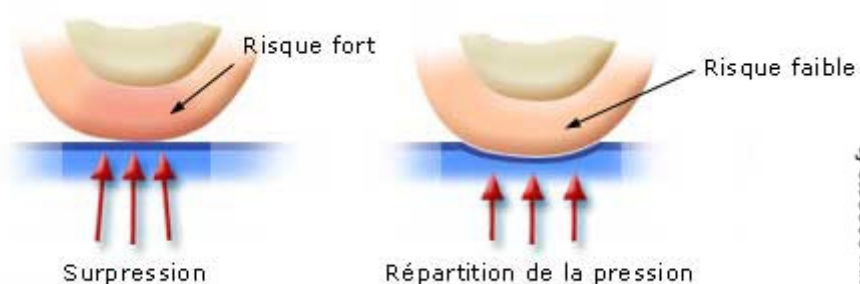
Le dernier axe de prévention est basé sur l'utilisation de matériels et notamment les matelas à prévention d'escarre.

d) Matelas à prévention d'escarre.

Ils ont pour vocation de lever la pression entre la peau et le support. Il en existe plusieurs types en fonction de la morphologie du patient, les conditions d'utilisation, le coût de la location, etc. Les matelas sont classés de la façon suivante⁵² :

- classe 1 : support statique en matériau qui se conforme au patient.

La matière de ce matelas permet de répartir le poids du patient et donc d'exercer une décharge aux points d'appui. Ces matelas peuvent être en mousse, à eau, en gel⁵³.



52 Clory C
53 Annexe A v II . les supports statiques.

Répartition de la pression en fonction du type de matelas.

- classe 2 : support dynamique travaillant de façon discontinue
- classe 3 : support dynamique travaillant de façon continue

L'ANAES a établi un tableau qui permet de choisir un type de matelas en fonction des caractéristiques des patients.

Support proposé	Caractéristiques du patient
Sur-matelas statique	Pas d'escarre. Risque d'escarre peu élevé. Patient pouvant se mouvoir dans le lit. Alité moins de 12 heures par jour.
Matelas statique	Pas d'escarre. Risque d'escarre moyen. Patient pouvant se mouvoir dans le lit. Alité moins de 15 heures par jour.
Sur-matelas dynamique (système alterné)	Patient ayant eu des escarres ou ayant une escarre peu profonde (désépidermisation). Risque d'escarre élevé. Patient incapable de bouger seul. Alité plus de 15 heures par jour.
Matelas dynamique de façon continue ou discontinue	Patient ayant des escarres de stade élevé (>stade II). Patient ne pouvant bouger seul au lit. Alité plus de 20 heures par jour avec aggravation de l'état.

5. Les traitements

Le traitement des escarres repose sur certains principes. Il faut tenir compte du patient (âge, pathologie), du stade de son escarre. Dans la grande majorité des établissements de santé il existe des protocoles permettant aux soignants d'avoir la même ligne de conduite sur le traitement en fonction du stade de l'escarre. En effet, il est important que tous les personnels appliquent le même protocole afin que l'efficacité soit optimale. L'évaluation de l'escarre doit être réalisée régulièrement afin d'adapter le protocole. Pour cela, les soignants ont à leur disposition un classement des escarres en voie de guérison. Il est basé sur l'utilisation d'une échelle colorimétrique :

- noir : nécrose
- jaune : fibrine
- rouge : bourgeonnement
- rose : épidermisation
- vert : plaie malodorante et/ou surinfectée

En plus de l'utilisation de l'échelle colorimétrique, l'ANAES a émis des recommandations en matière de suivi de cicatrisation d'une plaie d'escarre. Il s'agit de décrire la plaie selon les critères suivants :

- mesurer la plaie à l'aide d'une réglette millimétrée (longueur, largeur, profondeur)
- évaluer les odeurs
- évaluer les exsudats
- évaluer l'infection

Il peut également être pratique d'utiliser la photographie : elle assure une comparaison des plaies dans le temps et donc d'avoir un certain recul sur la cicatrisation de l'escarre.

Les critères d'un pansement idéal peuvent être les suivants⁵⁴ :

- conserver un milieu humide
- absorber les exsudats
- procurer une isolation mécanique
- éviter les surinfections
- permettre les échanges gazeux
- adapter au stade de la plaie

54 "*Le pansement primaire dans le traitement des plaies chroniques*", document de l'Assurance Maladie.

