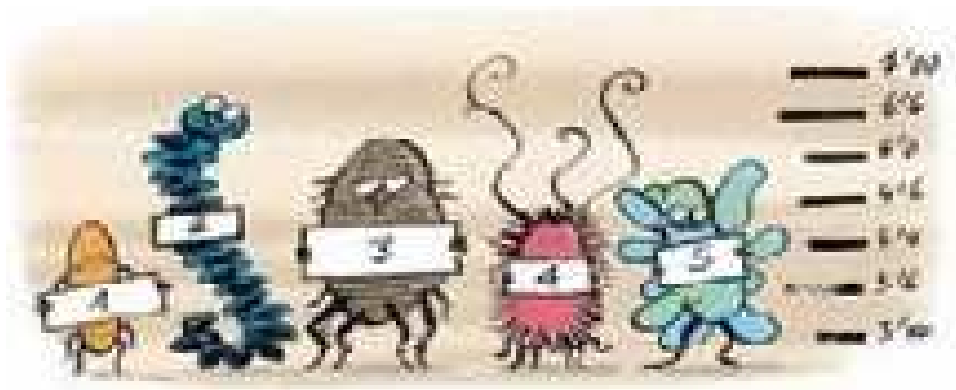


Travail de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'Etat infirmier.
Novembre 2007

LE PROPRE ET LE SALE

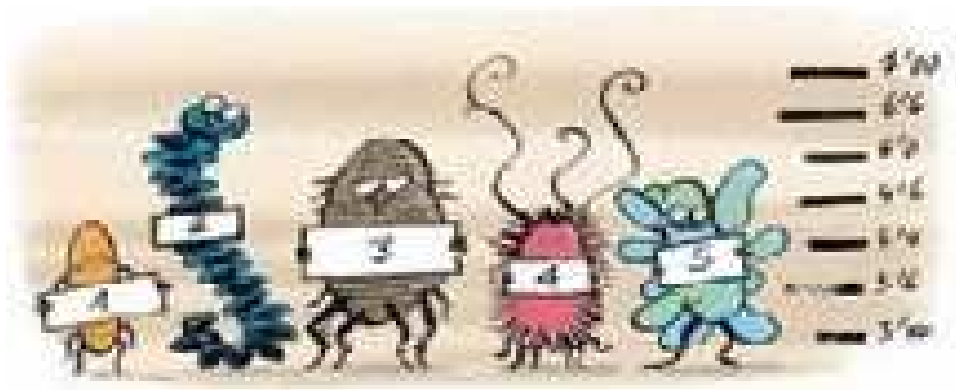


EN LIBERAL

WEXTEEN Thomas
Promotion 2004-2007
Guidante : Geneviève COULON
IFSI Saint Martin
11 rue Joseph Bouchayer
38100 GRENOBLE

Travail de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'Etat infirmier.
Novembre 2007

LE PROPRE ET LE SALE



EN LIBERAL

WEXTEEN Thomas
Promotion 2004-2007
Guidante : Geneviève COULON
IFSI Saint Martin
11 rue Joseph Bouchayer
38100 GRENOBLE

REMERCIEMENTS

- Ils vont d'abord à ma compagne. Pour son soutien et sa patience. Qu'elle trouve ici l'expression de toute ma reconnaissance pour avoir cru en moi pendant ces trois années d'études.
- A ma guidante, pour sa disponibilité et ses conseils.
- A Isabelle Fromentin et Brigitte le Guyader, infirmières expertes en plaies et cicatrisation. Merci d'avoir répondu à mes « mails ».
- Aux infirmières et cadres hygiénistes qui m'ont, eux aussi, accordé de leur temps pour répondre à mes questions.
- A l'infirmier et aux infirmières libérales qui ont participé aux entretiens. Si j'ai la chance d'accéder à leur profession, je n'oublierai pas, moi aussi, d'avoir été étudiant.
- A mes parents, pour m'avoir aidé financièrement la première année de ces études d'infirmier.



RECUEIL DE PENSEES.

" Il faut non seulement faire soi-même ce qui convient, mais encore faire que le malade, l'entourage et les choses extérieures y concourent. "

Hippocrate

"Cet autre, ce malade dans ce lit ou devant moi, c'est moi demain, c'est un peu de mon reflet et je lui dois le meilleur de mes gestes."

Nouveaux cahiers de l'infirmière, tome 5 : Hygiène.

"Fais aux autres ce que tu aimerais que l'on te fasse à toi."

Oswald W. Humaniser la santé

SOMMAIRE

A-INTRODUCTION, page 1

- Annonce du plan

B- CADRE CONTEXTUEL, page 3

1- SITUATION DE DEPART, page 4

2- QUESTIONNEMENT PERSONNEL, page 5

3- PROBLEMATIQUE, page 5

C- CADRE CONCEPTUEL, page 6

1- SOIN à DOMICILE, page 7

1.1- DEFINITION, page 7

1.2- LEGISLATION, page 7

1.3- LES COMPETENCES, page 8

1.3.1- L'organisation des soins, page 8

1.3.2- La gestion, page 8

1.3.3- Les connaissances, page 8

1.3.4- La formation continue, page 8

1.4- SPECIFICITE DES SOINS à DOMICILE, page 9

1.4-LES RESEAUX DE SOINS, page 9

2-QUALITE DE SOIN, page 10

2.1- DEFINITIONS, page 10

2.1.1- Soin, page 10

2.1.2- Qualité de soin, page 11

2.2- CRITERES DE QUALITE D'UN SOIN, page 12

2.2.1- Technique, page 12

2.2.2- Relationnelle, page 12

2.2.3- Organisationnelle, page 12

2.3-EVALUATION DE LA QUALITE D'UN SOIN, page 13

3- PANSEMENT, page 15

3.1- CARACTERISTIQUES MICROBIOLOGIQUES DE LA PEAU, page 15

3.1.1- Structure, page 15

3.1.2- La flore bactérienne, page 15

3.1.2.1- Généralités, page 15

3.1.2.1.1- La flore résidente, page 15

3.1.2.1.2- La flore transitoire, page 15

3.1.2.2- Les conséquences d'une hygiène déficitaire de la peau, page 15

3.2- LA PLAIE,	page 15
3.2.1- Définition,	page 15
3.2.2- La prise en charge,	page 15
3.2.2.1- Localement,	page 15
3.2.2.2- Globalement,	page 15
3.2.3- Plaie aiguë,	page 15
3.2.4- Plaie chronique,	page 15
3.3- LA CICATRISATION,	page 15
3.3.1- Généralités,	page 15
3.3.2- Différence de cicatrisation plaie aiguë/ plaie chronique,	page 15
3.3.2.1- La notion de temps,	page 15
3.3.2.2- Le bactériocycle,	page 15
3.3.3- Les étapes de la cicatrisation,	page 15
3.3.4- Les déterminants à la cicatrisation,	page 15
3.4- LE PANSEMENT,	page 15
3.4.1- Définition,	page 15
3.4.2- Généralités,	page 15
3.4.3- Législation,	page 15
3.5- L'ASEPSIE,	page 15
3.6- L'INFECTION D'UNE PLAIE,	page 15
3.6.1- Généralités,	page 15
3.6.2- Définition,	page 15
3.6.3- Législation,	page 15
3.6.4- Les étapes à l'infection d'une plaie	page 16
3.6.4.1- La contamination,	page 16
3.6.4.2- La colonisation,	page 16
3.6.4.3- La pré-infection,	page 16
3.6.4.4- L'infection,	page 16
3.6.5- Analyse du risque infectieux dans le traitement d'une plaie,	page 16
3.6.5.1- Définition,	page 16
3.6.5.2- Les paramètres,	page 16
3.6.5.3- Les facteurs de risque,	page 16
3.6.5.4- Différence de risque infectieux plaie aiguë/plaie chronique,	page 18
3.6.5.5- La différence de risque infectieux dans le traitement d'une plaie à l'hôpital et au domicile,	page 19
3.6.5.6- Risque réel/ risque potentiel,	page 19
3.6.5.7- Prévention du risque infectieux,	page 20
3.6.5.8- Réalisation d'un pansement pour plaie aiguë/plaie chronique à domicile,	page 20
3.6.5.8.1- L'organisation,	page 20
3.6.5.8.2- Les moyens,	page 21
3.6.5.9- Application à la réalisation d'un pansement dans une situation d'hygiène déficitaire,	page 21

4- HYGIENE DU DOMICILE ET DU PATIENT, page 23

4.1-DEFINITIONS,	page 23
4.2-LES REGLES D'HYGIENE CORPORELLE,	page 23
4.3-LES BENEFICES DE LA TOILETTE,	page 24
4.3.1-Physique,	page 24
4.3.2-Psychique,	page 24

4.4- UN CONCEPT EVOLUTIF,	page 24
4.4.1-l'approche anthropologique,	page 24
4.4.2-l'histoire,	page 25
4.4.3-propreté visuelle et propreté microbiologique,	page 25
4.5-LES FACTEURS FAVORISANT A UNE HYGIENE DEFICITAIRE,	page 26
4.5.1-le vieillissement,	page 26
4.5.2-le handicap,	page 26
4.5.3-la maladie,	page 27
4.5.4-le manque de confort,	page 27
4.5.5- La précarité,	page 27
4.5.5.1- Généralités,	page 27
4.5.5.2- L'aspect psychologique de la précarité,	page 28
4.5.6-Un problème de santé mentale,	page 28
4.6-LES SOLUTIONS AU PROBLEME D'HYGIENE,	page 28
4.6.1-Pour lutter contre les conséquences du vieillissement	page 28
4.6.6.1- les aides,	page 28
4.6.6.2- les services,	page 29
4.6.2-Pour lutter contre les conséquences de la précarité,	page 29
4.6.3-La DSI,	page 29
4.7-LE ROLE INFIRMIER,	page 30
4.7.1- l'éthique,	page 30
4.7.2- l'éducation à la santé,	page 31
4.7.2.1- définition ,	page 31
4.7.2.2- législation,	page 31
4.7.3- la relation d'aide,	page 32

D-ENQUETE, page 33

METHODOLOGIE, page 34

E-ANALYSE, page 35

ENTRETIENS, page 36

F-SYNTHESE, page 43

G-CONCLUSION, page 50

H-BIBLIOGRAPHIE, page 52

I-ANNEXES page 57

ANNEXE 1, page 58

ANNEXE 2, page 69

ANNEXE 3, page 75

ANNEXE 4, page 79

ANNEXE 5, page 81

INTRODUCTION



A- INTRODUCTION

Il a fallu, en début de 3^{ème} année, que je me décide sur le choix d'un thème afin d'élaborer mon travail de fin d'études.

Ce fut laborieux pour me décider, de nombreux sujets retenaient mon attention, mais un compromis me permit d'aborder trois thèmes de prédilection :

- les plaies
- l'hygiène et l'asepsie
- la relation soignant soigné

Ces trois concepts sont ici associés au milieu libéral, dont le stage me suscita la vocation d'appréhender ce type de soins à l'avenir.

Je tiens d'emblée à préciser que ce mémoire ne vise pas à évaluer les soins de celles et ceux dont le travail m'a, au contraire, inspiré dévouement et compétences.

Il vise à me positionner comme soignant vis à vis de situations qui m'interrogent.

Et, si je suis convaincu que tous les infirmiers¹ libéraux ont le souci de réaliser leurs soins avec une qualité maximale, certaines situations me laissèrent toutefois insatisfait des réponses à mes questions.

Ce questionnement fait partie de mes motivations à envisager la profession d'infirmier : douter, examiner, rechercher, démêler l'écheveau d'une situation pour en comprendre les rouages, et voir ce qui est important pour la qualité d'un soin. Il est l'enjeu de ce mémoire.

Annonce du plan :

La première partie de cet exposé s'attache à décrire les concepts inhérents à la question de départ.

Je pose, dans la deuxième partie, les interrogations non résolues aux professionnels de terrain.

Enfin, après confrontation entre théorie et pratique, la synthèse achève de me donner une compréhension de la question de recherche.

¹ dans tout le texte lire infirmier ou infirmière

CADRE



CONTEXTUEL

B- CADRE CONTEXTUEL

1-SITUATION DE DEPART

Lors de mon stage en milieu libéral, j'ai eu à effectuer des pansements au domicile de patients vivant dans des conditions d'hygiène douteuses voire déplorables. Voici l'exemple de deux situations :

La première concerne un patient d'une trentaine d'années, sans emploi. Il a subi l'ablation d'un naevus développé en mélanome au niveau de son omoplate droite. Le pansement est réalisé dans une toute petite cuisine à l'odeur d'humidité et aux peintures moisies, le sol est poussiéreux et crasseux. Le patient est négligé physiquement, peu causant, les cheveux gras et non coiffés, une odeur de transpiration flotte lors de ses mouvements, il est 10 h du matin. La plaie, large et profonde (environ 5 cm de diamètre sur un cm de profondeur), a été associée à un curage ganglionnaire dont on refait également le pansement.

Les plaies sont nettoyées et désinfectées selon un protocole Bétadine en 4 temps .Il est ensuite appliqué compresses et adhésif type Mefix. Le patient, en fin de soin, remet son t-shirt, maculé en de nombreux endroits...

La deuxième situation présente des similitudes. Elle me conduit, avec un infirmier, à la réfection d'un pansement d'ulcère veineux chez une octogénaire. Celle-ci est encore indépendante pour les gestes de la vie quotidienne, mais, là encore, l'hygiène de la personne et des lieux me laisse une impression négative .Je dois me laver les mains au dessus d'une bassine, dans l'évier pour ne pas gaspiller l'eau. Pour les essuyer, je me sers d'un mouchoir que je sors du paquet que j'ai en poche, car la propreté du torchon indiqué pour le faire ne me convient pas. J'applique ensuite la prescription médicale avec nettoyage au sérum physiologique, pose d'un tulle gras puis de compresses stériles, et bandage circulaire par-dessus, à faire deux fois par semaine. Cette plaie, qui faisait 4 cm² environ, n'évoluait en fait pas ou peu favorablement, et durait depuis déjà plus de six mois.

Dans ces deux situations de soin, les pansements m'ont été donnés à réaliser avec une boîte d'instruments propres car désinfectés mais non stériles.

Cette réalisation diffère aussi des protocoles de soins en institution de santé, indiquant qu'un pansement doit se faire après la toilette du patient et le nettoyage du sol, et dans un environnement exempt de courants d'air. De plus, le matériel de soin en hôpital est stérile.

Ce décalage me fit entendre les réponses suivantes des soignants, me confirmant l'idée d'entamer des investigations :

- « A domicile, le patient est en contact avec ses germes »
- « Le risque infectieux n'est pas le même qu'à l'hôpital »
- « Tu ne changes pas la façon de vivre des gens comme ça »

2-QUESTIONNEMENT PERSONNEL

Partant de ce constat, je me suis donc posé les questions suivantes :

- Que faut-il attendre de l'asepsie dans les soins à domicile ? Le risque infectieux dans le traitement d'une plaie est-il moindre à domicile qu'à l'hôpital ?
- Que faut-il attendre du soin ? Comment corriger une situation d'hygiène déficitaire ? Pourquoi ces situations se sont-elles présentées ?

3-QUESTION DE RECHERCHE

Mon questionnement se résume par la question de recherche suivante :

« Dans les soins à domicile, en quoi une hygiène déficitaire du patient et de son environnement influence t'elle la qualité d'un soin aseptique tel un pansement ? »

CADRE



CONCEPTUEL

1- SOIN à DOMICILE

1.1-DEFINITION :

Le soin à domicile est un soin dit ambulatoire car réalisé en dehors d'un établissement de santé public ou privé. Il est « une prestation visant par essence à maintenir les gens à leur domicile, de permettre aux malades comme aux handicapés ou aux personnes âgées de rester à leur domicile » (1).

Ce soin est effectué par un infirmier salarié ou libéral selon qu'il appartient aux 3 types d'organismes suivants :

- Hospitalisation à Domicile (HAD) en lien avec un établissement de santé public
- Centre de Soins Infirmiers associatif ou communal
- Cabinet infirmier libéral

Un infirmier libéral peut travailler seul ou associé à d'autres infirmiers libéraux.

Plus de 50000 infirmiers libéraux inégalement répartis sur le territoire travaillent en France. Cette activité est amenée à se développer dans les années à venir pour plusieurs raisons:

- Le vieillissement de la population,
- Le confort de ce type de soin pour le patient,
- Un moindre coût des dépenses de santé par ce type de service
- Les progrès techniques qui ne sont plus l'apanage de l'hôpital.

1.2- LEGISLATION :

Il n'y a pas de décret spécifique à l'exercice de la profession d'infirmier libéral : c'est le décret de compétence n° 2004-802 du 29 juillet 2004 (en Annexe 2) qui reprend l'essentiel des dispositions du décret n° 93-221 du 16/02/1993. Il tient également lieu de code de déontologie pour la protection du malade.

Les articles R4312-33 à 49 sont spécifiques à la profession d'infirmier libéral. Celui-ci répond ainsi à une législation complémentaire qui définit : l'obligation à un local professionnel adapté et les conditions d'association entre infirmiers ou de remplacement, le droit du patient à être informé de la tarification des actes, la justification d'un refus de soin.

L'infirmier, pour devenir libéral, n'a désormais besoin que de 2 ans d'exercice professionnel depuis la validation de son diplôme d'état (avenant n°6 à la convention des infirmières de juin 2004).

Il peut effectuer ses soins chez le patient ou à son cabinet qui, sous certaines conditions, peut être à domicile (circulaire DGS n°1428 de mai 1994). Mais, avant cela, il devra obligatoirement se déclarer à la préfecture ou à la DDASS, s'inscrire à la caisse de sécurité sociale (CPAM) pour être conventionné, puis s'immatriculer auprès de l'URSSAF pour bénéficier du régime général et, pour sa retraite, s'affilier à la CARPIMKO. Il devra aussi souscrire une assurance complémentaire s'il veut être indemnisé en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

(1) COLLIERE Marie Françoise. Soigner... Le 1^{er} art de la vie, InterEditions, 1996, 346p, page 320

1.3- LES COMPETENCES :

L'infirmier libéral se doit, comme tout infirmier, de prodiguer « des soins de qualité, à savoir des soins consciencieux, éclairés, attentifs et conformes aux données actuelles de la science » (2).

Ces compétences passent par :

1.3.1- L'organisation des soins :

L'infirmier organise sa « tournée » selon la priorité de certains soins et la disponibilité des patients. Son salaire est proportionnel au nombre de patients visités et dépend entièrement de prescriptions médicales sur ordonnances. En effet, ces dernières conditionnent le remboursement par les caisses de sécurité sociale des actes effectués.

Cette rétribution se fait selon une cotation des actes, dégressive s'il y en a plusieurs, et fixée par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels définie par l'assurance maladie.

Ceux-ci sont de deux types : les AIS (Actes Infirmiers de Soins : soins d'hygiène, de prévention, d'éducation et de surveillance), et les AIM (Actes Infirmiers Médicaux ou soins techniques : pansements, injections, prélèvements sanguins...)

Le matériel nécessaire aux soins et non prescrit est donc à la charge de l'infirmier.

Il bénéficie d'une indemnité kilométrique pour ses déplacements, mais les forfaits de soin ne prennent pas réellement en compte le temps passé auprès du patient.

1.3.2- La gestion :

De nombreuses tâches administratives forment le lot quotidien de l'infirmier libéral pour la pérennité de sa « petite entreprise ».

Il doit enregistrer les nouveaux patients, faire les télétransmissions, rédiger divers courriers, gérer le cabinet avec ses permanences et son planning, mais aussi les stocks, les déchets médicaux, payer charges et cotisations...

1.3.3- Les connaissances :

Elles commencent par la réglementation liée à l'exercice de son métier, et se poursuivent par de nombreuses autres spécificités : tarifications, assurances automobile et du cabinet, abattements fiscaux, statuts juridiques de la société, quotas d'actes à ne pas dépasser...

Elles sont aussi nécessaires pour pouvoir être de bon conseil aux questions d'ordre social ou de santé qui lui sont posées lors de ses soins.

1.3.4- La formation continue :

Les infirmiers sont soumis à l'obligation de se former tout au long de leur vie professionnelle. Comme le dit Gaston Bachelard « le savoir se construit et se reconstruit. Il est questionnement continu des lois générales » (3).

(2) SOKOLOFF Véronique, BELTRAN Geneviève. Guide de l'infirmière libérale, 1^{ère} édition Paris, Maloine, 2001, 341p, page 175

(3) BACHELARD Gaston. La formation de l'esprit scientifique. Paris, 1972, 237p, page 22.

La compétence de l'infirmier libéral dépend pleinement de cette instruction perpétuelle. Cette exigence est notée dans la loi de Santé Publique du 30 juillet 2006 (parution au JO du 11 août 2006), dans le décret de compétence (art R.4311-1), et à l'article 10 du décret 93-221 du 15/03/1993 .

De nombreuses solutions existent pour se tenir « au goût du jour » : formations, conférences, salons et congrès médicaux, visites des laboratoires, revues spécialisées, Internet...

1.4- SPECIFICITE DES SOINS A DOMICILE :

Plusieurs paramètres amènent une relation de soin spécifique à l'exercice libéral:

- Le fait d'être chez le patient oblige le soignant à s'organiser techniquement pour s'adapter aux conditions propres au domicile, et à composer avec l'environnement du patient. De plus, ce dernier y a ses habitudes de vie, le soignant doit savoir « se faire accepter », il n'est que toléré et reste un « étranger » chez le patient.

- Le soin s'inscrit souvent sur la durée, ce qui amène une relation de soin plus proche, plus intime avec le patient car régulière .L'infirmier en vient à bien connaître certains d'entre eux. Des moments informels, autour d'une tasse de café par exemple, sont autant d'occasions à une communication efficace au bénéfice du patient.

