

“ La propreté est une notion d’hygiène
L’asepsie, une notion scientifique ”.

REMERCIEMENTS

Qu'il me soit permis d'exprimer ici, toute ma reconnaissance à l'égard de toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation Suzanne Pérouse de m'avoir fait apport de leurs connaissances.

Je tiens également à remercier l'ensemble des Cadres de leur aide et leurs conseils qui m'ont été précieux pour la réalisation de ce travail.

Ce Travail Ecrit de Fin d'Etudes a été rédigé dans le cadre du Diplôme d'Etat d'Infirmiers et d'Infirmières de l'Institut de Formation Suzanne Pérouse.

**LES PANSEMENTS EN CHIRURGIE,
OBEISSENT-ILS SYSTEMATIQUEMENT
A LA REGLE D'ASEPSIE ?**

Présenté par
Emile M.

**Institut de Formation Suzanne Pérouse
89 rue Haxo - 75020 Paris**

Année 1998-1999

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	6
II.	MOTIVATIONS	7
1.	1 ^{ère} idée :	7
2.	2 ^{ème} idée :	7
3.	3 ^{ème} idée :	7
III.	POSE DE LA PROBLEMATIQUE.....	8
1.	Les rôles des pansements en chirurgie.....	8
	a. Rôle d'immobilisation	8
	b. Rôle protecteur.....	8
	c. Rôle d'hémostase.....	8
	d. Rôle de traitement	8
2.	Les principes de la règle d'asepsie	9
2.1	Le lavage simple des mains	9
2.2	Le lavage antiseptique des mains.....	10
2.3	L'utilisation du matériel stérile	10
	a. Les instruments.....	10
	b. Les textiles.....	11
	c. Le matériel de fixation.....	11
	d. Les liquides.....	11
2.4	La technique aseptique.....	13
	a. Méthode avec utilisation de pinces	13
	b. Méthode avec utilisation de gants stériles	14
IV.	HYPOTHESE	15
V.	CADRE CONCEPTUEL	16
1.	Le pansement	16
2.	Le matériel stérile	16
3.	La stérilisation.....	16
4.	La gestuelle	17
VI.	METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	18
1.	L'Enquête	18
	a. Les lieux de l'enquête.....	18
	b. La population enquêtée	18
	c. Le matériel et les méthodes	18
	d. Période et difficultés.....	18
2.	Résultats et interprétation de l'enquête.....	19
	a. Résultats de l'enquête.....	19
	b. Interprétation de l'enquête.....	19
	<i>Analyse quantitative.....</i>	19
	<i>Analyse qualitative.....</i>	22
VII.	CONCLUSION	24
VIII.	PROPOSITION DE SOLUTION.....	25
IX.	BIBLIOGRAPHIE	26

I. INTRODUCTION

La présente étude porte sur un constat relatif à une pratique infirmière quotidienne, précisément le soin des plaies en chirurgie à l'aide de pansements stériles ; lesquels, nous le savons tous, sont soumis à certaines règles précises dont la principale est l'asepsie.

Il s'agit, en effet, d'un acte de soins infirmiers relevant du rôle propre de l'infirmière⁽¹⁾ en ce qui concerne la réalisation, la surveillance et le renouvellement du matériel de pansement non médicamenteux et acte de soins infirmiers sur prescription médicale pour le pansement médicamenteux ; Conformément au Décret n° 93-345 du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier⁽²⁾.

Les Auteurs définissent le pansement comme "le recouvrement d'une plaie au moyen de compresses stériles, fixées par un bandage ou de l'adhésif".

Il précise ensuite, que "le pansement protège la plaie, absorbe l'exsudat et favorise la cicatrisation⁽³⁾".

D'autres s'accordent pour définir l'asepsie comme "une méthode qui consiste à prévenir les maladies septiques ou infectieuses en empêchant, par des moyens appropriés, l'introduction des microbes dans l'organisme".

D'autres encore donnent la définition selon laquelle l'asepsie est "un ensemble de mesures propres à arrêter tout apport exogène de micro-organismes ou de virus⁽⁴⁾".

Ils notent par ailleurs que "c'est une méthode préventive qui réalise l'absence de germe en surface et en profondeur par la stérilisation⁽⁵⁾".

Pour sa part, le Docteur Claude BARBANEL définit l'asepsie comme une "méthode qui consiste à empêcher les micro-organismes d'infecter un organisme ou un élément inerte (matériel...)⁽⁶⁾".

Comme on le voit, il ressort de chacune de ces définitions certaines notions, parmi lesquelles je retiendrai essentiellement deux pour les besoins de mon travail ; à savoir :

- la notion de compresses stériles,
- la notion de méthode ou de mesures propres destinées à éviter tout apport exogène de micro-organismes ou de virus.

Mais la question qui se pose ici et à laquelle je chercherai à donner quelques explications, voire quelques éléments de réponse est alors de savoir si, de manière générale, les pansements Chirurgie, obéissent systématiquement à la règle d'asepsie ou se déroulent selon un ordre précis.

Mais il convient, auparavant, d'exposer les raisons qui m'ont conduit à me pencher sur ce sujet.

(1) Lire dans toute l'étude, Infirmier, Infirmière.

(2) Décret n° 93-345 du 15/03/93, J.O. du 16/03/93, page 4098 à 4100, CSP, édition Dalloz, 1997, page 1302.

(3) Jacques DELAMARE, dictionnaire de l' Infirmière, éditions Maloine, 1996, page 329.

(4) M. LE HEURT ; H. GOMILA ; S. GIROT ; M.J. RAFAOUI, nouveau cahier de l'infirmière, Editions Masson, 1998, page 26.

(5) M. LE HEURT ... précité, page 26.