Il existe un type de pansement adapté pour chaque type de plaie⁵⁵ :

Etat de la plaie	Type de pansement
Plaie infractueuse	Hydrocolloïde pâte ou poudre Alginate mèche/hydrofibre mèche Hydrocellulaire forme cavitaire
Plaie exsudative	Alginate/hydrocellulaire Hydrofibre
Plaie bourgeonnante	Pansement gras Hydrocolloïde Hydrocellulaire
Plaie avec bourgeonnement excessif	Corticoïde local Nitrate d'argent en bâtonnet
Plaie en voie d'épidermisation	Hydrocolloïde Film polyuréthane transparent Hydrocellulaire, pansement gras
Plaie malodorante	Pansement au charbon
Plaie hémorragique	Alginate

Les traitements ne concernent pas seulement l'escarre en elle-même. Comme dit auparavant, les escarres engendrent des douleurs physiques et psychologiques.

Je vais donc faire un point sur la douleur.

6. La douleur

La douleur se définit comme "*une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une lésion*"⁵⁶.

Il existe deux types de douleurs : la douleur aiguë est un symptôme de survenue rapide, tandis que la douleur chronique est un syndrome qui dure depuis 3 à 6 mois⁵⁷. La douleur doit être analysée selon sa durée, ses caractéristiques (électrique, en coup de couteau, en étoupe), les circonstances d'apparition (lors de la mobilisation, de la réfection du pansement, constante à tout moment de la journée).

L'évaluation de la douleur se fait à l'aide d'échelles mais aussi avec l'observation clinique : le faciès du patient, les positions antalgiques, le mutisme ou au contraire l'agressivité, les plaintes sont autant d'indications de la douleur. Les échelles d'évaluation sont nombreuses

⁵⁵ ANAES, SFFPC et association PERSE, Conférence de consensus (15 et 16 novembre 2001), "*Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé*", p.13

⁵⁶ Définition de International for the Study of Pain, issue du site : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf, consulté le 12/12/2012

⁵⁷ M. Boitel "*Le Handicap*", cours de l'UE 2.3 S2 (Santé, maladie, handicap, accidents de la vie)

et sont regroupées par catégorie selon l'âge du patient (enfant, adulte, personne handicapée, personne âgée). Je n'aborderai pas les échelles pour les enfants ni celles pour les personnes handicapées.

Les échelles les plus couramment utilisées sont : l'échelle numérique (EN), l'échelle verbale simple (EVS), échelle visuelle analogique (EVA)⁵⁸. Ces trois échelles sont adaptées pour des patients pouvant communiquer.

Lorsque les soignants ont à évaluer la douleur chez des personnes présentant des troubles de la communication verbale, ils ont à leur disposition des échelles d'évaluation comportementale de la douleur. Nous pouvons en citer trois : l'échelle DOLOPLUS⁵⁹, l'échelle ALGOPLUS⁶⁰ et l'échelle ECPA⁶¹.

Une fois l'évaluation de la douleur faite, il convient de mettre en place des traitements. Les antalgiques sont classés en trois niveaux selon la douleur⁶² (classification de l'OMS) :

- Palier I : antalgiques périphériques pour les douleurs légères à modérées.
- Palier II : antalgiques centraux faibles (opioïdes faibles) pour les douleurs modérées à sévères.
- Palier III : antalgiques centraux forts (opioïdes forts) pour les douleurs intenses voire rebelles.

L'ANAES recommande l'utilisation d'antalgique de palier III pour le traitement des douleurs lors des soins d'escarre.

Notons que lorsqu'un palier n'est pas efficace sur 24 à 48 heures il faut monter au palier supérieur. L'évaluation de la douleur permet justement de prévenir et d'améliorer la prise en charge de la douleur en adaptant le traitement antalgique. Le rôle infirmier et aide-soignant est primordial dans l'observation et l'évaluation de la douleur pour permettre la transmission d'informations au médecin et la prise en charge de la douleur le plus rapidement possible.

7. La nutrition

L'alimentation revêt une place importante dans le traitement et la prévention des escarres. En effet, la plupart des patients présentant des escarres sont dénutris. De plus, l'escarre est également responsable de cette dénutrition : l'état inflammatoire entraîne un hyper

⁵⁸ Annexe XVIII : les échelles d'évaluation de la douleur (patient communiquant)

⁵⁹ Annexe XIX : échelle DOLOPLUS

⁶⁰ Annexe XX : échelle ALGOPLUS

⁶¹ Annexe XXI : échelle ECPA

⁶² Dr. Piteux, "Prise en charge de la douleur et douleurs neuropathiques", cours de l'UE 4.7 S5 (Soins palliatifs)

catabolisme et les exsudats causent une perte importante de protéines. Il est donc nécessaire de traiter le problème de la dénutrition, que le patient soit porteur d'escarre ou qu'il soit à risque.

Les besoins nutritionnels des patients porteurs d'escarre sont les suivants⁶³ :

- Énergie : 35 à 45 kcal/kg/jour
- Protides : 1.5 à 2.5 g/kg/jour
- Glucides : 50% à 55 % de l'apport énergétique.