La relation soignant soigné prend alors une nouvelle dimension qui rajoute à la singularité et au charme de l'exercice libéral.

1.5- LES RESEAUX DE SOINS :

Reprenant le principe de professionnels libéraux regroupés en association, les réseaux se développent autour de nombreuses affections médicales depuis plus de vingt ans, et sont plusieurs centaines aujourd'hui.

Un réseau de santé est un groupe pluridisciplinaire de professionnels du champ médico-social, pour permettre au patient, chez lui, de vivre sa pathologie avec le moins de désagréments possibles.

Plus que l'amélioration de la qualité des soins, ils concourent à la réduction des dépenses de santé, et visent une prise en charge optimale du patient par l'adaptation des soins aux progrès et aux dernières techniques et connaissances médicales. Ils permettent à l'infirmier libéral de disposer d'experts facilement joignables, et apportent des solutions à un déficit de connaissances et d'expérience.

Ils sont agréés car légiférés par les lois de financement de la Sécurité Sociale de 2001 et 2002 et l'article L.6321-1 du Code de Santé Publique.

2- QUALITE DE SOIN

2.1- DEFINITIONS :

2.1.1- Soins

Le Larousse donne une définition au pluriel du soin pour désigner « les moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé au malade ».

L'ensemble des soins et leur législation sont régis par le décret de compétences du 29 juillet 2004 (1), car le soin revêt plusieurs aspects:

- technique : curatif (exemple : déterision d'une plaie), ou préventif (exemple : effleurage de la peau contre les escarres)
- relationnel : pour résoudre une difficulté d'ordre psychologique (anxiété, stress...), sociologique (questions d'ordre spirituel) ou un manque de connaissances (hygiène de vie...)
- nursing : exemple : aide à la toilette
- palliatif, qui ne vise pas à la guérison mais à l'atténuation de symptômes.

Le soin est toujours destiné « au mieux être du malade » (2), car il vise un état de santé physique, mentale et sociale tout en « s'adressant à tout ce qui stimule les forces de vie, les réveille, les maintient. » (3). Le but selon Watson (4) est de réunir l'âme, le corps et l'esprit. Argument qui fait aussi dire à Walter Hesbeen (5) qu'il n'est pas de distinction entre les différentes dimensions du soin.

Le soin est personnalisé car il s'adresse à un individu unique, avec des caractéristiques qui lui sont propres. Il faut donc envisager le patient dans toutes ses dimensions, à savoir « ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle » (6). Le patient est un tout, un et indivisible avec son environnement. C'est le principe de l'approche holistique du soin développée par Virginia Henderson : l'homme répond à 14 besoins fondamentaux et « qu'un besoin demeure insatisfait, il s'ensuit que la personne n'est pas complète, entière, indépendante » (7).

Le rôle de l'infirmier est de suppléer aux déficiences (physiques, psychologiques et sociales) du patient sans toucher à son autonomie et à ses capacités.

Et c'est tout l'enjeu de la prise en charge globale de le considérer bien au-delà qu'un simple objet de soins. Ce qui amène le soin à une interactivité car celui-ci « n'est pas une activité à sens unique : il nécessite que la personne soignée en soit partie prenante » (8).

(1) Annexe n°2

(2) SIFFET Martine. Soigner la vie, ed Seli Alan, 2002,260 p, page34

(3) COLLIERE Marie Françoise op.cit. page 174

(4) WATSON Jean. Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers, ed Seli Arslan, 1998, 320p, page 80 à 86

(5) HESBEEN Walter. La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante .Masson, 1998, 208 pages, page 167

(6) décret du 29 juillet 2004, article R.4311-2

(7) HENDERSON Virginia. La nature des soins infirmiers. InterEditions, 1994, 235p, page 16

(8) BAUDRIER Flavie. Y a-t-il une éthique de l'exercice libéral ? L'infirmière libérale magazine, n°205, juin 2005, page 18.

Dorothea Orem le confirme et met en avant d'impliquer le patient aux soins en le rendant acteur de ceux-ci, et de lui faire exploiter ses ressources et capacités d'adaptation (9).

Plus qu'un simple échange verbal, le soin implique un « lien » et une rencontre patient soignant car « un élément essentiel pour des soins de qualité est le développement d'une relation d'aide et de confiance. Pour développer une telle relation, l'infirmier doit d'abord apprendre à connaître l'autre personne... » (10).

Il n'est ainsi « pas de soin sans un minimum d'ingérence, de mainmise sur la personne » (11).

2.1.2- Qualité de soin

Toujours selon le Larousse, la qualité est une « manière d'être, bonne ou mauvaise, de quelque chose ». Elle désigne aussi une « supériorité, l'excellence en quelque chose ».

Cette définition duelle indique le haut niveau d'exigence requis pour que la qualité d'un soin soit assurée. La qualité d'un soin c'est l'optimisation de ce soin.

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé rejoint cette exigence :

« La qualité est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »

Ce concept est donc celui d'un objectif à atteindre, et c'est une notion évolutive, à réajuster avec les dernières recommandations médicales.

La qualité d'un soin passe selon moi par 3 items :

- les connaissances : savoir, savoir être et savoir faire
- l'éthique ou conscience professionnelle : respect de la personne et du secret professionnel
- la motivation et la compétence c'est-à-dire « l'aptitude à décider, la capacité reconnue en telle ou telle matière » selon le Larousse.

La qualité d'un soin passe ainsi par celle de prendre soin, c'est-à-dire « la qualité de l'attention portée au patient et à ses proches et de l'aide qui en résulte » (11).

Walter Hessebren dénonce la banalisation des soins liée à un systématisme, qui entraîne une perte de sens du soin. L'attention à apporter au malade est toujours « à penser, à repenser, en fait à créer » (5).

La qualité d'un soin se voit aussi sur la durée. Celui-ci doit être efficace jusqu'au soin suivant.

Elle passe également par la régularité du suivi dans les traitements médicaux, et la réactivité de l'infirmier à les réajuster en équipe pluridisciplinaire dès que nécessaire. Cela implique pour l'infirmier d'adapter ses gestes et son discours en regard des circonstances du moment.

(9) OREM Dorothea. Soins infirmiers : les concepts et la pratique. Maloine, 1987.359p, pages 20 à 25

(10) WATSON Jean. op.cit. page 136.

(11) HESBEEN Walter. Prendre soin dans le monde, ed Seli Arslan, 2000,224 p, page 73

(5) HESBEEN Walter. op.cit. page 96

Elle passe enfin par les réponses apportées par l'infirmier aux retentissements biologiques (exemple : augmentation de la dépendance), psychologiques (exemple : diminution de l'estime de soi), sociaux (fantasmes individuels ou collectifs) d'une pathologie sur la vie du patient.

2.2- CRITERES DE QUALITE D'UN SOIN

2.2.1- Technique : c'est la réalisation du soin et son aspect « scientifique », impliquant les qualités suivantes :

- l'efficacité : le soin doit être complet, minutieux, les objectifs fixés atteints.
- l'économie : le matériel jetable doit être utilisé en quantité raisonnable, il est utile de savoir que certains pansements ne sont pas remboursés sans être plus efficaces, le « système D » permet aussi, en certaines occasions, d'arriver à une même qualité pour un moindre coût.
- l'hygiène et asepsie : par le respect des précautions standards.
- le confort : le soin doit être bien vécu par le patient, atraumatique, non algique.
- la sécurité du patient et du soignant : prévention des accidents d'exposition au sang, élimination des déchets dans les conteneurs adaptés...

2.2.2- Relationnelle : la relation soignant soigné est la base du soin, mais aussi son aspect humain et un outil thérapeutique :

Il en est d'abord de toutes les marques de respect, de considération par : des paroles, des sentiments positifs, des gestes, des attitudes, des comportements, une communication verbale ou non.

Il en est aussi par « la volonté de voir en chacun, quelques soient ses caractéristiques et ses antécédents, une personne équivalente en dignité et qui fait partie de notre humanité » (5).L'infirmier ne doit jamais douter de la valeur de chaque personne et être disponible, discret, délicat.

Une communication efficace permettra au patient de comprendre le sens et le but de son traitement, de donner son accord et sa participation au soin. L'un ne peut soigner l'autre sans la participation de ce dernier. La qualité de la relation obtenue avec le patient permet d'appréhender les questions d'éducation à la santé et thérapeutique. Le soignant doit communiquer dans un langage accessible, intelligible pour celui qui le reçoit.

Ce qui l'amènera à faire preuve d'empathie pour « être sensible aux valeurs, aux priorités et aux choix exprimés par le patient » (12).

L'infirmier doit aussi être en phase avec ce qu'il transmet, ce qu'il sent et pense : c'est la congruence. Ainsi, pour bien envisager son patient, il « doit être apte à se mettre à la place de l'autre sans se laisser immerger, sans se perdre, mais en prenant en compte chaque donnée familiale, sociale et culturelle qui constitue son identité ainsi que son état de santé, son histoire et ses capacités de compréhension » (11) .Il doit connaître son patient.

(5) HESBEEN Walter. op.cit page 69.

(12) D.M FOWLER Marsha. Ethique des soins infirmiers, Medsi, 1989,220 pages, page 92.

(11) HESBEEN Walter. op.cit. page 112

Pour moi la qualité d'un soin est celle de la qualité de la relation obtenue avec le patient. Par son biais, l'infirmier s'intéressera au vécu du patient de sa pathologie. Ce qui nécessite écoute et disponibilité de la part du soignant.

La qualité d'une relation de soin est donc une « relation avec le malade qui devient le pivot des soins en ce sens qu'elle est à la fois le moyen de connaître le malade et de comprendre son mal être, en même temps qu'elle détient elle-même un pouvoir thérapeutique. ». Elle est « source d'information pour discerner la nécessité des soins non techniques en évaluant l'aide à apporter ; tandis qu'elle contribue à relativiser les soins techniques ou à faciliter leur compréhension, voire leur acceptation ». (13)

Ce qui permet au soignant de ne pas « faire du relationnel » mais d' « être relationnel » pour accéder au « être avec » (5).

2.2.3- Organisationnelle : c'est la « logistique » et la colonne vertébrale du soin, et les procédures à respecter pour sa réalisation.

Malgré la charge de travail d'un infirmier libéral, la nécessité d'aller au bout des soins implique de savoir comment travailler, avec quels outils et quels objectifs.

Le projet de soins, même s'il n'est pas rédigé reste indispensable : « Il n'y a pas de sens à prendre soin de quelqu'un sans démarche, sinon nous lui dispensons des soins » (14).

S'organiser pour bien travailler à domicile, c'est s'adapter, c'est à dire observer, évaluer, analyser, innover et mobiliser les ressources de l'environnement.

Certains soins fréquents comme ceux de plaies chroniques, laissent le temps de s'organiser au mieux pour leur réalisation.

2.3- EVALUATION DE LA QUALITE D'UN SOIN

« Evaluer, c'est apprécier la réalité des faits en les comparant à ce qui était prévu, attendu ou souhaité, mais aussi aider à déterminer ce qui est souhaitable et les moyens et activités pour y parvenir » (15).

Cette évaluation de la qualité des soins que l'on dispense, est une nécessité à la fois éthique, juridique et économique. Mais c'est une gageure à domicile car l'outil de mesure de nos bonnes et mauvaises pratiques de soins n'existe pas.

C'est donc « une tâche complexe, non seulement à cause du grand nombre de variables intervenantes et inter reliées qui entrent en jeu dans un service et une situation de soins, mais aussi parce que, lorsque ces variables sont identifiées, elles sont parfois regardées globalement sans que soit reconnu le caractère spécifique qu'elles réclament » (16).

De plus, les progrès scientifiques et médicaux contribuent à faire de l'évaluation d'un soin une notion fluctuante, à réévaluer régulièrement.

Même s'il n'est pas sûr que la qualité des soins soit maîtrisable, l'infirmier se doit, pour assurer une « assurance qualité » à ses soins, de faire son autocritique par « une autoévaluation, une analyse de sa pratique quotidienne » (17).

(13) COLLIERE Marie France : Promouvoir la vie, Inter éditions, 1996, 392 p., page 155

(5) HESBEEN Walter., op.cit page 143.

(14) CHAURY Renée, HERVOIR Françoise. Le projet de soins. Revue : Soins Formation Pédagogie Encadrement, 1997, n°23, page 22.

(15) R.ESTRYN-BEHAR Madeleine, Interface entre les normes et les référentiels. Actualité et dossier en santé publique, n°35, janv. 2001, page 71.

(16) AMIEC. Contribution à la qualité des soins, 1999, 74 p, page 56.

(17) CARONNE Muriel. Guide de l'infirmière libérale, ed Lamarre, 2005, 205p, page 36.

C'est la condition à ne pas prendre de mauvaises habitudes de soin, car la surveillance du respect des règles d'hygiène et d'asepsie, par les CLIN, s'arrête aux portes de l'hôpital.

L'infirmier peut s'aider dans sa tâche de référentiels et guides de bonnes pratiques (18), qui rappellent certaines règles incontournables et se poser les questions suivantes, comme indicateurs à une bonne pratique de soins :

Mon soin utilise t'il les dernières techniques de soin et respecte t'il les dernières recommandations médicales (ou études et consensus d'experts)?

Contribue t'il à améliorer les conditions de vie du patient ? (Nous savons par exemple qu'une plaie est inconfortable et influe sur le psychisme entraînant découragement, anxiété, dépression)

Qu'aurai-je pu améliorer ? Le soin répond -il aux objectifs fixés, assure t'il la continuité de la prise en charge, a-t-il été efficace, utile, sécurisé ?

Satisfait-il mon patient ? (Même s'il leur est difficile de dire en quoi consistent de bons soins)

Pour être exhaustif dans son évaluation, l'infirmier confrontera les réponses à ses actions, et aux moyens utilisés pour assurer son soin.

Les réponses à toutes ces questions confirment que la qualité des soins « s'évalue à différents niveaux qui vont du soin proprement dit, aux conditions matérielles de sa réalisation et à sa mise en œuvre pour le patient et à sa famille en tenant compte du contexte donné dans une politique de soins » (19).

(18) disponibles sur le site du CCLIN de l'Ouest : www.cclin.ouest.com

(19) CHAURY Muriel, HERVOIR Françoise rapportant les propose de KOVESS Viviane dans Le projet de soins, Soins Formation Pédagogie Encadrement, 1997, n°23, p23.

3- PANSEMENT

De nombreux rappels théoriques composent ce concept. Bien que long, l'ensemble se veut exhaustif afin de répondre aux interrogations qu'implique la question de recherche.

3-1 CARACTERISTIQUES MICROBIOLOGIQUES DE LA PEAU

3.1.1-Structure en Annexe 1 page 59

3.1.2-La flore bactérienne en Annexe 1 p.59

3.1.2.2-Les conséquences d'une hygiène déficitaire de la peau

Un manque d'hygiène de la peau diminue le pouvoir de défense naturel de celle-ci, et augmente le risque infectieux dans le traitement d'une plaie, car « un corps sale est un formidable terrain de développement microbiologique » (3).

De même, l'hygiène des vêtements portés a aussi une incidence, ainsi, « un simple morceau de tissu peut contenir plus de 100000 germes/cm² » (3).

De plus, « Un grand nombre de micro-organismes pathogènes impliqués dans les problèmes d'hygiène corporelle sont actuellement identifiés. On retrouve principalement :

- des bactéries : Entérobactéries, Staphylocoques, Corynobactéries, Propionibactéries
- des champignons : Candida Albicans, Malassezia Furfur
- des virus : HPV, Papillomavirus
- des parasites : poux, acariens

Une hygiène corporelle adéquate permet de limiter l'expansion de la flore de transition et de réduire ainsi les risques de contamination tandis que la flore résidente se reconstitue rapidement » (4).

3.2- LA PLAIE en Annexe 1 p.60

3.3- LA CICATRISATION en Annexe 1 p.62

3.4- LE PANSEMENT en Annexe 1 p.64

3.5- L'ASEPSIE en Annexe 1 p.65

3.6- L'INFECTION D'UNE PLAIE

3.6.1-Généralités en Annexe 1 p.65

3.6.2 Définition en Annexe 1 p.66

3.6.3-Législation en Annexe 1 p.67

(3) Institut Pasteur sur www.hygiène-educ.com/fr/profs/corporelle/sci-data/objectifs.htm

(4) Institut Pasteur sur www.hygiène-educ.com

3.6.4- Les étapes à l'infection d'une plaie en Annexe I p.67

3.6.5-Analyse du risque infectieux dans le traitement d'une plaie

3.6.5.1-Définition :

Le risque infectieux désigne les « causes potentielles liées à une contamination microbiologique qui peuvent entraîner des conséquences infectieuses » (26).

Et le traitement d'une plaie est désigné à haut risque infectieux par les hautes autorités de santé (27).

L'évaluation de ce risque reste empirique, car nous sommes loin de tout connaître sur les facteurs qui conditionnent l'infection d'une plaie. Ce qui ne doit toutefois pas empêcher l'infirmier de chercher à les minimiser lors du soin.

3.6.5.2- Les paramètres

Le risque infectieux fait intervenir les éléments suivants

- une personne soignée avec une porte d'entrée
- un ou des agents infectieux
- un soin qui permet les voies de transmission manuportée ou par le matériel de soin, et aéroportée.
- un environnement : réservoir ou vecteur d'une infection
- des facteurs influençant (liés au patient)

3.6.5.3- Les facteurs de risque :

La distinction dans la responsabilité à l'infection d'une plaie des quatre facteurs ci-dessous est une gageure.

- liés à la personne soignée :

Il y a auto contamination du patient par sa propre flore (résidente ou transitoire) au voisinage de la plaie ou contamination endogène. Les germes migrent par contiguïté sur la peau. C'est une des principales voies de contamination d'une plaie avec celle liée à l'acte de soins.

- liés à l'acte de soins ou exogène :

Le diagramme d'Ishikawa (ou diagramme des 5M) est un des outils d'analyse à la contamination microbiologique d'une plaie, liée à l'acte de soins.

(26).MAGIS R, DUCEL G. L'appréciation du risque et sa gestion, Techniques hospitalières, n°617, juin 1997, page 38

(27) Ministère de l'emploi et de la solidarité. Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Comité technique national des infections nosocomiales. Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux. Paris : 1998 ; pages 23-25.

Outre les méthodes, le matériel et le personnel déjà cités, ce diagramme fait aussi intervenir comme causes à cette contamination : l'aspect relationnel, l'ambiance (conditions de travail) et la reconnaissance du travail fourni.

- liés à l'environnement :

La responsabilité de l'environnement dans la contamination d'une plaie est peu claire. Celle-ci est aussi exogène car liée à l'eau, à l'air, ainsi qu'aux surfaces et éléments en présence sur lesquels reposent des micro-organismes en grand nombre (un gramme de poussières = un million et demi de bactéries). (28).

L'air « transporte staphylocoques et streptocoques »(29) mais aussi des levures et champignons transportés seuls ou grâce aux poussières mises en suspension lors d'une turbulence (courant d'air, mouvement).

De plus, les bactéries dans l'environnement ont une durée de vie variable mais suffisante à poser un risque infectieux. Des SAMR (Staphylococcus Aureus résistants à la méthicilline), par exemple, peuvent survivre dans l'environnement pendant plus de 7 jours » (30)

Toutefois, dire que plus il y a de germes au sol et sur les surfaces, plus on en mettra sur la plaie est conjecture, mais tient du risque si des déplacements d'air se font pendant le soin.

Pour une estimation, même approximative, de l'ampleur du risque infectieux lié à l'environnement à domicile, je me suis référé aux données hospitalières, n'en trouvant pas sur le milieu libéral.

Ainsi, l'infection d'une plaie liée à la contamination aéroportée, ne concernerait « probablement qu'un faible pourcentage des infections totales constatées en milieu hospitalier » (31)

Mais le risque infectieux lié à l'aérobiocontamination est toutefois suffisamment important pour être pris en compte au bloc opératoire, qui dispose d'un système de traitement de l'air répondant à un référentiel précis (32).

Et d'après la méthode A2C, la contamination aéroportée d'une plaie intervient à quasiment toutes les étapes de la réalisation du soin (33)

Ce risque infectieux étant inféodé à la quantité de germes présents dans l'environnement, l'entretien des sols suit également une méthodologie scrupuleuse à l'hôpital avec nettoyage et désinfection des planchers une à plusieurs fois par jour selon les zones de soins (34).

(28) LE HEURT, GOMILA, GIROT, RAFAOUI, Nouveaux Cahiers de l'infirmière, tome5 : Hygiène, Masson, 291p, page 16

(29) HYGIS N., Hygiène Hospitalière, Presses Universitaires de Lyon, collection Azay, 2000, 672 p, page 256.

(30) BERTRON Anne, CHAPUIS Catherine, HAJJAR Joseph. Relations entre contamination et environnement hospitalier .HYGIENES-2000-volume 8-n°3, page 144

(31) BAUDRY Alain. Approche du traitement de l'air en salle d'opération. Techniques hospitalières, septembre 2003, n°679, page 48

(32) Norme AFNOR NF S90-351 : Exigences relatives pour la maîtrise de la contamination aéroportée. Afnor, juin 2003

(33) SALES François. Améliorer la qualité. Méthodes et outils. HMH, 2000, n°29, page 18

(34) GPEM Guide du bio nettoyage 1994, 58 pages

Il est donc entendu qu'une hygiène déficitaire de l'environnement du patient constitue, très logiquement un risque infectieux supplémentaire pour le traitement d'une plaie. Plus l'environnement est chargé en microbes, plus il est de chances qu'ils se déposent sur la plaie, si les conditions s'y prêtent.

L'eau potable, dont on se sert pour laver les plaies chroniques essentiellement, constitue elle aussi un réservoir de germes (*Legionella*, mycobactéries, *Pyo*, *Aeromonas*, Protozoaires, staphylocoques, entérobactéries) (35), en quantité toutefois limitée puisqu'elle répond aux critères de potabilité du décret 2001-1220.

