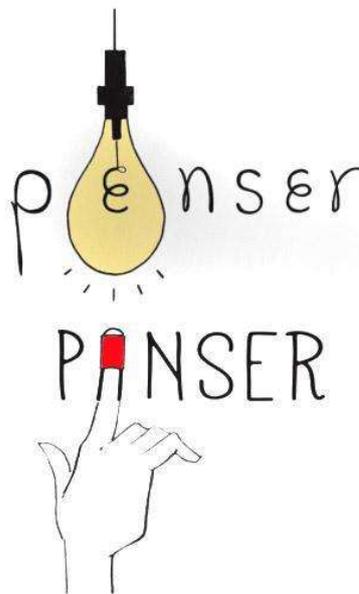




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

« **Penser, pour mieux panser** »



PICHOT TAMBWE KAYOMBO Adeline

Promotion : 2021-2024

Date : 6 mai 2024

Formateur référent : Mme DJADJAOUJEE Lisa



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études : « Penser pour mieux panser »

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 5 mai 2024

Identité et signature de l'étudiant : Madame Pichot Tambwe Kayombo Adeline

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

REMERCIEMENTS

En préambule de ce mémoire, je souhaite exprimer ma profonde gratitude à Madame Lisa DJADJAOUDJEE, ma guidante de mémoire, pour sa bienveillance, son écoute attentive et son humilité. Son soutien et ses encouragements m'ont permis de progresser tout au long de ce travail et ont renforcé ma confiance en moi.

Je remercie mes trois formateurs pédagogiques, et oui ils étaient trois : Dominique GUY, Aurore LEROY et Pascal DIDELOT. Merci infiniment pour votre dévouement auprès de vos étudiants.

Un grand MERCI également à tous les formateurs des IFSI de Reims et de Rennes pour votre pédagogie.

Je remercie tous les professionnels de santé rencontrés durant ma formation et qui ont participé à ma professionnalisation.

Je remercie les deux infirmières rencontrées lors des entretiens pour leurs dévouements et expériences enrichissantes.

A mes enfants, Paul et Chloé, mes potes à la compote. Je vous suis infiniment reconnaissant pour votre patience, votre amour et les sourires que vous apportez à ma vie chaque jour.

A mon mari Ricky. Ton amour si précieux illumine ma vie depuis de nombreuses années. Merci infiniment d'être la personne merveilleuse pour moi dans les moments les plus doux mais aussi les plus durs de ma vie.

A Papa et Tetelle, vos encouragements et votre confiance en mes capacités m'ont toujours poussé à aller de l'avant. Je vous suis profondément reconnaissant pour votre amour inconditionnel et votre soutien.

A mes (beaux) parents qui ont toujours cru en moi et qui m'ont accueilli chaleureusement au sein de leur famille.

A mes petits frères, (beaux) frères et (belles) sœurs que j'aime de tout mon cœur.

A mes filleules, neveux et nièces qui me remplissent de bonheur.

A ma famille, mes ami(e)s sparnaciens, rennais et d'ailleurs. Je vous aime !

A Mélanie, Nathalie mes plus chères amies, merci de m'avoir encouragé et inspiré. Je suis reconnaissante de vous avoir dans ma vie.

A mes ami(e)s des promotions 2021-2024 des IFSI de Reims et de Rennes, tout particulièrement à Céline, mon amie fidèle. Ton soutien et ton amitié ont rendu ces trois années plus douces.

Enfin tout particulièrement à Luis, mon oncle, qui nous a quitté cette année. Merci pour ta force et ton courage. Tu as laissé une empreinte indélébile dans nos cœurs et ton amour continuera d'illuminer nos vies à tout jamais. Tu es notre plus belle étoile et je t'aime.

Glossaire

IDE : infirmier diplômé d'état

MIRSI : mémoire d'initiation à la recherche en soins Infirmier

HAS : haute autorité de santé

OMS : organisation mondiale de la santé

HAS : haute autorité de santé

TPN : thérapie par pression négative

ETP : éducation thérapeutique du patient

IFSI : institut de formation en soins Infirmier

DU : diplôme universitaire

SSR : soins de suite et de réadaptation

HAD : hospitalisation à domicile

Sommaire

Introduction.....	1
1. Le cheminement vers la question de départ.....	2
1.1 Les situations d'appels.....	2
1.2 Le questionnement.....	3
2. Le cadre conceptuel.....	4
2.1 Une plaie mais pas que.....	4
2.1.1 Cicatrisation des plaies chroniques.....	5
2.1.2 Facteurs compromettants la cicatrisation.....	5
2.1.3 Conséquences sur la santé et la qualité de vie des patients.....	6
2.2 Au-delà des soins, une approche globale et humaine.....	6
2.2.1 Rôle infirmier.....	6
2.2.2 Evaluation des plaies chroniques.....	7
2.2.2 Approches thérapeutiques et soins de plaies.....	7
2.2.3 Protocoles de soins : vers des pratiques sûres et efficaces.....	9
2.3 La collaboration au cœur des soins.....	9
2.3.1 Collaboration pluri, inter professionnelle.....	9
2.3.2 Composition de l'équipe pluriprofessionnelle.....	10
2.3.3 Outils de communication et coordination des soins.....	11
2.3.4 Optimisation des soins.....	11
3. La méthodologie du recueil de données.....	12
3.1 Les objectifs du guide d'entretien.....	12
3.2 L'organisation et la population interviewé.....	12
3.3 Le bilan du dispositif.....	13
4. L'analyse descriptive des entretiens.....	14
4.1 Evaluation des plaies.....	14
4.2 L'impact psychosocial.....	15
4.3 La collaboration.....	16
4.4 Communication et coordination de soins.....	16
4.5 Formation et information.....	17
4.6 Approches thérapeutiques.....	18
4.7. Protocoles de soins.....	19
5. La discussion.....	20
Conclusion.....	24

Introduction

Pendant mes années de formation en soins infirmiers, j'ai réalisé plusieurs stages dans diverses unités de soins où j'ai été confrontée à la complexité de la prise en charge des plaies. Malgré mes connaissances théoriques vus en cours, j'ai constaté que traiter les plaies était plus complexe, en raison de variations des pratiques de soins et des méthodes utilisées par les professionnels de santé. J'ai également observé lors d'un stage, qu'une approche uniforme et une collaboration efficace au sein de l'équipe soignante pouvait améliorer les résultats pour les patients. C'est cette expérience qui a par ailleurs renforcé mon choix d'opter pour ce sujet de mémoire, dans le but d'approfondir mes connaissances et d'améliorer ma pratique professionnelle future.

Durant ces trois années, ainsi que dans ma pratique professionnelle passée en tant qu'aide-soignante, j'ai toujours été intéressée par la façon dont notre travail pouvait directement améliorer la santé et le bien-être des patients. Cela s'est intensifiée lorsque j'ai été confrontée à la réalité des soins de plaies au cours de mes stages. La prise en soins de ces plaies m'a profondément marquée, car j'ai pu constater de l'importance d'une approche pluriprofessionnelle et coordonnée pour garantir des résultats optimaux pour les patients. Les soins de plaies constituent une part essentielle du travail infirmier, nécessitant une attention constante au quotidien. Ils sont souvent une source de défis, d'autant plus, lorsque les ressources sont limitées. Durant mes stages, j'ai directement été impliquée dans le quotidien des infirmières et des patients, ce qui m'a permis de prendre conscience des défis auxquels ils sont confrontés, notamment ceux liés aux soins des plaies chroniques.