(6) C. BARBANEL, Manuel de Médecine à l'usage des Infirmiers, T1, Editions Flammarion 1983, page 324.

II. MOTIVATIONS

Le choix du sujet qui fait l'objet de la présente étude repose essentiellement sur trois idées ; à savoir :

1. 1^{ère} idée :

L'importance considérable de cette notion, précisément la règle d'asepsie qui demeure, en effet, la base de tout le processus de cicatrisation des plaies ; qu'il s'agisse des plaies opératoires ou d'autres types de plaies.

2. 2^{ème} idée :

Pendant longtemps, j'ai pu observer à maintes reprises et à divers niveaux, des différences dans la manipulation du matériel stérile à pansement dans les Services de Soins en général et, en particulier dans les Services de Chirurgie qui sont les plus exposés aux risques infectieux.

3. 3^{ème} idée :

La non-observation de la règle d'asepsie dans le domaine des pansements entraîne des infections qui peuvent être graves. Tel est le cas des infections des plaies opératoires qui sont classées au second plan des infections nosocomiales⁽¹⁾ avec un pourcentage de 25%, après les infections urinaires.

De plus, l'infection est une source principale de toute complication susceptible d'engager la responsabilité de l'Infirmière⁽²⁾, voire du Service.

C'est pourquoi, il m'a semblé intéressant de travailler sur ce sujet pour tenter de comprendre les raisons de ces différences sur la pratique des pansements stériles.

(1) M. LE HEURT, H. GOMILA, S. GIROT, M.J. RAFAOUI, Hygiène, Editions Masson, 1998, page 19.

(2) Voir à ce sujet, J.M. AUBY, le Droit de la Santé, P.U.F. Collections Thémis, 1981, page 383 et C. BOISSIER-RAMBAUD ; G. HOLLEAUX ; J. ZUCMAN ; la Responsabilité Juridique de l'Infirmière, Editions LAMARRE, 1995, page 243.

III. POSE DE LA PROBLEMATIQUE

Comme pour tout acte de soin, le pansement à réaliser ou à renouveler consiste, entre autres, à prévenir l'infection par une désinfection adéquate, à protéger la lésion de manière à éviter la macération et l'action irritante des sécrétions ; aider le mieux possible à la cicatrisation ; assurer une compression correcte dans le cas d'une hémorragie, mais aussi assurer le confort du patient.

Mais le problème qui se pose ici est de savoir précisément dans quelles conditions les pansements doivent-ils être faits pour répondre aux exigences de la règle d'asepsie⁽¹⁾ et éviter ainsi toute conséquence dommageable pour le patient.

Dans un ouvrage consacré au Pansement, Monsieur le Docteur VILAIN ne manque d'ailleurs pas de souligner dans préface : "pour certains, panser est un acte mineur, une activité subalterne. Or panser oblige à prendre parti. Il faut favoriser ou tout au moins ne pas gêner la cicatrisation".

Cette observation permet de comprendre que les pansements, de manière générale, doivent remplir certains rôles précis.

1. Les rôles des pansements en chirurgie

a. *Rôle d'immobilisation*

Il en est le cas en diminuant l'amplitude, la vitesse et la force des mouvements pour améliorer certaines situations ; cela par la mise en place des bandes, renforcées de sparadrap élastique ou l'utilisation d'autre matériel à pansement.

b. *Rôle protecteur*

Les pansements ont également un rôle protecteur. Ils permettent d'éviter les chocs de la vie courante au niveau de la partie lésée devenue vulnérable aux contacts. Ils empêchent le frottement des vêtements sur une cicatrice trop récente ou sur une peau fragile. Mais ils protègent aussi le milieu extérieur des sécrétions qui peuvent s'écouler des plaies.

c. *Rôle d'hémostase*

Avec la mise en place des objets à pansement, s'ajoute la compression qui collabore au vaisseau. En revanche, les pansements gras n'ont pas d'action hémostatique. Ils ne sauraient recouvrir que des lésions qui ne saignent plus.

d. *Rôle de traitement*

C'est une fonction non négligeable qui est attribuée aux pansements. En effet, recouvrir une lésion entraîne des modifications physiques par la création d'un microclimat et des modifications chimiques, eu égard au topique⁽²⁾ utilisé.

(1) R. VILAIN, le PANSEMENT, Microclimat Thérapeutique, Editions J.B. Baillière, 1976, 107 pages, page 9.

(2) Médicament agissant localement.

Pour leur part, BRUNNER et SUDDARTH recommandent de “ se plier rigoureusement aux principes d’asepsie pour pouvoir protéger le patient contre l’infection, source principale de toute complication ”. Ces auteurs notent ensuite que “ le succès sera acquis, non seulement en observant une stérilisation parfaite du matériel avant ; mais aussi, en prenant toutes les précautions possibles contre l’infection pendant et après le soin, et ce, jusqu’à ce que la plaie soit cicatrisée⁽¹⁾ ”.

Enfin, ces auteurs soulignent le fait que tout est prévu pour que ces conditions soient les meilleures possibles.

Dans un autre ouvrage très imagé, le Professeur LAVILLAUREIX⁽²⁾, quant à lui, donne des notions simples tout en mettant l’accent, entre autres, sur l’arsenal antibactérien, le comportement aseptique de l’infirmière.

S’agissant de l’arsenal antibactérien, le Professeur LAVILLAUREIX fait état des antiseptiques et désinfectants, du nettoyage quotidien, de la désinfection de décontamination, de la stérilisation et de l’usage unique.

En revanche, le comportement aseptique relève, entre autres, du lavage des mains, de l’isolement septique et de l’isolement protecteur.

Par ailleurs, il donne la conduite à tenir quant aux conditions idéales de réalisation ou de renouvellement des pansements stériles et ce, en insistant sur deux notions précises ; l’Hygiène et l’Asepsie qu’il considère comme les armes anti-infection.

