ARTICLE ORIGINAL

Rev int sc méd Abj - ISSN 1817 - 5503 RISM 2023;25,2:208-217.
© EDUCI 2023.

Escarre et rôle propre infirmier / *Pressure ulcers and the nursing role*

André OTTI, Anselme N. TCHANSI KOUAMBER, Lauris FAH

RÉSUMÉ

Introduction. L'escarre survenue chez un patient hospitalisé est un indicateur de faible qualité des soins liée à un défaut de surveillance clinique infirmière. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la qualité des soins lors des escarres survenus chez des patients.

Méthodes. A l'aide du jugement clinique infirmier basé sur la démarche de soins, des patients hospitalisés dans un hôpital universitaire du Bénin ont été examinés afin d'identifier ceux à risque d'escarre et d'en évaluer la prévalence. Les données collectées à l'aide de l'instrument de mesure du risque d'escarre de Braden et la grille descriptive des différents stades de développement de l'escarre du National Pressure Ulcer Advisory Panel ont été analysées selon la méthode de formulation des diagnostics infirmiers.

Résultats. Trente-sept (37) des 104 patients examinés étaient à risque d'escarre (37,58%) (diagnostics infirmiers de risque). La prévalence de l'escarre était évaluée à 15,38% (16/104) (diagnostics infirmiers réels) avec 11 escarres au stade II. Cette prévalence était plus élevée (43,24%) chez les patients à risque d'escarre identifiés (16/37), ce qui montre tout l'intérêt d'une évaluation systématique des facteurs de risque chez tout patient à l'admission.

Conclusion. Le développement du Rôle propre infirmier s'avère indispensable par l'évaluation initiale et périodique des besoins fondamentaux non satisfaits chez chaque patient au moyen de la démarche de soins infirmiers.

Mots clés :
-Escarre ;
-Facteurs de risque ;
- Infirmier ;
- Démarche de soins infirmiers.

ABSTRACT

Introduction. *A pressure ulcer occurring in a hospitalized patient is an indicator of poor quality of care linked to a lack of clinical nursing supervision. This study aimed to evaluate the quality of care when pressure ulcers occurred in patients.*

Methods. *Using clinical nursing judgment based on the care process, patients hospitalized in a university hospital in Benin were examined in order to identify those at risk of pressure ulcers and to assess their prevalence. Data collected using the Braden Pressure Ulcer Risk Instrument and the National Pressure Ulcer Advisory Panel's Stages of Pressure Ulcer Development Grid were analyzed using the Nursing Diagnosis Formulation Method. .*

Results. *37 of the 104 patients examined were at risk of pressure ulcers (37.58%) (nursing diagnoses of risk). The prevalence of pressure ulcers was evaluated at 15.38% (16/104) (actual nursing diagnoses) with 11 pressure ulcers at stage II. This prevalence was higher (43.24%) in patients at risk of pressure ulcers identified (16/37), which shows the importance of a systematic assessment of risk factors in all patients on admission.*

Conclusion. *The development of the Nursing Role is essential through the initial and periodic assessment of the basic unmet needs of each patient through the nursing process.*

Keywords :
- Bed sore;
-Risk factors ;
- Male nurse ;
- Nursing approach

1- Département des Sciences Infirmières - Institut National Médico-Sanitaire -Université d'Abomey-Calavi
République du Bénin
2- Enseignant-chercheur/Assistant au Département de psychologie - Faculté des Sciences Humaines et Sociales - Université d'Abomey-Calavi - République du Bénin
3-Enseignant-chercheur/Maitre-Assistant CAMES - Département des Sciences Infirmières - Institut National Médico-Sanitaire - Université d'Abomey-Calavi
République du Bénin
Correspondant : André OTTI - Courriel : *androtti@ymail.com*

INTRODUCTION

Pour assurer la surveillance rapprochée d'un patient et la continuité de ses soins, l'équipe soignante peut être amenée à l'hospitaliser. En dehors du changement du milieu habituel de vie créé par cette hospitalisation, des conséquences désagréables les plus redoutables comme l'escarre peuvent survenir, ce qui augmente la durée moyenne de séjour du patient[1] en surchargeant ainsi les hôpitaux, donc un accroissement des dépenses en santé[2]. Dans le contexte actuel où la qualité des soins et la sécurité des patients constituent un levier de performance des systèmes de santé[3], la survenue de l'escarre chez un patient hospitalisé est comme un indicateur de faible qualité des soins liée, entre autres, à un défaut de surveillance clinique infirmière (absence d'identification et de suivi des besoins fondamentaux de l'être humain non satisfaits susceptibles d'être des facteurs de risque d'escarre).

En effet, l'escarre est une lésion localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents d'origine ischémique, liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses ; elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement[4]. L'escarre est à la fois un problème de santé publique et un problème économique[2]; elle doit être considérée comme une maladie qui se prévient, se soigne et s'accompagne comme toute autre maladie sévère[5]. En Afrique, l'escarre fait partie des plaies chroniques qui nécessitent une grande attention de la part de l'équipe de soins infirmiers puisque non seulement, elle provoque une souffrance physique et morale du patient, mais les soins qui lui sont inhérents demeurent lourds et dévalorisants (dégradation de l'image de soi, sensation de mort progressive par la destruction locale d'une partie du corps notamment.