Ce mémoire a pour but d'explorer les pratiques actuelles de prise en soins des plaies. Mon objectif principal est d'analyser la collaboration au sein des équipes de soins et de proposer des recommandations pratiques pour améliorer la qualité et la cohérence des soins prodigués aux patients souffrant de plaies chroniques. Les prochains objectifs de ce mémoire ont pour but de sensibiliser davantage à l'importance des soins de plaies dans la pratique infirmière contemporaine, des meilleures pratiques et des domaines d'amélioration potentiels afin de renforcer la qualité des soins et d'optimiser les résultats pour les patients.

1. Le cheminement vers la question de départ

1.1 Les situations d'appels

Tout d'abord, je vais vous présenter ma première situation. Au cours de ce stage j'étais étudiante infirmière en 2^{ème} année et j'effectuais un stage de 10 semaines au sein d'une résidence pour personnes âgées. Au cours de mon stage, j'avais rapidement pris en soins les résidents, parmi lesquels se trouvait Madame G., une résidente de 82 ans qui avait sur son visage une excroissance cutanée de 2 cm sur 2 cm. Au fil des semaines, la plaie s'était rapidement étendue, atteignant 5 cm de large sur 4 cm de long. Face à l'ampleur de la plaie, elle avait eu un rendez-vous en urgence avec un dermatologue. Un protocole de soins de pansement avait été établi en attendant une probable intervention pour une biopsie. J'avais pris en soins Madame G quotidiennement en parallèle avec les différentes infirmières de la résidence. La réfection du pansement était à faire une fois par jour. Au fur à mesure des jours, en fonction des infirmières présentes et de la diversité des pratiques, la plaie s'était aggravée et était devenue légèrement hémorragique, suintante et malodorante. Les soins étaient devenus douloureux, pénibles et gênants pour la patiente car le pansement devait être refait plusieurs fois par jour alors qu'auparavant la réfection n'avait lieu qu'une seule fois. En fonction de la charge de travail des infirmières, cela impactait la qualité de vie de madame G car la réfection des pansements pouvait intervenir pendant ses activités, l'obligeant à les suspendre pour retourner dans sa chambre pour les soins. La réfection du pansement était faite différemment chaque jour en fonction des infirmières. Un matin j'avais discuté de ce sujet avec une infirmière qui suivait le protocole de près. Elle m'expliquait que chacun avait sa propre manière de faire les choses et que cela pouvait être source de confusion pour les patients et nuire à la cohérence des soins. Elle m'indiquait qu'elle essayait de faire au mieux et regrettait le fait de ne pas avoir de ressources supplémentaires à donner aux résidents porteurs de plaie.

En effet, il n'y avait que 4 infirmières au sein de la résidence et elles se croisaient et communiquaient principalement par transmissions écrites, mais ne changeaient pas. Il y avait peu d'interactions entre elles. Les médecins traitants étaient présents 1 fois par semaine et s'occupaient principalement de leurs patients et ne disposaient pas de ressources suffisantes à fournir aux infirmières.

Deuxième situation

Lors de ma deuxième situation, j'étais en 3^{ème} année et j'effectuais un stage de 10 semaines au sein d'un service de dermatologie. Au début de mon stage je m'occupais de deux patients dont Madame D, atteinte d'un ulcère du membre inférieur à droite. Un matin, après avoir fait ses soins d'hygiène, j'avais appelé une infirmière du service afin d'avoir son avis sur la plaie. Elle était venue examiner avec attention la plaie nécrotique au niveau du mollet ainsi que la fibrine située au-dessus en utilisant une règle pour mesurer l'étendue de celle-ci et comparer avec l'état de la plaie les jours précédents. Je lui avais demandé ce que nous pouvions appliquer. Elle m'interrogea dans un premier temps afin que j'examine la plaie et définir selon moi, ce qui serait bénéfique pour la prise en soins de la plaie de cette patiente. Je lui expliquais mais avec hésitation. L'infirmière prit le temps de m'expliquer les différentes phases de cicatrisation ainsi que les options de pansements concernant les plaies comme celle de Madame D. Au fil des jours, je commençais à acquérir des connaissances et à penser davantage à mon soin avant de faire le pansement. J'avais pu constater que tout le monde avait pratiquement la même façon de faire. La plaie de madame D s'améliore au fil des jours en raison du suivi des discussions en équipe lors des transmissions et de la visite des médecins. Le traitement de celle-ci était revu de multitudes de fois. Pour le cas de Madame D par exemple, l'infirmière avait recommandé lors de la visite de mettre un pansement UrgoStart plus et une modification de la fréquence des pansements passant à une fois tous les deux jours. Les médecins avaient approuvé cette recommandation et avaient prescrit le changement de protocole pour la patiente. Cette expérience m'avait permis de constater que la collaboration entre les différents membres d'une équipe de soins avait un impact positif dans la gestion des plaies chroniques et permettait une amélioration des résultats pour les patients.

1.2 Le questionnement

Pour donner suite à l'analyse de mes deux situations exposées ci-dessus, je me suis questionnée sur les prises en soins des plaies chroniques. Ces situations m'ont conduit à m'interroger sur divers aspects :

- Quel rôle joue l'infirmière dans la prise en soins des plaies chroniques ?
- Faut-il avoir un protocole pour améliorer les plaies ?
- Quelles sont les différentes approches et pratiques utilisées par les infirmières pour traiter les plaies chroniques
- Comment sont-elles formées ou informées sur les plaies chroniques ?
- Quelles sont les difficultés potentielles auxquelles les infirmières font face dans la gestion des plaies chroniques ?
- Quel est le niveau de connaissance du personnel infirmier en matière de plaie et pansement ?
- Comment la collaboration en équipe contribue-t-elle à l'efficacité dans la gestion des plaies chroniques ?

- Dans quelle mesure la présence d'une équipe mobile de plaie et de cicatrisation aide les équipes dans la gestion des plaies chroniques

Toutes ces questions m'ont permis de faire une première question de départ : En quoi les savoirs infirmiers peuvent-ils influencer la prise en soin d'un patient porteur de plaie chronique ?

Puis, après des échanges avec ma guidante de MIRSI et des recherches supplémentaires pour rester focalisée sur mon sujet, j'ai retravaillé ma question initiale pour la rendre plus précise :

"En quoi la collaboration pluriprofessionnelle lors de la réalisation des pansements impacte-t-elle l'évolution des plaies chroniques ?"

2. Le cadre conceptuel

2.1 Une plaie mais pas que...

Étymologiquement la plaie vient du latin *plaga*, signifiant « coup », « blessure ». (Française, s. d.). Les plaies sont le plus souvent divisées en deux catégories : les plaies aiguës et les plaies chroniques.

« Les plaies aiguës sont des plaies d'apparition soudaine dont l'origine est intentionnelle, lors de gestes chirurgicaux comme les cicatrices, sinus pilonidaux opérés, greffes, prises de greffe, ou involontaire lors d'un contexte traumatique comme les brûlures, les gelures, les morsures ou les dermabrasions profondes ». (Elsevier Masson, 2023, p.13). Le processus physiologique de cicatrisation des plaies aiguës est généralement rapide, s'étendant sur une période de 2 à 4 semaines.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), une plaie est qualifiée de chronique lorsque son processus de cicatrisation s'étend sur une période prolongée. Cette durée est généralement estimée de 4 à 6 semaines, en fonction de son étiologie. (HAS, 2011). Les plaies chroniques sont déclenchées par des pathologies sous-jacentes plutôt que par des traumatismes aigus. Elles englobent divers types de lésions comme les escarres, les plaies du pied diabétique, les ulcères de jambe et les moignons d'amputation. Leur évolution est perturbée et peut être interrompue à différentes étapes, ce qui empêche la guérison complète de la plaie. (Les Différents Types de Plaies Chroniques, 2024).