Par comparaison, les besoins énergétiques journaliers d'une femme de 30 ans sont de 2200 kcal et ceux d'un homme pour le même âge de 2700 kcal par jour (si on prend une personne âgée de 70 kg ses besoins énergétiques sont compris entre 2450 et 3150 kcal/jour).

Pour palier cette dénutrition il existe des compléments alimentaires variés tant en terme de texture (boissons, crèmes) que de parfums permettant aux patients d'avoir le choix et de ne pas refuser un produit important pour leur cicatrisation.

Maintenant que nous avons vu la théorie, je vous propose de revoir les hypothèses que j'ai posées :

- 1) Le travail en binôme permettrait d'avoir des pratiques de qualité au niveau de la prévention des escarres chez un patient à haut risque.
- 2) Le travail en binôme permettrait d'agir plus rapidement auprès d'une personne âgée présentant une escarre de stade I.

Nous allons maintenant passer à la phase exploratoire.

63 Dr DEFRANCE, *op. cit.*

TROISIEME PARTIE : phase exploratoire

I. Enquête

Elaboration du questionnaire d'entretien :

Tout comme lors de la pré-enquête, j'ai choisi de travailler à l'aide d'entretiens. Cette fois-ci mon questionnaire était surtout basé sur des questions ouvertes ce qui m'a permis de connaître les impressions et les sentiments des personnes que j'ai interrogées. Pour poser le cadre général de travail, j'ai reposé les mêmes questions que pendant la pré-enquête. L'entretien semi-directif m'a permis d'avoir plus de liberté par rapport à un questionnaire classique. J'ai pu de cet façon me détacher du guide d'entretien pour rebondir sur ce que me disaient les soignants que j'ai interrogés. Ceci explique pourquoi certaines questions n'apparaissent pas dans mon questionnaire d'enquête. De cette façon j'ai pu aussi avoir plus facilement le sentiment des personnels.

J'ai construit mon questionnaire autour des deux thématiques de mes hypothèses : les aspects préventifs et curatifs des escarres et le travail en binôme.

Services ciblés :

J'ai choisi trois lieux différents pour mes entretiens : il s'agit de deux centres hospitaliers et d'une clinique privée. Cela va me permettre de confronter différentes façons de travailler. C'est aussi pour cette raison que j'ai fait mes entretiens dans quatre services différents. Dans deux de ces services (hépato-gastroentérologie et soins palliatifs) les équipes travaillent en binôme AS/IDE. J'ai choisi deux autres services (chirurgie viscérale et chirurgie traumatologique et orthopédique) dans lesquels les patients sont hospitalisés pour des pathologies lourdes nécessitant une prise en soin importante.

J'ai choisi d'interroger des personnels soignants différents de ma pré-enquête afin d'avoir des réponses et des avis plus variés.

Population interrogée :

Les personnels interrogés sont composés à la fois d'IDE et d'AS afin de comparer leurs points de vue. J'ai ainsi réalisé 9 entretiens⁶⁴.

N° de l'entretien	1	2	3	4	5
Fonction du soignant interrogé	IDE Chirurgie viscérale	IDE et faisant- fonction cadre Chirurgie traumatologique	IDE Soins palliatifs	AS Soins palliatifs	IDE Gastrologie

N° de l'entretien	6	7	8	9
Fonction du soignant interrogé	AS Gastrologie	AS Gastrologie	AS Soins palliatifs	IDE Soins palliatifs

Difficultés rencontrées :

Contrairement à la pré-enquête, je n'ai pas eu de difficultés à avoir les autorisations pour aller enquêter dans les différentes structures.

Au niveau des entretiens, en fonction des personnes que j'ai interrogées, les réponses obtenues n'étant pas les mêmes, les questions de relance qui ont suivies ne le sont également pas ce qui m'a paru difficile à analyser. Il a aussi fallu que j'adapte mes questions en fonction des personnes et que je les reformule de façon différente afin que la personne comprenne tout en conservant le sens de départ de ma question et cela sans orienter leur réponse.

Je me suis rendu compte au fur et à mesure des entretiens que ma première question de relance (*est-ce que vous pensez que le fait de travailler en binôme a une influence sur la fréquence d'apparition des escarres ?*) était finalement une question à part entière et je l'ai donc posé à tous les soignants.

⁶⁴ Annexe XXII : questionnaire d'enquête

Lors d'un entretien, j'ai oublié de poser une question. J'ai réalisé cet entretien auprès d'un aide-soignant à la fin de mon poste et nous avons eu du mal à trouver un endroit calme. Nous avons souvent été interrompus et c'est pour cette raison que j'ai oublié de lui poser une question.

II. Analyse de l'enquête

Afin de mieux suivre l'analyse de mon enquête, vous retrouverez un tableau de synthèse en annexe^{65,66} ainsi que mes retranscriptions d'entretiens⁶⁷.

Afin que mes retranscriptions soient le plus fiables possibles, j'ai enregistré les entretiens avec l'accord des soignants. Tous les entretiens sont anonymes.