Le principal danger des escarres est lié au fait qu'elles ne sont visibles qu'à un stade avancé. En effet, c'est souvent lors de la toilette du patient que l'on découvre une rougeur de la peau qui indique le début d'une escarre, ce qui ne devrait pas être le cas si l'évaluation des facteurs de risque est systématique dès l'admission du patient en hospitalisation. Actuellement, la recherche sur les escarres est trop souvent limitée aux essais cliniques et non sur l'identification systématique des facteurs de risque chez le patient.

Au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou (Bénin), on note l'inexistence d'une politique de dépistage systématique des facteurs de risque d'escarre chez les patients hospitalisés alors que l'évaluation des facteurs de risque d'escarre permet, dès l'hospitalisation du patient, de choisir les soins de prévention adaptés à son état clinique et de les évaluer à postériori. Mieux, l'évaluation chiffrée des facteurs de risque avec une échelle validée fait partie des éléments de prévention des escarres et doit être intégrée dans les actes de soins infirmiers au quotidien dans le cadre du suivi des besoins fondamentaux de l'être humain[6] non satisfaits.

En effet, la présence d'un facteur de risque d'escarre chez un patient alerte l'équipe soignante pour une prise en charge précoce et une surveillance régulière de son évolution. Quel pourrait être alors l'apport du développement du Rôle propre infirmier à travers l'évaluation systématique et le suivi des besoins fondamentaux de l'être humain[6] non satisfaits susceptibles d'être des facteurs de risque dans la prévention de l'escarre chez les patients hospitalisés du CNHU-HKM de Cotonou ?

L'étude visait donc à déterminer la proportion de patients hospitalisés à risque d'escarre du CNHU-HKM de Cotonou par une analyse approfondie des besoins fondamentaux de l'être humain non satisfaits considérés comme des facteurs de risque d'escarre (Diagnostics infirmiers de risque) et, à évaluer la prévalence de l'escarre chez les patients hospitalisés du CNHU-HKM de Cotonou (Diagnostics infirmiers réels).

MÉTHODES

Pour recruter les patients à examiner, la méthode d'échantillonnage non probabiliste de type accidentel a été adoptée. Ont été donc inclus dans l'étude, les patients hospitalisés dans les cliniques universitaires de Chirurgie viscérale ; de Traumatologie-orthopédie et de chirurgie réparatrice ; de Médecine A (regroupant la Médecine interne, la Neurologie, la Néphrologie et la Rhumatologie) et de Médecine B (regroupant l'Hépato gastroentérologie et l'Endocrinologie) durant la période de l'étude et qui ont donné leur consentement libre et éclairé pour participer à l'enquête après que les enquêteurs leur aient expliqué les objectifs

Revue Internationale des Sciences Médicales d'Abidjan - RISM - Rev int sc méd Abj -RISM-2023;25,2:208-217. ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

de l'étude. Ces cliniques universitaires ont été choisies parce qu'elles sont celles qui enregistrent les Durées Moyennes de Séjour les plus longues des patients hospitalisés au CNHU-HKM de Cotonou.

Le jugement clinique infirmier[7,8] basé sur l'approche de la Démarche de soins infirmiers selon la théorie de l'indépendance dans la satisfaction des 14 besoins fondamentaux de l'être humain de Henderson[9] et l'Analyse des dossiers médicaux des patients inclus dans l'étude, ont été les méthodes de collecte de données utilisées.

Pour appliquer la méthode du jugement clinique infirmier à l'étude, les outils de collecte de données qui ont été utilisés sont :

1. l'instrument de mesure du risque d'escarre de Braden[10] pour déterminer la proportion de patients hospitalisés à risque d'escarre du CNHU-HKM de Cotonou (objectif spécifique 1 de l'étude) par l'identification de facteurs de risque d'escarre et le calcul de score (Tableau I) et;

2. la grille descriptive des différents stades de développement de l'escarre du National Pressure Ulcer Advisory Panel-NPUAP[4] pour évaluer la prévalence de l'escarre chez les patients à risque d'escarre identifiés (objectif spécifique 2 de l'étude) (Tableau II).

L'instrument de mesure du risque d'escarre de Braden[10] a été choisi parce qu'il est l'outil de mesure du risque d'escarre préconisé par le jury de la conférence de consensus sur la prévention et le traitement de l'escarre de l'adulte et du sujet âgé, conférence organisée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé de la France . Mieux, l'échelle de Braden[10] est claire et simple à utiliser pour une minute environ lorsqu'on a une bonne connaissance de l'instrument de mesure et de l'état clinique du patient. Aussi, elle a été validée dans un grand nombre de situations et est d'ailleurs valable pour tous les types de patient. Sa fiabilité, sa sensibilité et sa spécificité ont été étudiées en 2006 dans une revue systématique concernant 22 études: sa fiabilité inter-observateurs est élevée et varie entre 0,88 et 0,99[11] . Cette fiabilité était d'ailleurs confirmée à 0,97 ($p < 0.0001$) en 2005 dans l'étude de Defloor & Grypdonck[12]. Quant à sa sensibilité et sa spécificité, elles varient respectivement entre 100%-38.9% et 100%-26%[11].