Contrairement aux plaies aiguës, elles nécessitent un temps de guérison plus long. Elles peuvent persister pendant des périodes allant de quelques semaines à plusieurs années en l'absence de traitement approprié. La prévalence élevée des plaies chroniques en France, affectant environ deux millions de personnes selon la Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisation est augmentée par le vieillissement de la population et la croissance des maladies chroniques. Ceci met en évidence

l'importance pour les infirmiers d'être informés des dernières recommandations de bonnes pratiques, comme le souligne Charbonneau et al. (2009b)

2.1.1 Cicatrisation des plaies chroniques

La cicatrisation tire son nom du mot "cicatrice", dont les origines remontent au latin "cicatrix, icis", signifiant cicatrice. (Française, 2024a). Il s'agit de la marque laissée après la guérison d'une blessure ou d'une plaie. La cicatrisation d'une plaie correspond au processus physiologique permettant à l'organisme de réparer et de restaurer la fonction des tissus en cas de lésion. Elle se déroule en quatre phases avec une phase vasculaire comme le saignement, une phase inflammatoire avec une déterision naturelle de la plaie, une phase de réparation ou prolifération, et une phase de remodelage. Contrairement aux plaies aiguës, où la cicatrisation suit un schéma régulier et progressif, la cicatrisation des plaies chroniques reste complexe avec une cicatrisation longue et perturbée. Plusieurs facteurs peuvent compromettre ce processus et entraîner des complications, ce qui nécessite une attention particulière de la part des soignants.

2.1.2 Facteurs compromettants la cicatrisation

Les différentes étapes de la cicatrisation peuvent être perturbées et retardées par une multitude de facteurs physiopathologiques, qu'ils soient généraux ou locaux. Sur le plan général, des problèmes métaboliques tels que le diabète, l'insuffisance rénale, ou encore des carences nutritionnelles peuvent influencer négativement le chemin de guérison. Des pathologies vasculaires comme l'artérite ou l'insuffisance veineuse chronique, ainsi que le tabagisme, l'âge avancé, les thérapies comme les radiations ionisantes, ou les infections de plaie peuvent également jouer un rôle dans la perturbation de la cicatrisation. Parmi les mécanismes locaux, on retrouve des éléments tels que les infections locales, les hématomes, les débris fibrineux, ou encore la présence de tissus nécrotiques, qui peuvent freiner le chemin de guérison. En plus de ces facteurs, des mécanismes généraux comme la dénutrition, les troubles de la coagulation, ainsi que l'utilisation de certains traitements comme les AINS, les corticoïdes, la chimiothérapie ou les irradiations, peuvent retarder la cicatrisation. De même pour les aspects psychosociaux, comme l'isolement social, le genre, la situation économique et l'expérience de la douleur, ont été identifiés comme des facteurs influençant le processus de cicatrisation. L'European Wound Management Association, a pu prouver grâce à un modèle expérimental que le stress et la dépression influencent la régulation des métalloprotéinases matricielles et l'expression des inhibiteurs tissulaires de ces dernières. (La Préparation du Lit de la Plaie, 2004).

Tous ces facteurs, qu'ils soient généraux, locaux, ou psychosociaux peuvent entraîner des retards ou des complications dans le processus de cicatrisation. Il est important de tous les prendre en compte lors de la prise en soins des plaies pour optimiser les résultats de cicatrisation.

2.1.3 Conséquences sur la santé et la qualité de vie des patients

Le concept de qualité de vie prend en compte la perception personnelle de chaque individu, de sa situation dans divers aspects de sa vie. (Cella, 2007). Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la santé ne se limite pas à l'absence de maladie, mais englobe également le bien-être physique, mental et social. La qualité de vie est ainsi définie comme la perception de sa place dans l'existence, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Les conséquences sur la qualité de vie du patient peuvent être importantes. La douleur, l'inconfort et les restrictions de mobilité associés aux plaies chroniques peuvent avoir un impact significatif sur leur bien-être physique et émotionnel. De plus, les limitations causées par la plaie peuvent entraîner un isolement social et des difficultés financières, aggravant ainsi les problèmes de qualité de vie et la santé psychique des patients. Le sentiment de ne pas pouvoir participer à des activités sociales ou professionnelles peut entraîner un sentiment de frustration, d'anxiété voire de dépression chez eux. A cela s'ajoute l'impact sur les familles, confrontées à de nouvelles responsabilités de soins, des contraintes financières et des modifications dans leur vie quotidienne. Les plaies chroniques peuvent retirer l'autonomie, la confiance en soi et même l'espoir d'un rétablissement. Il est crucial de reconnaître la complexité de la qualité de vie associée aux plaies, et d'évaluer efficacement leur impact. L'évaluation de la qualité de vie des patients peut être approfondie en utilisant des outils spécifiques tel que l'échelle de Cardiff qui mesure divers aspects de la vie quotidienne et de l'environnement du patient.

2.2 Au-delà des soins, une approche globale et humaine

2.2.1 Rôle infirmier

L'OMS définit le rôle de l'infirmier comme une personne qui aide les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social. (La Profession Infirmière, s. d.). Certains actes infirmiers au quotidien ont un impact significatif sur la prise en soins des plaies chroniques. Les soins, lorsqu'ils sont bien faits, améliorent les plaies, favorisent la cicatrisation et soulagent les douleurs.

Selon Elisabeth Barbier, pour effectuer la réfection d'un pansement, l'infirmière suit une prescription ou un protocole, prenant en compte les recommandations de la haute autorité de santé (HAS), spécifique à la plaie qu'il soigne. (« Fiche 13. Soins Infirmiers Pansements : Les Soins de Plaies », 2020). La prise en soins des plaies chroniques dépasse largement la simple réfection d'un pansement. Elle nécessite une approche globale qui prend en compte tous les aspects de la vie du patient. Lorsqu'un

patient est atteint de plaie chronique, cela implique des modifications dans son quotidien, comme des changements de régime alimentaire, des choix de vêtements ou de nouvelles chaussures adaptés. De plus, la gestion de la douleur et les limitations de mobilité associées à ces plaies peuvent entraîner un isolement social. Toutes ces étapes d'adaptation représentent un véritable deuil pour le patient, car il doit abandonner une partie de sa vie antérieure. En plus de l'accompagnement du patient et de sa famille, les infirmiers doivent également les soutenir pour prévenir la réapparition des plaies et les inciter à adopter de nouvelles habitudes de vie afin de favoriser la guérison. Prendre soin de ces plaies demande souvent un suivi à long terme. C'est pourquoi, il est important que les infirmiers soient bien formés et qu'ils aient une connaissance approfondie des traitements appropriés.