L'environnement empêche donc de pouvoir réaliser un soin de façon stérile, mais, l'infirmier doit préserver l'asepsie pour la réalisation de son soin autant que possible.

- **liés aux agents infectieux** : voir les agents infectieux d'une plaie dans 3.6

3.6.5.4- Différence de risque infectieux plaie aigue/plaie chronique

Les germes se multipliant plus rapidement en présence de sang (temps de dédoublement de dix huit minutes) (36), le risque infectieux est plus important pour une plaie aigue que pour une plaie chronique, qui ne saigne pas ou peu.

C'est une des raisons à l'utilisation d'antiseptiques en savon et solution pour une plaie aigue, même si ceux-ci ont une action délétère sur le mécanisme physiologique de la cicatrisation.

Mais des zones d'ombre subsistent quant à l'évaluation précise du risque infectieux des plaies chroniques.

Ainsi, pour Luc Teot, « L'infection d'une plaie chronique est rare » (37)

A cela, Guy Magalon répond que « Sur les ulcères, les germes prolifèrent d'autant plus vite que la diminution du flux sanguin freine la prolifération des polynucléaires neutrophiles (38).

Comme la cicatrisation d'une plaie chronique est plus longue, il est aussi légitime de penser que cela accroît, par la même, le risque infectieux qui est toujours présent pour une plaie, quelle qu'elle soit.

D'autant que, pour le cas de l'ulcère de jambe, plaie chronique fréquente, celui-ci « constitue un milieu organique favorable à la croissance des germes saprophytes de la peau et des germes pathogènes de l'environnement. Cette contamination est poly microbienne : staphylocoque dorés (40-60%), streptocoques A ou B (8 à 20 %), *Pyo* (10 à 60 %), entérobactéries (15 à 40%) » (39).

Une étude prouve tout au moins que l'infection des plaies chroniques existe.

(35) THIVEAUD Dominique. L'eau à l'hôpital. HMH, 1998, n°7, page 10

(36) FROMENTIN Isabelle. Lorsqu'une plaie s'infecte. SOINS n° 707, juillet août 2006, page 28

(37) TEOT Luc, MEAUME Sylvie, DEREURE Olivier. Plaies et cicatrisation, Masson, 2005, 548p, page 225

(38) MAGALON Guy, VANWISCA Romain. Guide des Plaies : du pansement à la chirurgie, John Libbey Eurotext. 2003, 425 p, page 14

(39) *ibid.*

Elle a été faite en 2000 sur « la fréquence et recherche d'étiologies d'infections nosocomiales en HAD : sur 376 sujets considérés comme ayant eu des soins exposant à un risque infectieux, 6,3% ont contracté une infection nosocomiale de nature bactérienne : parmi les facteurs de risque, la présence d'un dispositif urinaire ou l'existence de soins sur escarre ont été évoqués. Cette étude est intéressante car les conditions de travail se rapprochent plus de l'activité infirmière libérale ». (40)

L'infirmier, dans le doute, doit donc traiter chaque plaie avec la même vigilance quand au risque infectieux, sans distinction à ce que la plaie soit aigue ou chronique. Et une hygiène déficitaire du patient et de son environnement sera probablement encore plus préjudiciable sur une plaie aigue que pour une plaie chronique.

3.6.5.5 La différence de risque infectieux dans le traitement d'une plaie à l'hôpital et au domicile

« Si le risque infectieux en ambulatoire est mal connu, il est sans doute plus faible qu'en établissement de soin » (41)

Ceci pour les raisons suivantes :

- la spécificité de l'hôpital : le risque y est plus important de transmission croisée avec plus de soignants et aussi plus de soins.
- la population : plus de patients implique plus de germes : la flore hospitalière est dense et diversifiée
 - plus de gens fragiles, fatigués et à immunité potentiellement déficiente à l'hôpital
 - l'éventuel défaut d'isolement des malades infectés en institution de santé
 - les bactéries multi résistantes dont les SAMR .En cas d'infection d'une plaie, elles seront plus difficiles à traiter sans toutefois augmenter la probabilité de survenue d'une infection.

Le patient, à domicile est dans sa propre écologie. A l'hôpital, la flore du patient se modifie dès le premier jour, s'imprégnant de l'environnement et pouvant devenir plus ou moins résistante aux antibiotiques.

3.6.5.6- Risque réel/ risque potentiel

« Le risque réel est celui qui existe ou qui a été véritablement. Il s'agit d'un risque mesurable statistiquement, en terme de probabilité .En fait, ce sont les conséquences de ce risque qui sont évaluées et ont permis la mise en place de mesures préventives. »

« Le risque potentiel exprime la possibilité, la probabilité de l'apparition d'un évènement difficilement évaluable. Etant mal connu, il est difficile à appréhender et à prévenir ». (42)

L'un nécessite de la prévention et l'autre des précautions.

(40) GRAND Patrick, Evaluation de la gestion du risque infectieux lié aux actes infirmiers en pratique libérale dans le département du Loiret, <http://fulltext.bdsp.tm.fr/>, page 29, rapportant DROUOT V. : « Prévalence des infections nosocomiales en hospitalisation à domicile. Le bulletin du CCLIN Paris

(41) CCLIN Ouest. Hygiène des mains en ambulatoire, disponible sur www.clinouest.com

(42) CCLIN Sud-est. Prévention du risque infectieux. Du savoir à la pratique infirmière. Edité par le C.CLIN, décembre 2004, 41 p, page 18

L'un est essentiel pour la qualité du soin, l'autre relève d'une démarche qualité. Tout ce qui est en contact avec la plaie tient du risque infectieux réel, mais notre plaie sera, peu ou prou, forcément contaminée lors du soin et « il est difficile de quantifier le nombre et la virulence des germes qui y pénètrent ». (43)

Aux vues des conclusions précédentes, une hygiène déficitaire du patient tient donc du risque infectieux réel pour le traitement d'une plaie. Le risque infectieux lié à l'environnement est plus potentiel que réel, mais non négligeable, surtout si des conditions d'hygiène déficitaires si prêtent.

Pour assurer une démarche qualité à son soin, l'infirmier doit réduire la contamination microbienne d'une plaie à sa plus simple expression, pendant et après la réalisation du pansement.

En conséquence, une hygiène déficitaire du patient et de son environnement sera considérée comme étant deux facteurs de risque supplémentaires à l'infection d'une plaie.

3.6.5.7- Prévention du risque infectieux

Elle est donc le meilleur agent anti-infectieux, car la maîtrise du risque infectieux n'est jamais totale puisque l'on ne peut éradiquer totalement tous les germes d'une pièce.

« La prévention regroupe toutes les actions qui ont pour effet de diminuer la fréquence du risque, la probabilité d'occurrence d'un sinistre, d'éviter que le sinistre arrive. Elle a donc pour objet d'agir sur les causes des risques » (44)

L'infirmier doit, à cet effet, privilégier autant que possible l'utilisation de matériel stérile (réutilisable ou à usage unique). L'utilisation de matériel désinfecté à haut niveau mais non stérile entraîne un risque infectieux potentiel (car non scientifiquement démontré) mais supplémentaire entachant la notion de « démarche qualité » pour la réalisation d'un pansement.

3.6.5.8- Réalisation d'un pansement pour plaie aiguë/plaie chronique à domicile

3.6.5.8.1- l'organisation

L'infirmier doit s'adapter aux conditions de travail du domicile.

Mais il peut demander un savon poussoir et un essuie-mains à usage unique ou à défaut une serviette pour son usage exclusif, ainsi qu'un petit sac poubelle.

Les sets, qui contiennent tout le matériel nécessaire à la réalisation d'un pansement et un essuie-mains, sont pratiques d'utilisation, permettant de gagner en sécurité et rapidité de geste.

Le Clin de l'ouest préconise de se constituer des kits :

- Kit hygiène des mains : gel hydro alcoolique, réserve de savon liquide, essuie-mains, boîte de gants

- Kit nettoyage du matériel : lingettes, film transparent en rouleau, boîte de transport » (45)

(43) TEOT Luc. Les plaies aiguës. Soins n°683, mars 2004, page 21

(44) VERET Catherine et MEKOUARD Richard, Fonction : risk manager, Infirmière Libérale Magazine, juin 2006, n°216, page 27

(45) CCLIN Ouest. Hygiène des mains en ambulatoire, disponible sur www.clinouest.com

3.6.5.8.2- les moyens

L'infirmier à domicile a le choix entre deux méthodes pour la réalisation de son pansement :

- avec des gants et des éléments de soin stériles, sur un champ qui le soit également
- en utilisant du matériel de soin traité de 4 façons différentes :
 - par stérilisation
 - par une désinfection de haut niveau
 - par stérilisation avec pré lavage
 - par désinfection puis stérilisation (46)

La stérilisation permet de détruire quasiment tous les microorganismes, la probabilité pour qu'il reste un germe est de un sur un million. (47)

La désinfection de haut niveau du matériel réutilisable, détruit de 1000 à 100000 germes (48).

Mais des sources de recontamination de ce matériel entachent la notion de qualité de soin:

- lors de son séchage à l'air libre (contamination environnementale)
- par les mains du soignant lors des manipulations de ce matériel une fois sec
- si le matériel n'est pas emballé ou stocké par la suite.

Elle implique aussi un respect rigoureux de six étapes (la pré désinfection, le nettoyage (brossage, rinçage, contrôle), rinçage, 2^{ème} immersion, rinçage, séchage) potentiellement source d'erreurs comme le montre Patrick Grand (49) : respect du temps d'immersion selon le produit, changement régulier du produit désinfectant, rinçage après désinfection...

Cette désinfection est virucide, bactéricide, fongicide, sporicide mais n'épargne pas la transmission de prions, même si l'on « peut considérer les risques de transmission du prion par les soins infirmiers comme négligeables (50).

Mais stériliser son matériel n'est pas forcément plus simple :

Le Poupinel n'est plus autorisé, car pas assez fiable, et son processus de stérilisation était long (cinq heures) et coûteux en électricité.

L'autoclave est efficace mais il coûte quatre mille euros environ.

Les sets stériles, encore une fois, sont un bon compromis, mais ils ont encombrants et les pinces qu'ils comportent ne sont pas précises et parfois fragiles.

Mais ils préservent la stérilité jusqu'au dernier moment, sont désormais adaptés à tout type de plaie et quel que soit le stade.

3.6.5.9- application à la réalisation d'un pansement en situation d'hygiène du patient et de l'environnement déficitaire

Si l'hygiène du patient et de son environnement n'est pas propice à la réalisation du pansement, le soignant a, malgré tout, les moyens d'apporter à son soin une qualité convenable.

(45) CCLIN Ouest. Hygiène des mains en ambulatoire, disponible sur www.clinouest.com

(46) GRAND Patrick, op cit.page.47

(47) HUGARD Lionel. Hygiène et soins infirmiers. Lamarre, 2001,151p, page 41

(48) ibid. page 37

(49) GRAND Patrick, op cit pages 48-49

(50) GRAND Patrick, op cit page 14

Il devra, pour cela, s'attacher à réaliser son pansement au plus vite une fois la plaie nettoyée, et, autant que possible, prévenir les déplacements d'air pendant le soin (écarter les animaux, pas de courants d'air...).

Pour suppléer au problème d'hygiène du patient et l'amener sous la douche, deux atouts peuvent se présenter à lui :

- que la plaie soit sur un membre, ce qui facilitera le savonnage sous la douche de la plaie et du membre. A charge toutefois de l'infirmier de savoir trouver une justification à sa pratique et que le patient l'accepte.

- devoir traiter un ulcère, localisé sur les membres inférieurs et dont le traitement implique un nettoyage et une détersion par passage sous la douche.

Mais, traiter le problème d'hygiène et réaliser le pansement avec le maximum d'asepsie n'empêchera pas les microorganismes de venir coloniser la plaie si celle-ci n'en est pas efficacement protégée.

Le soin devra donc passer par l'utilisation de pansements modernes (film adhésif transparent en polyuréthane, hydrocolloïde avec couche interne de carboxyméthylcellulose sodique, hydrocellulaire recouvert de polyuréthane).

Ces pansements, semi-perméables, permettent les échanges gazeux mais sont une barrière à la colonisation bactérienne. Ils peuvent aussi recouvrir un autre pansement, s'adaptent à tous les stades de la plaie et existent dans de multiples dimensions.

Le pansement n'est toutefois jamais totalement étanche aux bactéries. Celles-ci, à échelle microscopique, s'infiltreront entre l'adhésif du pansement et la peau.

L'infirmier peut alors, pour ce type de situation, et en concertation avec le médecin, rapprocher le rythme des pansements, celui-ci étant « saturé » plus rapidement.

Mettre un pansement à l'argent peut être aussi une alternative intéressante, car ceux-ci sont bactéricides et anti-infectieux.

Ainsi, Release Ag® (laboratoire Johnson & Johnson) est efficace sur cent cinquante souches bactériennes. Acticoat Ag® (Johnson & Johnson) est bactéricide en moins de trente minutes et sur plus de trois jours. Les alginates ont eux une action contre le staphylocoque doré.

De plus, la qualité des pansements modernes les rend désormais adhésifs tout en étant indolores et atraumatiques au retrait.

Enfin, le pansement en lui même peut aussi être un biais à corriger une situation d'hygiène déficitaire, en faisant valoir au patient que ce problème compromet la qualité du soin.

4-L'HYGIENE

4.1-DEFINITIONS

Le Grand Larousse, dans sa définition de l'hygiène, fait état « d'une harmonisation des rapports entre l'homme et les milieux dans lesquels il vit, afin d'éliminer notamment, les influences nocives que peuvent éventuellement comporter ces milieux »

L'hygiène se rapporte donc à l'homme et à son environnement, c'est aussi « la science de la santé et de sa préservation ... On parle d'hygiène mentale, orale, sexuelle, sociale » (1)

C'est également « une chose très personnelle, reliée aux habitudes et aux valeurs » et « le soin que prend l'individu afin de se maintenir en santé » (1)

Le corollaire de l'hygiène est la propreté, qui se définit par « la qualité de ce qui est propre c'est-à-dire non sali ou taché ou qui se lave souvent » (2)

La toilette, quant à elle, est « l'ensemble des soins de propreté du corps » (3)

L'hygiène est le premier objectif de la toilette, et le soin d'hygiène est un soin du rôle propre infirmier (art R-4311-5 du décret de compétences). Comme c'est un soin intime, il réclame les critères de respect, pudeur, dignité pour le patient.

4.2-LES REGLES D'HYGIENE CORPORELLE

« Etre propre et protéger ses téguments » est un des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson, mais à quelle fréquence la toilette corporelle doit-elle être réalisée?

« Dans l'absolu, l'idéal serait de se doucher 2 fois par jour » selon le Dr Saldmann (4)

La toilette en institution de santé est quotidienne, mais pas forcément sur tout le corps, le haut (visage, tronc) et la petite toilette sont souvent privilégiés.

« Se laver tous les jours », se concrétise sous forme de douche, bain, devant un lavabo ou une baignoire, mais ne repose sur aucun protocole ni document officiel du Ministère de la Santé.

Seule l'Education Nationale, depuis 1902, inscrit les règles d'hygiène comme enseignement à dispenser dans les programmes scolaires pour écoles et collèges, sans toutefois en dévoiler le contenu (*dernière publication n°98-237 du 24nov1998*)

Le principe d'hygiène corporelle est-il donc si évident qu'il n'est pas besoin d'être publié officiellement ? Ou si personnel que chacun décide lui-même de l'hygiène qu'il s'accorde ?

Pour le savoir, j'ai demandé à l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education à la Santé) si la toilette corporelle est une nécessité quotidienne et la réponse fut lapidaire : « Nous ne sommes pas habilités à y répondre »

Cet organisme révélait pourtant en 1993 que seulement 40% des Français et 52% des Françaises faisaient une toilette complète quotidienne.

L'hygiène corporelle est donc en premier lieu une notion individuelle, pour laquelle toute ingérence peut être mal perçue. Ses règles font partie de nos habitudes de vie, sous l'influence :

(1) ROZIER et ERB, Soins infirmiers, une approche globale. Édition du renouveau pédagogique, 1983, 850p, page 499

(2) Grand Larousse

(3) ibid.

(4) SALDMANN Frederic. On s'en lave les mains, Flammarion, 2007,307p, page 186

- d'une société qui rejette la souillure, la crasse ou une odeur désagréable
- de l'éducation que nous avons pu recevoir de nos parents, de l'école voire de l'armée
- de nos connaissances.

Les besoins en hygiène sont les mêmes à tout âge, mais les circonstances du moment (transpiration, incontinence, activité physique) et par conséquent le bon sens peuvent imposer de se laver davantage.

4.3-LES BENEFICES DE LA TOILETTE

4.3.1-Physique

Certains bénéfices de la toilette ont déjà été énoncés avec les caractéristiques microbiologiques de la peau.

Ainsi, outre de diminuer l'inoculum bactérien sur la peau, la toilette du corps permet aussi :

- d'éliminer l'excès de sébum (qui contribue à la croissance bactérienne) et les odeurs corporelles,
- de stimuler la circulation sanguine de la peau.

4.3.2-Psychique :

La toilette apporte une sensation de bien-être : « elle rafraîchit, détend, stimule le moral et le respect de soi, améliore l'apparence » (5)

Le bain présente l'avantage d'apporter une détente particulièrement profitable aux personnes tendues et douloureuses. « Il peut même dans certains cas, éviter une médication » (5)

La toilette soigne l'image corporelle, permet donc de préserver une vie sociale et est vecteur de plaisir d'après Marie Rajablat (6). Watson associe à la propreté les qualités de valorisation de soi et de dignité qui « permettent de promouvoir des besoins se trouvant aussi bien en bas qu'au sommet de la hiérarchie des besoins » de la pyramide de Maslow (7)

4.4-UN CONCEPT EVOLUTIF

4.4.1-L'approche anthropologique

C'est une notion importante car il faut soigner « par rapport aux coutumes, habitudes de vie, croyances, valeurs que véhicule l'individu » (8) et celles-ci peuvent être très éloignées de celles du soignant.

Même s'il n'est pas possible de s'abstraire totalement de ses propres représentations, prenons garde à rester suffisamment objectif pour discerner ce qui nous semble propre ou ne l'est pas.

(5) FUCKS Marie. Personnes âgées, faire de l'hygiène un soin de vie. L'infirmière libérale magazine, n°153, octobre 2000, page 12.

(6) RAJABLAT Marie .La Toilette, voyage au cœur du soin.Masson-Elsevier, 2006, 213 p, page 56

(7) WATSON Jean. Le Caring, Philosophie et science des soins infirmiers. 2^{ème} édition Seli Arslan 1998 245 p, page108

(8) COLLIERE Marie Françoise. op.cit page 73

Ainsi notre société, en accordant une grande importance à l'apparence et à l'image du corps, véhicule des valeurs qui contribuent à marginaliser les personnes qui s'en écartent, et un manque d'hygiène peut être interprété comme « un manque d'amour propre et de respect préalable à toute relation sociale »(9).

Notre avis sur un éventuel manque d'hygiène ne peut-être qu'un jugement de valeur, car c'est « bien la culture qui définit la norme relative au propre et au sale » (9). Il donne ainsi l'exemple de la société hindoue, qui, « plus qu'aucune autre, se soucie de la propreté et prône deux purifications suprêmes : boire de l'urine de vache et se baigner dans le bouillon de culture du Gange (9).

Anne Véga, qui a étudié les comportements soignants à l'hôpital, montre que nos pratiques de soins sont empreintes de conceptions archaïques sur les notions de propre et de sale (12).

Nos jugements peuvent aussi être renforcés par la fonction de soignant, qui nous sacralise en exemple et donc en « purificateur » ; le monde médical transposant selon Philippe Chevetzoff le discours sur le propre et le sale comme auparavant la religion sur le bien et le mal. (9)

4.4.2-L'histoire

Au 19^{ème} siècle le bain était annuel, et Georges Vigarello (10) nous montre que la notion d'hygiène est récente, prenant son essor sous l'égide de la bactériologie, grâce à Pasteur.

Françoise Loux (11) rapporte certaines idées qui avaient cours en milieu rural au début du 20^{ème} siècle :

- la saleté protège contre les maladies
- une odeur forte est signe de puissance
- l'hygiène venant des villes est source de suspicion
- se dénuder engendre un problème de pudibonderie

Certaines de ces conceptions archaïques existent probablement encore, comme nous le montre Anne Véga (12) : « Une enquête menée en Normandie, effectuée dans les années 80, attestait que 50% des mères attendaient l'âge d'un mois pour faire prendre à l'enfant son premier bain ».

4.4.3-Propreté visuelle et propreté microbiologique

Même en étant le plus objectif possible, se limiter à ce que l'on voit et sent implique le risque de faire un raccourci péremptoire avec les notions de propre et de sale.

Effectivement, propreté visuelle et microbiologique ne sont pas équivalentes, tout simplement car les microbes sont invisibles à l'œil nu.

La propreté microbiologique n'est ainsi qu'un « vœu pieu » et une victoire de l'instant. Elle n'est d'ailleurs validée que par des contrôles de surface et la bactériologie n'est elle-même pas une science exacte, un prélèvement ne se faisant que sur un endroit précis, sans préjuger du nombre et de la virulence des micro-organismes sur une surface juxtaposée.

(9) CHEVETZOFF Philippe. De l'hygiène et de la souillure : regard anthropologique, Objectifs soins, n°39, janvier 1996, pages 9 et 10

(10) VIGARELLO Georges. Le propre et le sale. Le Seuil. 2005, 288p, pages 260 à 280

(11) LOUX Françoise. Traditions et Soins d'aujourd'hui, Inter Editions, 1991, 312 pages, pages 40 à 44

(12) VEGA Anne. Soignant/Soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers, ed. De Boeck Universités, 2001, 156p, page 84

Donc une propreté visuelle ne suffit pas à affirmer une propreté microbiologique, mais un environnement porteur de souillures, poussières, déchets, crasse, odeur implique nécessairement la présence de microbes.