Il est d'ailleurs recommandé d'utiliser, en association avec le jugement clinique, pour l'évaluation du risque d'escarre, un outil dès le contact initial avec le patient ; les échelles de mesure de risque d'escarre doivent être combinées au regard clinique des Infirmiers, basé sur une expérience acquise durant des années et un certain «bon sens»[13].

Patients à risque d'escarre identifiés et prévalence de l'escarre chez les patients examinés

Tableau I : Instrument de mesure du risque d'escarre de Braden[14] / *Braden pressure ulcer risk measurement instrument[14]*

Items	Echelle d'appréciation				Scores			
					1	2	3	4
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 sédatifs, ou incapacité à sentir la douleur presque sur **toute** la surface du corps	**2. Très limité :** • Répond seulement à la douleur. • Ne peut communiquer son inconfort excepté par les plaintes et l'agitation, ou l'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 pas toujours communiquer son inconfort ou son besoin d'être tourné, ou à une sensibilité diminuée qui limite sa capacité à sentir la douleur ou l'inconfort à l'un des deux membres inférieurs ou aux 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.				
HUMIDITE 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 environ une fois par jour.	**4. Rarement humide :** • La peau est généralement sèche ; • La literie est changée selon les habitudes de l'équipe.				
ACTIVITE Degré d'activité physique	**1. Alité :** Confiné au lit	**2. Au fauteuil :** • Capacité à marcher très limitée ou inexistante. • Ne peut supporter son propre poids et / ou doit être aidé au fauteuil ou fauteuil roulant.	**3. Marche occasionnelle :** • Marche occasionnellement durant la journée mais sur de petites distances avec ou sans aide. • Passe la grande majorité du temps au lit et au fauteuil	**4. Marche fréquemment :** Marche en dehors de sa chambre au moins deux fois par jour et dans sa chambre au moins une fois toutes les deux heures durant la journée				

MOBILITE Capacité à changer et à contrôler la position du corps	**1. Complètement immobile :** Ne peut effectuer le moindre 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 incapacité à effectuer de manière autonome, de fréquents et importants changements de position.	**3. Légèrement limité :** Effectue seul, de fréquents petits 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 des aliments proposés. • Mange deux rations de protéines ou moins par jour (viandes ou produits laitiers) • Boit peu. Ne prend pas de suppléments alimentaires liquides ou est à jeun et/ ou est hydraté par voie orale ou intraveineuse depuis plus de cinq jours.	**2. Probablement inadéquate :** • Mange rarement un repas complet et mange en général seulement la moitié des aliments proposés. • Prend seulement trois rations de viandes ou produits laitiers 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 (viandes, produits laitiers) par jour. • Refuse occasionnellement, un repas mais généralement prend un supplément alimentaire s'il est proposé ou est alimenté par sonde ou nutrition parentérale, adaptée à la plupart de ses besoins nutritionnels	**4. Excellente :** • Mange presque la totalité de chaque repas. • Ne refuse jamais un repas. • Prend habituellement au moins quatre rations de viandes ou de produits laitiers par jour. • Mange occasionnellement entre les repas. • Ne requière aucun supplément alimentaire.				
FRICTION ET CISAILLEMENT La friction correspond à une lésion directe sur la peau provoquant une abrasion ; le cisaillement consiste en des forces s'appliquant obliquement sur les plans cellulaires sous-cutanés	**1. Problème :** • Requiert une assistance modérée à compléter pour se mobiliser. • Se relever 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, requiert un minimum d'aide pour le faire. • Durant le transfert, la peau glisse contre les draps, la chaise, les contentions 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 à 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 au moins), plus l'individu a de risque de développer une une escarre

Tableau II : Grille descriptive des différents stades de développement de l'escarre du *National Pressure Ulcer Advisory Panel*[2] adaptée / *Descriptive grid of the different stages of pressure ulcer development from the National Pressure Ulcer Advisory Panel*[2] *adapted* ((*A utiliser si le patient est à risque d'escarre : score de Braden (1987) inclus dans l'intervalle de classe* ***[6-15]***) /*To be used if the patient is at risk of pressure ulcers: Braden score (1987) included in the class interval [6-15])*