2.2.2 Evaluation des plaies chroniques

L'évaluation de la plaie est une étape indispensable dans les soins. Elle constitue une étape indispensable pour orienter le traitement et assurer un suivi efficace du patient. Cette évaluation repose sur plusieurs aspects clés. La méthode TIME, développée par V. Falanga est un outil important dans l'évaluation des plaies chroniques. Cette approche prend en compte quatre aspects principaux : Tissu nécrosé sous contrôle, principalement du débridement de la nécrose, Inflammation et Infection sous contrôle, Maintien de l'humidité avec contrôle de l'exsudat, et Épidermisation à partir des berges.¹⁵ Comme le stipule V. Falanga "la structure TIME propose donc un modèle qui met en lumière les relations entre anomalies pathogènes empêchant la cicatrisation et application des traitements et protocoles existants. La préparation du lit de la plaie doit être considérée parallèlement à l'évaluation globale de la plaie, englobant les besoins psychosociaux du patient et toute étiologie sous-jacente ou associée. De cette façon, si toutes les étapes de la structure TIME sont correctement abordées, de nombreuses plaies devraient pouvoir évoluer vers la cicatrisation. ». Parallèlement, l'utilisation de la photographie est un outil précieux, notamment lorsque l'évaluation en présence du patient ou du personnel soignant est limitée. Des études ont démontré l'efficacité de cette méthode pour évaluer précisément l'apparence des plaies chroniques, ce qui contribue à améliorer la prise en soins des patients. La gestion de la douleur est tout aussi essentielle dans la prise en soin des plaies chroniques.

2.2.2 Approches thérapeutiques et soins de plaies

L'HAS dans sa recommandation d'avril 2011 indique que "quelle que soit la plaie, son traitement est d'abord celui de son étiologie" (Pansement Synthèse Rapport, 2009). Les auteurs ont souligné dans plusieurs articles qu'en traitant la cause sous-jacente de la plaie, on favorise un processus de cicatrisation plus rapide et plus efficace. En s'interrogeant sur ce qui a provoqué la plaie, les soignants peuvent adapter et personnaliser le traitement pour favoriser une guérison. Il convient également d'avoir

quelques notions des processus physiopathologiques favorisant la cicatrisation. Il a été prouvé que la gestion de l'humidité, initiée par les recherches du Dr Winter dans les années 1960, vise à maintenir un environnement humide favorable à la cicatrisation et favorise la multiplication des cellules. Dans cette optique, les pansements jouent un rôle en créant ces conditions favorables. Ils sont divers et classés par catégories pour répondre aux besoins des types de plaie. Les pansements hydrocolloïdes, hydrogels, hydrocellulaires ou alginate sont d'ailleurs régulièrement utilisés. Il est important pour les soignants de bien connaître l'indication et l'action des différents types de pansements afin de les adapter à l'état de la plaie. De même, la détersion ou « débridement », qui consiste à éliminer les tissus nécrotiques et les débris de la plaie, est également essentielle pour favoriser la cicatrisation. Cette étape peut être mécanique, hydro chirurgical, chimique, autolytique, enzymatiques, chirurgical, ou biologique. Après avoir abordé l'importance du traitement de la cause sous-jacente, la gestion de l'humidité et la détersion pour soutenir ce processus de guérison, il est intéressant d'explorer les nouvelles approches thérapeutiques. Parmi celles-ci, de nouvelles techniques innovantes telles que la thérapie par pression négative (TPN), la thérapie par électrostimulation "WoundEL" ou encore la larvothérapie (méthode utilisant les larves qui possèdent des enzymes puissants capables de liquéfier le tissu nécrotique et de sécréter des substances qui détruisent les bactéries), qui proposent des approches différentes et prometteuses pour favoriser la cicatrisation. Ces nouvelles approches sont intéressantes à explorer lorsque le traitement par pansement est inefficace et que la détersion devient trop douloureuse pour le patient. (La Préparation du Lit de la Plaie, 2004).

Par ailleurs, il est essentiel que les infirmiers accordent une attention particulière à la gestion de la douleur. En effet, la douleur est omniprésente chez les patients porteurs de plaies chroniques. En prenant en compte sa douleur, il soulage et contribue à la cicatrisation des plaies. La douleur est souvent liée aux soins locaux des plaies, et peut persister pendant les changements de pansement et même au repos, ce qui peut avoir un impact sur sa qualité de vie. De plus, la douleur et le stress associés peuvent retarder le processus de cicatrisation, prolongeant ainsi le temps nécessaire à la guérison. Ces éléments doivent être pris en considération pour ajuster les protocoles de pansement et anticiper toute complication potentielle dans le processus de cicatrisation. Toutefois, il est important de noter que ces méthodes ne couvrent pas tous les aspects de l'évaluation des plaies, et d'autres facteurs doivent également être pris en compte.

En complément des aspects thérapeutiques, les infirmiers et les autres membres de l'équipe peuvent jouer un rôle essentiel dans le soutien et l'encouragement des patients. Ils peuvent fournir des informations et conseils pratiques, par exemple sur l'arrêt du tabac. De même, ils peuvent travailler avec le patient pour établir ensemble différentes approches comme l'éducation thérapeutique (ETP). En ce qui concerne la gestion du stress ou autres facteurs psychiques, les professionnels peuvent transmettre des techniques de relaxation, fournir un soutien émotionnel ou recommander des ressources supplémentaires comme un psychologue ou une assistante sociale.

Néanmoins, Patricia Benner, dans son ouvrage intitulé « De novice à expert » souligne, l'importance de l'expérience dans le domaine infirmier, notamment pour le traitement des plaies. Elle met en avant le fait que la compétence clinique évolue avec le temps et que les infirmiers acquièrent une expertise importante au fur et à mesure du gain d'expérience. Pour assurer un traitement efficace en plaie, une solide expérience pratique et une compréhension approfondie des principes en soins sont essentielles. (Benner, s. d.).

2.2.3 Protocoles de soins : vers des pratiques sûres et efficaces

Le mot protocole vient du grec « Prôtokollon », désigne ce qui est établi en premier lieu, jouant un rôle essentiel dans divers domaines (Larousse, s. d.). Selon le ministère de la santé, « un protocole de soins est le descriptif des techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration d'un soin » (Protocole de Soins Infirmiers, s. d.). Un protocole de soins est un document essentiel dans la pratique infirmière, décrivant les techniques et les consignes à suivre dans différentes situations de soins. Ils fournissent une base scientifique pour assurer une cohérence des soins, évaluer les pratiques, former le personnel et garantir un suivi dans les établissements de soins. Pour les élaborer efficacement, une approche collective est nécessaire, impliquant l'identification et l'analyse des situations de soins, la validation par l'équipe médicale, la rédaction et le test des outils nécessaires. Les protocoles doivent reposer sur des données empiriques solides, tout en restant ajustables pour s'adapter aux besoins des patients et aux avancées scientifiques.

Formarier décrit que « L'habitude étant définie par opposition avec l'instinct comme une manière d'être, d'agir, de sentir ou de penser acquise par la répétition ». (Formarier, 1993).

Il est important de reconnaître que les habitudes de soins peuvent devenir caduques avec le temps et doivent être remplacées par des protocoles fondés sur des preuves scientifiques. La formalisation des connaissances empiriques apparaît essentielle pour l'évolution des pratiques en soins infirmiers et la garantie de leur efficacité. L'uniformisation des protocoles de soins au sein d'un service ou établissement est indispensable pour assurer des soins de qualité. Des recherches ont montré que cela conduit à une amélioration de la qualité des soins.

2.3 La collaboration au cœur des soins

2.3.1 Collaboration pluri, inter professionnelle

Avant d'aborder les notions de collaboration, composition d'équipe, outils et avantages, il me semble important de définir la notion de communication, qui est un indispensable dans le métier d'infirmier.

