35 bis, rue Albert Thomas

42300 ROANNE



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE



Note aux lecteu		peut faire l'obje	t d'une

Je souhaite remercier plusieurs personnes.	
Ma famille, mes amies et mes formatrices pour m'avoir e pendant ces trois années d'étude.	encouragée et soutenu
Merci à tous.	

SOMMAIRE

IN ⁻	TRO	ODUCTION	2
Ι.	S	ITUATION D'APPEL	3
,	۹.	CONSTAT:	3
I	В.	ANALYSE DE LA SITUATION :	4
(C.	QUESTIONNEMENT :	6
I	D.	QUESTION DE DEPART PROVISOIRE :	7
II.	É	TAPE EXPLORATOIRE	8
,	۹.	METHODOLOGIE D'ENQUETE :	8
I	В.	PROFESSIONNELS INTERVIEWES :	8
(C.	ANALYSE DES ENTRETIENS ET PREMIERES LECTURES:	9
I	D.	QUESTION CENTRALE DEFINITIVE :	. 13
III.		CADRE CONTEXTUEL	. 14
IV.		CADRE CONCEPTUEL	. 19
,	۹.	La transversalite :	. 19
I	В.	LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES:	. 22
(C.	La cicatrisation :	. 24
ΗY	PC	THÈSES	. 26
CC	ONC	CLUSION	. 27
BIE	3LI	OGRAPHIE	. 28
A٨	INE	XES	. 31
•	•	ANNEXE I:	. 31
•	•	Annexe II:	. 31
(•	Annexe III:	. 31

INTRODUCTION

Ce travail est une initiation à la recherche dans le cadre de l'obtention du diplôme d'état infirmier. Ce mémoire me permet d'approcher une première fois la recherche infirmière.

La population est vieillissante. Les maladies liées à l'âge et leurs conséquences, de plus en plus fréquentes, sont rencontrées dans tous les services. Il apparait que le suivi et la prise en charge des plaies chroniques n'est pas uniforme, parfois délaissé. C'est pourquoi, j'ai choisi de traiter ce sujet pour mon mémoire de fin d'étude (MFE).

J'ai effectué mes stages dans plusieurs spécialités adultes comme la chirurgie, la médecine et les soins longues durées. Lors de mes stages, j'ai pu constater que les infirmières ont parfois des difficultés à choisir ce qui est souhaitable de mettre en place comme pansement et comme suivi pour gérer les plaies chroniques.

Selon les années d'expérience d'une infirmière, la prise en charge de ces plaies sera différente car les pratiques évoluent continuellement ; cela qui entraîne un manque d'uniformité dans les pratiques. C'est pourquoi une infirmière doit rester informer de toutes les nouvelles techniques de soins et actualiser ses pratiques.

Les nouveaux diplômés, ou ceux qui n'ont pas suivi de formation spécifique, ont des difficultés lors de la prise en charge des plaies chroniques. Je me suis questionnée sur les formations possibles offertes aux infirmières. J'ai interrogé les professionnels, enquêtée sur les pratiques courantes et revue les avancées de la littérature.

I. SITUATION D'APPEL

La situation que j'ai vécue en stage a ouvert ma curiosité sur les différentes pratiques de pansage.

A. CONSTAT:

Lors de mon premier stage de troisième année que j'ai effectué en soin longue durée dans un hôpital local, j'ai pris en charge une patiente. Madame A. 94 ans, qui était porteuse d'une escarre de stade IV ⁽¹⁾ au niveau de son talon gauche.

Madame A. est en fin de vie et a donc de plus en plus de difficultés à se mouvoir, à manger, à avaler de l'eau ou ses médicaments.

Avec l'équipe soignante, et l'accord de la patiente, nous avions convenu que nous pourrions lui faire prendre une douche. Ce soin permettrait à la patiente d'être massée, au chaud, apaisée par l'eau et pour nettoyer sa plaie d'escarre plus en profondeur et en douceur avec le jet d'eau.

J'étais du matin (6h30-14h) et je suis allée, avec une aide-soignante, faire la toilette de madame A. vers 10h pour attendre que son traitement antalgique ait fait effet. Nous avons installé madame A. sur le lit douche du service et emmener dans sa salle d'eau. Nous l'avons transféré avec son drap pour éviter des douleurs trop importantes qui seraient causées par nos mains. Nous l'avons sécurisé sur le lit douche, car elle est souvent en position antalgique dû à son escarre qui lui est très douloureux. J'ai enlevé la bande puis le pansement mis en place sur la plaie d'escarre.

Nous avons fait sa toilette et un shampooing. Madame A. nous a dit que la douche lui faisait du bien. Avant de refaire le pansement, j'ai prévenu l'infirmière pour qu'elle voit l'état de la plaie. Cette infirmière étudie les plaies, la cicatrisation et les pansements en vue d'obtenir un diplôme universitaire (DU) plaie et cicatrisation ⁽²⁾. Elle m'a demandé de l'attendre car elle voulait l'avis et l'accord des autres infirmières pour continuer le traitement. En attendant, avec l'aide-soignante nous avons refait le lit de la patiente pour pouvoir l'installer.

¹ http://www.escarre.fr/plaie/differentes-escarres/classifications-anatomiques.php

² Pour faciliter la lecture nous appellerons cette infirmière, l'infirmière PC.

Pendant ce temps, j'ai discuté avec madame A. sur le fait que des infirmières allaient se concerter pour mettre en place le meilleur traitement afin de favoriser la cicatrisation de la plaie d'escarre sur son talon. Ainsi, trois infirmières sont entrées dans la chambre, elles ont examiné la plaie d'escarre et se sont mises d'accord sur le fait de continuer le traitement par « Intrasite® » pour favoriser la détersion de la fibrine. Pour mesurer l'évolution de la plaie, l'infirmière PC a suggéré de prendre des photos à chaque fois que le pansement serait refait. J'ai donc mis de l'Intrasite® dans la plaie d'escarre, du laluset hydro® pour protéger les bords de la plaie et du Tegaderm® pour que le traitement contre la fibrine ne soit pas absorbé par les compresses. Ces compresses sont mises en place pour éviter de tâcher le lit trop rapidement. Une bande de maintien, non serrée, est mise en place pour contenir les compresses.

Le protocole avec pansement Intrasite® est resté en place ; la fibrine qui se déposait en surplus sur la plaie était retirée manuellement. L'infirmière PC m'a dit de conserver l'humidité de la plaie pour améliorer la cicatrisation. Suite à la réfection du pansement nous avons, avec l'aide-soignante, installé madame A. dans son lit afin qu'elle se repose.

La plaie a évolué très rapidement vers une ostéite qui a été diagnostiquée. La plaie s'est de plus en plus creusée sous la plante de son pied gauche.

Ce constat m'a posé question et m'a amené à le choisir comme sujet pour mon mémoire. Grâce à son analyse, je pourrai développer diverses questions.

B. Analyse de la situation :

Suite à ce que j'ai observé lors de cette situation, je me suis questionnée sur le point de vue des soignants, celui du patient et de l'infirmière diplômée en plaie et cicatrisation. Ce sont des pistes de recherche qui seront développées dans le cadre théorique.

> CONCERNANT LE SOIGNANT :

♣ Comment les infirmières qui n'ont pas suivi cette formation assure-t-elle une prise en charge optimale de la plaie d'un patient ?

Lors d'absence d'infirmières PC, les autres infirmières se réfèrent aux protocoles de la Haute Autorité de Santé (HAS). Il est partagé dans la pratique que les plaies sont parfois difficile à classer tellement elles évoluent rapidement chez certains patients. De plus, les moyens thérapeutiques ne sont pas toujours à disposition des soignants car ils sont coûteux et non pris en charge. Dans cette situation les infirmières se concertent afin d'établir un protocole de soin le plus adapté.

> CONCERNANT LE PATIENT :

Quelle relation entre le soignant et le soigné lors de la prise en charge de plaie chronique ?

Madame A. était soulagée et confiante en sachant que toute l'équipe prenait soin d'elle et tentait de lutter contre son mal-être. Nous avons un rôle de soutien, d'aide auprès du patient et auprès de sa famille. C'est une relation importante car « les plaies chroniques sont définies comme des plaies ne cicatrisant pas après 6 semaines » (3). Dans toute prise en charge la relation soignant-soigné est la base du soin. D'autant plus que la plaie est longue à cicatriser et qu'elle est très douloureuse.

> CONCERNANT L'INFIRMIÈRE PC :

Quelle est la place d'une infirmière ayant le diplôme « plaie et cicatrisation » au sein d'une équipe soignante ?

Dans mon constat, après concertation de l'équipe soignante les actions mises en place étaient les suivantes :

- Protocole pour les pansements
- Conduite à tenir (traitement antalgique avant le pansement)
- Suivi photographique de la plaie

Cette procédure me paraît importante car dans ma situation l'infirmière PC était très appréciée de ses autres collègues. En effet, elle apportait un savoir et un savoir-faire supplémentaire. Dans les autres services, j'ai pu constater que les infirmières refont le pansement à l'identique.