Stades de développement de l'escarre	**Signes cliniques à rechercher** (lors de l'examen clinique infirmier)	**Appréciation de l'enquêteur (Mettre une croix)**
I	• Altération observable d'une peau intacte liée à la pression et se manifestant par une modification d'une ou de plusieurs des caractéristiques suivantes en comparaison avec la zone corporelle adjacente ou controlatérale **:** o température de la peau (chaleur ou froideur) ; o consistance du tissu (ferme ou molle) ; o et/ou sensibilité (douleur, démangeaisons). • Chez les personnes à la peau claire, l'escarre apparait comme une rougeur persistante localisée, alors que chez les personnes à la peau pigmentée, l'escarre peut être d'une teinte rouge, bleue ou violacée persistante.	
II	• Perte d'une partie de l'épaisseur de la peau, cette perte touche l'épiderme, le derme ou les deux. • L'escarre est superficielle et se présente cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération peu profonde.	
III	• Perte de toute l'épaisseur de la peau avec altération ou nécrose du tissu sous-cutané ; celle-ci peut s'étendre jusqu'au fascia, mais pas au-delà. • L'escarre se présente cliniquement comme une ulcération profonde avec ou sans envahissement des tissus environnants.	
IV	• Perte de toute l'épaisseur de la peau avec destruction importante des tissus, ou atteinte des muscles, des os ou des structures de soutien (par exemple des tendons, des articulations). • Un envahissement et des fistules peuvent être associés au stage **IV** de l'escarre.	

L'instrument de mesure du risque d'escarre de Braden[10] est composé de six items (perception sensorielle ; humidité de la peau ; activité physique du patient ; mobilité ; nutrition ; présence de forces de frictions et de cisaillement), ainsi qu'une échelle d'appréciation de chaque item allant de 1 à 3 ou 1 à 4, permettant ainsi de donner un score à chacun de ces items afin de mesurer, à partir du score final obtenu à la fin de l'entretien et de l'examen clinique infirmier du patient, le risque que ce dernier développe une escarre.

Le score total qu'on pourrait possiblement atteint chez un patient examiné varie de 6 à 23 points et le seuil de risque est fixé à 15 ou moins ([6-15]), ce qui signifie que les patients qui ont un score total compris entre 6 et 15 sont à risque de développer une escarre de décubitus[10]. Le score total obtenu par chaque patient a été calculé en additionnant le score attribué à chacun des six items. Par contre, les patients qui ont obtenu un score total compris entre 16 et 23 ([16-23]) sont considérés comme n'étant pas à risque d'escarre.

Revue Internationale des Sciences Médicales d'Abidjan - RISM -
Rev int sc méd Abj -RISM-2023;25,2:208-217. ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Comme il a été démontré que plus le score est bas plus le risque d'escarre est élevé[14], trois différents niveaux de risque d'escarre ont été déterminés selon le score total obtenu pour chaque patient à risque grâce à l'échelle constituée de trois intervalles de classe de score total à amplitude égale à 3 (Tableau III).

Tableau 3 : Echelle de détermination du niveau de risque d'escarre */ Scale for determining the level of pressure ulcer risk*

N°	Différents niveaux de risque d'escarre	Score total compris entre
01	Risque d'escarre très élevé	[6-9[
02	Risque d'escarre élevé	[9-12[
03	Risque d'escarre modéré	[12-15]

Quant à la grille descriptive des différents stades de développement de l'escarre du NPUAP[4], elle a été choisie parce que recommandée aussi par le jury de la conférence de consensus sur la prévention et le traitement de l'escarre de l'adulte et du sujet âgé[3]. A partir des éléments descriptifs de cette grille, chaque patient identifié à risque d'escarre [score de Braden[10] variant de 6 à 15] a été réexaminé à la recherche de signes cliniques (lésions cutanées) correspondant à l'un des quatre stades de développement de l'escarre.

Etant donné l'existence de facteurs de risque d'escarre particuliers à certaines situations cliniques (Neurologie, Orthopédie, Traumatologie, Gériatrie particulièrement) [5], ainsi du fait que certains traitements médicamenteux pourraient augmenter aussi le risque d'escarre, une analyse documentaire complémentaire au Jugement clinique infirmier[7,8] a été effectuée et a porté sur les dossiers médicaux des patients hospitalisés inclus dans l'étude. En plus du recueil des dates d'hospitalisation et des informations relatives aux variables attributs que sont le sexe et l'âge, les pathologies et les motifs d'hospitalisation, ainsi que les principaux médicaments prescrits aux patients, ont été identifiés après une lecture minutieuse de chaque dossier médical.

Il convient de préciser que l'échantillonnage, la collecte des données par les différentes méthodes et outils présentés ci-dessus et leur analyse se sont produits de manière concomitante et « itérative » selon la méthode de formulation des Diagnostics infirmiers utilisant le système PES (Problème, Etiologie, Signes et Symptômes) qui consiste à énoncer le problème accompagné de son étiologie et suivi de sa justification[7,8]. Un diagnostic infirmier ainsi formulé nous informe sur le problème en question, son étiologie et sur les signes et symptômes ayant amené l'enquêteur à envisager l'existence du problème (ici présence de facteurs de risque d'escarre et/ou de lésions d'escarre).