Au regard de ce qui vient d’être exposé, on note que les Auteurs sont unanimes sur le contenu de la règle d’asepsie qui doit être observée par les Infirmières dans le cadre des pansements stériles à réaliser ou à renouveler.

2. Les principes de la règle d’asepsie

Comme pour l’ensemble des Auteurs et selon la définition donnée par le Docteur Jacques DELAMARE⁽³⁾, la règle d’asepsie fait appel à des “ moyens appropriés ” pour empêcher l’introduction de microbes dans l’organisme.

2.1 Le lavage simple des mains

Il a pour objectif, l’élimination de la flore transitoire et se fait avec un savon doux, liquide, ordinaire, à l’instar du SOLVIREX en distributeur mural à commande à coude.

C’est le lavage des mains le plus classique à faire précisément lors des pansements simples.

(1) BRUNNER et SUDDARTH, Soins Infirmiers en Médecine-Chirurgie, 2^{ème} Ed. Editions du Renouveau Pédagogique, 1985, page 275.

(2) J. LAVILLAUREIX, Infection et Asepsie, Editions Symbiose, 1979, 157 pages.

(3) J. DELAMARE, Dictionnaire de l’Infirmière, Editions Maloine.

2.2 Le lavage antiseptique des mains

Il s'agit, pour faire ou refaire un pansement stérile de procéder avant et après à un lavage antiseptique des mains. Le lavage antiseptique dit aussi hygiénique est effectué avec un savon liquide antiseptique, à l'instar de la BETADINE SCRUB, solution moussante antiseptique. Ce type de lavage, préféré au lavage simple, vise deux objectifs : l'élimination de la flore transitoire et la diminution de la flore résidente, commensale (ou flore " normale " non pathogène).

Le temps de lavage antiseptique des mains doit être au minimum, d'une minute⁽¹⁾.

2.3 L'utilisation du matériel stérile

Le matériel stérile comprend les instruments, les textiles, les liquides.

a. Les instruments

- Ciseaux à pansement

Ils sont destinés à sectionner les bandes pour pouvoir retirer le pansement en place ; le déroulement étant considéré comme polluant.

Ils doivent être conservés dans un bac à alcool.

- Plateau stérile avec :

- Une paire de ciseaux courbes ou droits permettant de sectionner éventuellement les fils.
- Des pinces type KOCHER ou PEAN permettant de saisir les compresses ou autre nécessaire à pansement.
- Des pinces dites à disséquer. Il en existe deux types : à griffes et sans griffes. Les pinces à griffes permettent de saisir commodément les compresses et tulles, séquestres et corps étrangers. Cependant, pour retirer les fils, il est conseillé d'utiliser des pinces sans griffes parce que les mors viennent bien au contact.
- Une sonde cannelée qui garde également sa place dans la composition d'un plateau à pansement car utile pour explorer la profondeur de la plaie, désunir un petit abcès sous-cutané ; ce qui n'est pas exceptionnel en Chirurgie d'urgence ou étendre commodément sur compresse un produit prescrit.

(1) Voir à ce sujet, M. LE HEURT et autres, ouvrage précité, page 52.

– Sets pour pansement :

Il existe actuellement des sets pour des pansements stériles, à usage unique, dans lesquels on trouve le même nécessaire ; à savoir :

- Un plateau, une cupule, des pinces, des ciseaux, des compresses, des tampons en coton, un petit champ.

– Gants :

- Les gants stériles type chirurgical, à usage unique qui ne doivent être utilisés pour les pansements que lorsque l'usage des pinces n'est pas de principe.
- Les gants non stériles à usage unique pour ôter le pansement souillé qui est en place.

b. Les textiles

– Compresses

Elles sont fournies déjà stérilisées par les industriels et se présentent généralement en emballage par cinq ou dix et de grandeurs différentes.

– Pansements dits américains

Aussi appelés pansements dakin, ils sont composés d'une couche de coton hydrophile (pour absorber) et d'une couche de coton cardé (pour isoler).

c. Le matériel de fixation

Il en existe plusieurs sortes et de différentes tailles. A titre indicatif, on peut citer :

- SPARADRAP élastique aussi appelé ELASTOPLASTE
- HYPAFIX
- STERI-STRIP
- CICAPLAIE
- VISULIN
- BANDE VELPEAU
- BANDE DE GAZE ...

d. Les liquides

– Les Antiseptiques

Les préparations antiseptiques sont des préparations ayant la propriété d'éliminer ou de tuer les micro-organismes ou d'inactiver les virus sur des tissus vivants (peau saine, muqueuse, plaie).

C'est dire, en d'autres termes, comme le mentionnent M. LE HEURT, H. GOMILA, S. GIROT, M.J. RAFAOUI que "ce sont des substances antibactériennes non spécifiques agissant globalement et rapidement sur les bactéries, les virus, les champignons et les spores⁽¹⁾".

Comme on le constate, les antiseptiques sont des médicaments⁽²⁾ et par conséquent, doivent être employés sur prescription médicale ou selon les habitudes qui relèvent d'un protocole de soins infirmiers, préalablement établi et validé par le Médecin.