Ce qui fait dire que l' « on ne fait de l'asepsie que sur du propre » (13)

En conclusion, le regard ne suffit pas à désigner l'absence de microbes, mais un défaut d'hygiène visible suffit à prouver l'inverse.

4.5-LES FACTEURS FAVORISANT A UNE HYGIENE DEFICITAIRE

4.5.1-Le vieillissement

Le vieillissement s'accompagne d'un certain nombre de difficultés physiques ou intellectuelles engendrant une dépendance, qui est « l'état où la personne est dans l'impossibilité de satisfaire un ou plusieurs besoins sans action de suppléance » (14)

Il entraîne ainsi des déficits moteurs, intellectuels, sensoriels (hypoacousie, baisse de l'acuité visuelle) qui rendent les mobilisations plus difficiles, accentuent la sédentarité et compromettent la vie sociale voire la possibilité à continuer à vivre seul. La personne âgée, petit à petit, s'isole et se désintéresse du monde extérieur, s'alimentant moins et son hygiène peut devenir subsidiaire.

Cet isolement est, effet pervers, favorisé par le maintien à domicile le plus longtemps possible : « ¼ des personnes âgées vivent seules en Rhône Alpes » (15)

La dégradation physique ou intellectuelle peut également lui être difficile à supporter : « le sceau du vieillissement s'inscrit dans et sur le corps de tout être humain, plus profondément intervient la honte du corps » (16) et engendrer des troubles dépressifs.

De plus, abandonner son hygiène aux regards et soins d'autrui peut être mal perçu car « synonyme de régression » (17).

Le vieillissement porte donc, à lui seul, un cortège de facteurs prédisposant à une hygiène déficitaire d'une personne et de son environnement.

4.5.2-Le handicap

Lié à une déficience motrice, intellectuelle, psychique ou d'origine congénitale, accidentelle ou pathologique.

Ainsi, 216000 personnes de 20 à 59 ans selon la Drees (18) nécessitent une aide pour les actes de la vie quotidienne. Mon expérience de stage m'a indiqué qu'elles semblaient bien entourées par les auxiliaires de vie, hypothèse à confirmer auprès des professionnels en entretien.

(13) HUGARD Lionel. Hygiène et soins infirmiers, ed Lamarre, 2001, 151p, page 33

(14) MAGNON René, DECHANOZ Geneviève, LEPESQUEUX Maryvonne Dico des soins inf, 2^{ème} édition, Lyon, AMIEC recherche, 2002, 376p, page 82

(15) La mesure des phénomènes de pauvreté en Rhône Alpes, DRASS Rhône Alpes, 2003,73p, page 53

(16) COTINAUD Olivier. Psychologie et soins infirmiers. Paris, Le centurion, 1983, 335p, page161

(17) FUCKS Marie. Personnes âgées, faire de l'hygiène un soin de vie. L'infirmière libérale magazine, n°153, octobre 2000, page 10

(18) DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, 2005, n°439

4.5.3-La maladie

Un individu faible, fatigué, algique, fiévreux a naturellement tendance à faire passer l'hygiène de sa personne et son apparence sur un plan secondaire, pour se préoccuper davantage de son souci de santé.

4.5.4-Le manque de confort

L'accès au plus grand nombre à « l'eau courante », tient à la généralisation des réseaux de distribution d'eau potable, et ne remonte qu'à quelques dizaines d'années.

La présence de salles de bains dans la quasi totalité des habitations est un acquis tout aussi récent avec l'installation de lavabo, baignoire et toilettes à partir des années 60.

Mais cette amélioration des conditions de vie n'est pas encore totale.

A ce jour, 92,2% des ménages ont un lave linge (19) mais en « 2002, 2,6% des logements ne disposent pas du minimum de confort sanitaire (ni eau, ni WC intérieurs, ni douche ou baignoire et ni chauffage central) », (19)

Par ailleurs, 6,9 % des logements n'ont pas de chauffage central aujourd'hui (19)

Soyons prudents, moins de confort ne signifie pas pour autant d'être « moins propre » même si les conditions s'y prêtent. Ainsi, nos aînés « savaient effectuer une toilette minutieuse des pieds à la tête en se servant de l'unique évier leur habitation » (9).

Ces progrès techniques étant récents à l'échelle d'une vie, des habitudes de vie ont eu le temps de s'installer, et des situations d'inconfort pour pouvoir faire ses ablutions existent donc encore.

Ainsi un logement sous chauffé, la volonté (par avarice) ou la nécessité financière de restreindre sa consommation en eau, savon, frais de blanchisserie ou électricité, peut aussi amener à une hygiène déficitaire.

De même un logement inadapté à l'avancée en âge (problème d'accessibilité à la salle de bain, manque de barres d'appui ou de sièges dans les baignoires et les douches) peut également amener à une difficulté à « se laver ». Car « le confort du logement est un déterminant important de la qualité de la vie et de l'autonomie des personnes âgées en particulier lorsqu'elles sont atteintes d'incapacité » (20)

Tout le monde ne dispose donc pas des mêmes avantages pour assurer ses soins d'hygiène .

4.5.5- La précarité

4.5.5.1-Généralités

En 2002, la France comptait 3,5 millions de personnes pauvres et 3,5 millions de personnes en situation précaire (21)

Il existe des populations pauvres ayant cependant un logement, et des conditions de vie difficiles rejaillissent sur la santé psychique car « c'est toute l'image que le sujet a de lui-même et la notion de dignité qui sont minées » (22).

(19) Insee France Portrait Social, 2005-2006, 335 p, pages 224, 230 et 253

(9) SALDMANN Frederic, op.cit, p187

(20) HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé par le HSCP, Edition ENSP, 1998,321p, page 156

(21) INSEE. France portrait social 2005-2006, 260 pages, p 214

(22) LE CAIN Anne, Dr MOUROUGA Philippe. La Précarité en France, Revue La Santé de L'Homme n°375, janvier février 2005, consultable sur www.inpes.sante.fr/

4.5.5.2-L'aspect psychologique de la précarité

Sans tomber dans une caricature qui en ferait uniquement « une maladie des pauvres », la souffrance morale est plus fréquemment associée à des situations de précarité même s'il est difficile de le prouver.

Ainsi, un sentiment d'inutilité voire même de honte, engendre une dévalorisation de l'image du corps et des « comportements déviants » qui amènent à se négliger, à délaisser son hygiène corporelle et vestimentaire pour arriver à une image physique qui correspond mieux à la perception que nous nous faisons de nous même : « plus la précarité est forte, plus le corps est rejeté. » (22)

Cela tient à l'effondrement du narcissisme qui, même s'il nous permet de nous apprécier, varie au cours de l'existence car il dépend des autres selon Françoise Dolto (23).

Walter Hesbeen l'avait lui même relevé « Nombre de personnes n'ont pas envie de se laver ou de se vêtir coquettement ou simplement proprement car cela n'a aucun sens à leurs yeux, car elles ne voient pas pour qui elles devraient le faire étant donné qu'elles n'ont pas le sentiment d'exister pour les autres, dans le regard des autres, donc d'avoir de l'importance aux yeux des autres » (24)

4.5.6- Un problème de santé mentale

Un état dépressif peut se manifester par une incurie avec négligence de la présentation et de la toilette.

L'âge avancé et l'isolement social sont deux des facteurs de risque à la dépression déjà évoqués. Des pathologies mentales telle que la schizophrénie peuvent aussi amener des patients à voir la saleté comme une protection.

4.6-LES SOLUTIONS AU PROBLEME D'HYGIENE

4.6.1-Pour lutter contre les conséquences du vieillissement

4.6.1.1- Les aides :

L'A.P.A.(Allocation personnelle d'autonomie), élaborée selon la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources), permet à une personne de plus de 60 ans, de bénéficier d'une indemnité financière selon son niveau de dépendance et sans conditions de ressources.

Cette aide financière mensuelle, allant de 474,33 à 1106,77€, est utilisée pour aménager un logement (barres d'appui, escaliers adaptés...), financer des services (portage des repas...) ou des personnes comme une auxiliaire de vie sociale pour les tâches ménagères, l'aide à la cuisine, l'accompagnement à la prise des repas, le soutien à la marche, les courses et le confort de la personne dans son hygiène de vie : shampoing, aide partielle à la toilette...

Cette aide peut aussi être prescrite pour les moins de 60 ans présentant un handicap ou nécessitant une aide temporaire.

(23) DOLTO Françoise. L'image inconscience du corps. Points Essai, 1992, 375 p

(24) HESBEEN Walter op.cit. page 17

Les prestations d'une auxiliaire de vie sociale nécessitent une prescription médicale et une contribution financière personnelle. Mais pour les plus démunis, elle peut se faire par l'Aide Sociale et l'attribution d'allocations dépendance.

De plus, les caisses de retraite participent aussi au financement de certains services à domicile, éventuellement complété par des mutuelles et assurances.

Et, depuis 2005, pour favoriser l'embauche d'une aide à domicile, le particulier employeur bénéficie d'avantages fiscaux à l'utilisation de chèques emploi service.

Les soins d'hygiène se font par des aides-soignants ou infirmiers, également à partir de la prescription médicale du médecin traitant. Ils sont donc pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale et payés directement par la caisse d'Assurance Maladie.

Cet ensemble de services semble donc pouvoir juguler les conséquences du vieillissement. D'autant plus que le personnel soignant serait suffisamment nombreux à répondre aux besoins des patients (enquête DREES n° 489 mars 2006).

4.6.1.2- Les services :

Une large palette de services spécialisés peuvent répondre à la dépendance liée au vieillissement : les CLIC (centres locaux d'information et de coordination), les réseaux de santé gérontologiques, les centres locaux d'information et de coordination, les offices de personnes âgées regroupés au sein de l'Uniorpa, le Comité National de retraite et des personnes âgées (CNRPA) décliné en structures départementales : la Coderpa, et, depuis peu, l'Agence Nationale des Services à la Personne créée en juillet 2005 (loi 2005-841).

4.6.2- Pour lutter contre les conséquences de la précarité :

Pour toute question d'ordre social, l'infirmier trouve des réponses à ses questions via les assistantes sociales.

Il peut aussi chercher des solutions via les PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins), institués par la loi du 29 juillet 1998 (*circulaire DGS/SP2/99/110 du 23/2/99*). Ils fonctionnent comme des réseaux de soins mais sont d'obédience ministérielle. Leur « objectif est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité » (25).

4.6.3- La DSI (Démarche de Soins Infirmier) :

Peu utilisée, elle permet d'apporter des réponses à des problèmes de santé qui relèvent du rôle propre chez des personnes handicapées ou dépendantes, de façon permanente ou temporaire.

Elle est donc particulièrement adaptée à certaines situations d'hygiène déficitaire. L'infirmier, sur la prescription d'un médecin, « identifie les besoins de la personne, pose s'il y a lieu un diagnostic infirmier, formule les objectifs de soin et les hiérarchise, met en œuvre les actions appropriées et les évalue en vue des réajustements nécessaires » (26). Tous les AIS (Actes Infirmiers de Soins) dont les soins d'hygiène, rentrent dans le cadre de la DSI.

(25)Le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports sur <http://www.sante.gouv.fr/htm.pointsur.praps/1pr.htm>.

(26) La Haute Autorité de Santé sur <http://www.has-sante.fr/portail/>

4.7-LE ROLE INFIRMIER

4.7.1- L'éthique :

C'est, selon le Grand Larousse « l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un. ». Elle s'impose dans un problème d'hygiène déficitaire, car il importe d'être persuadé du sens de ce que l'on fait.

Le patient est acteur et sujet de sa prise en charge, libre à lui de diriger sa santé et donc son hygiène comme il l'entend. Il est indispensable de respecter sa liberté, sa capacité à réfléchir et à faire des choix. Cela exclut donc de se substituer au patient et de lui dicter ses actes. Ce que rappelle notre décret de compétences : « toute personne prend avec le professionnel de santé, et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » (27).

L'on ne peut également diffuser des informations sur l'hygiène sans précautions : « l'infirmier exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine » (28).

Où s'arrête le soin ? Sachant que « prévenir et guérir sont les deux composantes de l'acte de soigner » (29), et que le problème d'hygiène se doit, pour l'idéal du soin que l'on dispense, être résolu.

L'éthique, qui « est non seulement une façon d'envisager le soin, mais aussi de s'envisager soi même en tant que soignant et être humain » (30), nous rappelle de mettre « deux devoirs en balance : faire du bien et ne pas porter préjudice » (31).

Elle contribue ainsi « à l'idéal de service à travers la conduite professionnelle » (32).

Mais l'éthique ne nous empêche pas d'aller de l'avant : « nous avons le devoir d'agir si nous ne prenons pas de risque personnel majeur » (33) et nous devons faire ce à quoi nous donnons de la valeur ... » (34).

Olivier Cotinaud, (35) indique que la relation avec le patient nécessite une véritable rencontre « qui n'a de sens que si elle se fait dans une franchise absolue », et Walter Hesbeen (36) confirme que « la prise de risque est inhérente à une pratique soignante de qualité, car elle ouvre sur des actions adaptées, innovantes, qui sortent des normes, ce qui n'équivaut pas à se substituer dans l'illégalité ».

Je pense que sans juger, sans critiquer, en essayant d'être juste, en restant authentique, en s'exposant comme outil et acteur de soin, l'infirmier peut révéler certaines vérités au patient.

(27) art. L-1111-4 du 29/07/2004

(28) chapitre 1, art.2 du décret 93-221 du 16/02/1993

(29) d'IVERNOIS J-F, GAGNAYRE R. Apprendre à éduquer le patient. Maloine, 2004,210p, page 7

(30) BAUDRIER Flavie. Y a t'il une éthique de l'exercice libéral. L'infirmière libérale magazine, n°205, juin 2005, p18

(31) D.M FOWLER Marsha, LEVINE June. Ethique des soins infirmiers. Medsi, 1989, 220p, page 85

(32) BLONDEAU Danielle. De l'éthique à la bioéthique, repères en soins infirmiers. Paris, Lamarre, 1991 425 p, page 81

(33) ibid. page 87

(34) ibid. page 179

(35) COTINAUD Olivier. La psychologie des soins infirmiers, Infirmiers d'aujourd'hui. Paris, Le Centurion, 1983, 336p, page 80

(36) HESBEEN Walter, op.cit. page 72

4.7.2- L'éducation à la santé

4.7.2.1-Définition

« L'éducation pour la santé est basée sur la modification des comportements et aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie. En ce sens, la vulgarisation et la diffusion de connaissances ou une simple information ne suffisent pas » (37)

L'éducation à la santé vise donc la transmission d'un savoir, d'un savoir faire ou d'un savoir être. Mais elle nécessite un accompagnement car il faut que l'éducation ait un sens pour celui qui la reçoit, et ce que le soignant souhaite pour le bien du patient « n'a de sens que lorsque le patient le prend en charge. Il ne peut le faire que dans ses termes, à son rythme et en respectant sa dynamique personnelle » (38)

Il s'agit donc d'établir un diagnostic éducatif, culturel et social afin de répondre précisément à une situation.

Mais pour être efficace, elle vise l'implication du résident dans le domaine de sa propre santé et la sollicitation de l'entourage familial à cet effet. Cette démarche mobilise aussi tous les professionnels de santé à ce processus d'accompagnement : le médecin traitant le patient en premier.

Chacun d'entre eux y a un rôle pour travailler à un projet éducatif commun et aboutir à un projet de soins négocié et validé par les soignants, les proches et le patient lui-même. Eduquer, c'est ainsi faire comprendre, accepter, admettre, sans autorité mais « dans une situation où toute hiérarchie a disparu » (39).

Michel Delavay préconise de ne pas se retrancher derrière son savoir mais de passer d'une relation duelle avec le patient à une relation triangulaire (40). Le soignant joue alors le rôle de médiateur entre son savoir et le patient avec toutes ses qualités relationnelles « car vouloir persuader c'est se fermer à la pensée des autres » (41).

Cela demande aussi « d'être proche sans entrer en symbiose, sans avoir de projet sur l'autre » et d'être patient car l'éducation peut être un processus de longue haleine (42)

4.7.2.2 -Législation

L'éducation à la santé est un droit pour le patient et un devoir de l'infirmière ; elle fait partie intégrante du soin infirmier, ainsi le rappelle les parties 4 et 5 du décret de compétences du 29 juillet 2004.

Le Plan National d'Education pour la Santé de 2001 assigne que chaque citoyen doit pouvoir acquérir « tout au long de sa vie, les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie » (43)

(37) SANDRIN BERTHON Brigitte. A quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ? La Santé de l'homme n°383, sur www.inpes.santé.fr/

(38) DOMINICIE P., FAVARIO C., LATAILLADE L. La pratique des infirmières spécialistes cliniques, édition Seli Arslan, 292p, p150

(39) COTINAUD Olivier, op.cit, page 183

(40) DELAVAY Michel. A propos de l'éducation du patient .In :L'éducation du patient au secours de la médecine. Puf, 200 p, page 185

(41) HESBEEN Walter.op cit. page 96

(42) SIFFERT Martine. Soigner la vie, édition Seli Arslan, 2002, 255 p, page 35

(43) Comité régional d'éducation pour la santé Provence Alpes Côte d'Azur (CRES PACA) sur <http://www.cres-paca.org/activités/pdf/planantional18bk.pdf>, page 6.

Le métier d'infirmier « comprend en outre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène ainsi que l'application et la promotion des mesures contre l'infection et la contagion » (44).

4.7.3- La relation d'aide :

Elle s'impose dès lors que la personne n'arrive plus à affronter les difficultés de l'existence.

Ainsi, pour une personne dont l'image de soi est ébranlée, un travail de reconstruction est à faire.

Alain Raoult rapporte que l'aide « c'est apporter son soutien ou son secours à quelqu'un, c'est contribuer au mieux être de l'autre » (45).

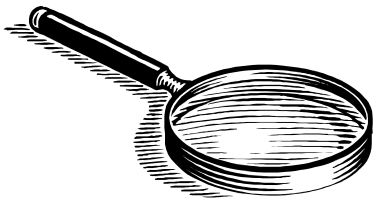
Citant Carl Rogers, il définit la relation d'aide comme « une relation dans laquelle au moins un des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la conscience, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie ».(46)

(44) art 1 du décret 81-539 du 12 mai 1981, Journal Officiel du 15 mai 1981.

(45) RAOULT Alain. Démarche relationnelle, Théories et pratiques infirmières, Vuibert, 2004, 425p, page 45

(46) Ibid page53

ENQUETE



D-ENQUETE

METHODOLOGIE

Le cadre théorique a répondu à nombre de mes interrogations et me permet de dégager des hypothèses, que le faible nombre de professionnels interrogés ne me permettra toutefois pas, éventuellement, de valider. Mais elles m'aideront à avancer dans la compréhension du sujet. Les voici :

* La qualité d'un soin implique de corriger une situation d'hygiène déficitaire du patient et de son environnement, et par conséquent de savoir changer les idées ou le raisonnement de quelqu'un.

* L'infirmier, avec les outils médicaux, sociaux et la relation privilégiée avec le patient à domicile, dispose d'une palette de moyens suffisants pour corriger une hygiène déficitaire du patient et de son environnement.

* Malgré des conditions d'exercice forcément moins évidentes qu'à l'hôpital, l'infirmier à les moyens, à domicile, de travailler en asepsie stricte pour la réalisation de son pansement.

J'ai préféré l'entretien semi directif au questionnaire pour ces entretiens, car il est plus ouvert, correspond mieux à ma façon de travailler et peut être réorienté si besoin.

Dans les échanges avec les professionnels, j'aborde chacun des thèmes de ma question de départ : l'hygiène, le soin et le pansement.

Sur dix infirmières contactées, une a refusé, deux devaient me rappeler pour convenir d'un rendez-vous... Quatre ont souhaité que l'entretien ne se prolonge pas plus d'une demi-heure !

Les entretiens durèrent donc 20 à 40 mn et se firent en cabinet (sauf une fois à la terrasse d'un café).

Les réponses sont succinctes, tous acceptèrent l'enregistrement de la conversation sauf une fois.

Afin d'ouvrir l'entretien à un climat propice à l'échange, les infirmières eurent les informations suivantes :

- l'entretien est anonyme
- il n'est pas obligatoire de répondre à toutes les questions
- ils peuvent interrompre l'entretien ou une question à tout moment
- ils sont libres d'aborder une question qui ne l'aurait pas été

J'en donne ici la retranscription sans en donner l'interprétation qui est le sujet de la synthèse.

Le guide d'entretien est disponible en Annexe 4.

ANALYSE



E-ANALYSE

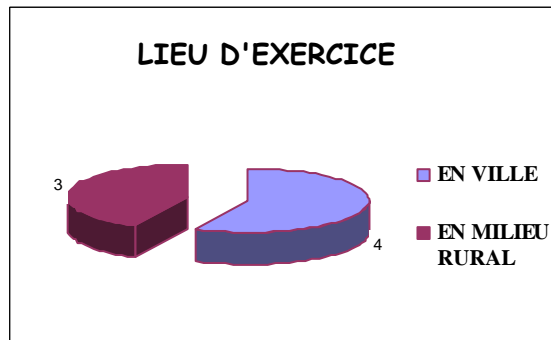
- Entretiens

1- Quel est votre parcours professionnel ?