C. QUESTIONNEMENT:

• L'infirmière PC permet-elle une uniformisation des soins ?

Je cherche à savoir si une infirmière PC harmonisait aussi la prise en charge des plaies lorsque le patient rentrait à domicile.

Quels sont les outils mis en place ?

Grâce à cette question je souhaitais savoir comment travaillait une infirmière PC.

 Quel est le rôle primaire (rôle propre de l'infirmière) puis secondaire d'une infirmière PC ?

Cette question me permet de rechercher les savoirs et les savoir-faire qu'une infirmière acquiert lors de cette formation.

 L'apparition d'une plaie chronique comme les escarres ou les mal perforants plantaires fait-elle l'objet d'une sanction ?

L'apparition des plaies d'escarre ou de mal perforants plantaires est souvent due au matériel mal utilisé ou à la méconnaissance des bonnes pratiques et donc susceptible d'être une responsabilité directe.

 Quelle pourrait-être l'évolution des pratiques pour la prise en charge des plaies chroniques ?

Pour une infirmière lambda, il est difficile de connaitre toutes les évolutions technologiques (qualité des pansements et de pose)

_

³ http://www.hydroclean.fr/definitions,10718,fr.html

D. QUESTION DE DEPART PROVISOIRE:

Suite à ce questionnement et à l'analyse de ma situation, ma question centrale provisoire est :

En quoi une infirmière ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » au sein d'une équipe pluridisciplinaire permet-elle d'harmoniser le champ de la prise en charge des plaies chroniques au long court ?

Il n'y a pas assez de recul quant au rôle de l'infirmière PC et aux difficultés de prise en charge rencontrées dans les équipes de soin. C'est pourquoi il m'est apparue important de faire des enquêtes exploratrices afin d'éclairer mon constat et la pertinence de ma question centrale provisoire.

II. ÉTAPE EXPLORATOIRE

A. METHODOLOGIE D'ENQUETE:

Suite à l'élaboration de ma question centrale provisoire, j'ai réalisé une enquête semi-directive auprès de professionnels afin de recueillir leur point de vue sur l'intégration d'une infirmière PC dans une équipe.

Pour cela, j'ai réalisé un questionnaire (annexe I) composé de deux questions ouvertes sur leur connaissance de ce diplôme universitaire et de son intérêt au sein d'une équipe. Pour ces entretiens qualitatifs, je n'avais pas défini de temps précisément, c'était en fonction des réponses que l'on m'apportait.

Pour la première question, « que pensez-vous de la collaboration avec une infirmière ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » dans la prise en charge des patients au sein d'une équipe infirmière ? », je souhaitais apprendre l'importance de cette formation pour les soignants, l'intérêt et leurs connaissances sur le sujet.

Pour la deuxième question, « quels sont ou quels seraient les avantages et les inconvénients à intégrer dans une équipe une infirmière ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » ? », je souhaitais avoir leur point de vue sur cette collaboration et les difficultés que cela pourrait entraîner. C'est pourquoi j'ai choisi d'interviewer des soignants qui ont des notions sur ce sujet.

B. Professionnels interviewes:

Trois professionnels ont été interrogés :

- une infirmière PC pour avoir son point de vue quant à l'apport de cette formation dans sa pratique quotidienne,
- une cadre hygiéniste qui s'occupe de la qualité des soins. Lors de mon appel elle m'a demandé le thème de mon mémoire car elle a souhaité inviter une infirmière qui a le diplôme universitaire « plaie escarre » et qui a eu l'initiative, avec d'autres professionnels, de créer au sein du centre hospitalier un classeur pour la prise en charge des plaies d'escarre et les différents types de pansements,

 une cadre de santé ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » et qui travaille en collaboration avec les infirmières libérales pour le suivi des soins.

Mon souhait aurait été d'interviewer une infirmière n'ayant pas ce diplôme universitaire mais aux vues des réponses apportées par les entretiens avec les professionnels, j'ai décidé de ne pas m'intéresser au quatrième professionnel. Chaque interview a été retranscris dans sa globalité (annexe II).

C. ANALYSE DES ENTRETIENS ET PREMIERES LECTURES:

La réalisation des entretiens antérieurement à toutes recherches documentaires permet de mieux cerner les attentes des professionnels en pratique. En effet, les contraintes techniques et financières s'opposent parfois à celles proposées dans les revues de la littérature.

Le premier entretien ne m'a pas éclairé davantage et n'a pas permis d'élargir mon questionnaire. En effet, l'infirmière n'avait pas de recul suffisant par rapport à sa nouvelle formation, sa spécificité et donc les enjeux de cette qualification.

Ce sont les deux autres entretiens qui m'ont apporté plus d'informations et d'ouvertures sur mon sujet de mémoire et donc une remise en question de ma question provisoire. Notamment, le troisième qui m'a permis de comprendre la prise en charge transversale des patients ayant une plaie chronique.

Durant le deuxième entretien mon interlocuteur cadre de qualité et hygiène de l'hôpital m'a demandé quel était mon thème de mémoire car elle m'a permis de rencontrer une personne qui a le diplôme universitaire « plaie d'escarre » et ellemême, référente dans la prise en charge des patients ayant des plaies chroniques. J'ai eu de la chance de rencontrer ces deux personnes qui pratiquent depuis de nombreuses années et donc, ont de nombreuses demandes et suggestions dans le domaine que j'ai abordé.

L'infirmière qui a son diplôme universitaire m'a de suite orienté vers les attendus des stades des escarres, des protocoles de l'utilisation des pansements et les différentes références de pansements à disposition dans l'hôpital. Ces attendus ont été rapportés dans le classeur qu'elle a conjointement organisé avec l'équipe des volontaires qui ont participé à son projet.

De plus, elle est à l'origine d'une formation de trois jours qui se déroulera dans quelques mois pour les infirmières de médecine et de chirurgie. Cette formation est portée sur la gestion des plaies chroniques simples et compliquées associées à des cas cliniques.

Cet entretien m'a permis de savoir qu'il y a peu d'infirmières qui souhaitent faire la formation du diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » et qu'il est très difficile de constituer une équipe pour aider à la prise en charge des plaies. La cadre de santé m'a précisé que cette formation est très coûteuse et qu'il n'est donc pas possible de mettre en place une infirmière PC dans chaque service, voire même dans chaque pôle. C'est pourquoi la mise en place d'une équipe mobile formée pour les soins des plaies (chroniques ou non) était une alternative acceptable.

Durant le troisième entretien mon interlocutrice, infirmière, cadre de soins et référente en cicatrisation, m'a permis de comprendre la prise en charge longue et complexe d'une plaie chronique.

Par exemple, lors de la prise en charge d'un patient ayant une plaie chronique par une infirmière d'un service (médecine, chirurgie, urgences...) il n'y a pas de suivi pour le retour à domicile du patient (absence de recommandations et souffrance de matériel de qualité « hôpital »)

Elle m'indique qu'avec son diplôme, elle a la possibilité de faire des consultations infirmières à domicile et en institution. Ce suivi, cette aide commence à être appréciée par les autres professionnels car les plaies chroniques sont de plus en plus observées auprès des patients. C'est un travail d'équipe sur le long terme qui demande un suivi rigoureux. Pour ce faire, cette infirmière cadre m'a montré son logiciel de suivi des plaies avec photos et graphiques, son origine, son lieu d'apparition, sa classification et son délai de cicatrisation.

Grâce à ces entretiens, j'ai pu remarquer les difficultés qu'ont les équipes soignantes à faire un suivi des plaies chroniques car il n'y a pas de documents communs pour l'assurer.

Cette formation d'infirmière PC est d'autant plus intéressante et importante qu'elle nous apporte des enseignements supplémentaires sur les pansements, leurs utilisations et sur la prise en charge du patient porteur d'une plaie chronique tout au long du processus de cicatrisation. Les professionnels se posent souvent la question

de ce qu'ils doivent mettre sur les plaies et ce qu'il y avait avant, ce qu'ils doivent faire maintenant.

Selon Sylvie PALMIER⁽⁴⁾, « avec leur diplôme, les infirmières sont supposées pouvoir réaliser des soins de plaies et même prescrire des pansements. Or, beaucoup d'entre elles se sentent démunies face à ce soin. » Madame PALMIER est infirmière référente « plaies et cicatrisation », elle exprime le manque de formation face aux soins, aux pansements et à la prise en charge des plaies chroniques. Cependant, elle met l'accent sur un point important lorsqu'elle dit « les techniques de pansement et la cicatrisation ont évolué très vite ces dernières années » cela permet de comprendre d'où vient ce mal être et les difficultés rencontrées par les infirmières. En effet, les techniques de prise en charge des plaies chroniques sont différentes selon le patient et le type de plaie dont il souffre. L'apparition sur le marché de pansements toujours plus innovants et coûteux met à défaut les équipes paramédicales qui ne savent pas encore se servir. Elles sont donc démunies et se rabattent sur ce qu'elles savent et ne se réfèrent pas auprès des personnes formées à ce type de technologie, de technique de soins. Ce manque de personnel qualifié pour la prise en charge de plaie chronique empêche une prise en charge optimale tout au long du processus de cicatrisation. Les équipes ne peuvent que transmettre ce qu'elles ont fait et l'évolution qu'elles ont pu constater. La prise en charge plaies chroniques est parfois décourageante pour les professionnels de santé.