1. *Travaillez-vous en binôme ?*

J'ai tenu à poser cette question car même si j'ai ciblé en majorité des services qui travaillent en binôme, je voulais savoir si les soignants travaillent en binôme tout le temps. Tous les soignants disent travailler en binôme mais pas sur toute la durée de leur poste de travail. Les raisons sont variées : le manque de personnels soignants (entretien 2), le binôme n'est pas nécessaire quand les soins à effectuer sont ceux du rôle en collaboration donc ils ne sont pas déléguables (entretien 3) ; ils travaillent en binôme quand les patients sont douloureux ou quand il y a des escarres et des pansements (entretien 2 et 8).

En revanche, tous cherchent à travailler au maximum en binôme lorsque cela le nécessite.

2. *En quoi le travail en binôme optimise la qualité de la prise en soin d'un patient d'un point de vue de la prévention ? Du soin ?*

A cette question, les réponses par rapport à la prévention et ensuite aux soins ont souvent été mélangées par les soignants que j'ai interrogés. C'est le cas des soignants 7 et 8.

Plusieurs notions ressortent de cette question :

- Les mobilisations optimisées dans plusieurs cas (4/9 entretiens) : pour les changements de position, notamment si le patient a une mobilité réduite ou s'il est difficile à mobiliser et pour une meilleure observation de l'état cutané. Les soignants ont surtout parlé du confort du patient pendant les soins.
- Les deux regards différents sur le patient (1/3 des réponses). J'avais déjà abordé cette notion dans la pré-enquête. Les soignants m'avaient dit que la prise en charge

65 Annexe XXIII : tableau de synthèse n°1 : entretiens 1 à 5

66 Annexe XXIV : tableau de synthèse n°2 : entretiens 6 à 9

67 Annexes XXV à XXXIII : retranscriptions des entretiens

sans le binôme était différente et la notion de complémentarité était ressortie des entretiens.

- La notion de facilité (1/3 des réponses) : les soignants ont expliqué que c'est plus simple d'être à deux pour faire les soins ou faire un pansement. Cette notion est à relier avec celle de la facilité dans les mobilisations.
- Le confort : le confort est une notion qui est souvent revenue dans plusieurs réponses : le confort dans les mobilisations, dans les soins d'escarre (pour le patient et pour le soignant).

Deux soignants (1 et 5) ont quand même parlé de meilleure qualité dans les soins et d'une meilleure prise en charge quand le travail est effectué en binôme. Le confort du patient fait partie de la qualité d'un soin⁶⁸.

3. *Est-ce que vous pensez que le fait de travailler en binôme a une influence sur la fréquence d'apparition des escarres ?*

Je tenais à reposer cette question, même si je l'avais déjà abordée dans la pré-enquête : en effet, j'ai interrogé des personnels différents et il m'a paru normal de leur poser cette question.

Tout comme lors de la pré-enquête, les soignants (2/3) ne pensent pas que le fait de travailler en binôme fasse baisser le nombre d'escarres. Les raisons sont en revanche différentes de la pré-enquête. En effet, ils disent que les soins de prévention doivent être faits, que la prise en soin soit en binôme ou non. De plus, ils ajoutent que non seulement les soignants ne peuvent pas être présents en permanence auprès des patients mais les escarres peuvent se former en un temps très court.

Le travail en binôme seul ne semble pas suffire à diminuer la fréquence d'apparition des escarres, il faut combiner le travail en binôme à d'autres moyens de prévention.

4. *Lorsque vous travaillez en binôme, comment vous organisez-vous ? Existe-t-il une communication/une discussion entre vous ?*

Il semble que pour tous les soignants il y ait une réelle communication dans le binôme, que ce soit pour parler du malade ou du type de matelas qui convient. Le soignant 9 explique que "*chacun à son mot à dire*" et que "*toutes les idées sont bonnes à prendre*". Nous pouvons faire le lien avec le fait que les AS et les IDE ont deux regards différents sur les

68 cf. cadre conceptuel

patients. Les AS sont souvent plus présentes auprès des patients : elles ont donc un recul sur leur évolution et c'est ce point de vue-là que les infirmières recherchent (entretien n°6). En ce qui concerne l'organisation, les soignants m'ont répondu plutôt de façon large sans vraiment axer sur les patients ayant des escarres ou un risque élevé d'en avoir un. Les soignants 3 et 5 indiquent que les soins sont faits selon les priorités et qu'ils sont enchaînés c'est-à-dire que la toilette, le pansement, les changes et les effleurages sont faits dans le même temps (il n'y a pas d'aller et venue durant la matinée pour tous ces soins et les patients, de ce fait, sont dérangés moins souvent).