A titre indicatif, les antiseptiques utilisés ou rencontrés habituellement dans les services sont :

- ALCOOL MODIFIE A 70°
 - ALCOOL IODE 1% 60°
 - BETADINE DERMIQUE
 - BETADINE GYNECOLOGIQUE
 - BETADINE SCRUB
 - CHLORHEXIDINE 0,05%
 - DAKIN STABILISE
 - EAU OXYGENE 10 vol.
 - EOSINE AQUEUSE 2%
 - HEXOMEDINE 1 pour 1000
 - HIBISCRUB
 - HIBITANE 5%
 - HIBITANE CHAMP 0,5%
 - PERMANGANATE DE POTASSIUM
 - SOLUTION DE MILIAN
- EOSINE et SOLUTION DE MILIAN sont utilisées pour leurs propriétés tannantes
- Le PERMANGANATE DE POTASSIUM et l'HEXOMEDINE ne peuvent être utilisés que sur prescription médicale
- L'EAU OXYGENEE a des propriétés détergentes. Elle est active sur les germes anaérobies

PARMI LES PRODUITS ANNEXES :

- l'ETHER a des propriétés dégraissant
- Le CHLORURE DE SODIUM est utilisé comme agent de rinçage

Les manipulations des antiseptiques doivent être effectuées stérilement et les solutions réparties dans des récipients de faible contenance afin d'éviter le stockage : les solutions diluées se conservent le moins possible, en moyenne une semaine.

(1) Voir à ce sujet, ouvrage précité, page 28

(2) Pour un regroupement des antiseptiques par famille, voir partie "annexe " de ce travail.

- Les solutés

Le sérum physiologique ou chlorure de sodium à 9% utilisé comme agent de rinçage.

- Les colorants

- La solution aqueuse d'éosine à 2% en flacon de 5 ml
- La solution de Milian qui associe le vert de méthyle et le cristal violet en flacon dose de 10ml

- Les topiques

Comme il a été dit précédemment, ce sont des médicaments agissant localement et qui doivent être utilisés sur prescription médicale ou suivant le protocole de soins infirmiers du service, validé par le Médecin.

- Tulle gras lumière
- Biogaze normale
- Biogaze à la néomycine
- Tulle bétadinée
- Tulle lumière dit " corticotulle "
- Tulle lumière dit " antibiotulle "

2.4 La technique aseptique

Encore appelée " gestuelle " , la technique aseptique comporte deux exigences :

La première consiste à utiliser des instruments qui ont été stérilisés, du matériel textile, liquide ou gras qui a été stérilisé et est conservé stérile jusqu'à l'emploi.

La seconde concerne une gestuelle précise, de nature à éviter toute souillure extérieure de la lésion qui fait l'objet du pansement stérile.

Pour y parvenir, il existe deux méthodes qui permettent de réaliser ou renouveler un pansement stérile : la méthode avec utilisation de pinces et l'autre avec utilisation de gants stériles.

a. *Méthode avec utilisation de pinces*

- Prélever la seconde pince à l'aide de la première
- Saisir une compresse avec une des pinces et faire un tampon en la pliant en quatre. Veillez à utiliser toujours la même pince pour prélever la compresse propre dans le plateau
- Verser l'antiseptique sur le tampon à distance de celui-ci

- Nettoyer la plaie de haut en bas, puis de chaque côté avec une nouvelle compresse à chaque fois, imbibée d'un détergent. Continuer ensuite de la même manière en allant de plus en plus vers l'extérieur de la plaie
- Appliquer l'antiseptique sur la plaie nettoyée, éventuellement le topique et ce, conformément à la prescription médicale du jour⁽¹⁾ ou au protocole de soins du Service préétabli et validé par le Médecin

b. Méthode avec utilisation de gants stériles

Comme pour la précédente méthode, le lavage antiseptique des mains est préférable au lavage simple ; ceci après avoir préparé tout ce qui est nécessaire pour le pansement. Procéder ensuite par étape, à savoir :

- Ouvrir le paquet contenant les gants stériles et se servir du papier comme champ stérile pour y déposer le matériel. Verser le détergent sur un paquet de compresses et l'antiseptique sur un autre paquet de compresses
- Prendre le gant droit ou gauche selon la dominance de la main, par la manchette retournée et l'enfiler. Glisser ensuite les doigts gantés sous la manchette retournée de l'autre gant pour le saisir, introduire la main et retourner la manchette du gant
- Pour le nettoyage de la plaie et de la peau alentour, procéder comme décrit dans la méthode précédente
- Appliquer l'antiseptique sur la plaie nettoyée
- Recouvrir de compresses sèches en commençant par le centre et en allant vers l'extérieur. Les faire dépasser d'environ deux centimètres de la plaie
- Retirer les gants et fixer le pansement à l'aide du matériel choisi (bande en gaze, velpeau ...).

Après avoir réalisé le soin, il importe d'immerger aussitôt le matériel (inoxydable) destiné à être restérilisé (pinces, ciseaux, plateau) dans un bain contenant une solution décontaminante pendant une durée minimum de 15 à 20 minutes. Tel est le cas de la décontamination de l'instrumentation médico-chirurgicale par l'Ampholysine comme il ressort d'un protocole⁽²⁾.

C'est précisément en référence à ces deux méthodes enseignées de technique aseptique que j'ai observé des différences dans la manipulation du matériel stérile au moment des pansements.

(1) Il est de règle que la prescription doit être vérifiée avant le soin ; qu'elle doit être datée et signée du Médecin ...
 (2) Voir la partie annexe de ce travail.

IV. HYPOTHESE

J'ai eu, plusieurs fois, l'occasion de constater au cours des pansements réalisés par les I.D.E. (Infirmier Diplômé d'Etat), des différences de technique, précisément dans la manipulation du matériel stérile ; différences de technique dont je suppose qu'elles sont en lien avec un désir de gain de temps pour faire face généralement à une charge de travail importante.

Cette réflexion constitue mon hypothèse de travail.

Avant de poursuivre ma démarche qui consiste, dans un premier temps, à vérifier (infirmer ou confirmer) mon hypothèse, il me semble important de définir certains termes, ce qui me permettra d'avoir une base sur laquelle me fonder pour la suite de mon travail. Ces définitions constituent le cadre conceptuel.