Il est également ressorti de mes entretiens que le coût élevé de cette formation est un frein pour l'inscription de plusieurs personnes à cet apprentissage. La mise en place d'une infirmière PC par service voire même par pôle n'est pas envisageable. Mon deuxième entretien qui s'est déroulé à l'hôpital a cependant mis en avant une solution « d'équipe mobile ». Elle permettrait de créer une équipe pluridisciplinaire formée aux soins des plaies difficiles ou chroniques. Cette solution serait appréciable car l'entretien avec la personne référente en « plaie et cicatrisation » recoupait cette idée de suivi. Un suivi non seulement hospitalier mais aussi à domicile pour les infirmières et les médecins libéraux qui côtoient ce type de plaies tous les jours.

Mes recherches sur l'existence potentielle d'une équipe mobile en « plaie et cicatrisation » m'a permis de découvrir qu'il en existe une en France. Une enquête

-

⁴ Actusoins numéro 4 de Mai 2012, p.7

de prévalence et de management dans quatorze institutions de gériatrie dans la région du Haut-Rhin⁽⁵⁾ conclut qu'il est nécessaire de mettre en place une formation en management pour une prise en charge des plaies chroniques chez les personnes âgées. Cette enquête me permet de développer l'importance du rôle préventif et curatif de cette équipe mobile, afin d'aider les équipes à adapter leur prise en charge avec d'autres patients qui seraient à risque ou porteur de plaies chroniques. Cette équipe a un rôle très important dans l'harmonisation des pratiques entre les équipes hospitalières et libérales.

Elle est en Centre Alsace; elle opère auprès des professionnels hospitaliers comme auprès des professionnels libéraux. « Les plaies chroniques, représentées essentiellement par les escarres, les ulcères de jambe et les plaies du pied diabétique, constituent un problème de santé publique important, avec un coût humain et économique considérable.»(6) Elle a pour mission de former et d'accompagner dans la prise en charge les personnes ayant des plaies chroniques ainsi que le personnel soignant. Leur intérêt est double, non seulement diminuer les coûts liés à la prise en charge des personnes ayant ce type de plaies par l'optimisation de la prise en charge par les médecins libéraux (éviter les consultations externes inappropriées et coûteuses), mais aussi de prévenir l'apparition de ce type de plaie auprès des personnes suivies, ou ayant des antécédents, de plaies chroniques. Elle est un renfort, une aide pour les patients également car elle les suit tout au long de la cicatrisation de leurs plaies par le biais des équipes soignantes. Cette équipe mobile est composée de médecins, d'infirmières, d'ergothérapeute, d'une cadre de santé et d'une secrétaire. Elle est spécialisée en plaies chroniques avec le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation », notamment pour le médecin, l'infirmière, et la cadre de santé.

_

⁵ http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=17925687

 $^{^6\}underline{\text{http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.sfdermato.com/doc/EDITOSEPT2007.p} \\ \text{df}$

D. QUESTION CENTRALE DEFINITIVE:

J'avais pour question centrale provisoire : <u>« En quoi une infirmière ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » au sein d'une équipe pluridisciplinaire permet-elle d'harmoniser la prise en charge des plaies chroniques au long court ? » Mais cette question ne reprend pas les difficultés de suivi d'une personne qui est à domicile et parfois en institution (hôpital). Elle ne reprend pas l'idée d'équipe mobile avec les avantages que cela apporte au niveau financier et de prise en charge. J'ai donc changé ma question centrale pour qu'elle exprime de façon plus claire les difficultés de suivi et d'instauration de protocole de soin avec les pansements adaptés à la personne. C'est pourquoi ma question centrale définitive est :</u>

« Dans quelle mesure la prise en charge de personnes souffrant de plaies chroniques, en institution ou à domicile, nécessite la mise en place d'un suivi par une équipe mobile de professionnels formés aux plaies et cicatrisation ? »

III. CADRE CONTEXTUEL

Afin de répondre a cette question et d'établir des hypothèses, je dois définir quelques concepts ainsi que le contexte relatif à mon sujet. Au cours de mes recherches, j'ai rencontré quelques difficultés. Une partie de mon sujet de mémoire, l'équipe mobile « plaie et cicatrisation », n'a pas été très développé et il n'y a pas de recul par rapport à cette avancée.

Une approche anthropologique, selon Éric GAGNON et Francine SAILLANT⁽⁷⁾, exprime que « les facteurs invoqués par les pouvoirs publics qui expliquent et justifient les politiques de maintien à domicile et le virage ambulatoire sont tous porteurs de la question de la « dépendance » et de ce qui serait son contraire « l'autonomie » ». Ils expliquent ainsi pourquoi l'État cherche à maintenir les personnes le plus longtemps possible à domicile pour les soins et donc trouver des solutions quant à la perte d'autonomie des personnes institutionnalisées, notamment les personnes qui restent longtemps à l'hôpital. De plus les équipes libérales sont de plus en plus importantes et présentes sur l'ensemble du territoire (pour ce qui est des paramédicaux). Il existe toujours des « déserts médicaux » pour lesquels l'État envisage de mettre en place des solutions.

Ainsi « le vieillissement de la population et la part croissante des malades chroniques dans les problèmes de santé prennent la forme d'un diagnostic : « la perte d'autonomie » ; le désir des personnes âgées de demeurer à leur domicile le plus longtemps possible est présenté comme une volonté de garder un contrôle sur leur vie, comme une possibilité de conserver leurs activités ou de recouvrer plus vite leur autonomie » explique pourquoi les personnes souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible. L'avancée des techniques de soins, des nouvelles thérapeutiques allongent la vie mais n'empêchent pas l'apparition de maladies ou plaies chroniques. Ces maladies aggravent plus rapidement l'état de santé et donc la perte d'autonomie d'où le besoin d'un suivi à domicile voire le besoin d'une prise en charge précoce des personnes très dépendantes. Selon l'étude CREDOC⁽⁸⁾, l'institutionnalisation est une solution de derniers recours car elle représente « la fin de vie, l'enfermement et l'isolement ». Des aides sont proposées pour garder au

 $^{^{7}}$ De la dépendance et de l'accompagnement soins à domicile et liens sociaux d'Éric GAGNON et Francine SAILLANT, éd. L'harmattan 233 p.

⁸ http://www.credoc.fr/pdf/Sou/Perte d autonomie et dependance Paris Synthese.pdf

maximum les personnes à domicile des aide-ménagères à l'hospitalisation à domicile. (9)

« (...) même la nécessité invoquée de réduire les coûts de santé, ce qui a accéléré le virage ambulatoire, s'inscrit dans une interrogation sur l'État providence et sur la dépendance des citoyens à l'égard des services publics et la collectivité. » Ainsi l'État peut observer que malgré les augmentations de personnels libéraux, qui couvrent une plus grande population, ne peuvent pas subvenir à tous leurs besoins. De nos jours les hospitalisations sont de plus en plus courte car une hospitalisation longue coûte chère à l'hôpital, et à l'État, c'est pourquoi des services d'hospitalisation à domicile (HAD) sont créés et très actifs. Ceux-ci rencontrent très souvent des plaies chroniques d'où la nécessité de mettre en place un suivi semble importante surtout en cas de mutation dans un service de soins.

L'hôpital à un contexte de prise en charge pluridisciplinaire donc une équipe mobile doit elle aussi être pluridisciplinaire : « c'est que l'hôpital a de multiples missions et de nombreux visages : centres de référence des technique médicales, lieu de recherche et d'enseignement ou encore espace de prévention et d'éducation à la santé, il est aussi hôtel qui accueille des patients toute l'année, une entreprise au personnel nombreux dont les fonctions et statuts sont variés, un bâtiment civil aux normes d'hygiène et de sécurité innombrables, une institution,(...) accueillant toutes les détresses... »⁽¹⁰⁾. Chacun a un rôle prédéfinit par ses compétences, apporte savoir et savoir-faire nécessaire aux membres de l'équipe et aux autres équipes. Cette pluridisciplinarité permet aussi d'avoir « autorité » auprès de ses pairs dans ce domaine spécifique, le dialogue est ainsi facilité.

Dans ce contexte hospitalier pluridisciplinaire, ce diplôme est une qualification supplémentaire, une spécificité qui permet à ceux qui la choisisse de comprendre, en cinq modules, les différentes plaies et la cicatrisation. Le premier module explique les notions de base et les mécanismes de la cicatrisation ; le deuxième module expose les méthodes de prise en charge thérapeutique de la cicatrisation ; le troisième module parle des plaies aiguës ; le quatrième module développe les plaies chroniques et enfin le dernier module conclu la formation par les cicatrices (11).