5. *Pour mesurer le risque d'escarre, qu'est-ce qui est mis en place dans le service ?*

Tous les soignants sauf un utilisent une échelle d'évaluation du risque d'escarre. Il s'agit soit de l'échelle de Norton, soit de l'échelle Sanyrène®. La personne qui n'utilise pas d'échelle "*se sert de ses yeux*" tout simplement parce que pour lui, les personnes ne contractent pas d'escarre dans le service, ils arrivent avec. En revanche, il juge de la taille et des stades afin de voir l'évolution.

Pour les autres soignants qui utilisent des échelles j'ai voulu savoir ce qu'ils en pensaient. Seuls deux soignants sur les 8 n'ont pas trouvé l'échelle adaptée à tous les niveaux. Ces deux soignants utilisent une échelle différente mais ont des difficultés à juger certains items comme "l'état général", "la nutrition" et "l'incontinence" pas toujours facile à évaluer à l'entrée d'un patient. Ils se justifient tous les deux en disant ne pas connaître suffisamment le patient à l'entrée, notamment si c'est un patient "*qui n'a pas toute sa tête*" (entretien n°6). Cependant, cette difficulté semble être surmontée s'il y a une réévaluation du score de risque dans les 24 à 48 heures qui suivent l'entrée du patient.

6. *Quels outils utilisez-vous ? Pensez-vous qu'ils soient efficaces ?*

Tous les soignants utilisent globalement les mêmes outils de prévention : les matelas, les huiles, les coussins, les changements de position, l'hydratation. De plus, tous sont d'accord sur le fait que les outils sont efficaces et que c'est de toute façon pour leur utilité et leur efficacité qu'ils sont prescrits. Le seul outil qui ne semble pas forcément adapté est le changement de position dans la mesure où les patients qui ont des difficultés respiratoires ne peuvent pas toujours être mis sur le côté.

Seuls les compléments alimentaires ne sont pas souvent utilisés en soins palliatifs non pas parce qu'ils ne sont pas adaptés mais parce que les soins palliatifs privilégient

"l'alimentation plaisir" plutôt que la surveillance de la nutrition. Mais cette particularité est vraiment propre à ce service.

7. *Devant une personne âgée atteinte d'une escarre de stade I, comment le binôme prend en charge le patient ? Que mettez-vous concrètement en place ?*

Il est intéressant de remarquer que les soignants ont ici considéré l'escarre à partir du stade I et non seulement l'escarre de stade I. En témoignent les réponses du type "*pansements*" (entretiens n°7, n°8 et n°9) ou encore "*une plaie ouverte au niveau du sacrum, au niveau du talon*" (entretien n°9).

Sur les 9 soignants, 5 ont répondu la même chose : en général ils font la toilette puis le pansement. L'ensemble des soins est fait avec les deux soignants. Notons tout de même que ce mode de prise en charge dépend du service. En ce qui concerne les soins palliatifs, la plupart du temps les toilettes sont faites en binôme IDE/AS, en revanche en gastroentérologie, les aides-soignantes font d'abord la toilette seules ou avec une collègue AS puis elles préviennent l'infirmière que la toilette est terminée pour que celle-ci vienne faire le pansement. En chirurgie, le soignant 1 explique qu'il n'a pas oublié que le nursing fait partie du métier d'infirmier, et que c'est important pour voir le patient dans sa globalité. Deux soignants ont ajouté que même si les aides-soignantes sont très compétentes au niveau prévention des escarres, elles iront toujours demander un avis auprès de l'infirmière pour qu'ils en discutent ensemble. Le soignant 9 précise aussi que le travail en binôme est fait dans l'intérêt du patient notamment pour lui éviter douleur et inconfort et que la toilette n'est pas toujours faite à deux : en effet, certains patients non algiques et facilement mobilisables ne requièrent pas forcément deux soignants.

8. *Qu'apporte de plus le binôme à ce type de patient par rapport à une prise en charge normale (sans binôme) ?*

A cette question, tous les soignants sont d'accord sur les bienfaits du travail en binôme. Plusieurs points positifs se retrouvent dans les entretiens et tous ses points sont reliés entre eux : en effet, les soignants évoquent le confort, la rapidité de prise en charge, la diminution de la douleur, moins de mobilisation du patient. En fait, ces 4 notions entretiennent des relations de cause à effet : le travail en binôme semble permettre de

moins mobiliser le patient lors des soins, ce qui entraîne moins de douleur donc un confort, mais aussi une rapidité de prise en charge tout cela dans l'intérêt du patient.

D'autres soignants ont aussi parlé du côté relationnel en expliquant que parfois il pouvait être difficile de rentrer en contact avec certains patients : le fait de travailler à deux permet de passer le relai à son binôme.