Cette question sur le profil des soignants permet d'ouvrir le dialogue et d'apprécier si les réponses à venir sont à nuancer en regard de l'expérience professionnelle

- Trois infirmières exercent en ville : (infirmières 2, 3 et 6)

- Quatre exercent en milieu rural : (infirmières 1, 4, 5 et 7)

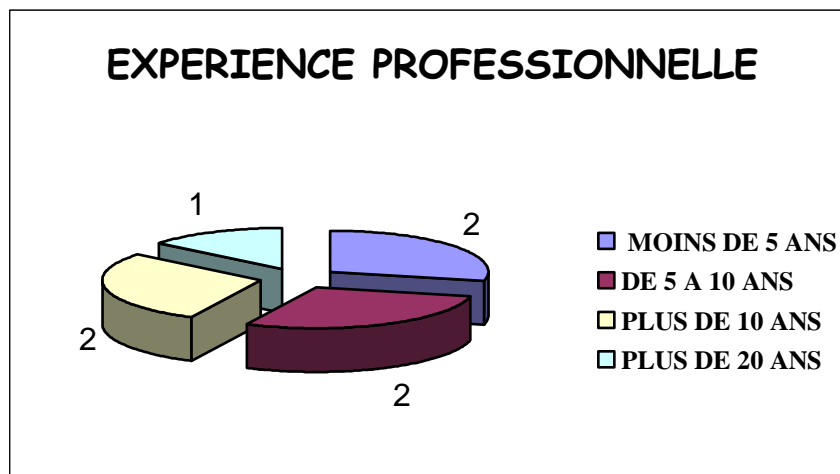


- Deux infirmières ont moins de 5 ans d'exercice libéral (infirmières 4 et 5)

- Deux de 5 à 10 ans d'expérience (Infirmières 1 et 2)

- Deux plus de 10 ans d'expérience (Infirmières 6 et 7)

- Une plus de 20 ans d'expérience (infirmière 3)



Expérience professionnelle :

Chirurgie : 4 soignants sur 7,
Intérim : 1 soignant sur 7,
Pédiatrie : 2 soignants sur 7,

Médecine : 5 soignants sur 7,
Psychiatrie : 1 soignant sur 7,
Maison de Retraite : 2 soignants sur 7

C'est donc une population hétéroclite de professionnels d'expériences diverses que j'interroge. Tous sauf une (infirmière n° 7) ont travaillé à l'hôpital dans des services spécialisés (chirurgie, médecine neurologique...). L'infirmière n° 7 dispose du Diplôme Universitaire de Plaies et Cicatrisation, et l'infirmier n° 5 a fait fonction cadre en neurologie au CHU Grenoble pendant un an.

2- Combien faites-vous de pansements par jour ? Pour quels types de plaies ?

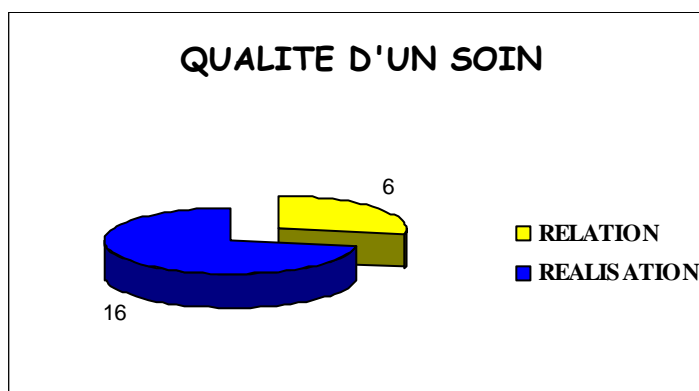
La question est aussi d'ordre général mais vise une approche du risque infectieux à domicile.

Tous en font une moyenne de 3 à 6 par jour, que ce soit en ville ou là la campagne, Les soins de pansements sont variés concernant autant les plaies aiguës (post-opératoire, brûlures, dermabrasions, amputations, kystes, abcès) que chroniques (ulcères veineux et artériels, escarres, pieds diabétiques). De plus, aucun ne m'a donné de différence quantitative entre petits ou gros pansements, mais deux infirmières m'indiquent qu'elles ont plus de pansements post-opératoires qu'auparavant, les gens sortant de plus en plus tôt de l'hôpital.

3- Quelles sont les conditions à la réalisation d'un pansement de qualité et à une prise en charge globale du patient ?

Cette question permet d'apprécier les spécificités et les difficultés à la réalisation d'un pansement à domicile non évoquées en théorie. Elle vise aussi à approcher la notion de qualité de soin en regard des attentes des patients et des priorités des soignants.

Six réponses concernent la relation
Seize le soin et sa réalisation.



- Expliquer au patient ce que l'on fait : 1 et 3 : « pour le rassurer », parler de l'utilité des soins 4 : « même si ça fait mal », et de ce qui nous est nécessaire pour bien travailler « plan de travail, savon... » : 3 et 7.

C'est indispensable car « à l'hôpital ils subissent même s'ils ne sont pas d'accord » : 7, chez eux « ils savent dire non » : 7.

- Respect des règles d'hygiène et d'asepsie : 3, 5, 6, 2.

- Ordonnance adaptée : 1,7 ou « savoir s'y adapter autant que possible » : 3

- *Savoir s'adapter aux conditions du domicile : 2 et 3 « négocier pour avoir une serviette propre », 7 : « demander suffisamment d'espace pour travailler et faire les pansements plutôt l'après midi pour avoir du temps »*
- *Donner des recommandations au patient pour les ulcères : « le pansement n'est pas le seul à permettre la guérison, prévoir le retour veineux, la contention, l'arrivée artérielle à préserver » : 5*
- *Parler avec le patient, certains n'ont pas la volonté de guérir mais « voir du personnel soignant tous les jours pour avoir de la visite » :5*
- *« Une cicatrisation rapide et sans infection » : 6*
- *Pansement adapté au mode de vie du patient « celui-ci ne doit pas le gêner ni se décoller » :6*
- *La continuité dans les soins avec dans l'idéal « toujours le même soignant » :2.*

4- Dans vos soins à domicile, vous arrive t'il de faire le diagnostic d'une hygiène déficitaire quant au patient, à l'environnement ou des deux ?

J'expose les soignants au cœur du problème de ma question de recherche, espérant une évaluation même vague de l'ampleur du phénomène. J'attends également des professionnels leurs premières impressions sur ce problème.
La question n'est volontairement pas spécifique au pansement, afin d'obtenir un maximum d'éléments de réponse sur la notion d'hygiène.

Oui à 100%, avec 4 nuances : parfois / fréquemment / souvent / assez souvent.

Deux infirmières font avec : 1,2.

Quatre soignantes parlent d'une difficulté à aborder le problème avec le patient : 3, 4, 7, 6, mais l'une d'elles indique que « la relation assez proche et fréquente permet d'arriver à dire les choses » : 4.

L'infirmier parle d'une « négociation pour arriver à arrondir les angles et à un compromis dans le soin » :5.

Deux infirmières évoquent une difficulté à faire comprendre le problème à certains patient : 7,6.

Deux autres indiquent que ce problème change la physionomie du soin : « il faudra faire le pansement plus souvent » : 4, « on s'applique à faire le pansement avec un maximum d'asepsie alors qu'il risque d'être rapidement souillé, mouillé, ou dans la terre, car ces gens ne font pas attention » : 6.

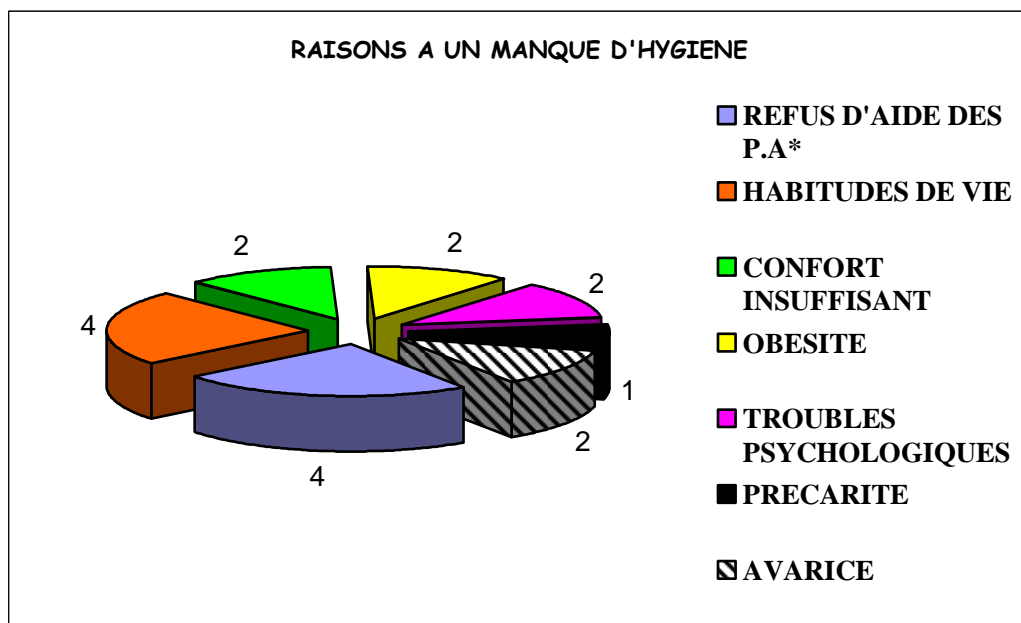
Une infirmière propose en solution « d'inciter à venir en cabinet » :7 et même qu'inhérent à ce problème, certains patients proposent « d'eux-mêmes à venir en cabinet » parce qu'ils « vivent dans des conditions un peu précaire ou pas très propres » :7.

5- Qui sont ces patients ? Connaissez-vous des facteurs qui amènent les gens à être négligeant dans l'hygiène d'eux-mêmes et de leur environnement ? Est-ce une question d'âge ou de confort ?

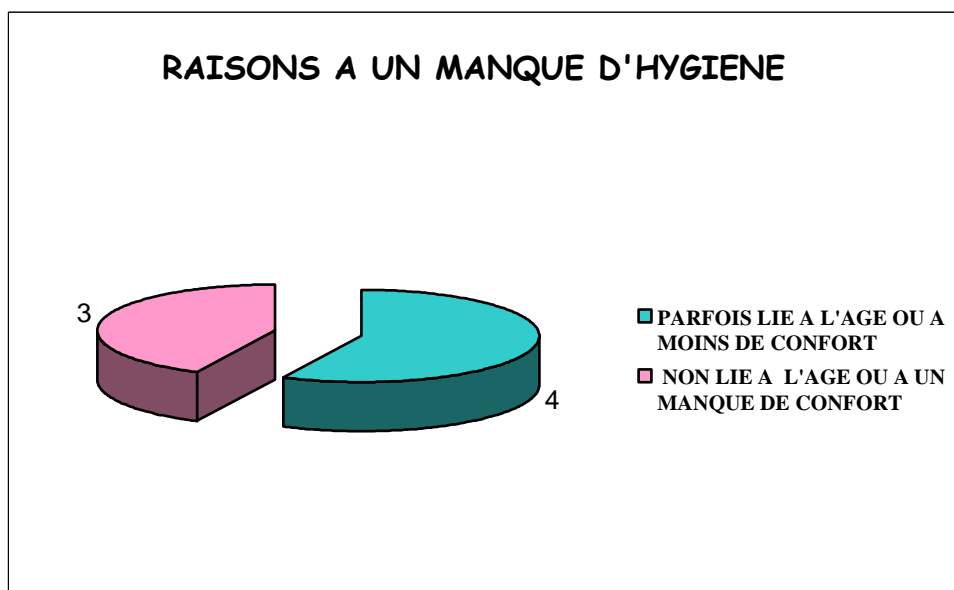
Cette question suit la précédente, au plus j'en saurai sur les patients concernés par la question de départ, mieux je pourrai répondre à celle-ci.

- *Personnes âgées qui ne veulent pas se faire aider : 6, 7, 5, 1 : « se reconnaître dépendant ou qu'on touche à leur autonomie ».*

- *Personnes qui ont toujours vécu comme ça, habitudes de vie* : 6, 7 : « une toilette par semaine », 2, 5 : « lié à un manque d'éducation ».
- *Un manque de confort du domicile* : 6 : « manque d'eau chaude », 1 : « de chauffage »
- *L'obésité* : 6 « difficulté à faire le ménage et à bien se laver », 4 : « hypersudation »
- *Concerne toutes les catégories sociales* : 2,7
- *L'avarice* : 5 « ne pas payer une aide ménagère, certains acceptent les aides mais ne veulent pas se faire aider », 6 : « souci d'économie en eau et savon »
- *Personnes qui se laissent aller* : 4 « par la boisson », 3 : « perte d'estime de soi »
- *Pas une question d'âge, ni de confort* : 4, 3, 2
- *Conditions de vie précaires* : 5



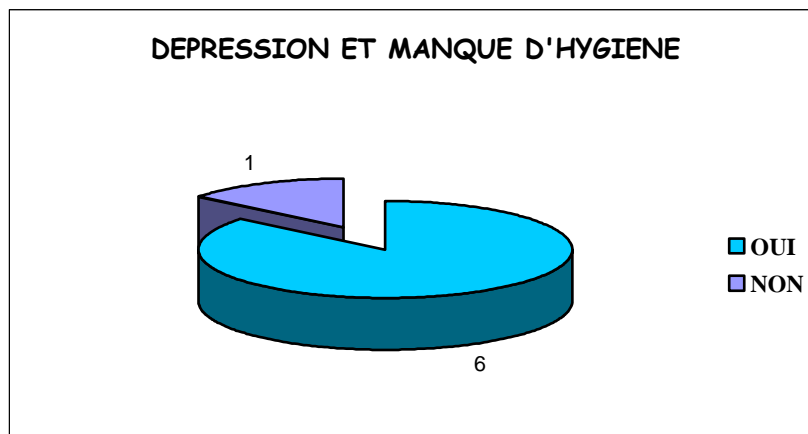
* Personnes Agées



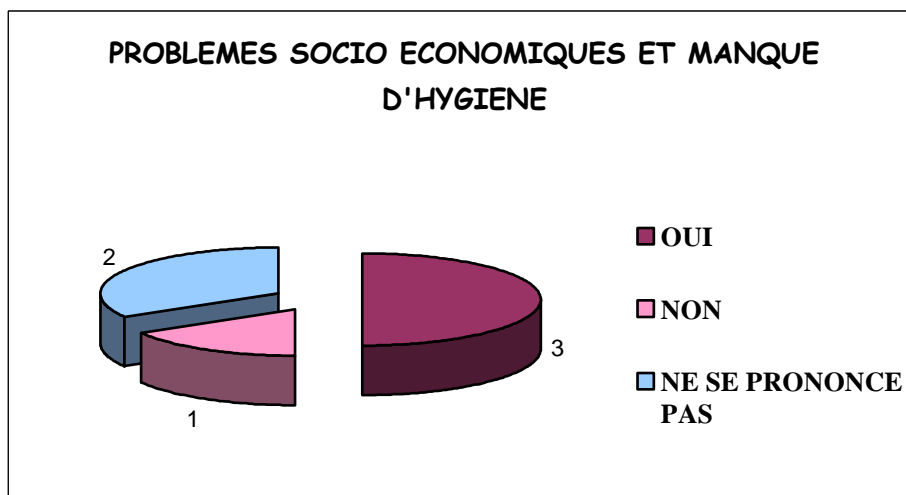
6- Peut-on associer ce problème d'hygiène à d'autres problèmes psychologiques (état dépressif plus ou moins marqué), ou facteurs socio-économiques (isolement, difficultés matérielles) ?

La question reste dans l'objectif de cibler au maximum les personnes concernées par le problème d'hygiène déficitaire, afin d'appréhender au mieux la question de recherche.

- *Oui à la dépression : 2 « mais pas toujours », 6 « ça peut », 5 « oui car cela induit un manque de courage » ; 1, 4, 3 « entraîne un laisser aller »*
- *Non, pas la dépression : 7 « ou alors on ne pourra de toute façon rien changer »*

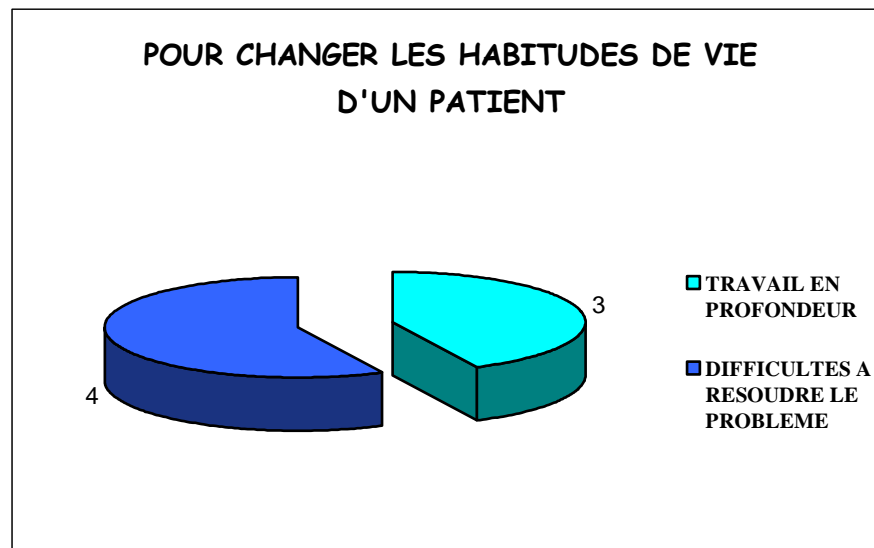


- *Non à un problème socio-économique : 7*
- *Oui à un problème socio-économique : 6, 1 : « les difficultés de la vie rejouent sur le psychisme », 4 : « oui mais pas tout de suite, après le stade de l'atteinte psychologique ».*
- *Non à l'isolement : 4*



7- Quelle est votre démarche quant à la résolution de ce problème d'hygiène du patient et de son domicile ?

Cette question cherchait à comprendre pourquoi le problème se présente et ne peut éventuellement être résolu. Quelles sont les limites au soin, les obstacles à l'établissement d'une éducation à la santé ou d'une relation d'aide, et si celles-ci peuvent avoir une utilité.



- « Le médecin ne prend pas l'initiative si le patient ne demande pas ou si l'infirmière ne suggère pas » : 6 , « il ne cherchera pas à convaincre et intervient en dernier lieu » : 3.

Une autre infirmière en « parle au médecin » mais avec des gants, car « ils n'aiment pas qu'on leur tire la sonnette d'alarme » : 4

- « L'entourage familial aide rarement contrairement à ce que l'on pense car relation privilégiée avec le patient entraîne une jalousie » : 6

- « Plus l'âge augmente, plus la rigidité psychologique et les habitudes sont fortes, et plus un changement est difficile » : 6

« Pour changer les choses, il faut bien étudier la façon de vivre » : 4, « éviter l'affrontement » : 6, « commencer par de petits changements » : 4, et 3 « diplomatie et patience », « répéter patiemment les bénéfices à accepter les soins » : 4.

- « Tant qu'ils ne sont pas en danger , si cela fait partie de leurs habitudes et que ça leur convient il n'y a alors rien à faire » : 7 « et cela serait très mal perçu » .

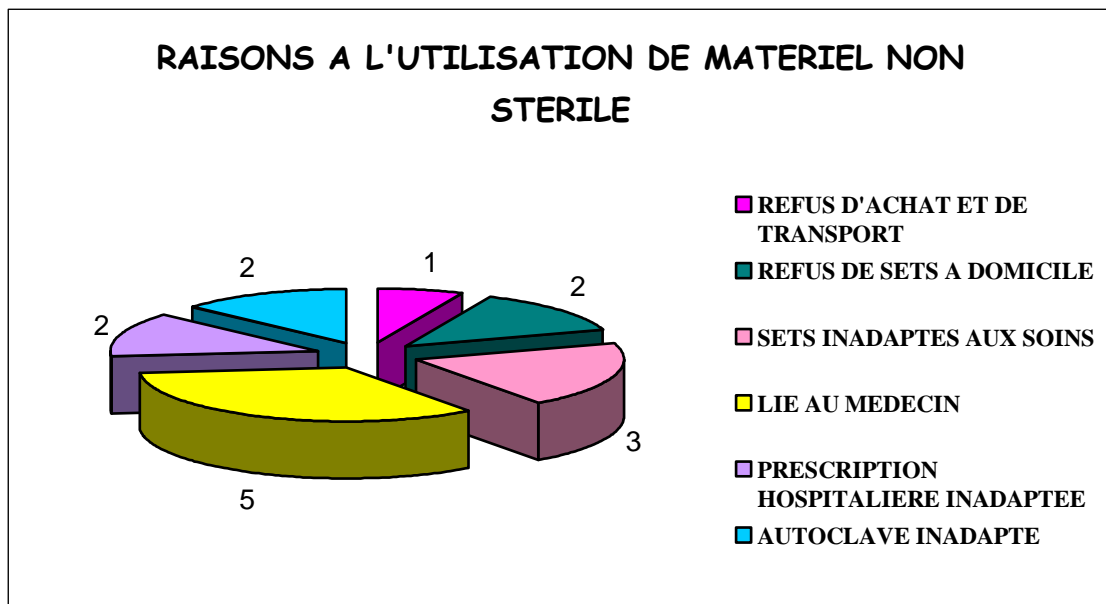
Opinion reprise par trois autres soignants avec des notions supplémentaires : 2 « Pour arriver à faire changer certains, il faudrait une relation empreinte d'affinité, un feeling », 5 « c'est très difficile d'arriver à un changement » et 1 « il faudrait que le patient le veuille et donc qu'il y voit un avantage ».

- « Cela prend du temps et le notre est limité » : 5

- Personnes ressources : famille : 2, 3, 4, assistante sociale : 1, 7 « mais très difficile à joindre ».