⁹ http://www.pratique.fr/differentes-aides-a-domicile-personnes-agees.html#titre-parag-3

¹⁰ KERVASDOUE Jean de. *L'hôpital*. Que sais-je ? n° 795. Presse Universitaires de France, 4^e édition, 2011

¹¹ http://www.cicatrisation.info/, rubrique « enseignement » et « programme »

Parallèlement à la formation théorique une formation pratique est obligatoire pour confirmer et pratiquer ce qui a été enseigné en théorie. Un examen écrit, composé de questions à choix multiple et une question rédactionnelle, est également demandé pour valider le diplôme universitaire. Celui-ci peut être accessible aux médecins, aux infirmiers diplômés d'état, aux internes en formation de deuxième année et aux masseurs kinésithérapeutes diplômés d'état. (12)

Ainsi ce diplôme permet aux personnes qui le souhaitent, de se spécifier dans la prise en charge des plaies chroniques et donc d'être des personnes référentes pour les autres mais aussi de porter un regard critique sur la prise en charge. De plus ces soignants sont informés des nouvelles technologies et techniques de soins applicables. Cette spécificité n'est pas très répandue et pourtant les plaies chroniques sont un problème de société majeur. Ce diplôme n'est pas reconnu comme une spécialisation du fait que la formation n'est que de quelques jours. (12)

Suite à la présentation du diplôme, je vais citer et tenter d'expliquer ce que la loi dit, ce qu'elle permet de faire au niveau infirmier et grâce à la collaboration médecin/infirmier. Selon le décret du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier : « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins infirmiers suivants, visant notamment à assurer le confort du patient et comprenant, en tant que de besoin, son éducation et celle de son entourage (...)» (13) Le rôle de l'infirmier ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation », est d'aider le patient et son entourage. Par « entourage » on peut entendre aussi les autres professionnels de la santé qui opèrent près de la personne (infirmiers, aides-soignantes...). Ainsi le rôle de l'infirmier ayant une spécificité et aussi de toute l'équipe est avant tout d'aider à la prise en charge et de les éclairer sur les difficultés de prise en charge.

Dans le cadre de son rôle prescrit l'infirmière peut, selon l'article R.4311-7:

- « 9. Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
- 10. Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
- 11. Ablation du matériel de réparation cutanée ;
- 12. Pose de bandages de contention (...) »⁽¹⁴⁾

De plus il est autorisé par l'article R.4311-15 aux infirmiers :

¹² http://focalserv.univ-lyon1.fr/fiche formation.php?REF=901

Article 3 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993

¹⁴ Article R4311-7 du décret du 29 juillet 2009, alinéas 9, 10, 11 et 12

« Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- 1. Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- 3. Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- 7. Participation à des actions de santé publique ;(...) »⁽¹⁵⁾

Cet article permet aux infirmiers de partager leur spécificité avec leurs collègues. Cependant les médicaux et paramédicaux qui ont une formation en un domaine particulier ne « forment » pas leurs pairs, mais les informe.

L'infirmière a également comme rôle propre « la prévention d'escarre » ainsi que « soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques » qui sont inscrits dans le référentiel de la profession⁽¹⁶⁾. C'est pourquoi l'équipe mobile en plaies et cicatrisation a aussi un rôle d'éducation et d'aide pour les soignants, libéraux et hospitaliers.

Grâce à cette norme juridique l'infirmière trouve sa place au sein d'une équipe pluridisciplinaire prenant en charge les personnes atteintes de plaies chroniques à l'hôpital et à domicile.

La prescription infirmière libérale décrite dans l'arrêté du 13 Avril 2007 permet d'établir une liste de prescriptions principalement car elles sont souvent « seules » (par rapport aux infirmières en service qui voient le médecin ou un chirurgien au moins une fois par jour) et donc doivent avoir le matériel adéquat à la prise en charge du patient. C'est pourquoi les infirmières libérales peuvent prescrire tout ce qui est nécessaire à la réfection d'un pansement (sparadrap, compresses, filet tubulaire...) mais aussi des pansements plus spécifiques (hydrocolloïdes, hydrocellulaire, alginate, charbon, argent...), des dispositifs médicaux (matelas, surmatelas...) et des bandes ou des bas de contention (si ils sont prescrits à l'identique de la prescription médicale antérieure dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance) sous réserve d'en avertir le médecin traitant. Cependant, ces prescriptions ne sont valables que si le médecin a prescrit des soins infirmiers à

¹⁶ Article R4311-5 du décret du 29 juillet 2009, alinéas 22 et 24

-

¹⁵ Article R4311-15 du décret du 29 juillet 2009, alinéas 1, 3 et 7

domicile et pour la durée pendant laquelle ils sont prescrits⁽¹⁷⁾ Ces dispositions permettent aussi aux infirmières libérales de continuer la prise en charge et d'être plus autonome pour ces prescriptions.

Cependant le personnel de l'équipe mobile ne peut intervenir que sur demande du médecin traitant. Le médecin traitant peut demander un avis ou une intervention, ce sera à lui ensuite de prescrire le traitement qui a été indiqué par l'équipe mobile.

Suite à la présentation du contexte dans lequel l'équipe mobile opère, il semble nécessaire d'établir un cadre conceptuel afin de mieux comprendre les enjeux et amener des explications pour formuler des hypothèses.

_

¹⁷ Arrêté du 13 Avril 2007, article 1.

CADRE CONCEPTUEL IV.

Afin de mieux appréhender le sujet de mon mémoire, il me paraît cohérent d'expliquer certains concepts. Ceux-ci permettant d'apporter un début de réponse à ma question centrale définitive. Pour cela, les concepts ont été choisis pour répondre à des objectifs de recherche en lien avec cette question :

- ❖ Identifier les difficultés rencontrées par une équipe mobile nouvellement créée auprès des services de soins et de leurs pairs ;
- ❖ Mettre en avant les difficultés de la prise en charge des plaies chroniques en institution et à domicile ;
- Expliquer le processus de cicatrisation.

A. LA TRANSVERSALITE:

Lors de la prise en charge de patient ayant des plaies chroniques, la collaboration entre les soignants est primordiale. Ainsi les médecins posent le diagnostic et prescrivent les médicaments antalgiques, les bandes de contention, si besoin, et la durée de prise en charge infirmière pour les pansements. Parfois, lorsque la plaie est trop profonde il est nécessaire de demander l'intervention d'un chirurgien pour « mettre à plat » la plaie, c'est-à-dire nettoyer la plaie en enlevant chirurgicalement les parties nécrosées ou fibrineuses pour permettre la cicatrisation.

En ce qui concerne les infirmières, le décret de compétence du 29 Juillet 2004 indique les actes et activités qu'elles peuvent faire de leur rôle propre et de leur rôle prescrit. En ce qui concerne plus particulièrement la prise en charge, l'infirmière prévient, surveille les plaies et en informe le médecin de toute évolution.

Dans une équipe il y a plusieurs membres, Alexandre MANOUKIAN exprime ainsi un double intérêt en disant qu'« aider les autres, c'est aussi avoir la capacité à demander de l'aide. »(18)Le premier intérêt d'une équipe pluridisciplinaire pour former une équipe mobile, et le second intérêt sur le fait que cette équipe est une aide pour les équipes de soins. Cette équipe serait une référence en cas de plaies difficiles à soigner ou de plaies chroniques ou quand le médecin a besoin de précisions. C'est une équipe qui s'entraide au sein même de son groupe afin de trouver des solutions optimales au patient selon le type de plaie, la douleur et l'état général de celui-ci. Mais aussi un soutien, une aide, pour les équipes qui sont démunies car elles ne

¹⁸ Manoukian Alexandre, Massebeuf Anne, la relation soignant-soigné, 3^{ème} édition, lamarre 2008

sont pas habituées à ce type de plaies ou qu'elles n'arrivent plus à faire évoluer la plaie vers la guérison.

Il faut rappeler que cette équipe est composée, selon une enquête de prévalence sur la prise en charge des plaies chroniques par une équipe mobile « plaie et cicatrisation » (EMPC)⁽¹⁹⁾, « de médecins, d'infirmières, d'un cadre de santé, d'un ergothérapeute, d'une diététicienne et d'une secrétaire » et que « l'EMPC se déplace auprès des malades hospitalisés ou en institution, à la demande de leur médecin référent. »

L'équipe mobile est donc une aide, un soutien pour les équipes soignantes en institution ou à domicile. « Un soignant est un membre d'une équipe et comme le corps humain nous le montre, lorsqu'un poids est trop lourd pour un seul bras, le second vient à la rescousse. »⁽²⁰⁾ Pour ce faire, cette équipe permet de reprendre à zéro la prise en charge pour déterminer les recommandations,

- connaitre l'origine de la formation de la plaie
- ce qui a été mis en place pour pallier ce problème
- quelle est la récurrence pour changer le pansement ?
- comment la plaie a évolué ?
- une recherche bactériologique a-t-elle été faite ?
- un suivi photographique a-t-il été mis en place ?
- quels sont les protocoles du service ?

Pour permettre à l'équipe d'avoir une vision globale de ce qu'il faut mettre en place et comment l'évaluer à la fin de la période donnée (généralement les pansements sont refaits tous les deux jours et l'équipe vérifie son efficacité au bout d'une semaine). Pour cela l'équipe peut se munir d'une feuille de suivi pour chaque patient (annexe III).