V. CADRE CONCEPTUEL

1. Le pansement

Selon le Dictionnaire Larousse, le pansement est “ l'action de panser une plaie. C'est aussi l'ensemble des éléments qui le composent et qui sont appliqués sur une plaie ; à savoir : compresses, antiseptiques, coton, bande ”, dans le but de favoriser sa guérison et par conséquent, la protéger contre une contamination extérieure.

On remarque que cette définition est incomplète.

Le Docteur Jacques DELAMARE ⁽¹⁾ présente dans sa définition de ce même mot un autre terme en précisant d'abord que c'est le “ recouvrement d'une plaie au moyen de compresses stériles, fixées par un bandage ou de l'adhésif ”. Il poursuit en notant que c'est “ le matériel utilisé à cet effet ”. Il termine en soulignant, que le pansement “ protège la plaie, absorbe les sécrétions et favorise la cicatrisation ”.

2. Le matériel stérile

La notion de matériel stérile qui englobe ici les compresses, les pinces, les ciseaux ... sous-entend l'absence totale des micro-organismes, cela après avoir fait l'objet d'un traitement spécial : la stérilisation.

3. La stérilisation

Ce terme est clairement défini par Micheline LE HEURT, Hervé GOMILA, Sylvie GIROT et Marie-Josée RAFAOUI dans leur ouvrage consacré à l'hygiène ⁽²⁾.

Ils notent à propos de la stérilisation que “ C'est la mise en œuvre d'une ensemble de méthodes et de moyens visant à éliminer tous les micro-organismes vivants de quelque forme que ce soit portés par un objet et parfaitement nettoyé ”.

Il existe trois modes de stérilisation ⁽³⁾

- La stérilisation au Poupinel par la chaleur sèche ;
- La stérilisation à l'Autoclave par la vapeur d'eau, c'est-à-dire la chaleur humide ;
- La stérilisation à l'oxyde d'éthylène qui est un gaz.

Il en est ainsi et c'est pourquoi, le matériel stérile à pansement doit être manipulé par l'infirmière avec une certaine méthode.

(1) J. DELAMARE, Dictionnaire de l'Infirmière, Editions Maloine.

(2) M. LE HEURT, H. GOMILA et autres, ouvrage précité, page 45.

(3) A propos de ces différents modes de stérilisation, Voir ouvrage précité, pages 45, 46, 47.

4. La gestuelle

Il s'agit ici de la manipulation du matériel stérile à pansement selon la technique aseptique qui a été décrite ; de manière à ne pas le souiller et par là même, entraver successivement au bon déroulement du soin et au processus de cicatrisation de la plaie.

Cela permet de souligner à juste titre, comme l'écrit le Docteur VILAIN, que la Gestuelle est également une source importante de fautes ⁽¹⁾, si l'on n'y prend pas garde.

(1) R. VILAIN, le Pansement, microclimat thérapeutique, Editions J.B. Baillière, 1976, 107 pages, page 66.

VI. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1. L'Enquête

a. Les lieux de l'enquête

L'étude a été faite, tour à tour, dans les Services de Chirurgie Générale et Spécialisée des Hôpitaux de Paris, de la Région Parisienne et de Province. Ils assurent l'accueil et la prise en charge globale des patients adultes pour un problème chirurgical.

b. La population enquêtée

Il s'agit du personnel soignant paramédical et notamment les Infirmiers et Infirmières Diplômés d'Etat des services précités, soit 37 personnes.

Cette enquête a consisté à faire une étude prospective auprès de ce personnel ayant à charge la réalisation et/ou le renouvellement des pansements stériles.

c. Le matériel et les méthodes

Un questionnaire anonyme de 16 questions (2 fermées, 14 ouvertes) dont un exemplaire se trouve dans la partie annexe de ce travail a permis de faire le point sur trois aspects :

- Les connaissances du personnel : formation, théorie
- La pratique, l'expérience
- Le fonctionnement des services

Ce questionnaire a été validé par la Référente pédagogique, vérifié et approuvé par les différents Cadres Surveillants des services contactés avant sa diffusion auprès des Infirmiers et Infirmières.

d. Période et difficultés

L'enquête a été réalisée dans l'ensemble sur une période de près de deux (2) mois, nécessitant à chaque fois des entretiens téléphoniques avec les Responsables des services concernés pour expliquer sommairement l'objet de ma démarche et obtenir les rendez-vous.

Aucune difficulté réelle à signaler. J'ai plutôt le sentiment que tous les contacts et l'enquête se sont déroulés dans les meilleures conditions possibles.

Toutefois, je me permets de souligner le caractère onéreux de la démarche dans son ensemble.

2. Résultats et interprétation de l'enquête

a. Résultats de l'enquête

Sur les 40 questionnaires diffusés,

- 30 ont été rendus dans les temps impartis
- 10 questionnaires ont été récupérés deux semaines après et ce, après avoir fait l'objet d'une relance
- 3 questionnaires ont été rendus avec les autres sans aucune réponse ; très vraisemblablement par oubli.

b. Interprétation de l'enquête

Ces interprétations vont faire l'objet, tout à tour :

- D'une analyse quantitative
- D'une analyse qualitative

Analyse quantitative

Par rapport à Q-1 : je constate que :

- deux (2) infirmières exercent depuis moins d'un an ;
- deux (2) infirmières exercent depuis 1 à 2 ans ;
- sept (7) infirmières exercent depuis 2 à 3 ans ;
- onze (11) infirmières exercent depuis 3 à 5 ans ;
- sept (7) infirmières exercent depuis 6 à 10 ans ;
- huit (8) infirmières exercent depuis plus de 10 ans.

Cela me permet de dire que dans la population enquêtée, la majorité exerce depuis une période allant de 3 à 5 ans.