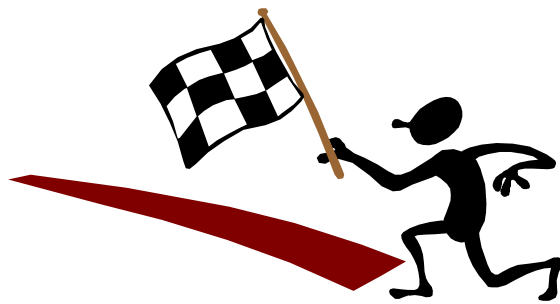
8- Quelles sont les raisons qui vous font utiliser du matériel propre car désinfecté mais non stérile ?

Permet de connaître les difficultés à exercer à domicile et de savoir ce qui nous empêche d'avoir une qualité de soins optimale.



- « Refus des patients d'avoir des cartons de sets à domicile » : 5, 6
- « Notre refus d'en avoir dans la voiture et de faire les courses à la pharmacie » : 5
- « Les médecins qui ne veulent pas prescrire de sets pour une question de coût » : 3 ou « pas assez » : 3 et 1 : « un set par semaine », ou « pour qui ce n'est pas encore naturel d'en prescrire » : 1,2
- « Demander au patient de solliciter le médecin » : 2, « connaître les médecins » : 6, « les solliciter en permanence » : 7
- « Pas de difficulté avec les médecins de ville, mais parfois des relances » : 4
- Set non adapté, « avec des choses que l'on jette » : 3, ou « qui manque en matériel, médiset post-opératoire : pas de ciseaux » : 1, ou « dont le matériel n'est pas solide, comme les pinces » : 2.
- « On utilise du matériel non stérile de moins en moins » : 7
- « Je stérilise à froid, comprimés de trioxyméthylène » : 4
- « Je stérilise au Poupinel » : 7
- « Prescription hospitalière inadaptée » : 4,7
- Autoclave « trop cher, nous ne sommes que deux » : 4, « Consomme beaucoup d'électricité et on ne peut pas mettre grand-chose dedans » : 7

SYNTHESE



F-SYNTHESE

Je conçois cette synthèse comme une confrontation entre les données de l'enquête et le cadre théorique. Elle est organisée en deux parties :

- la première sur le concept de qualité de soin pour la réalisation d'un pansement à domicile.
- la seconde sur le problème d'hygiène.

1- Qualité de soin pour la réalisation d'un pansement à domicile : questions 1, 2, 3, 8

Le pansement est un soin important car quotidien chez l'infirmier, constituant une part importante de l'exercice de son métier. Tous les professionnels sont donc quotidiennement confrontés au risque infectieux pour ce type de soin.

Les soignants reprennent dans leurs réponses les trois aspects à la qualité de réalisation d'un pansement évoqués en théorie, à savoir :

- la qualité technique

Une nouvelle difficulté pour la réalisation d'un pansement apparaît : celle de savoir s'adapter aux ordonnances souvent incomplètes. Ce problème est évoqué par 3 infirmières : 1, 3 et 7.

L'important respect des règles d'hygiène et d'asepsie développé en théorie est plébiscité par la majorité des soignants (4 sur 7 et un 5^{ème} soignant parle d' « une cicatrisation rapide et sans infection »).

Mais sur la prise en charge locale d'une plaie, rien mis à part la « continuité dans les soins » n'est dit par les professionnels. L'importante évaluation de la plaie (quel est son stade et l'état des berges, y a-t-il un écoulement...) qui implique éventuellement le changement de traitement est ainsi oubliée.

Des notions importantes comme le nettoyage et la détersion ne sont également pas évoquées.

Le confort lié au soin, et la douleur qu'il peut engendrer, n'est que superficiellement abordé par une infirmière, car sans évoquer le traitement antalgique correspondant : « parler de l'utilité des soins même si ça fait mal ».

La continuité dans les soins est indiquée par une professionnelle, mais il n'y avait pas dans la théorie « l'idéal du même soignant » pour ce soin dans la mesure ou celui-ci répond à une prescription et à un travail d'équipe.

- la qualité relationnelle

Si l'aspect relationnel dans les soins est abordé par cinq soignants sur sept, des données manquent à l'appel eu égard à la théorie.

La relation avec le patient évoquée par quatre soignants semble effectivement à sens unique. Où sont :

- Le principe d'échange et de « lien » patient soignant ?
- La connaissance du patient avec écoute et disponibilité ?
- Toutes les attentions qui donnent à voir le patient autrement que pour son soin ? Ce dernier devant être « personnalisé, spécifique, individuel » selon Walter Hesbeen.

Le terme de communication est bien énoncé par un des professionnels de santé, mais il pose la question de la légitimité à la réalisation du pansement et du sens que l'on donne au soin: « certains patients ne veulent pas guérir mais voir du personnel soignant pour avoir de la visite » :5

Le concept théorique de prise en charge globale est par conséquent ébranlé par les réponses des soignants. Le terme ne sera d'ailleurs jamais repris dans les réponses des soignants ni même celui de plaie.

Il imposait pourtant que le soignant ne se limite pas au soin, ni à « faire du relationnel » mais « d'être relationnel », toujours selon Walter Hesbeen. Il manque également la notion de projet de soin par rapport à la théorie.

Quatre infirmières confirment par ailleurs une spécificité indiquée en théorie sur le soin à domicile. Le fait de pénétrer l'intimité du patient rend effectivement le soin plus difficile : « à l'hôpital ils subissent même s'ils ne sont pas d'accord, chez eux ils savent dire non »

Dans les soins à domicile, la relation est donc bien fondamentale à la bonne réalisation d'un soin, elle en conditionne la qualité.

L'infirmier 5 évoque aussi la recommandation théorique de « faire comprendre au patient le sens et le but de son traitement » Certes, pour rendre le patient « acteur de son soin » (Dorothea Orem), celui-ci doit avoir une information sur l'hygiène de vie nécessaire à la cicatrisation et suivre des recommandations (ne pas toucher à son pansement, ni le mouiller, le garder propre, éviter tabac, sédentarité, avoir une alimentation riche en protéines et vitamines...).

Les soignants ne rapportent pas pour la qualité d'un soin l'importance de transmissions écrites et orales et d'un travail d'équipe pluridisciplinaire. Cette impression est confortée par les propos d'une infirmière qui veut voir dans « l'idéal pour le soin, toujours le même soignant ».

Le travail en collaboration avec le médecin semble toutefois implicitement abordé par une soignante à la question 4, ou par rapport à une hygiène déficitaire du patient et de son environnement elle déclare : « il faudra faire le pansement plus souvent ».

La question 8 s'intéressait à une des raisons amenant la notion de qualité de soin pour la réalisation d'un pansement à être relative, par l'utilisation de matériel de soin désinfecté non stérile.

Ce n'est ainsi pas par choix personnel que les infirmières font l'utilisation de matériel non stérile, et la théorie n'avait pas appréhendé les problèmes suivants :

- le refus de patients à avoir des cartons de sets à domicile : 5 et 6
- le refus du soignant d'amener les sets et d'en faire les achats à la pharmacie : 5
- la difficulté d'avoir ces sets auprès des médecins : estimé trop cher :3 ,prescrit en nombre insuffisant :3,1 , tout simplement non prescrits : 1,2,4,7 ou à réclamer :2,7,4

Et deux infirmières reparlent du problème des prescriptions hospitalières inadaptées : 4,7

- set lui aussi non adapté au soin à réaliser : avec du matériel que l'on jette : 3 ou qui manque : 1 (Mediset post-opératoire : pas de ciseau) ou qui n'est pas solide : 2

Deux infirmières rappellent aussi l'inconvénient de l'autoclave: « trop cher » indiquant également qu'il « consomme beaucoup trop d'électricité et on ne peut pas mettre grand-chose dedans » :

Comme vu en théorie, les sets stériles ne sont donc pas exempts de défauts, mais malgré cela, leur prescription reste très largement insuffisante.

J'aurai justement du approfondir le sujet et interroger les soignants sur les façons de se faire entendre des praticiens pour la prescription de ces sets en nombre suffisant, ainsi que sur les fondements d'une bonne collaboration médecin infirmier.

Peut-être la prescription infirmière, inaugurée depuis peu, pourra t'elle pallier à ce déficit de prescription ?

L'utilisation de matériel non stérile qui, déjà « se fait de moins en moins » selon l'infirmière 7, serait donc vouée à se poursuivre.

- la qualité organisationnelle

Sans surprise et conformément à la théorie, des éléments nécessaires à la bonne réalisation du pansement à domicile peuvent être manquants aux dires des professionnels : « plan de travail, serviette propre, savon » :3,7. Il s'impose donc de demander au patient le matériel nécessaire pour assurer la qualité du soin.

- Evaluation de la qualité d'un pansement

Une infirmière reprend une disposition théorique à la réalisation d'un pansement de qualité, évoquant « une cicatrisation rapide et sans infection » :6.

La même infirmière apporte une précision nouvelle pour l'évaluation d'un pansement : « celui-ci doit être adapté au mode de vie du patient, ne pas le gêner ni se décoller ».

Il manque cependant, eu égard à la théorie, et pour une évaluation plus exhaustive de la qualité d'un soin:

- la formation continue, les compétences et la mobilisation des connaissances du soignant
- l'autoévaluation et l'analyse personnelle de sa pratique quotidienne
- la satisfaction du patient.

A l'issue de l'étude des questions 2, 3 et 8, je constate d'abord, que seule l'infirmière porteuse du Diplôme Universitaire des « Plaies et Cicatrisation » reprend dans ses réponses des caractéristiques aux trois composantes de la qualité d'un soin : technique, relationnelle, organisationnelle. La formation semble donc un plus, permettant une vision plus exhaustive du soin.

Car les notions de base du soin, à l'issue des questions 2 et 3, sont approximatives chez les soignants, et de nombreuses données sont manquantes par rapport à la théorie.

Les réponses étaient cependant trop brèves pour être exhaustives (une moyenne de trois réponses par soignant). Les critères à une prise en charge globale ont disparu au fil du temps. La pratique infirmière s'en ressent-elle ? Les soignants cherchent-ils à optimiser leurs soins ?

J'aurai du, encore une fois, et pour le savoir, approfondir certaines réponses des soignants, et les « relancer » sur certains points importants de la théorie.

La qualité de soin décrite en concept, semble donc riche de pouvoir apporter au patient ce qui est le mieux pour lui, et ne souffre pas d'oppositions dans les réponses des professionnels. De même, les professionnels n'apportent pas de démenti à la description théorique du concept de pansement.

Après avoir étudié le concept de qualité d'un soin pour la réalisation d'un pansement au domicile d'un patient, essayons maintenant de mieux cerner le problème d'hygiène déficitaire du patient et de son environnement.

2 -L'Hygiène questions 4, 5, 6 et 7

Tous les soignants ont bien été confrontés à une d'hygiène déficitaire du patient et de son environnement, et une infirmière voit instantanément une solution théorique à la répercussion de ce problème sur le soin « il faudra faire le pansement plus souvent ». Quatre soignants parlent d'emblée d'une difficulté à aborder ce problème avec le patient, dont deux en insistant sur la difficulté encore plus accrue avec certains d'entre eux (7,6).

Cette difficulté oblige deux autres soignants à composer avec le problème en question (1,2).

Le souci de révéler certaines vérités au patient n'était pas aussi accentué en théorie, alors que celui-ci est majeur pour les soignants. Mais, comme vu en théorie, la question touche à l'intime et les professionnels de santé ne dérogent pas au principe de respect de la personne humaine.

Malgré la difficulté de révéler au patient le souci d'hygiène, une infirmière reprend l'idée théorique d'une relation privilégiée à domicile qui permet, en l'occurrence « d'arriver à dire les choses » (4).

C'est la seule infirmière à parler d'information du patient alors que mes concepts allaient beaucoup plus loin, prônant éducation et accompagnement. Voyons si les réponses suivantes des soignants rejoignent l'idéal théorique.

A noter qu'une 1ère solution est amenée par l'infirmière (7), celle « d'inciter à venir en cabinet », la soignante argumentant même que certains patients le proposent.

Questions 5 et 6

Les raisons qui amènent une personne à négliger son hygiène personnelle et son environnement ne font pas consensus chez les soignants.

Mais la majorité des professionnels de santé s'accorde à dire que ce problème n'est pas une conséquence directe du vieillissement, elle est due à refus d'assistance de la personne âgée que ma théorie n'avait pas envisagé. Conformément au concept d'hygiène, le problème selon eux n'est donc pas du à un manque de moyens humains (pas assez de personnel soignant ou d'auxiliaires de vie), techniques (logement inadapté à l'avancée en âge : manque de barres d'appui...) ou financiers (manque de moyens financiers pour rémunérer une auxiliaire de vie)

Tout l'enjeu de la prise en charge infirmière sera donc, pour ce cas de figure, de les faire changer d'avis. Et le problème d'hygiène apparaît dès lors comme celui d'une relation soignant soignée non évoquée en théorie.

La qualité d'un soin passe t'elle donc aussi par la capacité d'un infirmier à élaborer des stratégies de communication efficaces et de solides argumentations pour savoir convaincre un patient ?

Par ailleurs, quatre soignants sur sept associent le problème d'hygiène à une façon de vivre évoquée mais non développée dans les concepts. L'âge n'intervenant pas dans cette réponse.

Pour ce type de situation, un travail d'éducation à la santé semble particulièrement adapté. Ce que les professionnels appliquent, sans en prononcer le mot, mais en en reprenant les qualités nécessaires appréhendées en concepts : patience, douceur, persévérance, diplomatie, négocier, valoriser la personne. La notion d'accompagnement et de connaissance de la personne, évoquée en théorie est aussi reprise chez certains soignants : « commencer par de petits changements », « étudier la façon de vivre »

Les professionnels confirment ainsi que pour emmener la conviction et un changement chez un patient, il faut l'accompagner, et non se suffire de lui dire la vérité.

Si le confort (manque d'eau chaude, de chauffage) comme élément à charge dans un problème d'hygiène n'est pas clair pour les infirmiers (deux voix pour mais une contre), l'obésité apparaît comme facteur influençant selon deux items : la difficulté à bien se laver (6) et l'hypersudation (4)

Les cas de précarité et de dépression, longuement traités en théorie existent mais semblent peu courant en pratique. Ce ne sont que deux raisons à un manque d'hygiène parmi d'autres pour les professionnels.

- la précarité comme cause à une hygiène déficitaire n'est mentionnée qu'une fois en 1^{ère} intention sur sept soignants et par trois voix contre une en question inductive (aux 6 soignants qui n'en avaient pas parlé), et deux soignants ne se prononcent pas.

- la dépression et la perte d'estime de soi comme facteurs de « laisser aller » sont évoqués par une seule soignante une 1^{ère} fois (mais lié à la boisson). Mais ils sont repris par six soignants pour et un contre en question inductive.

L'isolement, évoqué dans la question 6, n'a jamais été repris en réponse comme facteur d'hygiène déficitaire. Je ne le retiens donc pas.

Question 7

Conformément à la théorie, les professionnels de santé se tournent vers la famille, le médecin voire l'assistante sociale face à un problème d'hygiène déficitaire.

Mais une difficulté nouvelle est apportée par une infirmière « l'entourage familial nous aide rarement contrairement à ce que l'on pense, car la relation privilégiée avec le patient entraîne une jalousie » (5).

Le soin à domicile peut donc être plus compliqué que prévu.

Et les professionnels sont divisés sur l'issue à donner à ce problème d'hygiène.

Ainsi quatre infirmières sur sept pensent qu'il n'est pas lieu de changer les habitudes de vie d'un patient. L'une précisant « tant qu'ils ne sont pas en danger, il n'y a rien à faire ». Ils expriment aussi les difficultés suivantes, plus accentuées que dans la description théorique du concept d'hygiène, à faire évoluer ce genre de situation : « ce serait très mal perçu », « il faudrait que le patient le veuille et pour cela qu'il y voit un avantage », « il faut une relation empreinte d'affinités, un feeling », « ce serait très difficile d'arriver à un changement ».

La théorie n'avait effectivement pas appréhendé que ce que l'on estime être le mieux pour un patient, ne l'est pas forcément pour lui, et qu'il n'est pas lieu de formater les gens à un idéal qui ne leur correspond pas.

Mais trois soignantes ne laissent pas le patient conserver de mauvaises habitudes de vie. Elles confirment que théoriquement, un problème d'hygiène est à corriger. Ces professionnelles, malgré la difficulté à juguler ce souci, dévoilent pour cela l'arsenal des qualités humaines dont la théorie s'est faite l'écho.

Si le soin s'arrête donc aux limites que le patient lui pose, je continue à penser qu'un manque d'hygiène n'est pas une situation dont on peut se contenter. Et je persiste à croire qu'avec un échange soignant soigné approfondi, une forte motivation, du temps et des compétences, le problème peut être corrigé. Certains professionnels m'en ont montré l'exemple.

Mais vouloir améliorer l'hygiène d'un patient et de son environnement ne doit bien sûr pas se faire à n'importe quel « prix » ; même si nous sommes habilités à dire au patient ce qui ne lui est pas forcément agréable à entendre.

Car le soin reste un compromis et les professionnels ont su pointer l'espace entre les bonnes intentions, la pratique, et les freins à la relation. Pour aller plus loin dans les réponses à la question de recherche, j'aurai aimé, après réflexion, poser d'autres questions aux soignants :

- Pour soigner faut-il être autant habile technicien que spécialiste de la relation ?
- Pour quelles raisons certaines personnes âgées refusent-elles de se faire aider ? Gène ? Refus de se voir vieillir ?...
- Quels paramètres de la relation soignant soigné la réalisation d'un pansement fait-elle intervenir ?

CONCLUSION



G-CONCLUSION

Au commencement de l'élaboration de ce Travail de Fin d'Etudes, il m'était difficile de penser que j'allais parvenir à le réaliser car, durant mes études je n'ai jamais eu à produire un travail de cette importance.

A l'heure où j'écris ces lignes, je me réjouis d'y être arrivé, et je m'aperçois que celui-ci m'a fait évoluer.

La lecture d'auteurs érudits sur les questions de santé m'a beaucoup intéressé, mais je pense avoir abordé ce mémoire d'une manière trop scolaire. L'envie de maîtriser le sujet, de proposer des solutions voire un protocole de soins idéal était, inconsciemment, sûrement présente.

Le danger était pourtant majeur :

-Croire à une maîtrise totale du risque infectieux dans le traitement d'une plaie est un leurre. Et le principe de précaution m'apparaît désormais comme une notion relative, dont l'objectif devrait, à mon avis, se limiter à réduire le risque infectieux à un niveau minimum.

L'accroissement de mes connaissances a été de pair avec de nouvelles questions et des doutes. Elles m'ont permis de m'interroger sur le sens des soins tels que je les conçois aujourd'hui. Ceux-ci doivent s'adresser au corps mais dans le respect de l'âme. De plus, le soignant doit adapter son soin à un contexte et à un patient avant de chercher à appliquer un quelconque protocole.

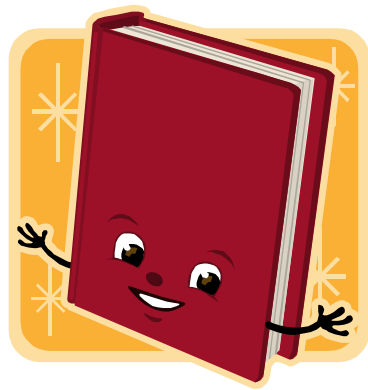
- Croire l'infirmier omnipotent à pouvoir résoudre toutes les situations de soins, sans se rendre compte de l'ampleur et de la complexité de ceux-ci, amène à une impasse.

Chercher à faire au mieux est déjà une belle idée, viser la perfection nous enferme dans un obscurantisme. Veillons aussi à laisser le patient toujours libre de lui-même, responsabilisons le, aidons le au mieux, informons le mais respectons ses volontés.

Tout ceci m'amène à une interrogation qui pourrait faire l'objet d'une nouvelle recherche :

« Sommes nous de mauvais soignants si nous n'arrivons pas à corriger une hygiène déficitaire du patient et de son environnement ? ».