On peut définir cette prise en charge comme étant transversale. L'équipe mobile a d'autant plus de difficultés à faire valider ses choix qu'elle doit se rendre sur différents lieux de soins et donc s'adapter aux différents matériels, besoins d'équipe et approche de la prise en charge des plaies chroniques. C'est une difficulté rencontrée par toutes les équipes mobiles (soins palliatifs ou psychiatriques). Cette équipe n'est pas là pour juger ou rendre des comptes sur ce qui a été fait. Elle a un rôle d'accompagnement, de soutiens aux équipes et aux patients.

²⁰ Manoukian Alexandre, Massebeuf Anne, la relation soignant-soigné, 3^{ème} édition, lamarre 2008

-

¹⁹ Caron-Mazet J, Roth B, Guillaume JC. Enquête de prévalence et des pratiques de prise en charge des plaies chroniques dans 14 établissements gériatriques du Haut-Rhin. Ann Dermatol Venereol 2007;134:645-51.

Les relations du « dans » et « hors » le groupe s'articulent très souvent sur ce que Festinger, psychologue social américain, nomme la « comparaison sociale »⁽²¹⁾. C'est le fait que les individus se comparent aux autres et mettent en évidence leurs ressemblances et leurs différences. C'est pourquoi les équipes mobiles nouvellement formées doivent s'associer avec les autres équipes pour expliquer ce qu'elle va apporter à cette équipe.

La pyramide de Maslow ⁽²²⁾ explique les besoins et elle les classe selon l'évolution des professionnels. Le niveau cinq explique que les professionnels se réalisent, qu'ils ont besoin d'avoir une reconnaissance, de se recréer et de continuer à se former, d'être écouté, d'être consulté sur leur travail. Ce cinquième niveau permet donc à l'individu d'être reconnu dans sa fonction, sa spécificité. Ainsi les soignants de l'équipe mobile en « plaie et cicatrisation » auront comme objectif d'atteindre ce niveau pour être reconnu par leurs pairs respectifs dans leur spécificité. C'est le niveau maximum de la pyramide de Maslow.

Cette pyramide permet donc de pouvoir expliquer l'évolution progressive d'une équipe par rapport à leurs pairs qui ne sont pas membres actifs dans l'équipe mobile. Cependant c'est une progression longue et obligatoire pour permettre à l'équipe d'exister. Là réside toute la difficulté de la mise en place d'une telle équipe car elle n'a de raison d'être que si les autres professionnels font appel à elle. Et que donc elle se forge sa propre expérience pour qu'elle soit connue et reconnue.

Cependant selon Mihaï Dinu GHEORGHIU et Frédéric MOATTY dans un rapport sur les conditions de travail, « travailler en équipe ne suppose pas forcément coopérer lorsque les relations sont conflictuelles ou limitées à des aspects purement fonctionnels. Mais l'intérêt du patient exige, au moins en principe, que tous les participants à l'acte médical coopèrent pour le guérir ou améliorer sa santé. » (23) Ceci explique que dans notre pratique quotidienne, il faut savoir collaborer avec d'autres soignants ayant des spécificités ou une spécialité différente pour le bien-être du patient.

L'avis émis par ces équipes mobiles n'est pas une critique personnelle du travail accomplit mais une autre vision, réponse au problème donné. D'autant plus que « la diversité des situations de coopération et des liens entretenus est fonction de la position dans le groupe, du degré de reconnaissance par les pairs (les membres du groupe) et/ou par la hiérarchie. »⁽²³⁾ Ce document de travail permet de comprendre la

_

²¹ Dictionnaire de psychologie DORON et PAROT, 1998, p.133

http://www.aimerlavenir.org/spip.php?article71&debut articles meme rubrique24=10

complexité du travail en groupe et donc la collaboration entre ces groupes, ces équipes.

Chacune de ces équipes gardant à l'esprit l'intérêt du patient. « Elles (les relations de coopérations) s'appuient sur des dispositions durables, attachées au mode de socialisation des personnes, qu'il s'agisse de la socialisation « primaire », antérieure à l'entrée dans la vie active, ou d'une socialisation « secondaire », liée à l'expérience professionnelle et à l'ancienneté. On est plus ou moins « disposé » à coopérer dans la mesure où une habitude ou une routine sont installées avec le temps. » (23) Ainsi les équipes mobiles ne sont pas tout de suite interpellées pour la prise en charge des maux traités. Il est souhaitable que leur travail soit mis « à l'essai » avant que les équipes les préviennent lors de ces prises en charge. Les équipes mobiles sont ainsi sur un banc d'essai avant d'être reconnues et d'avoir une place au sein des équipes de soin.

Ce n'est pas un secteur nouveau mais l'équipe mobile est un nouvel outil de travail pour pallier les problèmes de plus en plus rencontrés. Cette équipe mobile apporte donc des solutions quant à la prise en charge longue et parfois difficile des plaies chroniques en institution comme à domicile.

B. LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES:

Comme dit précédemment « une plaie chronique se définit généralement par une absence de cicatrisation après un délai de 6 semaines à partir de l'apparition de la plaie et ce, quelles que soient les conditions de prise en charge. »⁽²⁴⁾

C'est un problème de santé publique majeur puisque, selon la Haute Autorité de Santé à partir d'études étrangères (anglaises), il y aurait en France environ 395 000 patients atteints d'ulcère de jambe, 35 000 diabétiques présentant une plaie de type mal perforant plantaire et on dénombrerait 300 000 escarres⁽²⁵⁾.

On distingue plusieurs types de plaie chronique : l'ulcère veineux, artériel ou mixte, le mal perforant plantaire (appelé aussi plaie du « pied diabétique ») et l'escarre (on peut retrouver également les brûlures mais je ne traiterai pas ce type de plaie dans ce mémoire).

Ces plaies cicatrisent très difficilement et sont récurrentes malgré une guérison totale dès la première fois. Ces plaies sont plus fréquentes chez les

²³ Document de travail les conditions de travail en équipe ; MIHAÏ DINU GHEORGHIU, FRÉDÉRIC MOATTY ; juillet 2005 N°43, p.5

http://www.hydroclean.fr/definitions,10718,fr.html
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cepp-865.pdf p.7

personnes âgées (en institution ou non). Car elles sont en relation étroite avec l'hygiène de vie (alimentation, hygiène, prise de traitement, exercice physique...). Certaines personnes ont des maladies comme le diabète ou des troubles de la circulation sanguine au niveau des membres inférieurs qui favorisent l'apparition de ces plaies. Mais les phénomènes de société jouent un rôle important dans l'apparition de ces plaies (sédentarité, alimentation trop grasse, trop salée ou trop sucrée...).

La difficulté de prise en charge des patients porteurs de plaie chronique réside dans le fait que ces plaies sont longues à cicatriser, elles peuvent entraîner douleur et inconfort, elles récidivent dans la plupart des cas (selon le type de plaie).

Selon Virginia Henderson : « la notion essentielle de l'infirmier(ère) est d'assister l'individu malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait lui-même s'il avait assez de force, de volonté ou de savoir » (26). Lorsque l'on doit « prendre en charge », on en est responsable. Ainsi dans notre profession, la prise en charge est une « intervention visant à s'occuper d'une partie importante ou de toute la problématique d'une personne ayant des incapacités. » (27) Ces propos illustre le suivi, à domicile, des personnes porteuses de plaie chronique dû au fait que la cicatrisation est longue et difficile. En lien avec cette prise en charge, s'imbrique une relation soignant/soigné.

D'après Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf, « la relation d'aide en soins infirmiers est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale, et éventuellement professionnelle. »⁽²⁸⁾ La prise en charge de patients est globale et doit tenir compte de tous les aspects de sa vie. Lorsque celui-ci est malade, surtout si sa maladie est « handicapante », par exemple une plaie chronique placée de façon à obliger le patient à avoir des vêtements couvrants ou des chaussures adaptées ou qui l'empêche de marcher correctement. Les plaies chroniques peuvent donc entraîner un isolement de la personne.

²⁶ Association en Recherches en Soins Infirmiers, FAVETTA, Véronique, FEUILLEBOIS-MARTINEZ, Brigitte ; N°107 Décembre 2011

²⁷ BLOUIN, Maurice; BERGERON, Caroline. Dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques. Québec : Les Publications du Québec, 1997, 164 p.

²⁸ Manoukian, Alexandre. MASSEBEUF, ANNE, la relation soignant-soigné. 3Eme édition, Lamarre, 2008

Il faut également prendre en compte l'environnement du patient principalement quand celui-ci a des soins à domicile. Les soignants ont un rôle de soutien psychologique pour celui-ci et tout son entourage pendant cette période difficile.