Selon Bruno Joly, “ la communication, c’est l’action de communiquer, de transmettre, d’informer ”. (Joly, 2009). Pour donner du sens à cette définition, on peut dire que la communication dans le contexte des soins infirmiers implique plus que la transmission d’informations. C’est un échange dynamique où les participants se parlent et se comprennent mutuellement. La communication est la clef d’une collaboration harmonieuse entre différents professionnels.

Florence Policard a écrit que « La collaboration renvoie à l’acte de travailler ou de réfléchir ensemble pour atteindre un objectif ou pour élaborer une œuvre commune » ²³ La collaboration pluriprofessionnelle est un élément indispensable pour améliorer la qualité des soins et promouvoir le bien être des patients mais aussi des soignants. (Policard, 2014)

Comme le souligne Henry Ford « Se réunir est un début ; rester ensemble est un progrès ; travailler ensemble est la réussite ». (Citation Henry Ford, s. d.). Cette citation montre l’importance de travailler ensemble pour atteindre des objectifs communs.

« La pluriprofessionnalité est la mise en commun de différentes spécialités, chacune gardant sa spécificité, ses compétences ‘ (...) ce qui place les professionnels comme étant juxtaposés, c’est-à-dire les uns à côté des autres (...) ». (Interprofessionnalité, s. d.). Cela crée une dynamique où les professionnels travaillent côte à côte, chacun apportant sa contribution personnelle à la prise en soins des patients.

Selon Danielle D’Amour, « La collaboration interprofessionnelle en santé est comme faite d’un ensemble de relations et d’interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience (...) » (Panchout et al., 2023)

Il est important en tant qu’infirmier, d’avoir des compétences collaboratives nécessaires pour pouvoir faire face à des difficultés qui dépassent souvent les capacités d’une seule profession.

2.3.2 Composition de l’équipe pluriprofessionnelle

Dans la prise en soins des plaies, une équipe pluriprofessionnelle gravite autour du patient pour améliorer sa qualité de vie et favoriser son bien-être. Outre les médecins spécialistes, chirurgiens, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, diététicienne, ergothérapeute, équipe mobile de plaie et cicatrisation, agents de service hospitaliers, d’autres spécialités telles que les cadres de santé, des travailleurs sociaux comme une assistante sociale, pharmaciens, professionnels libéraux (médecin généraliste, infirmières libérales), ainsi que les psychologues, nutritionnistes, orthésistes, podologues, prothésistes et d’autres professionnels de la santé, contribuent également à la prise en soins globale du patient. Ensemble, ils travaillent en collaboration pour évaluer, traiter et suivre les plaies, tout en fournissant un soutien, des conseils et des interventions pour favoriser la cicatrisation. L’objectif est de contribuer à l’amélioration du bien-être général du patient et à une amélioration de sa qualité de vie.

2.3.3 Outils de communication et coordination des soins

Selon l'HAS, « De bonnes compétences de communication sont l'essence même de la sécurité des patients et d'un travail d'équipe efficace ». Plusieurs outils de communication sont utilisés pour faciliter la coordination des soins dans les services. Parmi ces différents outils nous retrouvons la traçabilité écrite à travers des fiches de liaison, des fiches de renseignements et des transmissions ciblées écrites dans le dossier patient. Ces documents permettent aux professionnels de santé d'accéder aux informations pertinentes sur l'état de santé du patient et de coordonner leurs interventions quotidiennes. « Les transmissions ou le changement d'équipe sont un moment où la précision de l'échange d'informations est cruciale ». (Robertson, 2006). De même, des temps de transmission et des réunions sont organisés dans les services pour favoriser les échanges d'informations et la collaboration entre les membres de l'équipe soignante. Ces temps sont faits de transmissions orales, qui ont lieu tout au long de la journée avec les différents membres de l'équipe, puis de façon plus formelle lors des changements d'équipe. Ce temps d'échange permet de faire le point sur les patients et notamment l'évolution de leurs plaies. Pour que cette collaboration fonctionne, il est indispensable d'exploiter la communication sous toutes ses formes (écrites, verbales, informatiques, téléphoniques). La communication est l'outil crucial au sein d'une équipe de soins.

2.3.4 Optimisation des soins

La complexité de l'institution hospitalière, avec une grande diversité de professionnels et ses contraintes, souligne l'importance de la communication et la collaboration pour coordonner efficacement les soins. « La circulation de l'information d'un groupe à l'autre est capitale, notamment pour la coordination des différentes activités de soins ». Cette coordination efficace des soins, particulièrement dans le domaine des plaies chroniques, repose sur une collaboration pluriprofessionnelle. Il est important d'avoir une communication transparente et cohérente des soins entre les médecins, infirmiers et les autres membres de l'équipe pour garantir des soins adaptés au patient. « La prise en soins des plaies chroniques par les infirmiers fait largement partie de son rôle propre. Toutefois, elle exige des professionnels de posséder un vaste socle de connaissance ». (Schuster, 2019a). Il est important de reconnaître le rôle essentiel des infirmiers dans la gestion des plaies chroniques au quotidien. Cependant, leur formation initiale dans ce domaine suggère des possibilités d'amélioration, ce qui souligne l'importance d'une collaboration au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Les initiatives comme celles de l'European Wound Management Association visent à combler ces améliorations en proposant un curriculum commun pour l'enseignement des plaies chroniques. Ainsi la collaboration pluriprofessionnelle offre un

environnement favorable à l'échange de connaissances et d'expertise, permettant d'améliorer la qualité des soins pour les patients porteurs de plaies chroniques. Selon l'HAS, « Chaque membre de l'équipe a un niveau de connaissances et compétences différent, auquel il faut s'adapter ». (Cours Module 4, 2015). La présence d'infirmiers expérimentés au sein de l'équipe peut être un renfort dans la collaboration pluriprofessionnelle. En partageant leur savoir et expérience avec l'équipe, ils favorisent une communication permanente et enrichissante. Cela permet de renforcer la qualité des soins, mais également d'accompagner les nouveaux infirmiers novices.

3. La méthodologie du recueil de données

3.1 Les objectifs du guide d'entretien

Les entretiens ont été menés avec des infirmiers pour explorer le sujet en question et analyser leur pratique en lien avec mon sujet de recherche. Il était recommandé par mon institut de formation en soins infirmiers (IFSI), d'opter pour une approche d'entretien semi-directif, impliquant des questions ouvertes préparées en amont dans un guide d'entretien. Pour réaliser mon guide d'entretien, je me suis basée sur la question de départ et les interrogations qui en découlent. Mes objectifs étaient multiples :

- Comprendre comment les membres d'une équipe collaborent pour traiter les plaies chroniques.
- Explorer comment elles gèrent quotidiennement les plaies et les différentes approches thérapeutiques.
- Savoir si les soignants suivent des protocoles spécifiques ou s'appuient sur leur jugement personnel lors des soins.
- Identifier s'il existe des meilleures pratiques ou méthodes existantes dans ce domaine, au-delà des connaissances théoriques acquises pendant ma formation.
- Comprendre l'importance du rôle infirmier de la collaboration pluriprofessionnelle dans le traitement des plaies chroniques.

Après avoir mené mes recherches empiriques sur les concepts et les auteurs, j'ai réalisé deux entretiens. A la suite des entretiens, j'ai effectué une analyse qualitative et thématique en utilisant un tableau. Cette méthode m'a permis d'analyser et de comprendre les points de vue des professionnels sur les différents thèmes abordés dans mon sujet et de les mettre en lien.