En effet, le Diagnostic Infirmier est un problème réel ou potentiel de santé qui prend en compte toutes les réactions d'un individu et que l'Infirmier à l'entière responsabilité d'identifier et de traiter de façon autonome. Il s'agit d'un énoncé concis, actuel ou probable des manifestations de dépendance de la personne regroupées ou non et reliées à une source de difficulté. Le Diagnostic infirmier précise le problème du patient et est « au centre des décisions de soins permettant d'atteindre les résultats escomptés »[7,8].

RÉSULTATS

Sur un total de 110 patients hospitalisés durant la période d'enquête, 104 ont été inclus dans l'étude (94,55%) dont 23 en Médecine A ; 18 en Médecine B ; 38 en Traumatologie-orthopédie et chirurgie réparatrice et ; 25 en Chirurgie viscérale. Leur âge moyen était de 47 ans avec des extrêmes allant de 11 à 91 ans. Le sexe masculin prédomine avec 64 hommes contre 40 femmes.

Patients à risque d'escarre identifiés et prévalence de l'escarre chez les patients examinés

Tableau IV : Répartition des patients examinés selon le score de Braden[14] obtenu et la présence de lésions d'escarre par clinique universitaire (n=104)/*Distribution of patients examined according to the Braden score[14] obtained and the presence of pressure sore lesions by university clinic (n=104)*

Evaluation du risque d'escarre et prévalence de l'escarre chez les patients inclus dans l'étude Médecine A		Cliniques universitaires de :				Total
		Médecine B	Traumatologie-orthopédie et de Chirurgie réparatrice	Chirurgie viscérale		
Score de Braden appartenant à l'intervalle de classe	[6-15] Risque d'escarre	11	4	12	10	**37**
	[16-23] Pas de risque d'escarre	12	14	26	15	67
Niveau de risque d'escarre : score de Braden appartenant à l'intervalle de classe	[6-9[Risque très élevé	1	1	0	3	5
	[9-12[Risque élevé	5	1	2	1	9
	[12-15] Risque modéré	5	2	10	6	23
Présence d'escarre	Oui	4	4	3	5	**16**
	Non	19	14	35	20	88
Stades de l'escarre	Stade I	0	1	0	2	3
	Stade II	3	3	2	3	**11**
	Stade III	1	0	1	0	2

D'après les données du tableau IV,37/104 patients (37,58%) étaient à risque d'escarre (Diagnostics Infirmiers de risque) avec une prédominance à la Clinique universitaire de traumatologie-orthopédie et de Chirurgie réparatrice (12/37). Le niveau de risque était «modéré» chez la majorité des patients à risque d'escarres identifiés (23/37). Toutefois, le niveau de risque d'escarre était «très élevé» et «élevé» respectivement chez 5 et 9 patients à risque d'escarres identifiés.

La majorité des patients identifiés à risque «très élevé» étaient de la Clinique universitaire de chirurgie viscérale (3/5). Il en est de même de ceux identifiés à risque «élevé» qui provenaient de la Clinique universitaire de Médecine A.

Seize (16) patients (15,38%) portaient des lésions d'escarres (Diagnostics Infirmiers réels) avec une prédominance des escarres de stade II (11/16). Cette prévalence était plus élevée (43,24%) chez les patients à risque d'escarre identifiés (16/37). Les cliniques universitaires de Médecine A, de Médecine B et de Chirurgie viscérale regroupaient la majorité des escarres décelées (13/16) avec une prédominance dans la clinique universitaire de chirurgie viscérale (5/16).

Pathologies ou motifs d'hospitalisation des patients à risque d'escarre identifiés (n=37)

L'âge moyen des 37 patients à risque d'escarres identifiés était de 50 ans avec des extrêmes allant de 18 à 89 ans avec un âge médian de 50 ans. L'analyse de leurs dossiers médicaux montrait que les principales pathologies ou les motifs d'hospitalisation les plus observés étaient le traumatisme ou le polytraumatisme ; le cancer; l'hypertension artérielle et ses complications ; le diabète et ses complications ; les affections nécessitant une chirurgie digestive (péritonite, occlusion intestinale, etc.) et celles susceptibles de créer une baisse de l'immunité (infections à VIH, infections à Bacille de Kock).

Revue Internationale des Sciences Médicales d'Abidjan - RISM - Rev int sc méd Abj -RISM-2023;25,2:208-217. ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Principaux médicaments utilisés par les patients à risque d'escarre identifiés (n=37)

Les principaux médicaments les plus utilisés par les patients à risque d'escarre identifiés étaient des antidépresseurs (Laroxyl, Anafranil) ; des antiépileptiques (Renerve plus, Neurotin), des myorelaxants (Miorel, Lumirelax) ; des corticoïdes (Cortipred, Solumédrol) ; des anti-inflammatoires non stéroïdiens (Prokefen, cortancyl) ; des antalgiques (Tramagen, Morphine.), des analgésiques (Gempar, Perfalgan.), des diurétiques (Exidrex), des antispamodiques (spasfon), des antihypertenseurs (Triplixam, Amloperin).