9. *Pour vous, le travail en binôme s'arrête-t-il à un travail entre aide-soignante et infirmière ?*

Les soignants ont tous évoqué les membres de leur équipe : les médecins, les kinésithérapeutes, les aides-soignantes, les infirmières jusqu'aux secrétaires. Seuls 4 soignants ont évoqué le terme "*d'équipe pluridisciplinaire*" et 2 ont parlé d'esprit d'équipe et de travail en équipe. Une soignante n'a pas tout à fait compris le sens de la question : elle a expliqué que le binôme permet de respecter le travail de chacun et qu'il était important qu'il y ait une complicité dans l'équipe.

Les soignants venant de soins palliatifs ont tous évoqué l'équipe pluridisciplinaire comme la base des soins palliatifs (les soins palliatifs reposent sur l'interdisciplinarité et sur la pluridisciplinarité).

Deux réponses m'ont aussi fait réfléchir : "*le travail en binôme c'est deux personnes quelque soit leur statut*" et "*le travail en binôme donne de la valeur à l'équipe*". Pour tous les soignants, le travail en binôme ne semble pas se résumer au travail entre l'infirmière et l'aide-soignante mais bien à un travail d'équipe quelqu'en soient les membres qui la compose. Cela répond à une question que je m'étais posée dans le cadre théorique : "*Pour une prise en charge de qualité, le travail en équipe semble nécessaire, mais le travail en équipe est-il le travail en binôme ?*" (p.19).

À travers mes entretiens, j'ai pu me rendre compte de l'importance du travail en binôme à la fois dans la prévention mais aussi dans l'aspect curatif des escarres. En effet, si nous reprenons mes deux hypothèses de départ, je pense pouvoir répondre par l'affirmative à chacune d'entre elles.

Hypothèse 1 : Le travail en binôme permettrait d'avoir des pratiques de qualité au niveau de la prévention des escarres chez un patient à haut risque.

Mes entretiens montrent que le travail en binôme permet aux patients de n'être mobilisés qu'une seule fois ce qui leur apporte un confort et une diminution de la douleur. La prise en

charge de la douleur est un critère de qualité important et c'est une priorité de santé publique. La qualité se retrouve également dans la communication : en travaillant ensemble côte-à-côte, les soignants infirmiers et aides-soignants peuvent se transmettre des informations plus rapidement sans qu'il y ait d'oubli ou de perte d'informations.

Le respect de la pudeur est aussi mis en avant. Lors d'un entretien, une infirmière a effectivement expliqué que cela évitait de laisser le patient "nu" (entretien n°5) le temps que l'infirmière vienne faire les soins.

Le confort ne se retrouve pas que pour les patients : les soignants apprécient le fait de travailler en binôme pour la facilité que cela apporte pour les mobilisations des patients. Même si le terme "d'ergonomie" n'a pas été employé, ils s'accordent tous pour dire que les mobilisations sont plus faciles quand on travaille à deux plutôt que tout seul.

Ces notions rappellent celles que j'évoquais dans les critères de qualité d'un soin : hygiène, asepsie, communication, sécurité, ergonomie, pudeur et confort, économie. Sur ces 7 notions, nous en retrouvons déjà 5 que le travail en binôme améliore.

Hypothèse 2 : Le travail en binôme permettrait d'agir plus rapidement auprès d'une personne âgée présentant une escarre de stade I.

Plusieurs soignants ont évoqué la rapidité de prise en charge d'un patient ayant une escarre. Le fait de travailler à deux soignants permet d'avoir non seulement deux regards différents sur le patient, mais aussi des expériences qui amènent les soignants à se concerter et à réfléchir au cas du patient. L'expérience des aides-soignantes est un atout exceptionnel pour toutes les infirmières : elles sont "nos yeux et nos oreilles" et nous ne pouvons pas travailler sans elles.

Le binôme permet à l'infirmière de voir le patient dans sa globalité. Grâce à sa présence près du patient, elle va pouvoir réaliser les premiers soins sur l'escarre.

Notons que la prise en charge est plus rapide quelque soit le stade de l'escarre lorsque le patient est pris en soin par un binôme.

Après l'analyse des entretiens, je me suis rendu compte que j'aurais également pu explorer la notion de qualité. En effet, j'ai demandé aux professionnels "*En quoi le travail en binôme optimise la qualité de la prise en soin d'un patient d'un point de vue de la prévention ? Du soin ?*". La notion de qualité doit être, à mon sens, une notion identique pour tous les soignants, cependant il aurait pu être intéressant de connaître le sentiment des personnels sur cette notion.

PROJET D'ACTION

J'ai longtemps réfléchi à ce que je pourrais élaborer comme projet d'action. Je voulais combiner à la fois la prise en charge du patient, le travail en binôme et les soins préventifs et curatifs des escarres. Afin de regrouper toutes ces informations, j'ai choisi de faire une plaquette⁶⁹ et un mini cahier⁷⁰. La plaquette peut être affichée dans le service et le petit cahier peut être glissé dans la poche du soignant pour la durée de son poste de travail.