BIBLIOGRAPHIE



H-BIBLIOGRAPHIE

LES SITES INTERNET:

- L'Institut Pasteur sur www.hygiene-educ.com, (pages consultées le 5 juin 2007).
- VILBROD Alain, DOUGUET Florence, Le métier d'infirmière libérale, 2 tomes, DREES, avril 2006, consultable sur le site de la Fédération Nationale des Infirmiers : [http://fni38.fr/Textes/ p68 tome2](http://fni38.fr/Textes/p68_tome2), (consulté le 28 mai 2007).
- CCLIN OUEST : Hygiène des mains en ambulatoire, disponible sur www.cclinouest.com, (consulté le 5 juin 2007).
- Le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports sur <http://www.sante.gouv.fr/htm.pointsur.praps/1pr.htm>, (consulté le 10 juin 2007).
- La Haute Autorité de Santé sur <http://www.has-sante.fr/portail>, (consulté le 10 juin 2007).
- LE CAIN Anne, Dr MOUROUGA Philippe. La Précarité en France, consultable sur www.inpes.santé.fr (page consultée le 26 avril 2007).
SANDRIN BERTHON Brigitte. A quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ? Consultable sur le même site.
- Comité régional d'éducation pour la santé Provence Côte d'Azur sur http://www.cres-paca.org/activités/pdf/planantional_18bk.pdf, page 6 .Consulté le 15 juin 2007.
- GRAND Patrick, Evaluation de la gestion du risque infectieux lié aux actes infirmiers en pratique libérale dans le département du Loiret, <http://fulltext.bdsp.tm.fr/>

PERIODIQUES et COURS :

- AMIEC. Contribution à la qualité des soins, 1999, 74 p, page 56
- BAUDRIER Flavie. Y a-t-il une éthique de l'exercice libéral ? L'infirmière libérale magazine, n°205, juin 2005, page 18
- BAUDRY Alain. Approche du traitement de l'air en salle d'opération. Techniques hospitalières, septembre 2003, n°679 page 48
- BERTROU Anne, CHAPUIS Catherine, HAJJAR Joseph. Relations entre contamination et environnement hospitalier .HYGIENES-2000-volume 8-n°3, page 144
- CHAURY Muriel, HERVOIR Françoise rapportant les propose de KOVESS Viviane dans Le projet de soins, Soins Formation Pédagogie Encadrement, 1997, n°23, p23.
- CHAURY Renée, HERVOIR Françoise. Le projet de soins. Revue : Soins Formation Pédagogie Encadrement, 1997, n°23, page 22
- CHEVETZOFF Philippe. De l'hygiène et de la souillure : regard anthropologique, Objectifs soins, n°39, janvier 1996, pages 9 et10

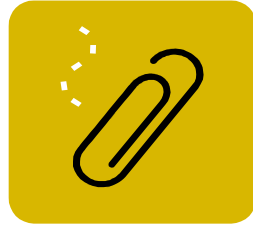
- CHUNG Jacqueline.L'hygiène, cours de 1^{ère} année.
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, 2005, n°439
- DUTERTRE Karine, les Pansements, cours de 1^{ère} année.
- FROMENTIN Isabelle .Quels pansements pour quelles plaies ? Supplément à la revue de l'infirmière, hors série p.13
- FROMENTIN Isabelle, Hygiène et Bactériologie des plaies. Soins n°709, octobre 2006, page 20
- FROMENTIN Isabelle. Lorsqu'une plaie s'infecte. SOINS n° 707, juillet août 2006, page 28
- FROMENTIN Isabelle. Lorsqu'une plaie s'infecte... Quels recours pour le soignant ? Soins n°707, juillet août 2006, page 27
- FROMENTIN Isabelle. SOINS : Optimiser la prise en charge des plaies à l'hôpital et à domicile, janv. /fev 2006, n°702, p29.
- FUCKS Marie. Personnes âgées, faire de l'hygiène un soin de vie. L'infirmière libérale magazine,
- INSEE. France portrait social 2005-2006, 260 pages
- .
- MAGIS R, DUCEL G. L'appréciation du risque et sa gestion, Techniques hospitalières, n°617, juin 1997, page 38
- MIRAS Eloise : Plaies et cicatrisation, cours du 21.11.06 n°153, octobre 2000, pages 10 et 12.
- Norme AFNOR NF S90-351 : Exigences relatives pour la maîtrise de la contamination aéroportée.Afnor, juin 2003.
- R.ESTRYN-BEHAR Madeleine, Interface entre les normes et les référentiels. Actualité et dossier en
- RAME Alain.Réalisation d'un pansement simple.Revue de l'infirmière, juin/juillet 2006, n°122, p37
- SALES François.Améliorer la qualité. Méthodes et outils. HMM, 2000, n°29, page 18 Santé publique, n°35, janv. 2001 p71
- TEOT Luc. Les plaies aiguës.Soins n°683, mars 2004, page 21
- TEOT Luc. Les plaies chroniques.Soins n°685, mai 2004, p21
- THIVEAUD Dominique. L'eau à l'hôpital. HMM, 1998, n°7, page 10
- VERET Catherine et MEKOUARD Richard, Fonction : risk manager, Infirmière Libérale Magazine, juin 2006, n°216, page 27

OUVRAGES :

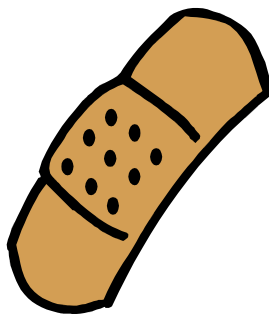
- BACHELARD Gaston. La formation de l'esprit scientifique. Paris, 1972, 234p
- BLONDEAU Danielle. De l'éthique à la bioéthique, repères en soins infirmiers. Paris, Lamarre, 1991 425 p
- CARONNE Muriel. Guide de l'infirmière libérale, ed Lamarre, 2005, 205p, page 36
- CCLIN Sud-est. Prévention du risque infectieux. Du savoir à la pratique infirmière. Edité par le C.CLIN, décembre 2004, 41 p
- COLLIERE Marie Françoise. Promouvoir la vie, Inter Editions, 1996, 380 p
- COLLIERE Marie Françoise. Soigner... Le 1^{er} art de la vie, InterEditions, 1996, 346p, page 320
- COTINAUD Olivier. La psychologie des soins infirmiers, Infirmiers d'aujourd'hui. Paris, Le Centurion, 1983, 336p
- D.M FOWLER Marsha, LEVINE June. Ethique des soins infirmiers. Medsi, 1989, 221p
- D'IVERNOIS J-F, GAGNAYRE R. Apprendre à éduquer le patient. Maloine, 2004,210p
- DELAVAY Michel. A propos de l'éducation du patient .In :L'éducation du patient au secours de la médecine. Paris puf, 200 p
- DOLTO Françoise. L'image inconscience du corps. Points Essai, 1992, 278 p
- DOMINICIE P., FAVARIO C., LATAILLADE L. La pratique des infirmières spécialistes cliniques, édition Seli Arslan, 292p
- FROMENTIN Isabelle .Une plaie vivante, Fondation littéraire Fleur de lys, 2007, 186p
- GPEM Guide du bio nettoyage 1994 ,58 pages
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé par le HSCP, Edition ENSP, 1998,321p
- HENDERSON Virginia. La nature des soins infirmiers. Paris : InterEditions, 1994, 235p
- HESBEEN Walter. La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante .Masson, 1998, 208 pages
- HESBEEN Walter. Prendre soin dans le monde, ed Seli Arslan, 2000,224 p
- HUGARD Lionel. Hygiène et soins infirmiers, ed Lamarre, 2001, 151p
- HYGIS N., Hygiène Hospitalière, Presses Universitaires de Lyon, collection Azay, 2000,672 p
- DRASS Rhône Alpes .La mesure des phénomènes de pauvreté en Rhône Alpes, 2003,73p
- LACOMBE Michel, PRADEL Jean-Luc, RAYNAUD Jean- Jacques, dictionnaire médical, Larousse ,1989 ,559 p

- LE HEURT, GOMILA, GIROT, RAFAOUI, Nouveaux Cahiers de l'infirmière, tome5 : Hygiène, Masson, 291p
- LOUX Françoise. Traditions et Soins d'aujourd'hui, Inter Editions, 1991, 312 p
- MAGALON Guy, VANWISCA Romain. Guide des Plaies : du pansement à la chirurgie, John Libbey Eurotext. 2003, 425 p
- MAGNON René, DECHANOZ Geneviève, LEPESQUEUX Maryvonne Dico des soins inf, 2^{ème} édition, Lyon, AMIEC recherche, 2002, 376p
- MEAUME Sylvie. Prise en charge de l'infection sur plaies chroniques, Soins, supplément n° 692, Janv. /Fév. 2005, page 20
- Ministère de l'emploi et de la solidarité. Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Comité technique national des infections nosocomiales. Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux ; Paris : 1998 ; 23-25
- Norme AFNOR NF S90-351 : Exigences relatives pour la maîtrise de la contamination aéroportée. Afnor, juin 2003.
- OREM Dorothée. Soins infirmiers : les concepts et la pratique. Paris : Maloine, 1987.359p
- RAJABLAT Marie .La Toilette, voyage au cœur du soin. Masson Elsevier, 2006, 213 p
- RAOULT Alain. Démarche relationnelle, Théories et pratiques infirmières, Vuibert, Paris, 2004, 425 p
- ROZIER et ERB, Soins infirmiers, une approche globale. Édition du renouveau pédagogique, 1983, 850p
- SALDMANN Frederic. On s'en lave les mains, Flammarion, 2007,307p
- SIFFERT Martine. Soigner la vie, édition Seli Arslan, 2002, 255 p
- SOKOLOFF Véronique, BELTRAN Geneviève .Guide de l'infirmière libérale, 1^{ère} édition, Maloine, 2001,341p
- TEOT Luc, MEAUME Sylvie, DEREURE Olivier. Plaies et cicatrisation, Masson, 2005, 548p
- VEGA Anne. Soignant/Soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers, ed. De Boeck Universités, 2001, 156p
- VIGARELLO Georges. Le propre et le sale. Le Seuil.2005, 288p
- WATSON Jean. Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers, ed Seli Arslan, 1998, 320p

ANNEXES



ANNEXE 1



ANNEXE 1

3- PANSEMENT

De nombreux rappels théoriques composent ce concept. Bien que long, l'ensemble se veut exhaustif afin de répondre aux interrogations qu'implique la question de recherche.

3-1 CARACTERISTIQUES MICROBIOLOGIQUES DE LA PEAU

3.1.1-Structure

La peau est un organe élaboré constitué de 3 couches cellulaires : l'épiderme, le derme, l'hypoderme. Elle est « indispensable à la défense des infections et a un rôle de barrière mécanique, chimique et bactérienne » (1).

3.1.2-La flore bactérienne

3.1.2.1-Généralités

Chacun d'entre nous est et fait partie d'un écosystème. Notre peau est ainsi colonisée par des microorganismes dont très essentiellement des bactéries (mais aussi par des champignons, virus voire parasites) à hauteur de 1000 milliards environ pour l'ensemble du corps.

Cette flore s'étend jusqu'aux tissus de l'organisme qui communiquent avec l'extérieur (voies aériennes, tube digestif, cavité vaginale). Elle varie selon les endroits du corps, l'âge, l'environnement...

L'infirmier hospitalier, par exemple, possède une flore transitoire plus riche et plus résistante aux antibiotiques.

3.1.2.1.1-La flore résidente

Commensale ou permanente, elle désigne les bactéries à Gram + (du nom du marqueur qui les met en évidence) qui vivent « à demeure » et les « bons microbes ».

Elle est indispensable à l'équilibre physico-chimique de la peau, et, tel un bouclier, participe à notre immunité en repoussant les bactéries de la flore transitoire.

Les 3 genres qui la représentent sont, à 90 % :

- les staphylocoques à coagulase négative : dont le staphylocoque épidermidis
- les corynébactéries
- les propionibactéries.

(1) CCLIN-OUEST. Hygiène des plaies et pansements, 2004 page.18, sur www.cclinouest.com

3.1.2.1.2-La flore transitoire

Ou contaminante pour les bactéries dites « de passage » et à Gram-.

Le staphylocoque aureus (« doré ») et le streptocoque sont les chefs de file de ce bataillon de bactéries moins nombreuses mais de nature très variées .Car « n'importe quel organisme présent dans l'environnement ou provenant des flores digestive, vaginale ou buccale..., peut être retrouvé à un moment donné sur la peau » (2) .

Ces bactéries s'implantent d'autant plus facilement sur une plaie qu'elles y trouvent des conditions d'implantation et de multiplication privilégiées.

3.1.2.2-Les conséquences d'une hygiène déficitaire de la peau, voir page 15

3.2- LA PLAIE

3.2.1-Définition

« Défaut ou dégradation de la peau suite à un dégât physique, mécanique, thermique, ou qui se développe suite à la présence d'un trouble sous-jacent (cancer...) » (5)

Une plaie est donc d'origine : - accidentelle : exemple : coupure, brûlure

- opératoire : exemple : pose d'une prothèse

- trophique (liée à la nutrition des tissus) : ex.ulcère

3.2.2- La prise en charge

Elle se fait sur 2 niveaux car une différence importante existe entre plaie aiguë ou chronique. Elle impose toujours que l'on s'assure de la vaccination anti-tétanique et la prise en charge infirmière est prépondérante : « le pansement est resté une thérapeutique souvent plus investie par l'infirmier que par le médecin ». (6)

3.2.2.1- Localement : Elle consiste en la réfection du pansement

1) Prévenir la douleur (exemple pour les ulcères artériels) avant de commencer le pansement. Si un traitement antalgique existe, l'administrer trente minutes avant le soin

2) Respect des précautions standards : hygiène des mains (lavage au savon doux), élimination du matériel à usage unique en fin de soin, matériel stérile ou à défaut désinfecté à haut niveau, plan de travail propre, pansement réalisé avec asepsie...

3) Retirer l'ancien pansement délicatement avec des gants et le jeter immédiatement.

4) Observer la plaie et éventuellement réévaluer le type de pansement avec le médecin .Répondre aux questions suivantes : Quelle est la couleur de la plaie? Sa dimension ? Sa profondeur ? La quantité d'exsudat ? Le stade de la cicatrisation ? L'état des berges ? Y a t il des bourgeons, une fistule, une infractuosité, des signes d'infection ?

(2) Ibid, p19

(5) MIRAS Eloise : Plaies et cicatrisation, cours du 21.11.06

(6) FROMENTIN Isabelle .Quels pansements pour quelles plaies ? Supplément à la revue de l'infirmière, hors série page 13

5) Nettoyer la plaie selon la prescription médicale: à l'eau savonneuse, au sérum physiologique ou au savon antiseptique (sur prescription uniquement). Dans les deux premiers cas elle réduit la flore transitoire, dans le dernier elle la supprime. La douche (15 à 20 mn) est idéale pour les plaies chroniques : elle stimule les berges et favorise une détersion douce et efficace.

6) Détersion de la plaie (surtout pour les plaies chroniques) : enlever la nécrose (favorise la prolifération bactérienne et inhibe l'action du savon), la fibrine (retarde la cicatrisation), les croûtes qui se détachent.

7) Prise en charge pluridisciplinaire et travail en collaboration, « les résultats s'obtiennent plus vite et mieux lorsque chacun y travaille. Chacun dit ce qu'il fait, fait ce qu'il dit et écrit ce qu'il fait ». (7). Ce qui participe à une meilleure planification des soins.

Un cahier, laissé chez le patient, permet de recueillir les observations de chaque intervenant de santé (kiné, médecin...)

La relation médecin infirmier reste le pivot du soin. Le médecin a besoin du savoir faire infirmier et l'infirmière de la prescription du médecin. Cette relation se fait habituellement par téléphone, elle requiert diplomatie et savoir faire : « demander les choses avec déférence et modestie, aller rapidement à l'essentiel, contacter le médecin au moment le plus propice, ne pas remettre son expertise en question et faire en sorte qu'il pense que les prises de décisions finales lui reviennent » (8).

L'infirmier dispose aussi pour communiquer de la Démarche de Soins Infirmiers (DSI) et bientôt du Dossier Médical Personnalisé (DMP), prévu pour juillet de cette année.

Pour le suivi de la plaie, des outils précis existent pour mesurer, évaluer la profondeur, dresser un schéma, noter les détails péjoratifs : les échelles colorielles, les grilles de suivi de pansement, les fiches de liaison Hôpital Domicile, Aide à la prise en charge : des escarres à domicile/ d'un pied diabétique à domicile /d'ulcères à domicile (9).

3.2.2.2- Globalement :

L'infirmier doit s'intéresser au retentissement psychologique d'une plaie qui est inconfortable voire douloureuse et peut influencer sur le psychisme sous forme de découragement, anxiété, dépression.

Le patient doit aussi être préparé à la réfection de son pansement, calme et détendu. Il doit aussi être mis en confiance en étant informé des différentes étapes effectuées.

Les représentations symboliques que le patient peut se faire de sa plaie, et ses connaissances sur la cicatrisation sont aussi à évaluer par le soignant.

3.2.3- Plaie aigue

Ou plaie fraîche ou vive, car c'est une plaie récente.

C'est celle des brûlures, gelures, dermabrasions, plaies chirurgicales postopératoires et morsures.

(7) FROMENTIN Isabelle. SOINS : Optimiser la prise en charge des plaies à l'hôpital et à domicile, janv. /fev 2006, n°702, p29.

(8) VILBROD Alain, DOUGUET Florence, Le métier d'infirmière libérale, 2 tomes, DREES, avril 2006, consultable sur [http : //fni38.fr/Textes/ p68 tome2](http://fni38.fr/Textes/p68_tome2)

(9) Annexe 5

Elle signe une lésion de la peau et des tissus sous-jacents plus ou moins profonde, plus ou moins hémorragique avec perte de substance éventuelle.

3.2.4-Plaie chronique

Elle englobe l'escarre, l'ulcère (veineux ou artériel), la plaie cancéreuse, plaie de pied diabétique et tout autre plaie qui ne cicatrise pas.

Le passage à la chronicité dépend de la taille et de la profondeur de cette plaie et se fait « après la 6^{ème} semaine d'évolution » (10)

En vérité, certains professionnels en parlent dès le deuxième mois.

Les circonstances de survenue de ce type de plaie la rendent beaucoup plus rare chez l'enfant. Le mécanisme de cicatrisation est plus complexe et plus long que pour une plaie aiguë.

3.3- LA CICATRISATION

3.3.1-Généralités

C'est le « processus de guérison d'une plaie ou d'une perte de substance » (11)

Celui-ci diffère selon que les berges de la plaie sont accolées (exemple suture d'une plaie aiguë) ou que la plaie est étendue (exemple ulcère) et selon l'importance de la perte de substance tissulaire : ce qu'on nomme cicatrisation de première et seconde intention (ou cicatrisation dirigée) .

Les grands principes de la cicatrisation sont :

- le maintien d'un milieu chaud et humide, qui favorise le bactériocycle de la plaie
- il faut hydrater une plaie sèche et absorber l'écoulement d'une plaie exsudative
- un pansement adapté au stade de la cicatrisation
- prévenir l'infection de la plaie
- éviter antiseptiques et antibiotiques locaux (les premiers ont une action cytotoxique, les seconds créent des résistances bactériennes)

3.3.2-Différence de cicatrisation plaie aiguë/ plaie chronique

Le mécanisme de cicatrisation est le même pour toutes les plaies, mais la prise en charge est différente selon le type de plaie (aiguë ou chronique).

3.3.2.1-La notion de temps

La cicatrisation pour une plaie aiguë se fait sous huit à quinze jours (hormis brûlure profonde et gelure grave).

Pour une plaie chronique, la cicatrisation est plus compliquée et ne se réalisera qu'à plus long terme, généralement de l'ordre de deux à six mois, en raison de nombreux facteurs connexes. Le principe, pour ce type de plaie, est de préserver l'équilibre bactérien de la plaie, afin de ne pas se retrouver dans une situation plus complexe qu'initialement.

Ainsi, les germes qui subsistent après le nettoyage et la détersion, serviront au processus de cicatrisation: c'est le bactériocycle de la plaie.

(10) TEOT Luc. Les plaies chroniques. Soins n°685, mai 2004, p21

(11) LACOMBE Michel, PRADEL Jean-Luc, RAYNAUD Jean- Jacques, dictionnaire médical, Larousse, 1989, 559 p, page 119

3.3.2.2- Le bactériocycle

Ce processus, qui voit la succession de plusieurs types de flores bactériennes sur la plaie, n'est pas obligatoire pour la cicatrisation, mais il la favorise. Son utilité n'est toutefois pas encore unanimement admis par la communauté médicale, et certains experts émettent encore des réserves à son égard : « la relation entre la colonisation bactérienne et la cicatrisation demeure floue car certaines études ne sont pas arrivées à cette conclusion » (12)

Au début de la cicatrisation, une population dense et hétéroclite recouvre la plaie.

Celle-ci disparaît au fur et à mesure selon le processus complexe et succinctement expliqué de la façon suivante :

Les bactéries Gram + d'abord très présentes, se voient « disputer la place » par les Gram – qui trouvent dans les débris nécrotiques un excellent milieu nutritif.

Ces dernières participent donc à la détersion mais disparaissent au fur et à mesure de la cicatrisation en même temps que le substrat qui les nourrissait.

3.3.3-Les étapes de la cicatrisation

« Le processus de cicatrisation tissulaire est particulièrement complexe et très incomplètement connu » (13)

Il se décompose schématiquement en quatre phases

* l'hémostase: le premier jour, elle commence immédiatement et se fait en trois temps

- le spasme vasculaire : permet l'arrêt des saignements

- la formation du clou plaquettaire en trois étapes :

α) Adhésion plaquettaire : association plaquettes et fibres de collagène

β) Release plaquettaire: les plaquettes libèrent de la sérotonine et de la thromboplastine

γ) Agrégation des plaquettes

- la coagulation : formation d'une masse solide ou semi solide

* l'inflammation : sur deux ou trois jours avec action antibactérienne du système immunitaire (leucocytes, macrophages, polynucléaires, lymphocytes T).

* la prolifération et l'épidermisation : sur une semaine à dix jours. Reconstitution du tissu conjonctif et d'une matrice extracellulaire (c'est le bourgeonnement) puis de l'épithélium

* le remodelage de la cicatrice : sur un an à un an et demi.

3.3.4-Les déterminants à la cicatrisation

Un grand nombre de facteurs sont délétères à la cicatrisation dont certains (cas des ulcères) font « cause et partie » pour la ralentir :

1) les pathologies chroniques : diabète, atteintes vasculaires (veineuse et artérielle), lymphoedème, hypertension artérielle, insuffisance : rénale, hépatique, respiratoire ou cardiaque.

2) une pathologie aiguë grave : défaillance multi viscérale, poly traumatisme

3) une immunité déficiente (traitement par corticoïdes ou anti-inflammatoires, radiothérapie, chimiothérapie, SIDA, personne âgée...)

(12) TEOT Luc, MEAUME Sylvie, DEREURE Olivier. Plaies et cicatrisation, Masson, 2005, 548p, page 275

(13) ibid., page 25

- 4) un problème nutritionnel (déficit en vitamines A, C, E, zinc, albumine) et l'obésité
 - 5) l'infection (locale, locorégionale, générale), l'état local : fibrine, nécrose retardent la cicatrisation et sont facteurs d'infection.
 - 6) l'état psychologique : stress, anxiété, dépression sont délétères à la cicatrisation.
 - 7) l'âge : la cicatrisation est plus rapide chez le sujet jeune et se ralentit après 65 ans
 - 8) les antiseptiques locaux (savon et solution type Bétadine rouge et jaune ou Hibiscrub/Hibitane) et corticoïdes locaux (en pommade), les antihypertenseurs, médicaments contre le cholestérol...
 - 9) l'hygiène de vie (exemple : tabagisme, sédentarité), l'environnement (exemple : s'il accroît le risque de blessure).
 - 10) la localisation et l'étendue de la plaie peuvent aussi compliquer la cicatrisation
 - 11) l'information du patient et de la famille : celui-ci ne doit pas toucher à son pansement, ni le mouiller ou le souiller, et avoir une hygiène corporelle convenable.
- Une perte d'autonomie (handicap, démence) peut aussi jouer un rôle négatif dans la cicatrisation d'une plaie.