La prise en charge est difficile à l'hôpital mais encore plus à domicile. En effet, à l'hôpital, le patient sait qu'il est là pour que lui soit prodigué des soins mais à domicile c'est « chez lui » et donc les soignants sont des étrangers. Le domicile est un lieu de résidence où la personne vit, ce n'est pas un lieu de soin. Lorsque les soignants doivent intervenir à domicile ils savent qu'ils n'auront pas tout le « confort » que l'on peut trouver à l'hôpital (pansements, matériel, environnement...). Pour les patients, l'apparition de ces plaies sous entend une prise en charge longue qu'ils ne peuvent pas faire seuls (réfection de pansement, rééducation à la marche, instauration d'un régime alimentaire...), que le risque de récidive est important et que toute sa vie familiale et son entourage seront affectés. « Les aidés ont une histoire de vie, de maladie, de « perte d'autonomie », qui s'est accomplie comme un passage d'un état d'existence sans l'obligation de l'accompagnement par des intervenantes, vers un état où, bon gré, il y a « de l'aide et des soins » et, aussi, une forme plus ou moins intense de dépendance. »(29) C'est le deuil de sa vie d'avant car il sait qu'il devra faire des changements soit au niveau de son hygiène de vie (alimentation trop riche en sucre, en graisse...), soit au niveau de ses vêtements (chaussures trop serrées, pas adaptées à ses pieds...) et parfois de la douleur (très importante) lors de la réfection du pansement.

C. LA CICATRISATION:

La cicatrisation vient du mot cicatrice « du latin cicatrix, icis [cicatrice], marque laissée sur la peau après guérison d'une incision, d'une blessure » (30). La cicatrisation est un phénomène de reconstruction cellulaire. Elle se divise en deux étapes : le bourgeonnement et l'épidermisation. Ces étapes permettent à la peau de se reconstruire afin qu'elle forme de nouveau la barrière perméable et protectrice. Pour une bonne cicatrisation il est important de bien préparer le lit de la plaie. «La présence d'un déséquilibre de l'écosystème bactérien, de tissus nécrosés et

²⁹ De la dépendance et de l'accompagnement soins à domicile et liens sociaux d'Éric GAGNON et Francine SAILLANT éd. L'harmattan 233 p.

³⁰ http://georges.dolisi.free.fr/Terminologie/Menu/racines et etymologie C.htm

fibrineux, d'un niveau d'humidité excessif ou insuffisant, sont autant de freins qui devraient être pris systématiquement en compte dans le soin d'une plaie. $y^{(31)}$

Il faut donc prendre en compte tous ces éléments afin d'adapter la prise en charge, les pansements et le suivi des patients. Selon Smith and Nephew[®], les plaies ont une cicatrisation longue lorsqu'il y a une infection car le lit de la plaie n'est pas sein et que donc les germes présents empêchent le bon déroulement de la cicatrisation. De plus lorsque le patient est en état de dénutrition ou qu'il a une maladie chronique (diabète, artérite, cirrhose...), le lit de la plaie est « hostile » de base. L'hostilité est comprise comme un terrain défavorable à la cicatrisation, le corps doit déjà faire face à un problème dans son fonctionnement normal et une plaie sera donc un problème secondaire.

Ainsi pour chaque plaie, il y a plusieurs solutions mais lorsque l'on étudie plus en détails l'environnement de la personne (son état nutritionnel, son état cutané, les traitements qu'elle prend...), elles vont influencer sur le choix du traitement et donc sur la cicatrisation.

Cependant, lors des plaies chroniques, une étape supplémentaire est ajoutée pour permettre la phase de bourgeonnement et donc une bonne cicatrisation, c'est la phase de détersion. Cette phase est réalisée par l'infirmière en général avec l'aide d'outils spéciaux (curette, scalpel, pinces pour enlever la peau nécrosée). Souvent cette étape permet d'éliminer la fibrine qui s'est formée dans la plaie ou la plaque nécrotique. La détersion mécanique peut se faire également suite à la mise en place d'un pansement avec hydrogel (pour ramollir la plaque nécrotique)⁽³²⁾. Suite à la totale réépidermisation la peau est encore fragile et le risque de récidive est important. C'est pourquoi sur les feuilles de suivi des pansements est inscrit le site de la plaie, la date à laquelle la plaie a été observée pour la première fois, quel type de pansement a été mis en place la fréquence de réfection et l'évolution de la plaie. La prise en charge des plaies chroniques se fait selon le type de plaie, l'étendue, le stade, la douleur et l'état nutritionnel du patient.

Le processus de cicatrisation est très important et donc surveillé de près par les soignants. En effet, tout doit être mis en œuvre pour aider la plaie à bien cicatriser.

http://wound.smithnephew.com/FileManager/Public/RetrieveFile.aspx?DocumentGUID=%7BE331E7F4-86F3-4DCF-B2CF-F06C2DD249C7%7D&b=2-Guide%20time.pdf

http://www.sffpc.org/download.php?file=fiche_protocole.pdf

HYPOTHÈSES

À l'aide de mes apports théoriques, je peux émettre deux hypothèses en réponse à ma question centrale : « Dans quelle mesure la prise en charge de personnes souffrant de plaies chroniques, en institution ou à domicile, nécessite la mise en place d'un suivi par une équipe mobile de professionnels formés aux plaies et cicatrisation ? »

La population vieillissante et les technologies évoluant, le nombre de plaies chroniques augmentent. Le besoin d'aide, de conseil pour prendre en charge ce type de plaie est une demande récurrente des équipes de soin. La solution émise de mettre en place une équipe mobile, par des professionnels de soin, exprime la volonté de constituer une telle équipe.

L'équipe mobile en plaie et cicatrisation serait amenée à gérer les dispositifs médicaux, à faire des protocoles et à les mettre à jour. Elle aurait un rôle de prise en charge et de suivi auprès des personnes qui la sollicite. Elle prendrait en charge les patients à l'hôpital comme à domicile.

Les hypothèses formulées sont donc :

- C'est parce que l'évolution de l'espérance de vie, donc plus de malades dépendants, mais aussi plus de malades sensus stricto eu égard à la démographie; que le besoin de mettre en place une équipe mobile spécialisé en plaie et cicatrisation se fait ressentir.
- Lorsque cette équipe sera connue et reconnue elle apparaîtra comme indispensable aux équipes hospitalières et libérales.

CONCLUSION

Mes hypothèses demandent à être vérifiées si toutes les recherches et questions relatives au sujet de mon mémoire sont expérimentées en grand nombre.

Mes hypothèses permettent d'avoir une approche sur les enjeux de la mise en place d'une équipe mobile et les difficultés de prise en charge des personnes souffrant de plaies chroniques. C'est une formation qui permet d'acquérir des compétences et savoirs plus spécifiques aux plaies et cicatrisation. Je pense qu'il est important d'avoir une formation relative aux plaies et surtout aux pansements ainsi que la prise en charge car le nombre de patients porteurs de plaies chroniques augmentent.

L'État tente de pallier ce phénomène en augmentant les aides aux personnes qui choisissent d'être hospitalisées à domicile pour ainsi augmenter leur autonomie en stimulant leur déplacement.

Les équipes de soins ont conscience de ses problèmes et tentent de faire face à ceux-ci en prenant en charge ce problème dès leur arrivée en service. C'est pourquoi la demande de prise en charge par l'équipe mobile en plaie et cicatrisation permettrait d'harmoniser les pratiques et donc de réunir toutes les informations nécessaires sur une fiche individuelle qui permettra la réévaluation toutes les semaines.

Bien que les équipes soignantes soient de plus en plus confrontées à ce problème de santé publique, leur prise en charge est encore vécue comme un échec. Car lors de l'apparition d'une plaie chronique évolutive, les équipes savent que la cicatrisation sera longue et laborieuse. Dans le contexte hospitalier, les plaies chroniques sont considérés comme des fautes professionnelles surtout les escarres et les plaies du pied diabétique. Ces deux types de plaies sont relatives à l'environnement, au matériel et donc aux équipes de soin.

Cet état de connaissance me pousse vers cette formation d'infirmière « plaies et cicatrisation » afin d'améliorer mon service qualité auprès des patients.

BIBLIOGRAPHIE

• OUVRAGES:

- BLOUIN, Maurice; BERGERON, Caroline. *Dictionnaire de la réadaptation,* tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques. Québec : Les Publications du Québec, 1997, 164 p., p.60
- Dictionnaire de psychologie DORON et PAROT, 1998, p.133
- FAVETTA, Véronique, FEUILLEBOIS-MARTINEZ, Brigitte; *l'Association en Recherches en Soins Infirmiers*, N°107 Décembre 2011
- KERVASDOUE Jean de. L'hôpital. Que sais-je? n° 795. Presse Universitaires de France, 4^e édition, 2011.
- Éric GAGNON et Francine SAILLANT De la dépendance et de l'accompagnement soins à domicile et liens sociaux, éd. L'harmattan 233p.; p. 58 et p.63-64
- Manoukian, Alexandre, Massebeuf Anne, La relation soignant-soigné, 3^{ème} édition, éd. Lamarre, 2008, 223p.; p.49 et p.56
- Mihaï Dinu GHEORGHIU, Frédéric MOATTY, *Document de travail les conditions de travail en équipe*; Juillet 2005 N°43, p.5 ISBN 2-11-094602-4

• THESES:

- CARON-MAZET J, ROTH B, GUILLAUME JC. Enquête de prévalence et des pratiques de prise en charge des plaies chroniques dans 14 établissements gériatriques du Haut-Rhin. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie Volume 134, Août 2007, Pages 645–65. [En ligne] [Consulté le 23 Novembre 2012]. Disponible :

http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0151963807918256

• ARTICLES:

- Actusoins numéro 4 de Mai 2012, p.7.
- Article R.4311-5 du code de santé publique.
- Article 3 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993.