3.2 L'organisation et la population interviewé

Pour réaliser mes entretiens, je voulais rencontrer des infirmières ayant une expérience différente dans le traitement des plaies chroniques. Mon objectif était de comparer les points de vue

ainsi que les pratiques professionnelles avec des niveaux d'expérience variés dans ce domaine. Nous avons la possibilité par notre équipe pédagogique d'obtenir des contacts professionnels. Après avoir reçu la liste des professionnels volontaires, j'ai contacté le service et j'ai échangé par mail avec une infirmière disponible que je surnommerai l'IDE 1.

L'IDE 1 était une infirmière en chirurgie vasculaire qui n'avait pas de diplôme universitaire (DU) en plaie et cicatrisation mais qui avait 24 ans d'expertise en matière de plaie. De même, elle travaillait à temps partiel avec l'équipe mobile plaie et cicatrisation de son hôpital. L'IDE 2 avait une trajectoire professionnelle différente. Elle avait commencé sa carrière en soins de suite et de réadaptation (SSR) avant de se spécialiser en dermatologie depuis 2022. Je l'avais rencontrée lors de mon stage en semestre 5 en service de dermatologie. Elle s'était volontairement proposée de répondre à mon mémoire sans que je sache initialement qu'elle possédait un DU plaie et cicatrisation depuis 2022.

Les entretiens étaient réalisés selon deux formats différents. Pour l'IDE 1, l'entretien était programmé dans son service et s'est déroulé en face à face, directement dans un bureau. En revanche, pour l'IDE 2, il était réalisé en visioconférence en raison de contraintes de planning. Tous les entretiens étaient enregistrés à l'aide du dictaphone de mon téléphone et étaient rendus anonymes pour préserver la confidentialité des infirmières.

3.3 Le bilan du dispositif

Cette expérience d'entretien était riche et m'avait beaucoup appris sur la gestion des plaies chroniques. Les entretiens avec les IDE 1 et 2, m'avaient permis de découvrir plusieurs approches et idées. De plus, les expériences et compétences des deux infirmières m'avaient apporté différentes pratiques et opinions, ce qui avait enrichi la comparaison des données recueillies.

Néanmoins cette enquête présentait quelques limites, notamment lors du choix de deux IDE expertes. Ces entretiens m'avaient offert une vue approfondie du sujet des plaies, mais il m'avait manqué un troisième entretien avec une infirmière plus novice en la matière. Cela aurait pu équilibrer l'expertise avec une expérience moins spécialisée. De plus, j'avais commencé mes entretiens par des questions ouvertes, et lors de la retranscription, je m'étais aperçue que je n'avais pas forcément effectué de questions de relances. J'ai eu de la chance car les deux infirmières étaient disposées à discuter et à partager leurs connaissances, et qu'elles avaient compris le sujet de mon mémoire. Les réponses correspondaient à mes attentes même si la quantité de données recueillies était importante. Enfin, l'utilisation d'un dictaphone pour enregistrer les entretiens était un défi. La retranscription avait demandé beaucoup plus de temps que prévu, notamment lors de la retranscription de mon entretien en visioconférence.

4. L'analyse descriptive des entretiens

Afin d'apporter des réponses à ma question de départ, j'avais réalisé une analyse descriptive de mes deux entretiens. Cette analyse me permettait de faire ressortir les points clés et idées principales des discussions que j'avais eues. En analysant en détail ce qui a été lors des entretiens, je pouvais mieux comprendre les opinions, expériences et les ressentis des participantes. Cela me permettait d'avoir une base solide pour pouvoir répondre à ma question initiale de départ. Dans un premier temps, j'avais réalisé plusieurs tableaux d'analyses où j'avais pu classer par items dans des thématiques qui avaient répondu à mes questions (annexe II et III). Grâce à ces tableaux, j'ai pu réaliser mes commentaires d'analyses ci-dessous.

4.1 Evaluation des plaies

Lors de l'entretien et notamment au sujet du rôle infirmier dans l'évaluation des plaies chroniques, l'IDE 1, rapportait qu'il était important d'évaluer les plaies afin d'orienter les décisions de traitement et les ajuster si nécessaire. Elle accordait une attention particulière à l'évaluation de la douleur. Elle rapportait que l'évaluation devait être globale et qu'elle ne devait se limiter qu'à la plaie. Selon ses dires, l'évaluation de la douleur et de l'environnement du patient était toute aussi importante que celle de la plaie. En effet, elle mentionnait qu'il était important de prendre en compte l'environnement du patient comme les aspects psychosociaux et physiologiques dans la gestion des plaies chroniques et que cela pouvait avoir un impact positif sur la qualité des soins. Quant à l'IDE 2, en revanche, elle exprimait le fait qu'elle se concentrait davantage sur l'évaluation de la plaie et explique que cela l'aidait pour la détersion des plaies. Elle racontait que cette évaluation jouait un rôle central dans la coordination des soins et la planification des interventions soignantes. Toutefois elle soulignait la prise en compte de la douleur tout comme l'IDE 1 mais de manière moins approfondie.

Pour l'évaluation des plaies, l'IDE 1 utilisait principalement la classification de Leriche et Fontaine, un outil pour évaluer l'artériopathie. L'IDE 2 se tournait vers l'échelle DN4 pour évaluer les symptômes neuropathiques, montrant son approche pour la gestion de la douleur. Néanmoins elle expliquait que l'évaluation était principalement faite par les médecins. Par ailleurs, son évaluation des plaies faisait surtout intervenir ses connaissances et expériences personnelles. De même, l'IDE 2 valorise plutôt une approche pluridisciplinaire, en soulignant la nécessité de coordonner les interventions avec d'autres professionnels pour une prise en soins globale. Que ce soit pour l'IDE 1 et l'IDE 2, elles rapportaient l'importance d'avoir une expertise clinique afin d'effectuer une évaluation approfondie et garantir des soins optimaux des patients atteints de plaies chroniques.

4.2 L'impact psychosocial

Lorsque j'avais abordé la question de la qualité de vie des patients souffrant de plaies chroniques, l'IDE 1 avait rapidement souligné l'impact de la plaie sur la vie du patient. Elle expliquait observer chez eux un isolement et une dépendance des soins à domicile. De même, elle ajoutait que la plaie pouvait entraîner une mise à l'écart des activités familiales. D'ailleurs elle racontait durant l'entretien, qu'elle évaluait au cours de ces consultations pansements l'état émotionnel et psychologique des patients. Elle racontait que la communication empathique et le soutien émotionnel sont essentiels pour les aider à faire face aux défis psychologiques.

Quant à l'IDE 2 elle affirmait identifier régulièrement chez les patients porteurs de plaies chroniques, un sentiment de "vide" et une baisse de l'estime de soi. Elle rapporte qu'ils sont "fatigués", qu'ils s'isolent facilement et que la plaie avait un impact sur le patient mais pas seulement. Elle évoquait l'entourage du patient au cours de cet entretien. Elle soulignait l'importance d'identifier tous ces facteurs psychosociaux et estimait que l'ensemble de ces facteurs influençaient la guérison et l'adhésion au traitement.