DISCUSSION

Trente-sept (37/104) patients examinés étaient à risque d'escarre (37,58%) (Diagnostics Infirmiers de risque). Ce résultat est légèrement inférieur à celui de l'étude de Lahman et *al.*[17] effectuée en Allemagne en 2001 où 40% des patients étaient à risque de développer une escarre à l'hôpital. Il en est de même dans une seconde étude allemande réalisée en 2008 où le risque de développer une escarre à l'hôpital a été estimé à 39,4%[20]. Par contre, le risque moyen de développer une escarre dans les maisons de retraite est plus élevé et a été estimé à 60% selon plusieurs études[15,16].

L'âge moyen des 37 patients à risque d'escarres identifiés est de 50 ans alors que la prévalence des escarres de nature importante est plus forte chez les personnes âgées qui sont la première population touchée, en particulier entre 70 et 80 ans[12]. Le risque d'escarre semble être alors plus présent chez des patients moins âgés dans notre contexte d'étude, ce qui demande d'accorder une attention particulière à son dépistage précoce.

Le nombre de patients à risque d'escarre le plus élevé était identifié dans la Clinique universitaire de Traumatologie-orthopédie et de Chirurgie réparatrice du CNHU-HKM de Cotonou (12/37). En effet, cette clinique hospitalise en majorité, des polytraumatisés chez qui, le traitement instauré engendre, la plupart du temps, l'immobilité au lit ; l'incapacité de changer régulièrement de position pouvant faciliter l'humidité de la peau ; la réduction de la sensibilité cutanée due aux antalgiques, aux analgésiques, aux anti-inflammatoires et aux myorelaxants qu'ils utilisent et, le risque de frictions et de cisaillement est très élevé. Tout ceci corrobore des facteurs de risque d'escarre décrits par plusieurs auteurs[5,17-19]; ce sont également autant d'indicateurs de besoins fondamentaux de l'être humain[6] non satisfaits, caractéristiques de facteurs de risque de survenue d'escarre. De plus, il existe de facteurs de risque d'escarre particuliers à certaines situations cliniques notamment en Neurologie, en Orthopédie, en Traumatologie, en Gériatrie)[7].

La prévalence de l'escarre chez les patients examinés était évaluée à 15,38% (Diagnostics Infirmiers réels) (16/104) avec plus de lésions d'escarre de stade II (11/16), ce qui est largement supérieure à la prévalence moyenne de 8,9% obtenue en 2004 lors d'une enquête nationale effectuées dans les hôpitaux français, exceptés les centres hospitalo-universitaires[20,21]. Ce taux (15,38%) est aussi supérieur à celui rapporté au niveau national en Belgique en 2013 (12,1%) dans le contexte hospitalier[22]. Par contre au Canada, selon une publication de Mediresource[23], la prévalence des escarres est encore plus élevée (environ 30%) dans les milieux de soins prolongés comme les maisons de soins infirmiers.

Dans cette étude, le nombre d'escarre le plus élevé était identifié à la Clinique universitaire de chirurgie viscérale (5/16). En effet, les affections nécessitant une chirurgie digestive (péritonite, occlusion intestinale, cancer du tube digestif, etc.) engendrent particulièrement une perturbation des habitudes alimentaires des personnes concernées, voire un mauvais état nutritionnel considéré comme un facteur potentiel de risque d'escarre[5,17]. D'ailleurs, la majorité des patients identifiés à risque d'escarre « très élevé » (score de Braden compris dans l'intervalle de classe [6-9[) étaient de la Clinique universitaire de chirurgie viscérale (3/5).

Implications de la recherche pour la pratique infirmière : apports du développement du Rôle propre infirmier dans la prévention des escarres

Si la prévalence de l'escarre chez les patients hospitalisés inclus dans l'étude a été évaluée à 15,38% (16/104), elle est plus élevée (43,24%) dans la population spécifique de patients à risque d'escarre identifiés (16/37). Ceci montre

tout l'intérêt de procéder à une évaluation systématique des facteurs de risque d'escarre chez tout patient dès qu'une décision de son hospitalisation est prise. Cette évaluation des facteurs de risque d'escarre doit être chiffrée avec une échelle validée, comme celle de Braden[10] utilisée dans cette étude et doit être intégrée dans les actes de soins infirmiers et médicaux au quotidien (cette échelle d'évaluation devrait être une pièce du dossier de soins). D'ailleurs, l'évaluation des facteurs de risque fait partie des éléments de prévention des escarres en plus des soins d'hygiène corporelle ; de l'amélioration de l'état général du patient par l'hydratation et l'alimentation ; des changements de position et la mobilisation ; des massages à type d'effleurage des zones de pression ; de l'utilisation d'un matériel d'aide à la prévention ; de l'information et l'éducation du patient et/ou de son entourage et ; de la surveillance des zones à risque[5], tout ceci faisant partie des soins relevant du Rôle propre infirmier.