- Article R4311-7 du décret du 29 juillet 2009, alinéas 9, 10, 11 et 12.
- Article R4311-15 du décret du 29 juillet 2009, alinéas 1, 3 et 7.
- Article R4311-5 du décret du 29 juillet 2009, alinéas 22 et 24.
- Arrêté du 13 Avril 2007, article 1.

DOCUMENTS WEB:

- Programme de l'enseignement 2012 2013, dans le « D.U Paris 7 », rubrique « enseignement » et « programme » [En ligne] [consulté le 12 Novembre 2012]. Disponible : http://www.cicatrisation.info/
- Élodie ALBEROLA, Sophie LAUTIÉ, Johann PONS. La perte d'autonomie et la dépendance à Paris : vécu et représentations, synthèse de l'étude qualitative pour la Médiatrice de Paris. [En ligne] [consulté le 23 Novembre 2012]. Disponible :
 - http://www.credoc.fr/pdf/Sou/Perte_d_autonomie_et_dependance_Paris_S ynthese.pdf,consulté
- Classifications anatomiques et cliniques, [En ligne] [consulté le 23
 Novembre 2012]. Disponible: http://www.escarre.fr/plaie/differentes-escarres/classifications-anatomiques.php
- *Plaie et cicatrisation-DU* [En ligne] [consulté le 12 Novembre 2012]. Disponible : http://focalserv.univ-lyon1.fr/fiche_formation.php?REF=901
- Racine et étymologie; Lettre « C » [En ligne] [consulté le 23 Novembre 2012]. Disponible: http://georges.dolisi.free.fr/Terminologie/Menu/racines_et_etymologie_C.htm
- Haute Autorité de Santé, commission d'évaluation des produits et prestations, avis de la commission, 6 décembre 2006 p.7 [En ligne]
 [consulté le 7 Novembre 2012].Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cepp-865.pdf
- Définitions[En ligne] [consulté le 6 Septembre et le 7 Novembre 2012].
 Disponible : http://www.hydroclean.fr/definitions,10718,fr.html
- Différentes aides à domicile pour personnes âgées [En ligne] [consulté le 20 Novembre 2012]. Disponible : http://www.pratique.fr/differentes-aides-a-domicile-personnes-agees.html#titre-parag-3
- Temps d'approfondissement dans la dynamique d'une vie réussie, Pyramide de Maslow. [En ligne] [consulté le 23 Novembre 2012].

Disponible:

http://www.aimerlavenir.org/spip.php?article71&debut_articles_meme_rubrique24=10

- Protocole de prise en charge des plaies chroniques. [En ligne] [consulté le
 Novembre 2012].
 Disponible :http://www.sffpc.org/download.php?file=fiche_protocole.pdf
- Une expérience innovante dans la prise en charge des plaies chroniques : l'Équipe Mobile Plaies et Cicatrisations du Centre Alsace [En ligne] [consulté le 2 Octobre 2012].Disponible : http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.sfder mato.com/doc/EDITOSEPT2007.pdf
- Préparation du lit de la plaie [En ligne] [consulté le 23 Novembre 2012]. Disponible : http://wound.smithnephew.com/FileManager/Public/Retri-eveFile.aspx?DocumentGUID=%7BE331E7F4-86F3-4DCF-B2CF-F06C2DD249C7%7D&b=2-Guide%20time.pdf

ANNEXES

- ANNEXE I : OUTILS D'ENQUETE
- ANNEXE II: RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS
- ANNEXE III : FICHE DE SUIVI

ANNEXE I:

LEBRETON Séverine Promotion 2010-2013 3^{ème} année

Personne que je souhaite interviewer :

- une infirmière ayant un diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » travaillant en institution afin d'obtenir son point de vue
- une infirmière ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » travaillant comme référente transverse dans d'autres établissements
- une infirmière n'ayant pas le diplôme universitaire afin de recueillir son point de vue
- une cadre de santé référente qualité pour avoir son point de vue par rapport à la qualité

Questions:

- 1. Que pensez-vous de la collaboration avec une infirmière ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » dans la prise en charge des patients au sein d'une équipe infirmière ?
- 2. Quels sont ou seraient les avantages et les inconvénients à intégrer dans une équipe une infirmière ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » ?



ANNEXE II:

❖ Retranscription de l'entretien préliminaire : avec une infirmière diplômée d'État ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation ».

Question 1 : Que pensez-vous de la collaboration avec une infirmière ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » dans la prise en charge des patients au sein d'une équipe infirmière ?

Réponse : « Je pense que c'est vachement bien et qu'il faut le faire. Je trouve que c'est intéressant de pouvoir avoir l'avis de quelqu'un qui a fait un peu d'étude en plus par rapport à tous ces produits et nouveaux produits qui sortent sur le marché par rapport à toutes les pathologies différentes. Ca permet un travail en équipe avec un point de vue un peu plus pluridisciplinaire avec le médecin aussi. C'est intéressant. »

<u>Question 2 :</u> Quels sont ou seraient les avantages et les inconvénients à intégrer dans une équipe une infirmière ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » ?

Réponse : « Je n'ai pas assez de recul pour trouver des inconvénients. Je suis toujours en attente de mes résultats. On n'a pas de réel poste « pansement ». Je pense que l'un des inconvénients serait que l'on ne puisse pas se détacher en plus. Beaucoup de demandes de mes collègues dans les différents étages quand elles savent plus quoi faire et pour avoir un avis extérieur, savoir ce qu'il faudrait mettre ou essayer. »

* Retranscription de l'entretien avec la cadre qualité/hygiène et une infirmière diplômée en « plaie escarre »

Question 1 : Que pensez-vous de la collaboration avec une infirmière ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » dans la prise en charge des patients au sein d'une équipe infirmière ?

<u>Cadre de santé:</u> Donc votre question veut dire qu'il y aurait une infirmière ayant le DU « plaie et cicatrisation » dans chaque service...ca serait un peu compliqué.

<u>Moi</u>: non au moins une dans chaque pôle quelqu'un de référent que l'on pourrait interroger et qui nous aiderait dans la prise en charge. Comme vous (infirmière en « plaie escarre ») qui prenez en charge les plaies d'escarre et pour toutes les plaies que je suppose que vous prenez en charge...

Infirmière : J'évite car je suis toute seule sur le centre hospitalier si je réponds à toutes les demandes sur toutes les plaies je ne pourrais pas, et je suis censée être référente que pour les plaies d'escarre. Même si les autres plaies on les connait et on sait plus ou moins les traiter. De temps en temps je vois bien des ulcères mais je ne vais que dans les services où on me demande d'aller, c'est le cadre ou l'infirmière qui m'appelle quand ils ont des doutes ou qu'ils ne savent pas comment traiter. Parfois j'aimerais que dans certains services qu'on m'appelle un peu plus car je me suis rendu compte que si je venais pour une raison X ou Y j'ai vu parfois des choses qui ne correspondaient pas à ce qui était prescrit ou dans protocoles mais je ne peux pas m'imposer non plus et savoir ce qu'elles sont en train de faire mais bon j'essaye parfois quand elle m'appelle pour un support car c'est moi qui les gère aussi. Si elles ont une plaie qu'elles ont vu, je leur demande comment est la plaie qu'est-ce qu'elles font ? Qu'est-ce qu'elles mettent ? On échange par téléphone, ca me permets de leur dire qu'il faudrait mieux qu'elles mettent ça ou qu'elles fassent comme ca, j'essaye de leur donner des conseils, leur faire des petits rappels régulièrement pour la prise en charge des escarres.

J'aimerais créer une équipe mobile pour les plaies où on serait très polyvalents, il y aurait des spécialistes des plaies aigues, des plaies chroniques, des escarres et...

parfois je me sens un peu seule pour pouvoir aller à deux quand on a un doute ça m'intéresserait énormément.

Tous les pansements qui existent ne sont pas référencés au sein d'un centre mais certains produits sont plus efficaces sur tel type de plaie et souvent dans les services ce sont des choses qu'elles ne savent pas et que l'on ne sait pas forcément non plus. Moi je sais très bien ce qui est efficace sur les escarres mais pas forcément ce qui est efficace sur les brûlures, les ulcères ou sur une plaie aigue. Il a été question que je le passe ce DU car les plaies m'intéressent beaucoup mais je me dis que je serais encore toute seule et le but c'est que l'on soit plusieurs.