3. 4- LE PANSEMENT

3.4.1-Définition

C'est « l'ensemble des gestes destinés à soigner une région blessée ou opérée et à la protéger d'une contamination, mais aussi à comprimer une lésion hémorragique, à absorber des exsudats, à appliquer une thérapeutique » (14).

Il a donc 2 objectifs :

« - prévenir le risque infectieux d'une plaie en respectant les règles d'hygiène et d'asepsie.

- favoriser la cicatrisation de l'épiderme... » (15)

Il n'est pas fait de différence dans le choix d'un pansement entre plaie aigue ou chronique. C'est le stade de cicatrisation de la plaie qui dirige ce choix.

3.4.2-Généralités

On distingue 2 types de pansement :

- **le pansement actif** : il va agir sur la plaie en étant parfois associé à un principe actif. Il englobe tous les Alginates, Hydrogels, Hydrofibre, Hydrocolloïde, Hydrocellulaire, pansements au charbon et à l'argent...

- **le pansement passif** : il n'intervient pas dans le processus de guérison. C'est un pansement sec dont le rôle est d'absorption, de protection voire de compression pour stopper une hémorragie.

3.4.3-Législation

L'infirmier est régi aux articles R.4311-5 et R.4311-7 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 pour la réalisation des pansements.

(14) DUTERTRE Karine, les Pansements, cours de 1^{ère} année.

(15) RAME Alain. Réalisation d'un pansement simple. Revue de l'infirmière, juin/juillet 2006, n°122, p37

Il a désormais le droit de prescrire des dispositifs médicaux que sont les pansements (publication au Journal Officiel du 14 avril 2007 du décret n°2007-551, en Annexe 5). Cette prescription doit se faire sous réserve d'informer le médecin traitant et elle implique des consultations infirmières.

3.5- L'ASEPSIE

L'asepsie est « l'ensemble des mesures préventives propres à empêcher tout apport de microorganismes au niveau des surfaces (inertes ou biologiques) ou des fluides » (16). C'est une des conditions requises à la réalisation d'un pansement car tout microorganisme doit être considéré comme pathogène au niveau d'une plaie. D'autant que les conditions locales sous le pansement (milieu chaud : température de la peau de 32° et humide) favorisent la multiplication bactérienne.

3.6- L'INFECTION D'UNE PLAIE

3.6.1-Généralités

La première raison à l'infection d'une plaie est l'environnement microbien présent tout autour de nous.

L'infection est à la croisée de deux disciplines : l'infectiologie et la microbiologie. Elle ramène l'homme à sa vulnérabilité devant l'infiniment petit, et si tous les germes sont susceptibles d'être responsables de complication infectieuse d'une plaie, certains sont plus virulents que d'autres à cet effet.

Problème majeur de Santé Publique en institution de santé, les infections représentent 25% des infections nosocomiales (17)

L'infection d'une plaie n'est forcément grave, mais elle compromet toujours la cicatrisation en l'interrompant ou en favorisant son extension, pouvant aussi rendre chronique une plaie qui ne l'était pas.

Cette infection peut être :

- locale :

Les signes suivants peuvent être observés :

Odeur, rougeur, douleur, chaleur, tuméfaction, pus (surtout par staphylocoque aureus et streptocoque bêta hémolytique), exsudat et aspect de celui-ci (couleur vert bleu : dû au bacille pyocyanique, jaunâtre : présence de staphylocoques en excès), ulcération, œdème. D'autres signes peuvent être évoqués: « plaie atone, décolorée, tissu de granulation friable et saignant au contact, sinus, brides cicatricielles ou lâchage de sutures ». (18).

On peut noter également des « signes frustrés tels qu'une modification non expliquée de la plaie. » (19)

(16) CHUNG Jacqueline. L'hygiène, cours de 1^{ère} année.

(17) LE HEURT, GOMILA, GIROT, RAFAOUI, Nouveaux Cahiers de l'infirmière, tome5 : Hygiène, Masson, 291p, page 19

(18) MEAUME Sylvie. Prise en charge de l'infection sur plaies chroniques, Soins, supplément n° 692, Janv. /Fév. 2005, page 20

(19) FROMENTIN Isabelle .Une plaie vivante, Fondation littéraire Fleur de lys, 2007, 186p, page 17

Certains professionnels indiquent la nécessité minimale de deux de ces signes pour affirmer une infection en plus d'un prélèvement bactériologique, car l'inflammation d'une plaie est fréquente sans que cela soit forcément pathologique.

- locorégionale :

Les signes sont : une lymphangite, une arthrite, une cellulite, une ostéite, une myosite, un érysipèle.

- générale ou systémique :

Déceler une hyperthermie, une adénopathie, les signes d'une septicémie, repérer une VS (vitesse de sédimentation) ou CRP (C Réactive Protéine) élevée ou une hyperleucocytose dans un bilan sanguin.

Une infection superficielle est généralement due à des bactéries Gram +. Les infections plus profondes sont souvent polymicrobiennes.

3.6.2 Définition

C'est la « multiplication des germes sur la plaie avec présence de signes infectieux, locaux et/ou généraux » (20)

Les germes responsables de l'infection d'une plaie sont presque toujours des bactéries (20). Des infections de plaies par champignons existent (par *Candida Albicans* essentiellement), mais sont rares et répondent à des cas particuliers (immunodépression, séjour tropical).

Les germes incriminés dans l'infection d'une plaie sont les mêmes à domicile qu'à l'hôpital, excepté pour les Bactéries Multi Résistantes (BMR), issues du milieu hospitalier.

Les bactéries sont pathogènes de deux façons :

-quantitative : par leur nombre : le chiffre de 10 puissance 5 bactéries/g ou ml de tissu effectué par prélèvement sert d'étalon référence au diagnostic d'infection. Mais ce n'est qu'un indicateur, et il doit être associé à un examen clinique pour être confirmé.

L'infection est souvent polymorphe mais un germe peut toutefois être prépondérant par rapport aux autres.

Ce mécanisme infectieux répond à une logique simple : en trop grand nombre, les bactéries deviennent compétitives des cellules de la plaie et leur disputent nutriments et oxygène.

Ainsi, malgré que la plaie possède plusieurs moyens de défense contre les microorganismes (macrophages, monocytes, neutrophiles en tête), ceux-ci sont alors dépassés.

Les germes en cause sont le staphylocoque aureus (doré) et le *Pseudomonas aeruginosa* ou « Pyo ». D'après (21)

Leur pouvoir pathogène tient à des conditions locales et générales favorables (ex : immunodépression, hygiène déficitaire du patient, nettoyage de la plaie insuffisant).

Le staphylocoque aureus peut être résistant à la méthicilline (à l'oxacilline en vérité) ce qui complique le traitement en cas d'infection. Il est présent dans l'environnement mais aussi chez l'homme au niveau des fosses nasales et plis inguinaux.

(20) FROMENTIN Isabelle, Hygiène et bactériologie des plaies, Soins n°709, octobre 2006, page 20

(21) *ibid.* page 20

Sa transmission est essentiellement manuportée, tout comme le bacille pyocyanique. Ce dernier, qui peut être multi résistant, est une bactérie hydrique pouvant poser souci chez les personnes fragilisées ou âgées.

-qualitative : la virulence de certains germes suffit, par leur seule présence, à provoquer l'infection d'une plaie. Il tient aux toxines que ces bactéries libèrent, endommageant les tissus sous-jacents et favorisant la nécrose.

Les streptocoques bêta hémolytiques des groupes A, B, D, G sont impliqués dans ces infections. Transmis par les mains ou par l'environnement, leur seule présence suffit à déclarer une infection (22).

Les Aeromonas (bactéries du tube digestif) provoquent aussi une infection quelque soit leur nombre (23).

Par ailleurs, certains germes se potentialisent : bacille pyocyanique et staphylocoque ou staphylocoque et streptocoque donnent des vascularites.

Une équation résume le mécanisme de l'infection de façon quantitative et qualitative: (nombre de germes multiplié par la virulence) divisé par la résistance de l'hôte.

3.6.3-Législation

Selon l'article L 3114-6 du code de la Santé Publique : « Les professionnels de santé... veillent à prévenir les infections liées à leurs activités de prévention, de diagnostic, et de soins ».

3.6.4- Les étapes à l'infection d'une plaie

3.6.4.1-La contamination :

Toute brèche dans la peau y provoque la pénétration de microbes dont les bactéries des flores résidente, transitoire et de l'environnement hydro aérien voire tellurique.

La contamination est un processus physiologique normal et sans incidence chez le sujet sain

3.6.4.2- La colonisation :

Ce sera la suite logique et naturelle de la phase précédente. C'est la « période d'incubation » des bactéries présentes sur la plaie. Celles-ci y trouvent le « gîte et le couvert » et se multiplient mais sans expression clinique ou immunitaire visible.

L'association se fait en bonne harmonie, mais l'équilibre est fragile entre les capacités immunitaires de l'hôte et la pathogénicité des bactéries. D'où l'importance de contrôler le phénomène.

Cette colonisation bactérienne agit sur la cicatrisation et en est le moteur pour une plaie chronique. Mais le nombre de souches bactériennes (plus de quatre) pourrait être associé à un retard de cicatrisation (24) et pour une plaie aigue, elle peut poser problème.

(22) FROMENTIN Isabelle, op.cit, page 21

(23) TEOT Luc, op.cit., page 78

(24) TEOT Luc, op.cit, page 275

3.6.4.3- La pré-infection

Si la distinction entre colonisation et infection n'est pas toujours aisée, celle avec la pré infection l'est encore moins. Cette étape désigne « une situation parfois ambiguë où les signes infectieux ne sont pas francs, mais où la plaie est moins belle, changeante ou un peu plus inflammatoire. La colonisation critique est tout simplement entre deux, autrefois définie comme une petite surinfection locale ». (25)

3.6.4.4- L'infection : voir chapitre précédent

3.6.5-Analyse du risque infectieux dans le traitement d'une plaie : voir cadre conceptuel pour tout le chapitre

3.6.5.1-Définition

3.6.5.2- Les paramètres

3.6.5.3- Les facteurs de risque :

3.6.5.4- Différence de risque infectieux plaie aigue/plaie chronique

3.6.5.5 La différence de risque infectieux dans le traitement d'une plaie à l'hôpital et au domicile

3.6.5.6- Risque réel/ risque potentiel

3.6.5.7- Prévention du risque infectieux

3.6.5.8- Réalisation d'un pansement pour plaie aigue/plaie chronique à domicile

3.6.5.8.1- l'organisation

3.6.5.8.2- les moyens

3.6.5.9- application à la réalisation d'un pansement en situation d'hygiène du patient et de l'environnement déficitaire

(25) FROMENTIN Isabelle. Lorsqu'une plaie s'infecte... Quels recours pour le soignant ? Soins n°707, juillet août 2006, page 27.

ANNEXE 2



LEGISLATION
DECRET N° 2004-802 DU 29 JUILLET 2004 RELATIF AUX PARTIES IV ET V :
ANNEXE

J.O N° 183 DU 8 AOUT 2004 PAGE 37087
TEXTE N° 37086
DECRETS, ARRETES, CIRCULAIRES
TEXTES GENERAUX
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

DECRET N° 2004-802 DU 29 JUILLET 2004 RELATIF AUX PARTIES IV ET V
(DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES) DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ET
MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE CE CODE

NOR: SANP0422530D

LIVRE III
AUXILIAIRES MÉDICAUX
TITRE I
PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE
CHAPITRE I
EXERCICE DE LA PROFESSION
SECTION 1
ACTES PROFESSIONNELS

Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse

physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R. 4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière 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. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-4

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'aides-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.

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ; 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;

27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
 29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
 33° Pose de timbres tuberculiniques et lecture ;
 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes : a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ; b) Sang : glycémie, acétonémie ;
 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
 41° Aide et soutien psychologique ;
 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
- 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- 1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
- 2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiniques ;
- 3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
- 4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- 5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 - a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
 - b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12. Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;
- 6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 ;
- 7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
- 8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
- 9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
- 10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;

- 11° Pose de bandages de contention ;
- 12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;
- 13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
- 14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
- 15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;
- 16° Instillation intra-urétrale ;
- 17° Injection vaginale ;
- 18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- 19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- 20° Soins et surveillance d'une plaie ;
- 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- 34° Saignées ;
- 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- 38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- 39° Recueil aseptique des urines ;
- 40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- 41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- 42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;
- 43° Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R. 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- 1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire

effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;

2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;

4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;

5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;

6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;

7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;

9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;

10° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R. 4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

1° Première injection d'une série d'allergènes ;

2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;

3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;

4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;

5° Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;

6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;

7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;

8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;

9° Transports sanitaires :

a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

ANNEXE 3



Décrets, arrêtés, circulaires Textes généraux

Ministère de la santé et des solidarités

Arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire

NOR : SANS0721552A

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 4311-1,

Arrête :

Article 1

I. - A l'exclusion du petit matériel nécessaire à la réalisation de l'acte facturé, les infirmiers sont autorisés, lorsqu'ils agissent pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers et dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire aux patients, sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux suivants :

1. Articles pour pansement :

- compresses stériles ou non ;
- filet tubulaire de maintien des pansements élastique ou non ;
- jersey tubulaire de maintien des pansements élastique ou non ;
- bandes de crêpe et de maintien : coton, laine, extensible ;
- coton hydrophile, gaze et ouate ;
- sparadraps élastique et non élastique ;

2. Cerceaux pour lit de malade ;

3. Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil urogénital :

- étui pénien, joint et raccord ;
- plat bassin et urinal ;
- dispositifs médicaux et accessoires communs pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés : poches, raccord, filtre, tampon, supports avec ou sans anneau de gomme,

ceinture, clamp, pâte pour protection péristomiale, ceinture, tampon absorbant, bouchon de matières fécales, ceinture, collecteur d'urines ;

- dispositifs pour colostomisés pratiquant l'irrigation ;
- nécessaire pour irrigation colique ;
- sondes vésicales pour autosondage et hétérosondage ;

4. Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile :

a) Appareils et accessoires pour perfusion à domicile :

- appareil à perfusion stérile non réutilisable ;
- panier de perfusion ;
- perfuseur de précision ;
- accessoires à usage unique de remplissage du perfuseur ou du diffuseur portable ;
- accessoires à usage unique pour pose de la perfusion au bras du malade en l'absence de cathéter implantable : aiguille épicroténienne, cathéter périphérique, prolongateur, robinet à trois voies, bouchon Luer Lock, adhésif transparent ;

b) Accessoires nécessaires à l'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central tunnelisé :

- aiguilles nécessaires à l'utilisation de la chambre à cathéter implantable ;
- aiguille, adhésif transparent, prolongateur, robinet à trois voies ;

c) Accessoires stériles, non réutilisables, pour hépariner : seringues ou aiguilles adaptées, prolongateur, robinet à 3 voies ;

d) Pieds et potences à sérum à roulettes.

II. - Par ailleurs, peuvent également être prescrits dans les mêmes conditions qu'au I, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par leur patient, les dispositifs médicaux suivants :

1. Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres en mousse de haute résilience type gaufrier ;
2. Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc ;
3. Pansements hydrocolloïde, hydrocellulaire, en polyuréthane, hydrofibre, hydrogel, siliconés ;

4. Pansements d'alginates, à base de charbon actif, vaselinés, à base d'acide hyaluronique ;
5. Sonde naso-gastrique ou naso-entérale pour nutrition entérale à domicile ;
6. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, bas de contention ;
7. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, accessoires pour lecteur de glycémie et autopiqueurs : aiguilles, bandelettes, lancettes, aiguille adaptable au stylo injecteur non réutilisable et stérile.

Article 2

Le directeur général de la santé, la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 13 avril 2007.

Philippe Bas

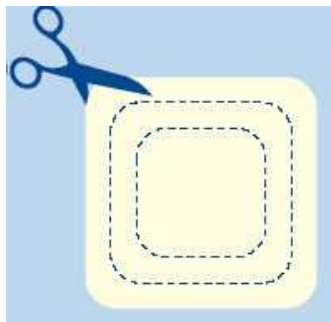
ANNEXE 4



GUIDE D'ENTRETIEN

- 1- Quel est votre parcours professionnel ?
- 2- Combien faites-vous de pansements par jour ? Pour quels types de plaies ?
- 3- Quelles sont les conditions à la réalisation d'un pansement de qualité et à une prise en charge globale du patient ?
- 4- Dans vos soins à domicile, vous arrive t'il de faire le diagnostic d'une hygiène déficitaire quant au patient, à l'environnement ou des 2 ?
- 5- Qui sont ces patients ? Connaissez-vous des facteurs qui amènent les gens à être négligeant dans l'hygiène d'eux-mêmes et de leur environnement ? Est-ce une question d'âge ou de confort ?
- 6- Peut-on associer ce problème d'hygiène à d'autres problèmes psychologiques (état dépressif plus ou moins marqué), ou facteurs socio-économiques (isolement, difficultés matérielles) ?
- 7- Quelle est votre démarche quant à la résolution de ce problème d'hygiène du patient et de son domicile ?
- 8- Quelles sont les raisons qui vous font utiliser du matériel propre car désinfecté mais non stérile ?

ANNEXE 5



Aide à la prise en charge des escarres à domicile
DR COUTURIER, B le GUYADER

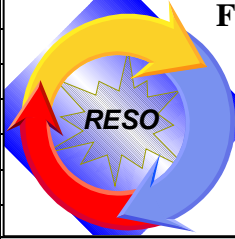
Antécédents : voir classeur	Oui	Non
Environnement matériel		
<u>Lit médicalisé avec matelas :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Air dynamique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mousse viscoélastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Coussin anti-escarre</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mousse viscoélastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Coussin de positionnement</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Matériel annexe :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaise garde robe, alèzes, protections, sonde à demeure ?		
Environnement social		
Organisation et formation des auxiliaires de vie et de la famille		
Examens sanguins récents NFS, ALB, PREALB, CRP		
, Evaluation nutritionnelle, et de l'hydratation		
IMC :(Poids/taille ²		
Hydratation par perf sous cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dénutrition ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compléments alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la plaie : voir classeur		
Prise en charge de la douleur		
Antalgiques prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide à la prise en charge d'ulcères à domicile
DR de ANGELIS, DR VILLEMUR, B le GUYADER

Antécédents : voir classeur	Oui	Non
Etiologie : Ulcère :		
Veineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mixte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examens récents		
Echodoppler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kinésithérapeute		
Pour DLM et rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cure de Déclive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandes de contention		
Biflex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau cuisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation nutritionnelle		
Compléments alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la plaie : voir classeur		
Prise en charge de la douleur		
Antalgiques prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide à la prise en charge d'un pied diabétique à domicile
DR S PRADINES, B le GUYADER

Antécédents : voir classeur	Oui	Non
Décharge : moyens utilisés 24H/24H		
Chaussures ou chaussons personnels adaptés (découpés, élargis) Chaussures médicales de décharge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bottes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandes de contention :		
B Biflex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equilibre du diabète		
Si nécessaire, avis du diabétologue		
Evaluation nutritionnelle : surveillance de l'alimentation et hydratation		
Compléments alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la plaie : voir classeur		
Découpage de l'hyperkératose		
Ciseaux fins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistouri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrôle de l'infection		
Contact osseux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 FICHE DE SUIVI DE PANSEMENT (une fiche par plaie)		
		Nom :
		Prénom :
		Age :
DATE		
EVALUATION		
(schéma, calque, photo, mesures)		
	Nécrose	
ASPECT en %	Fibrine	
et en COULEUR	Bourgeonnement	
	Epithélialisation	
EXSUDAT de 0 à 5		
ODEUR	Oui / Non	
ASPECTS DES	Macération	
BERGES	Inflammation	
de 0 à 5	Eczématisation	
	Hydrocolloïdes	
DISPOSITIFS	Gel	
MEDICAUX	Alginates	
(préciser si pst	Film semi-perm.	
secondaire)	Charbon	
	Hydrocellulaire	
	Autres	
	Douche	
TECHNIQUE	Curette/ciseaux / bistouri	
UTILISEE	Savon doux	
	Serum phy	

DOULEUR (E.V.A)	Pendant	
ANTALGIQUES	En Dehors	
PRELEVEMENT/TRAIEMENT		
Vaccin anti-tétanique		
I.D.E. : Nom :		N°tél. :
Commentaires au dos de la fiche		

**Fiche de liaison pour
la prise en charge des plaies.
Hôpital – Domicile**

Présentation et historique

- Identité du patient: ■ Age :.....
.....
- Antécédents (diabète, pathologies vasculaires, immunodépression, troubles coagulation, tabac, stress, hta, insuffisance rénale)
.....
- Allergies :
.....
- traitements anticoagulant Oui Non

Hôpital :

- Médecin prescripteur : ■ Tel :
- Infirmiers : ■ Tel :

Domicile :

- Médecin Traitant : ■ Tel :
- Infirmier : ■ Tel :

Plaie :

- Type de plaie :
 - Escarre Ulcère Amputation
 - Mal perforant Plaie Traumatique Brûlure
 - Autre :
- Etat de la plaie :
 - Nécrose Exsudat Fibrine
 - Infection Bourgeonnement Epithelialisation
 - Autre :