Au cours des entretiens, j'avais rajouté une question sur la manière dont elle intervenait notamment en termes de prévention auprès de ces patients. L'IDE 1 expliquait que les patients arrivaient avec des hygiènes de vie peu courantes. Elle racontait qu'il s'agissait souvent de patients fumeurs, avec des problèmes vasculaires et des plaies qui cicatrisent mal. Elle expliquait qu'elle avait un rôle de prévention surtout sur le plan nutritionnel et qu'elle expliquait au patient l'importance d'une bonne hygiène de vie alimentaire pour pouvoir mieux cicatriser. Tout comme le tabac, elle expliquait l'impact du tabac sur les vaisseaux et la cicatrisation. De même pour le chaussage, elle expliquait l'intérêt de mettre son pied en décharge des points d'amputation pour les patients amputé. Et puis par ailleurs, elle évoquait avoir un rôle de conseil auprès du patient et de leur famille en les incitant à maintenir une activité physique régulière. Cependant, elle ajoutait qu'il fallait être à l'aise avec tout cela et qu'il fallait avoir un discours de vérité vis-à-vis du patient car cela leur permettait de se remettre en question et ainsi modifier leur hygiène de vie. Quant à l'IDE 2, elle évoquait le fait que les plaies faisaient malheureusement partie de leur quotidien et évoquait d'ailleurs que "la plaie embarquait tout le monde", faisant référence à l'entourage des patients. Elle insistait sur la capacité de gérer à domicile d'un point de vue physique ainsi que la douleur chronique du patient. Elle soulignait ainsi l'importance de l'éducation thérapeutique. Les deux IDE avaient abordé l'importance de l'éducation du patient et de la famille dans la gestion des plaies chroniques. L'IDE 1 expliquait qu'elle prenait le temps d'expliquer aux patients l'importance des soins de la plaie à domicile ainsi que les signes à surveiller. Elle ajoutait que l'éducation permettait aux patients de devenir plus autonomes dans la gestion de leurs plaies. L'IDE 2, pour sa part, insistait sur l'importance de l'éducation thérapeutique pour aider les patients à comprendre leur condition et ainsi adhérer aux recommandations de soins.

4.3 La collaboration

L'IDE 1 exprimait le fait qu'elle collabore avec des médecins, chirurgiens, aides-soignantes, kinésithérapeutes, diététiciens, les infirmières d'hospitalisation à domicile (HAD), les podos-orthésistes, assistants sociaux. Elle expliquait qu'elle collabore davantage le matin avec les aides-soignantes car elles aident au nettoyage des jambes et effectuent de nombreuses déposes de pansement quotidiennement en autonomie en effectuant des "douches thérapeutiques". Elle évoquait un "lien tous ensemble et quoi qu'il arrive". Elle ajoutait le fait de collaborer énormément avec les IDE de l'HAD notamment pour le retour des patients à domicile avec des traitements spécifiques comme les TPN, le protoxyde d'azote, et le « GETOX ».

L'IDE 2 définissait la collaboration comme un "indispensable" pour traiter une plaie. Elle racontait avoir besoin de médecins, internes, diététiciens, pédicures pour les patients diabétiques, kinésithérapeute, équipe mobile de plaie et cicatrisation ainsi que des psychologues. Elle évoquait qu'il était important que les patients avec des plaies chroniques soient suivis psychologiquement. Cependant, elle regrettait dans sa nouvelle équipe, de ne pas pouvoir faire appel à des ergothérapeutes comme dans son ancien service ajoutant qu'ils aidaient à mettre en place des coussins d'appuis pour les patients où il y avait des décharges à faire.

Je leur ai demandé en complément des entretiens si elles rencontraient également des défis à collaborer. Pour l'IDE 1, elle ne ressentait pas de difficulté ou de défis au sein de son service mais constate néanmoins des dysfonctionnements dans les autres services où elle intervenait pour des avis plaies et expliquait que "ce n'était pas partout comme cela malheureusement". Elle évoquait l'étonnement des autres soignants à son égard sur sa capacité à collaborer et à partager ses connaissances. Elle ajoutait que malgré cela, ces compétences étaient reconnues et que c'était plutôt bienvenu dans les autres services. L'IDE 2 rapportait que dans son service "quelquefois ce n'était pas parfait" et notamment avec les internes. Elle racontait que le changement d'internes tous les 6 mois impactaient la collaboration. Elle raconte qu'ils étaient plus "frileux" aux prises de décisions et ajoute devoir "batailler" avec eux.

4.4 Communication et coordination de soins

La notion de communication était apparue lorsque les IDE 1 et 2 avaient mis l'accent sur l'écoute du patient pour comprendre ces préoccupations et besoins. L'IDE 1 considérait cette compétence "essentielle" pour établir une relation de confiance avec le patient. L'IDE 2 soulignait

l'importance de compassion et d'empathie dans la communication. Dans l'ensemble elles étaient d'accord pour dire qu'il était important de parler le même langage au sein de son équipe et auprès du patient pour avoir une coordination efficace.

Quant à la communication en équipe, l'IDE 1 privilégie les communications verbales claires et structurées avec les autres membres de son équipe, notamment en utilisant des outils comme les dossiers médicaux papiers et électroniques. Elle ajoutait aussi que lors des réunions d'équipe, les transmissions orales étaient privilégiées. Elle considérait que ces pratiques étaient essentielles pour garantir une continuité des soins.

L'IDE 2 partageait cette vision mais ajoutait qu'il était important de s'écouter mutuellement et d'être à la recherche de solutions collaboratives lorsqu'il y avait divergences d'opinions. En effet, elle expliquait qu'il y avait parfois des divergences et des variations de pratique. Elle donnait pour exemple que certains membres de son équipe faisaient les pansements sans analyser la plaie et remettait le même pansement que la veille qu'il soit adapté ou non et trouvait cela "dommage". Elle expliquait qu'il fallait avoir un minimum de connaissances sur les pansements et stades de la plaie. Elle soulignait à la fin que quel que soit les divergences de pratiques, les échanges en équipe et la communication gomme ces différences de pratiques.

4.5 Formation et information

Au cours des entretiens, j'avais remarqué que chaque IDE abordait la notion "d'expertise" au cours des différentes questions, j'avais donc ajusté mon entretien et demandé aux deux IDE si elles étaient formées ou informées pour avoir autant de connaissances. L'IDE 1 rapportait une expérience acquise grâce à sa formation initiale mais plus particulièrement par son ancienneté de 24 ans autour des plaies. Elle racontait dans l'entretien que son expérience pratique est indispensable pour fournir des soins de qualité aux patients.

L'IDE 2, tout en reconnaissant l'importance de l'expertise clinique, ajoutait également devoir avoir une capacité d'adaptation et de l'investissement personnel pour pouvoir traiter les plaies. L'IDE 1 faisait remarquer l'importance d'avoir des compétences tandis que l'IDE 2 insistait sur l'importance de se documenter et de se mettre à jour. Elle ajoutait qu'elle ne pensait pas devoir avoir de formation spécifique mais expliquait que c'était une question d'investissement personnel. Elle ajoutait que dans son service il existait des "mini" formations avec les laboratoires qui proposaient leurs gammes de dispositifs. Elle ajoutait que les médecins leur faisaient confiance quant à la mise en place de dispositif et ajoutait qu'ils disaient régulièrement "vous savez mieux que nous". De même, elle indiquait au cours de la question avoir un DU plaie et cicatrisation mais que cela était à sa demande personnelle, et que ce DU l'avait aidé à changer de service et être dans un service avec des plaies quotidiennement. Elle ajoutait que lorsqu'une IDE n'avait pas forcément les connaissances, elle pouvait y trouver des personnes

“référentes” ou des “anciennes” IDE pour s’aider. Elle conclut en racontant que c’était mieux d’avoir de l’expérience et d’avoir l’envie car autrement ça ne marchait pas.