En effet, l'évaluation des facteurs de risque d'escarres permet, dès le début de la prise en charge du patient, de choisir les soins de prévention adaptée à son état clinique et d'en suivre l'évolution ; la présence d'un facteur de risque d'escarre chez un patient alerte d'ailleurs l'équipe soignante pour une prise en charge précoce et une surveillance régulière de son évolution[5].

L'évaluation des facteurs de risque d'escarres devrait relever, en priorité, du Rôle propre infirmier par une évaluation initiale et périodique des besoins fondamentaux de l'être humain[6] non satisfaits chez chaque patient au moyen de la Démarche de soins infirmiers. En effet, le Rôle propre infirmier est une expression employée pour désigner le domaine spécifique de la fonction infirmière dans lequel, lui sont reconnues, une autonomie et la capacité de jugement et d'initiative. Dans ce domaine, l'Infirmier est responsable des décisions qu'il prend et de leur réalisation[9]. Selon le décret du 15 mars 1993 du Ministère de la Santé française[24], le Rôle propre infirmier est défini comme l'ensemble des actes liés aux fonctions d'entretien et de maintien 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 ; cette perte d'autonomie étant constante chez les patients à risque d'escarre ou porteurs de lésions d'escarre.

Ce rôle propre permet à l'Infirmier d'offrir aux patients, des soins personnalisés et de mettre en œuvre, sa capacité de jugement et de réflexion à travers la Démarche de Soins infirmiers et la relation interpersonnelle (soignant-client).

Limites de l'étude

L'étude présente quelques limites d'ordre méthodologique qu'il convient de mentionner, mais ceci n'affecte pas la qualité des résultats obtenus. En effet, tous les services d'hospitalisation du CNHU-HKM de Cotonou n'avaient pas été pris en compte dans le processus d'échantillonnage des patients à inclure dans l'étude. Aussi, même si l'instrument de mesure du risque d'escarre de Braden[10] utilisé pour l'étude est préconisé par le jury de la conférence de consensus sur la prévention et le traitement de l'escarre de l'adulte et du sujet âgé[3] et qu'il est claire et simple à utiliser, l'étude aurait pu être faite avec d'autres échelles de mesure du risque d'escarre telles que celles des Peupliers-Gonesse, d'Angers, de Genève, de Norton, de Lowthian, de Knoll, de Gosnell, de Douglas, de Waterloo[25-29], etc., ce qui pourrait influencer plus ou moins, les résultats obtenus.

CONCLUSION

L'étude a permis d'évaluer l'ampleur de l'escarre (diagnostics infirmiers réels) chez des patients hospitalisés au CNHU-HKM de Cotonou et de mettre en exergue, ses facteurs de risque (diagnostics infirmiers de risque). L'escarre, étant à la fois un problème de santé publique et un problème économique, il s'avère indispensable que chaque structure sanitaire hospitalière développe une politique de dépistage systématique de ses facteurs de risque dès l'admission des patients en hospitalisation.

Cette politique de prévention pourrait passer par l'adoption d'une grille d'évaluation chiffrée des facteurs de risque d'escarre et la formation du personnel soignant, en particulier le personnel infirmier à son l'utilisation et ; la promotion du Rôle propre infirmier au moyen de la Démarche de soins par le développement du Dossier infirmier pour la traçabilité des interventions infirmières de prévention et de soins d'escarre relatives au plan de soins établi.

Le dépistage systématique des facteurs de risque d'escarre chez les patients hospitalisés semble alors s'arrimer avec l'évaluation systématique et périodique des besoins fondamentaux non satisfaits de tout patient hospitalisé ou non. Ceci demeure une nouvelle piste de recherche à explorer dans le cadre du développement du Rôle propre infirmier.