Il s'agit de promouvoir le travail en binôme ou en tout cas en équipe pluridisciplinaire, tout en recadrant l'attention des personnels sur la prévention des escarres. Le mini cahier représente une sorte de mémo expliquant la prise en soin des escarres, de leur évaluation jusqu'aux traitements, en passant par la prévention.

Ces documents restent volontairement généralistes pour s'adapter le mieux possible à tout type de services, sachant que chaque service ou chaque structure hospitalière possède son propre protocole concernant les escarres.

Je voulais que la plaquette soit claire, utilisable pour tout type de patient et que tous les professionnels s'y retrouvent : AS, IDE, médecin, interne, externe et tous les élèves gravitant autour des patients.

J'ai essayé de réaliser quelque chose de simple dans son utilisation et dans sa diffusion. La plaquette contient peu de mots mais beaucoup d'images ce qui la rend plus attractive au niveau visuel.

69 Annexe XXXIV : Plaquette du projet d'action

70 Annexe XXXV : mini-book "*Quand y'en a marre, y a plus d'escarre*"

N.B. : le mini-book est conçu de telle façon que lors de l'impression les pages sont dans le bon ordre. C'est pour cette raison que les pages semblent mélangées en annexe.

CONCLUSION

Mon travail de fin d'étude m'a permis d'apprécier les différents aspects de la prise en charge des escarres : le préventif, le curatif, le relationnel, l'éducatif. J'ai effectué mon dernier stage dans un service où le binôme est mis en place. J'ai donc pu constater que le personnel soignant dans son ensemble apprécie de travailler de cette façon pour tous les avantages qu'il procure : la diminution de la douleur, des mobilisations plus faciles, un regard global sur le patient, un partage de connaissances entre l'infirmière et l'aide-soignante.

Notons que le binôme seul ne suffit pas : la prévention des escarres est un travail d'équipe, d'équipe pluridisciplinaire. Cette notion est abordée par la majorité des personnels soignants : elle apparaît comme l'un des facteurs déterminant pour la prise en soin des patients ayant une escarre ou ayant un risque d'escarre élevé.

Une notion m'a également marquée : les soignants trouvent que ce système de binôme permet d'instaurer une confiance entre les binômes, et le respect du travail de chacun.

Cependant, malgré toutes les mesures de prévention, les escarres continuent d'être présentes dans les services. Ma question d'ouverture est donc en lien avec cette constatation : *"Pourquoi, malgré toutes les mesures de prévention des escarres disponibles à l'heure actuelle, cette pathologie se développe encore chez certains patients ?"*

BIBLIOGRAPHIE

Articles :

- ANAES, SFFPC et association PERSE, Conférence de consensus (15 et 16 novembre 2001), "*Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé*".
- ALLAERT F-A., BARROIS B., COLINS D., "*Evolution de la prévalence des escarres chez les patients suivis à domicile entre 2003 et 2006*", Soins Gérontologie, n°76, mars/avril 2009.
- Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Evaluation de la prévention des escarres, juin 1998, p.18.
- BENLAHOUES D., "*L'organisation du travail en équipe*", L'aide-soignante, n°99, août-septembre 2008, p21-23.
- BOITTIN, LAGOUTTE, LANTZ, "*Virginia HENDERSON : 1897 - 1996 ; BIOGRAPHIE ET ANALYSE DE SON OEUVRE*", Recherche en soins infirmiers, n°68, mars 2002.
- COITOUX A., "*Le rôle de l'aide-soignante auprès des patients en réanimation*", L'aide-soignante, n°109, août-septembre 2009, p.109.
- ESCANEZ Stéphanie, AUTISSIER Christine "*"Plein le dos" ou comment se former à la manutention des patients*", La revue de l'infirmière, novembre 2007, n°135, p. 33 à 35.
- HEQUET, PROYET, DUPIRE, POUILLE, DAMBRE, "*Le binôme d'évaluation gériatrique en unité de court séjour gériatrique*", Soins gérontologique, n°78, juillet/août 2009, p.16-17.
- MARTIN S., "*Le binôme infirmière aide soignante, une organisation bénéfique pour tous*", L'aide-soignante, n°117, mai 2010, p18-20.
- MICHAUD P., BONNERY A-M., "*Aide-soignant en gérontologie, des compétences reconnues*", Soins Gérontologie, n°83, mai/juin 2010, p.18.
- Organisation Mondiale de la Santé : Série de Rapport technique, Comité d'expert des soins infirmiers, 1950, **24**, 5.