Par rapport à Q-2 : je note que :

- quatorze (14) infirmières disent exercer dans une unité de soins où elles sont au nombre compris entre un et trois.
- seize (16) infirmières disent exercer dans une unité de soins où elles sont au nombre compris entre trois et quatre.
- sept (7) infirmières disent exercer dans une unité de soins où elles sont au nombre compris entre quatre et cinq.

Je constate que dans la population enquêtée, la majorité exerce dans une unité où les infirmières représentent un effectif compris entre trois et quatre.

Par rapport à Q-3 : je constate que :

- douze (12) infirmières affirment utiliser les sets à pansement ; entre autres, pour des raisons d'asepsie, d'hygiène, de gain de temps, pratiques ; mais aussi et surtout parce que l'établissement employeur met à leur disposition ce type de matériel.
- vingt-cinq (25) infirmières disent ne pas se servir de ce matériel.

Par rapport à Q-4 : j'observe que :

- trente et une (31) infirmières exercent dans une unité de soins où il existe des paquets stériles comprenant des pinces et ciseaux pour faire les pansements.
- six (6) infirmières, quant à elles, disent exercer dans des services ne disposant pas de paquets stériles.

Par rapport à Q-5 : je constate que :

- pour vingt-neuf (29) infirmières, il n'existe pas dans leurs unités de soins, les deux matériels à pansement (les sets à usage unique et les paquets stériles).
- pour huit (8) infirmières, il existe dans leurs services respectifs les deux types de matériel à pansement.

Par rapport à Q-6 et Q-7 : se rapportant à la décontamination, j'observe :

- pour trente-six (36) infirmières, la décontamination est une opération qui est réalisée systématiquement après utilisation du matériel stérile, quel que soit le produit décontaminant.
- d'un autre côté, trente-trois (33) infirmières procèdent à la décontamination à l'Ampholysine, en se référant au protocole établi à cet effet dans le service. Elles se prononcent par ailleurs, contre le procédé de lavage à l'eau et au savon du matériel ; estimant que ces deux éléments ne désinfectent pas réellement pour certains, ou ne suffisent pas pour d'autres.
- sept (7) infirmières répondent par la négative considérant que le matériel jetable (à usage unique) qu'elles utilisent ne peut faire l'objet, selon elles du réutilisation et donc d'une décontamination.

Par rapport à Q-8 et Q-9 : concernant l'utilisation des pinces ou des gants stériles, il m'est donné de relever ce qui suit :

- trente-cinq (35) infirmières utilisent systématiquement les pinces ou les gants stériles, toutefois en fonction de la situation en cause.
- deux (2) infirmières n'utilisent que les pinces, estimant que les plaies ne doivent pas être traitées avec des mains, fussent-elles gantées.

Par rapport à Q-10 : relative à la toilette du patient avant le pansement.

- trente-deux (32) infirmières se prononcent en faveur de la toilette du patient avant de faire le pansement stérile.
- cinq (5) infirmières se prononcent absolument contre une toilette avant le pansement, sans toutefois apporter de justifications.

Par rapport à Q-11 : relative à l'usage du matériel à usage unique. Cela me permet de noter que :

- vingt huit (28) infirmières utilisent du matériel à usage unique pour faire les pansements stériles.
- une autre catégorie de sept (7) infirmières, au contraire, déclare que "ce n'est pas un pansement aseptique" lorsqu'il n'est pas fait avec du matériel à usage unique.
- enfin, deux (2) infirmières ne se prononcent pas sur la question.

Par rapport à Q-12 : concernant la référence aux protocoles ou fiches techniques pour les pansements qui sont réalisés.

- trente trois (33) infirmières disent se référer aux protocoles ou aux fiches techniques du service ; d'autant qu'ils "ont été définis dans le but d'améliorer la cicatrisation, pour éviter les complications : abcès ...".
- quatre (4) infirmières, en revanche, utilisent leurs connaissances personnelles et les habitudes de service. C'est ce qu'elles appellent "le savoir infirmier".

On constate, de ce fait, une tendance à la généralisation du recours aux protocoles ou aux fiches techniques dans les services de soins où les pansements sont effectués.

Par rapport à Q-13 : relative au choix des produits à utiliser dans la pansement. Cela permet de constater que :

- vingt-sept (27) infirmières affirment utiliser les produits de leur choix.
- dix (10) infirmières disent se référer aux protocoles des Médecins qui "doivent être suivis". Dans ce même groupe, d'autres disent ne pas avoir assez de connaissances sur les pansements. D'autres encore ne manquent pas d'affirmer qu'il existe plusieurs protocoles pour les différents types de pansements.

Par rapport à Q-14 : qui se rapporte à une éventuelle "simplification" ou à "abréger" le pansement. Cela m'amène à relever que :

- trente (30) infirmières sont favorables à cette éventualité et évoquent, de façon remarquable, "le gain de temps pour faire face aux soins qui semblent plus urgents et qui nécessitent plus de temps" ; cela "lorsque la charge de travail est trop importante" ...
- une (1) infirmière ne s'est pas prononcée.

Par rapport à Q-15 : concernant l'utilisation éventuelle d'un pansement non stérile dans certaines circonstances. Cela me permet de constater que :

- trente et une (31) infirmières sont également hostiles à une telle pratique.
- six (6) infirmières sont disposées à recourir au pansement non stérile en cas "d'extrême urgence, en attendant de réunir toutes les conditions nécessaires pour un pansement stérile" ; mais aussi "en attente, après la visite du Médecin qui a ouvert le pansement".

Par rapport à Q-16 : se rapportant aux conséquences pour le patient en cas d'utilisation d'un pansement non stérile. Cela m'amène à observer que :

- vingt-sept (27) infirmières ne se prononcent pas
- huit (8) infirmières affirment qu'il y a bien un risque d'infection nosocomiale.
- deux (2) infirmières pensent qu'il n'y a aucun risque, mais ne donnent aucune explication.