Cadre de santé : la difficulté pour en avoir parlé avec le directeur des soins, elle souhaitait qu'il y ait quelqu'un qui passe le DU « plaie et cicatrisation » mais la difficulté comme l'a dit ma collègue (infirmière en « plaie escarre ») c'est que les personnes doivent se déplacer. Former une infirmière quand elle est en poste comment la déplacer ? donc il avait été dit avec la direction des soins que ce serait bien que ce soit un cadre car un carde c'est beaucoup plus facile après il faut le trouver ca limite le nombre de personne, faut que la personne soit vraiment motivée pour le faire donc pour l'instant on l'a pas trouvé et ce qui l'en est ressorti après en avoir beaucoup discuté avec Édith (infirmière « plaie escarre ») c'est que c'était un souhait de sa part et que je l'ai transmise à la direction des soins c'est que le mieux serait de former peut être pas pour un DU mais de former les infirmières notamment en chirurgie et en médecine pour commencer sur le traitement des plaies et puis peut-être à partir de la il y aura peut être quelqu'un qui serait intéressé une sorte de déclencheur. Elle a pu nous prouver qu'en faisant le DU « plaie escarre » elle est arrivée à faire du bon travail car lors de notre enquête de prévalence on voit que l'on a vraiment diminué notre taux d'escarre et que les plaies on en a peu et que quand on en a elles guérissent vite si elles ont suivies bien sur. On a cette référence maintenant et on se dit que l'on pourrait aller plus loin pas trop pour les plaies chirurgicales mais surtout pour les plaies chroniques : pied diabétique, ulcère variqueux... la difficulté c'est qu'il y a les infirmières mais il ya aussi les médecins et que des fois ils « mettent leur nez dedans » et qu'ils n'ont aucunes idées de ce qu'il faut faire.

<u>Infirmière</u>: on a mis en place dans les servies des fiches de suivi des plaies et j'espère que l'on voit moins d'infirmière qui fait comme elle l'entend face au type de pansement qu'elle doit mettre.

Question 2 : Quels sont ou seraient les avantages et les inconvénients à intégrer dans une équipe une infirmière ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » ?

<u>Infirmière</u>: Les inconvénients à part que c'est un cout pour l'établissement car dans l'idéal ce serait génial si chaque unité avait une spécialiste. Le classeur que l'on a mis en place pour la prise en charge des escarres regroupe tous les types de plaies avec les différents pansements qui existent. Ces classeurs sont dans tous les services.

* Retranscription de l'entretien avec une cadre de santé coordinatrice des soins dans la prise en charge des patients ayant des plaies chroniques

Question 1 : Que pensez-vous de la collaboration avec une infirmière ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » dans la prise en charge des patients au sein d'une équipe infirmière ?

Réponse: C'est une évolution des pratiques. C'est une personne qui est de référence. Je vais déjà vous expliquer comment je travaille : on a fait le DU « plaie et cicatrisation » car on avait des pathologies chroniques, on avait des patients qui avaient des pathologies artérielles, on avait des plaies avant de les opérer ces patients qui n'évoluaient pas. On avait des protocoles anarchiques chaque infirmières faisaient son protocole, il n'y avait pas de suivi. Et puis les choses évoluent on a des pansements complexes, on est obligée de se former. Mais on ne peut pas envoyer tout le monde en formation don cil fallait qu'il y est une personne qui puisse être capable dans un service et même à l'extérieur de communiquer certains protocoles, un suivi régulier par rapport aux patients qui repartent de la structure. Nous on travaille en collaboration, on n'est pas là pour suivre le patients à domicile tout le temps mais par contre on recontacte régulièrement pour voir l'évolution. Ce DU nous a permis de mettre en place au niveau de notre dossier une fiche de suivi (avec un dossier informatisé). Ca nous permet d'avoir un suivi sur une semaine avec la mesure de la plaie, la couleur de la plaie ou le stade, d'avoir les exsudats, les odeurs, l'aspect des berges, et le pansement que l'on mettait en place. Quand on met le pansement sue quelque jour ca évite aussi à chaque personne qui interviennent, elles savent quels traitements a été mis en place et elles peuvent voir s'il y a une amélioration ou pas, les techniques utilisées s'il y a eu curetage ou non, une douche, du sérum physiologique... la douleur elle fait partie de la prise en charge au niveau de la plaie, les antalgiques administrés. Et il y a une partie pour

savoir si le médecin référent a vu la plaie. Ce qui est important c'est aussi de voir l'ancienneté, par rapport à une plaie chronique, de voir les pathologies du patient (diabète, artérite...), demande les résultats d'un bilan sinon en faire un. Lors d'un retour à domicile, demander qui va faire les soins, qui l'entoure car il y a un travail d'accompagnement idem dans les services car on ne peut pas faire tous les pansements. Notre rôle est de mettre en place un protocole, de l'évaluer et de le réévaluer. C'est un travail d'équipe et le patient joue aussi un rôle très important notamment pour la cotation de a douleur. Nous avons un rôle important d'accompagnement et aussi de formation des élèves, des équipes et de l'extérieur ca nous permet d'avoir des échanges et de créer la communication pour le suivi à domicile. Savoir aussi faire appel aux autres professionnels : endocrinologues, kinésithérapeute, podologue, angiologue, diététiciens ...il faut voir comment vit ton patient s'il marche beaucoup, s'il mange de façon équilibrée pour prendre en charge de façon optimale ton patient. L'utilisation de photos permet de mieux voir l'évolution de la plaie ou son aggravation.

Question 2 : Quels sont ou seraient les avantages et les inconvénients à intégrer dans une équipe une infirmière ayant le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » ?

Réponse: Les avantages sont ceux que j'ai énuméré précédemment la communication, le suivi et la prise en charge globale du patient. Comme inconvénients je n'en vois pas car pour nous il nous parait important voire indispensable qu'il y ait une infirmière ayant le DU. C'est un plus dans les équipes et nous sommes beaucoup sollicitées.

• ANNEXE III : Cette fiche a été donnée avec l'autorisation d'être utilisée pour mon mémoire par la cadre de santé ayant le diplôme « plaie et cicatrisation » durant l'entretien.

CLINIQUE DU RENAISON FICHE DE SUIVI DE SOINS PRENOM PRENOM PRENOM		Type de la plaie:	Stade de la plaie: Nécrose Fibrine sèche Fibrine exsudative Bourgeonnement Epidermisation Anomalie: Infection: Oui Non Plaie atone : Oui Non	Ancienneté: Dimensions: Largeur (cm):	es/An	Allergies :
k.						
	A LA DATE DU DERNIER PANSEMENT	Oui Non	☐ Avec le(s) même(s) produit(s) ☐ Avec un autre produit ☐ Lequel	☐ Intolérance ☐ Inefficacité ☐ Autre Préciser:	APPRECIATION GLOBALE rès bonne Bonne Perfectible rès bonne Bonne Perfectible rès bonne Bonne Perfectible	
	ALADATEDI	La plaie était cicatrisée :	Le traitement a été poursuivi :	Motive du changement de produits :	Efficacité: Très bonne Tolérance: Très bonne Facilité d'emploi: Très bonne Commentaires éventuels:	

E.Ro-20 Indice: a Mise à jour: Décembre 2008.

FICHE DE SUIVI DE PANSEMENT

DATE					23						2
	Largeur (1)										
TAILLE	Longueur (L)										71
10	Profondeur (p)	-									¥
	Nécrose			a l							
ASPECT en %	Fibrine									.5	
et en COULEUR	Bourgeonnement										
	Épithélialisation										
EXSUDAT	Oui/Non										
ODEUR	Oui/Non		4								
	Macération		,								
ASPECT DES BERGES	Inflammation										
	Eczémativation										
	Hydrocolloïdes										
	Gel										
DISPOSITES MEDICALIX	Alginates										
(préciser si	Film semi-perm.										
pansement secondaire)	Charbon on Argent										
11	Hydrocellulaire		(6)				£				
	Hydrfibres					18				70	
	Douche										15
TRCHNIONE UTILISEE	Curette/ciseaux/ bistouri						8	T			
	Savon doux										
	Serum phy										
DOULEUR (EN)	Pendant		i.							8	
ANTALGIQUES	En Dehors		4								
PRELEVEMENT/TRAITEMENT (Après lavage de la plaie)	AITEMENT a plaie)	-									
PARAPHE IDE	DE										
Demonstrate and the second and the s											

RÉSUMÉ

Le titre de mon travail « quand la plaie devient chronique » est un état des lieux qui se termine par les principales actions à mettre en place.

Le thème principal est à domicile. Les patients qui rentrent chez eux porteurs de plaies chroniques n'ont pas de recommandations spécifiques à leur cas pour montrer à leurs infirmières.

Il a été motivé par les problèmes suivants : la population s'accroit et vieillit avec sont cortège de maladies et lésions. Les plaies chroniques demandent entre-autres un soutien technique plus approfondi dont la mise en place d'une équipe mobile afin de former les équipes médicales.

Je parviens aux conclusions de mon travail avec deux méthodes principales. La première était les entretiens avec les professionnels de santé ayant un rapport avec mon thème. La seconde était une confrontation des lectures.

<u>Mots clés</u>: plaie chronique; prise en charge; équipe mobile; soutien technique; patients.