Interventions pédagogiques :

- Dr BOITEL, G. Cours "*Le handicap*", U.E 2.3 S2 (Santé, maladie, handicap, accidents de la vie).
- CAZIN, D. Cours "*Cognition et communication*", U.E 1.1 S1 (Psychologie, sociologie, anthropologie).
- Dr DEFRANCE-Gériatre. Cours "*Procédure de prévention et prise en charge des escarres*", l'UE 2.7 S4 (défaillance organique et processus dégénératif).
- DEMAREY, C. "*Encadrement des professionnels de soins*", 6 octobre 2011, UE 3.5 S4 (encadrement de professionnels de soin).
- GHIER Clory, infirmier stomathérapeute, Cours "*Formation escarre*", UE 4.6 S3 (Soins éducatifs et préventifs).

- Dr MARQUIS, "*Le vieillissement*", octobre 2011, UE 2.7 S4 (défaillance organique et processus dégénératif).
- Dr PITEUX-Pharmacien. Cours "*Prise en charge de la douleur et douleurs neuropathiques*", UE 4.7 S5 (Soins palliatifs), février 2012.

Livres, ouvrages :

- BRIZON, Hervé "*Profession aide-soignant*" Volume 1, 2001.
- HESBEEN, W. "*La qualité du soin infirmier : Penser et agir dans une perspective soignante*", 2e Ed. France : Masson. 2002. 208 pages.
- MUCCHIELLI R., *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*, Ed. esf, 2012, p.12/13 et p.13/14.
- Dictionnaire LAROUSSE 2012.

Textes officiels :

- Code de la Santé Publique :

Art. R4311-1

Art. R4311-5

Art. R4311-4

Art. R4311-3

- Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 et décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif au diplôme d'infirmier.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, consultable sur www.legifrance.gouv.fr.
- Arrêté du 8 février 2007 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant.

Sitographie :

- Présentation de la profession d'aide-soignante :

<http://www.aide-soignant.com/article/profession/as/presentation-de-la-profession>, page consultée le 10/07/2012. Publié le 05/11/2009 Modifié le 06/07/2010

- Certification des établissements de santé :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5076/certification-des-etablissements-de-sante?cid=c_5076, consulté le 12/07/2012

- Recommandation des bonnes pratiques :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_recommandations_pour_la_pratique_clinique.pdf

- Echelle de risque d'escarre :

<http://www.bradscale.com/images/echelle+d.pdf>

<http://www.escarre.fr/prevention/evaluation-des-risques/waterlow.pdf>

<http://www.escarre.fr/prevention/evaluation-des-risques/gonnesse.pdf>

- Les escarres :
http://www.oncologik.fr/index.php/Pr%C3%A9vention_et_prise_en_charge_des_escarres
(site respectant les principes de la charte HONcode)

<http://www.prevention-escarre.fr/>, consulté le 10/12/2012 (site du laboratoire Urgo)

<http://www.epuap.org/> (EPUAP : European Pressure Ulcer Advisory Panel)

- La douleur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf, consultée le 12/12/2012

http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/402195_algoplus_evaluation_douleur.pdf, consulté le 12/12/2012

- Définition de la personne âgée :

www.who.int/fr/ consulté le 10/10/2012

www.insee.fr/ consulté le 10/10/2012

- Définition de l'ergonomie :

<http://www.dsi.cnrs.fr/methodes/ergonomie/definition.htm> consultée le 4/10/2012

<http://www.chu-montpellier.fr/fr/PDF/livretdos.pdf> consultée le 10/10/2012

SOMMAIRE DES ANNEXES

- I. Protocole UNV
- II. Echelle d'évaluation du risque d'escarre Sanyrène
- III. Questionnaire de la pré-enquête
- IV. Tableau de synthèse de la pré-enquête
- V. Echelle de Norton
- VI. Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson
- VII. Les 10 compétences du DE infirmier
- VIII. Référentiel de compétences du DEAS
- IX. Charte du patient hospitalisé
- X. Charte des droits et des libertés de la personne âgée
- XI. Les stades de l'escarre
- XII. La localisation des escarres
- XIII. Echelle de Braden
- XIV. Echelle de Waterlow
- XV. Echelle des Peupliers-Gonnesse
- XVI. Echelle d'Angers
- XVII. Les supports statiques
- XVIII. Les échelles d'évaluation de la douleur (patient communiquant)
- XIX. Echelle DOLOPLUS
- XX. Echelle ALGOPLUS
- XXI. Echelle ECPA
- XXII. Questionnaire d'enquête
- XXIII. Tableau de synthèse n°1 : entretiens 1 à 5
- XXIV. Tableau de synthèse n°2 : entretiens 6 à 9
- XXV. Entretien n°1
- XXVI. Entretien n°2
- XXVII. Entretien n°3
- XXVIII. Entretien n°4
- XXIX. Entretien n°5
- XXX. Entretien n°6
- XXXI. Entretien n°7
- XXXII. Entretien n°8
- XXXIII. Entretien n°9
- XXXIV. Plaquette du projet d'action
- XXXV. Mini-book "*Quand y'en a marre, y a plus d'escarre*"