Analyse qualitative

Par rapport à Q-1 et Q-2 : ne permettent pas de faire une analyse qualitative.

Par rapport à Q-3 : on retrouve dans beaucoup de réponses quatre notions précises :

- la notion d'asepsie
- la notion d'hygiène
- le caractère pratique des sets à pansements à usage unique
- la notion de gain de temps, clairement exprimée.

Pour une autre catégorie d'infirmières, les établissements qui les emploie ne disposent pas de ce matériel.

Par rapport à Q-4 : elles sont en plus grand nombre pour dire qu'il y a un avantage évident pour ce type de matériel (les paquets stériles), dans la mesure où il peut être réutilisé après décontamination et stérilisation. D'autres disent recourir à ce matériel parce que les sets à usage unique ne renferment pas tous les éléments nécessaires : elles accusent le manque de ciseaux, de pinces pour l'ablation des agrafes ...

Par rapport à Q-5 : elles disent majoritairement que les sets à usage unique sont suffisants pour le fonctionnement du service.

D'autres, cependant, répondent à cette question en disant qu'il s'agit là du choix de l'établissement et que les commandes sont faites par le Surveillant de général.

Selon d'autres encore, une minorité, les pinces à usage unique ne sont pas utilisables pour leurs types de pansements.

Enfin, une dernière catégorie considère que cet approvisionnement est normal dans un hôpital, cela pour pouvoir faire face à chaque type de pansement, s'agissant du stock du service, seul le second groupe dit en disposer en quantité suffisante.

Par rapport à Q-6 et Q-7 : un bon nombre d'entre elles se prononce en faveur de la décontamination par l'Ampholysine, soutenant d'ailleurs que c'est le produit par excellence par rapport aux autres : HEXANIOS, SURFANIOS. Un mot apparaît quasiment à toutes les réponses après la décontamination, c'est celui du protocole.

Force est de constater que beaucoup de services ont mis en place ou fonctionnent à l'aide des protocoles préparés par les responsables du service.

Il est intéressant que la majorité des infirmières est respectueuse de cette organisation.

Par rapport à Q-8 et Q-9 : elles sont plus nombreuses à argumenter dans le sens des mesures d'asepsie, pour plus de dextérité, pour être conforme avec les protocoles de service, pour des raisons pratiques et par mesure d'hygiène.

Par rapport à Q-10 : les infirmières soutiennent cette démarche (toilette du patient avant le pansement) en évoquant les mêmes mots, à savoir :

- “ C'est la première règle d'hygiène ”
- “ L'asepsie est une réduction maximale des germes, la toilette est une première étape de réduction des germes ”.
- “ Logique ! Je ne fais pas un pansement sur un patient sale ”.
- “ Pour ne pas apporter des germes qui pourraient infecter la plaie ”.

Par rapport à Q-11 : pour la majorité des infirmières le matériel à usage unique a un côté pratique indéniable et permet d'éviter toute contamination.

D'autres justifient leur préférence par des mesures d'hygiène ; pour le confort des soignants et pour éviter la prolifération des germes ; les infections nosocomiales.

Il y a un bon nombre qui soutien l'idée d'un gain de temps (elles parlent de “ moins de perte de temps ”).

Par rapport à Q-12 : elles sont également majoritaires à dire que “ les protocoles ont été étudiés par plusieurs Médecins, Cadres, Infirmiers et sont bien faits et cohérents ”.

Elles argumentent par ailleurs en mettant, toutes, l'accent sur l'uniformité des soins ; mais aussi “ un meilleur suivi ”, en concluant “ qu' elles n'inventent pas ”.

Par rapport à Q-13 : elles sont majoritaires à utiliser les produits de leur choix en raison de :

- la confiance qui leur est accordée par les Médecins, compte tenu de leur expérience personnelle
- l'impossibilité de suivre à la lettre un protocole
- l'évolution, l'aspect de la plaie au moment où le pansement précédent vient d'être retiré.

Par rapport à Q-14 : elles sont nombreuses à être hostiles à cette éventualité et utilisent les mêmes formules pour exprimer ce sentiment :

- “ cela s'appelle la conscience professionnelle ”
- “ à chacun sa conscience professionnelle. Le patient avant tout ”.
- “ il faut savoir prendre ses responsabilités ; Assurer les soins correctement pour le bien-être du patient ”.

Par rapport à Q-15 : dans la population enquêtée, la majorité est hostile à l'utilisation d'un pansement non stérile, estimant qu'il y a “ un risque infectieux ”.

De plus, beaucoup avancent “ qu'on ne gagne pas du temps en utilisant du matériel non stérile ”.

Enfin d'autres soutiennent l'idée que “ même si le pansement est fait rapidement, c'est toujours avec du matériel stérile ”.

Par rapport à Q-16 : elles sont majoritaires à ne pas se prononcer.

Cependant une catégorie intermédiaire affirme l'existence du risque d'infection nosocomiale qui entraînerait une hospitalisation beaucoup plus longue. Cette même catégorie parle d'ailleurs d'un abcès de paroi possible et même de septicémie.

Une minorité pense qu'il n'y a aucun risque, mais ne donne aucune explication.

VII. CONCLUSION

Au terme de cette étude et à la lumière des réponses qui en résultent, il ressort que mon hypothèse ne peut être confirmée.

En effet, dans la population enquêtée, seule une minorité de professionnels (Infirmiers et Infirmières), soit 16% , adhère à l'hypothèse qui a été avancée, selon laquelle une charge de travail importante peut justifier les différences observées dans le gestuel concernant les pansements ; plus précisément dans les différences de technique dans la manipulation des matériels à pansements stériles.