RÉFÉRENCES

1. **Dharmarajan TS and Ugalino JT.** Pressure ulcers: clinical features and management. Hos Phy 2002 : 64-71.
2. **Meffre R.** Conception et réalisation d'une instrumentation dédiée à la prédiction du confort d'assise et à la prévention des escarres. Thèse de Doctorat, Institut National des Sciences Appliquées de Lyon, École doctorale Electronique Electrotechnique Automatique de Lyon (2007). 253p.
3. **Secrétariat International des Infirmiers et Infirmières de l'Espace Francophone.** La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale. SIDIIEF, (2015). 60p
4. **National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance**. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers : Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.) (2014) Cambridge Media: Perth, Australia.
5. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé-ANAES.** Conférence de consensus sur la prévention et le traitement des escarres de l'Adulte et du sujet âgé. Texte des recommandations, (2002). 41p.
6. **Pépin J, Ducharme F, et Kérouac S.** .La pensée infirmière.4ème édition Chenelière Education (2017), 216 p.
7. **Alfaro R.** Démarche de soins, mode d'emploi. Editions Lamarre France, Traduit et adapté par Anne Pietrasik. (1990). 252p
8. **Vallée A.** Diagnostics infirmiers : le raisonnement clinique. Paris: Maloine.(2016).
9. **Henderson V.** The nature of Nursing. Traduction française « La nature des soins infirmiers » Paris, Inter Editions (1994).
10. **Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, and Holman V.** The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. Nursing Research 1987 ; 36 : 205-210.
11. **Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM and Alvarez-Nieto C.** Risk assessment scales for pressure ulcer prevention : a systematic review. J Adv Nurs 2006 ; 54 : 94-110.
12. **Defloor T and Grypdonck M.** Pressure ulcers : validation of two risk assessment scales. J Cli Nurs 2005 ;14 : 373-382.
13. **Defloor T and Grypdonck M.** Validation of pressure ulcer risk assessment scales: a critique. J Adv Nurs 2004 ; 48 : 613-621.
14. **Defloor T, Herremans A, Grypdonck M.** et *al.* Herziening Belgische richtlijnen voor Decubitus-preventie. Brussel : Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, (2004).
15. **Lahman NA, Halfens RJ and Dassen T.** Prevalence of pressure ulcers in Germany. J Cli Nurs 2005 ; 14 : 165-172.
16. **Hoppe C, Kottner J, Dassen T, Lahmann N.** Pressure ulcer risk and pressure ulcer prevalence in German hospitals and nursing homes. Pflege Newspaper 2009 ; 62(7) : 424-428.
17. **Royal College of Nursing.** Pressure Ulcer Risk assessment and prevention, London, Royal College of Nursing 2000.
18. **Oomens CW, Bressers OFJT, Bosboom EMH, Bouten CVC,** and *al.* Can loaded interface characteristics influence strain distribution in muscle adjacent to bony prominences. CMBEE 2003 ; 6(3) :171-180.
19. **Kanj L, Wilking S, Philips T.** Continuing medical education: pressure ulcers. J Am Acad Dermatol 1998 ; 38 (4) : 517-536.
20. **Barrois B, Labalette C, Rousseau P,** et *al.* A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients. J Wound Care 2008 ; 17 : 373–376.
21. **Barrois B.** Epidémiologie des escarres en France. Enquête nationale PERSE (Prévention, Education, Recherche, Soins-Escarre) entre 1994 et 2004. L'escarre. Juin 2013 ; 4-6.
22. **Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).** Recommandations nationales pour le traitement des escarres de décubitus – Synthèse. 4 juillet 2013.
23. **Mediresource (2023).** Escarres (Plaies de décubitus, Ulcères de décubitus). https://ressources-sante.salutbonjour.ca/condition/getcondition/escarres.Consulté le 18/02/2023.
24. **Ministère de la Santé française.** Décret du 15 mars 1993 fixant le cadre juridique du Rôle propre infirmier. Dispositions des articles R.4311-3 ; R.4311-5 et R.4311-6 du Code de la santé publique
25. **Cook M, Hale C, Watson B.** Interrater reliability and the assessment of pressuresore risk using an adapted Waterlow Scale. Cli Eff Nurs 1999 ; 3(2) : 66-74.
26. **Halfens RJG, Van Achterberg T, Bal RM**. Validity and reliability of the Braden scale and the influence of other risk factors: a multi-centre prospective study. IJNS 2000 ; 37(4) : 313-319.

27. **Mitchell H.** A review of the Lowthian pressure sore prediction score for risk assessment in orthopaedic setting. J Ort Nurs 2004 ; 8 (3) :142-150.

28. **Paul B., Keller J.A., Wille J., Van Ramshorst B., Van Der Werken C.** Pressure ulcers in intensive care patients : a review of risks and prevention. Intensive Care Med 2002 ; 28(10) :1379-1388.

29. **Seongsook J., Ihnsook J., Younghee L.** Validity of pressure ulcer risk assessment scales; Cubbin and Jackson, Braden, and Douglas scale. IJNS 2004 ; 41(2) :199-204.

Remerciements :
Les auteurs tiennent à remercier le Directeur du CNHU-HKM de Cotonou; Marjolaine Adébayo Naelys SANNY, Infirmière ; Farid Stiven AGUESSY VOGNON, Infirmier; tous les patients qui ont donné leurs consentements libres et éclairés en participant à l'étude; ainsi que tous les infirmiers surveillants des cliniques universitaires du CNHU-HKM de Cotonou incluses dans l'étude.

Déclaration de conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêts

Source de financement : Le projet de recherche, objet de cet article original, n'a bénéficié d'aucun financement.

Répartition des tâches

- André OTTI, Anselme N. TCHANSI K. et Lauris FAH ont élaboré le protocole de recherche, ainsi que l'adaptation des outils de collecte des données à l'étude (Annexes 1 et 2);
- André OTTI et Anselme N. TCHANSI K. ont conduit la collecte des données sur le terrain;
- André OTTI a analysé les données collectées, ainsi que l'élaboration du premier draft de l'article ;
- Anselme N. TCHANSI K. et Lauris FAH ont relu le premier draft de l'article et ont apporté des corrections d'amélioration ;
- André OTTI a rédigé la version 2 de l'article suivi de sa correction par Anselme N. TCHANSI K. et Lauris FAH avant sa soumission à la revue.