Pour la majorité de la population enquêtée, au contraire, soit 81%, l'observation de la règle d'asepsie au cours des pansements stériles demeure une des préoccupations quotidiennes et de tous les instants, quelles que soient les situations qui peuvent se présenter.

Enfin, une autre partie de la population enquêtée, soit 3%, ne s'est pas prononcée.

VIII. PROPOSITION DE SOLUTION

Qu'il me soit permis, au terme de cette étude, de faire en toute humilité la proposition de solution permettant d'envisager périodiquement, pour les uns des formules de formation, pour les autres des systèmes de recyclage et pour d'autres encore des rappels aux techniques requises ... voire les bonnes habitudes de travail.

Une telle démarche a l'avantage de contribuer à une prise de conscience de plus en plus marquée et ce, pour le bien être des patients dont nous avons la charge.

IX. BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages généraux

- VILAIN (R.) :
 - **Le Pansement**
Microclimat thérapeutique,
Editions J.B. Baillière, 1976, 107 pages
- BRUNNER et SUDDARTH :
 - **Traité des Soins Infirmiers en Médecine –Chirurgie**
Editions du Renouveau Pédagogique, 1979, 1314 pages
- BRUNNER et SUDDARTH :
 - **Soins Infirmiers en Médecine –Chirurgie**
Editions du Renouveau Pédagogique, 1985, 1507 pages
 - **Soins Infirmiers, Fiches Techniques**
Editions Maloine, 1998, 806 pages
- PAUCHET (A.-F.) - TRAVERSAT, BESNIER (E.)
BONNERY (A.-M.) – GABA (C.) – LEROY,
 - **Soins Infirmiers, Fiches Techniques**
Editions Maloine, 1998, 806 pages
- LAVILLAUREIX (Jean)
 - **Infection et Asepsie**
Editions Symbiose, 157 pages
- LE HEURT (M.) – GOMILA (H.) – GIROT (S.) – RAFAOUI (M.J.)
 - **Hygiène**
Editions Masson, 1998, 158 pages
- BARBANEL (C.)
 - **Manuel de Médecine à l'usage des infirmières, T.1**
Editions Flammarion, 1983, 346 pages
- AUBY (J.-M.)
 - **Le Droit de la Santé**
Editions P.U.F., Coll. Thémis, 1981, 508 pages
- BOISSIER-RAMBAUD (C.) - HOLLEAUX (G.) – ZUCMAN (J.)
 - **La Responsabilité Juridique de l'Infirmière, 4^{ème} édition**
Editions Lamarre, 1995, 335 pages
- DELAMARE (J.)
 - **Dictionnaire de l'Infirmière**
Editions Maloine, 1996.

2. Mémoire

➤ LENFANT (N.)

- **Utilité du pansement**

Mémoire de Maîtrise en Sciences de la Vie

Mention : Soins, juin 1997, 85 pages

3. Texte

➤ Décret n° 93-345 du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

- J.O. du 16 mars 1993, Pages 4098 à 4100 – C.S.P. 1997

Editions Dalloz, page 1302

4. Articles consultés

➤ LUTON (Pierre)

- **Des Spécialistes du pansement**

L'Infirmière Magazine, n° 101

Janvier 1996, pages 29 à 32

➤ FUKS (Marie)

- **Le Pansement des Plaies Chroniques**

L'Infirmière Magazine, n° 117

Juin 1997, pages 65 à 67

➤ BODECHON (Agnès)

- **Prise en charge d'une Plaie Septique**

L'Infirmière Magazine, n° 119

Septembre 1997, pages 65 à 66

➤ FAORO (Brigitte) – RUMEAUX (Francine)

- **Dans quelles circonstances le pansement doit-il être stérile ?**

Revue de l'Infirmière, n° 26

Avril 1997

ANNEXES

- **Questionnaire de l'Infirmier (e)**
- **décret n° 93-345 du 15 mars 1993**
- **Protocole de lavage simple des mains**
- **Protocole de lavage antiseptique des mains**
- **Tableau de propriétés des principaux antiseptiques**
- **Protocole de décontamination de l'instrumentation médico-chirurgicale par l'Ampholysine**

**PROTOCOLE DE DECONTAMINATION
DE L'INSTRUMENTATION MEDICO-CHIRURGICALE**

Produit : L'AMPHOLYSINE PLUS

- 1. Présentation :** Flacon multidose : graduation 10ml à 25 ml du bouchon
- 2. Composition :** L'Ampholysine Plus est une nouvelle formulation qui associe trois molécules (amphotère, un biguanide, ammonium quaternaire).
- 3. Dilution d'emploi :** Elle est de 0,5% soit 5 ml par litre d'eau. (la graduation commence à 10ml sur le flacon d'Ampholysine).
- 4. Mode d'emploi :**

➤ Mettre le produit, puis l'eau froide ou tiède

1. Noter la date et l'heure de préparation du produit

- Immerger le matériel immédiatement après usage dans la solution diluée répartie dans un bac de trempage d'un volume approprié
- Temps de contact minimum : 15 minutes (pas plus de 2 heures)
- Brosser (brosse douce)
- Rincer abondamment à l'eau du robinet

2. Poser les instruments sur un champ ...

- Sécher minutieusement avec champ propre tissé.

FAIRE STERILISER EN STERILISATION CENTRALE.

5. Précautions d'emploi :

- Le port des gants est conseillé
- Respecter le dosage préconisé
- Ne pas mélanger à d'autres produits (détergents, eau de javel, Bétadine...)
- En cas de projections accidentnelles, rincer abondamment à l'eau

NB : changement de bain : une fois par jour
(le renouveler s'il est chargé en matières organiques).