L’IDE 2 expliquait que dans son service, ils organisaient leur propre congrès plaie et cicatrisation. Elle expliquait que dans son service, ils étaient “très” bien informés et formés des dernières techniques et dispositifs. Tout comme l’IDE 2 elle racontait que les laboratoires organisaient régulièrement des “mini” formations sur leurs dispositifs et dit même les essayer sur les patients lors des consultations pansements et leur faisait un retour positif ou négatif. Elle aimait la façon dont c’était fait car elle ne ressentait pas le côté commercial des laboratoires mais plutôt de formation. Les deux IDE avaient évoqué leur rôle pour améliorer la prise en soins des plaies chroniques. L’IDE 1 mentionnait qu’elle était ouverte à l’innovation et qu’elle participait à des formations pour se tenir informée des dernières avancées dans le domaine des plaies. L’IDE 2 expliquait faire aussi cela mais ajoutait qu’il était important selon elle d’avoir une curiosité professionnelle pour intégrer de nouvelles pratiques.

4.6 Approches thérapeutiques

Lorsque le questionnement des approches thérapeutiques arriva, L’IDE 1 expliquait privilégier des techniques innovantes, elle racontait être formée à l’hypnose et la pratique sur les patients douloureux notamment lors des détersions. De même pour apaiser leur douleur ou la détourner dans son service, elle racontait qu’il y avait des casques de réalité virtuelle. Elle ajoutait qu’elle avait pu se former à la communication thérapeutique et qu’elle pratiquait cette technique depuis plusieurs années et trouvait cela très efficace. Elle expliquait que le principe de ces techniques innovantes était de se “défocaliser” du soin, de la douleur afin que le patient vive mieux le moment douloureux.

L’IDE 2 quant à elle, utilisait des approches plus traditionnelles comme l’utilisation d’antalgiques. Elle ajoutait qu’il fallait anticiper ces soins pour que ces antalgiques soient efficaces. Elle donnait comme exemple qu’elle administrait un antalgique avant d’aller faire la dépose du pansement pour que le patient soit moins douloureux. Elle expliquait d’ailleurs qu’elle coordonne ces soins en fonction des douleurs et de la prise d’antalgiques des patients pour pouvoir soulager efficacement le patient.

L’IDE 1 expliquait que le plus douloureux pour les patients était la dépression. L’IDE 1 racontait que dans son service c’était plutôt la méthode “mécanique” qui était utilisée pour nettoyer la plaie et éliminer les débris. En plus de ces techniques, l’IDE 1 soulignait l’importance d’une évaluation régulière de la plaie pour adapter la méthode de détersion en fonction de l’évolution de la plaie. Cependant, l’IDE 2, racontait que tous les membres de l’équipe ne pratiquaient pas systématiquement la détersion, ce qui

suggérait une variabilité dans les pratiques de soins. Elle conclut qu'il était important de collaborer et d'échanger sur les expériences pour améliorer la prise en soins des plaies.

4.7. Protocoles de soins

Concernant les protocoles de soins, l'IDE 1 reconnaissait l'existence de protocoles sous forme d'affiches portatives dans leur service, notamment pour les différents stades des plaies et traitements. L'IDE 1 rapportait que ces affiches étaient élaborées en collaboration avec les médecins, les cadres, les infirmiers et les aides-soignants, ce qui illustre une approche participative dans leur développement. Elle soulignait également que ces protocoles étaient utiles pour les nouveaux arrivants. Cependant, elle mentionnait également que due à la nature changeante des plaies, cela rendait difficile l'action sous protocole de soin. Elle expliquait que son expertise acquise au fil de ses 24 années d'expérience dans le domaine aidait énormément. De même, elle évoquait également une autonomie de prescription de corticoïdes dans certains cas.

L'IDE 2 quant à elle exprimait des propos similaires sur l'absence de protocole dans son service. Elle racontait qu'il existait des fiches techniques pour certains types de plaies, notamment pour les pemphigoïdes bulleuses, qui devaient avoir des directives claires. Elle insistait sur l'évolution des plaies chroniques et que cela rendait difficile l'application de protocoles. Elle rapportait la mise en avant de l'importance de la communication et de l'échange d'information entre les membres de l'équipe. Tout comme l'IDE 1, elle mettait en avant l'expertise clinique des infirmières et leur capacité à prendre des décisions en fonction des besoins spécifiques des patients.

5. La discussion

Après avoir analysé les entretiens avec les IDE 1 et 2 et évalué les différentes approches et pratiques qu'elles ont partagées, je vais approfondir ces résultats. Je vais les confronter ensuite aux apports théoriques de mon cadre conceptuel, au commentaire d'analyse des entretiens et à mes réflexions personnelles sur les différents thèmes abordés. Cette discussion me permet de comparer les observations avec les recherches existantes des auteurs, et d'examiner ce que mes résultats révèlent sur mon étude.

L'objectif n'est pas de trouver une réponse définitive à ma question de départ initiale : « **En quoi la collaboration pluriprofessionnelle lors de la réalisation de pansements impacte-t-elle l'évolution des plaies chroniques ?** », mais au contraire de trouver de nouveaux éléments qui pourraient orienter une nouvelle question de recherche et avoir une perspective plus large sur le sujet.

La prise en soins des plaies chroniques nécessite une approche collaborative. Quand plusieurs professionnels de santé travaillent ensemble, la qualité des soins apportés aux patients est nettement améliorée. Les IDE 1 et 2 ont clairement exprimé l'importance de la collaboration entre différents professionnels allant des médecins, aux aides-soignantes, en passant par les kinésithérapeutes et les diététiciens. Cette collaboration est importante pour assurer une prise en soins globale des patients porteurs de plaies chroniques.

Je partage cette vision sur l'importance de la collaboration pluriprofessionnelle dans le domaine infirmier. Selon moi, la capacité à travailler efficacement en équipe est une compétence à avoir et qui ne doit pas être négligée. Cette compétence est d'autant plus importante pour les nouveaux diplômés. Durant mes stages, j'ai rapidement compris que cette compétence de collaboration est indispensable pour évoluer dans des services en constante évolution notamment en ce qui concerne les plaies chroniques.

Cette nécessité de collaboration devient encore plus importante avec l'augmentation des maladies chroniques et le vieillissement de la population comme le soulignent de nombreux auteurs. Les défis auxquels sont confrontés les soignants sont nombreux, comme la complexité des pathologies et le manque de ressources, exigeant une collaboration et une communication entre les équipes. De plus, les avancées dans le traitement des plaies chroniques confirment l'importance d'avoir une expertise, des connaissances approfondies et une collaboration efficace entre les membres d'une équipe. Le manque de ces éléments peut devenir rapidement source de confusion ou de difficultés face à la gestion des plaies chroniques.

Danielle D'amour dans sa thèse de décembre 1997, explique que la collaboration interprofessionnelle est faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des

professionnels de mettre en commun de partager leurs connaissances. Leur expertise, leur expérience, leur habileté pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients”. Cette idée résume bien et illustre de manière significative les propos.

La communication efficace entre les membres de l’équipe est essentielle pour assurer une coordination des soins. Les IDE 1 et 2 avaient toutes les deux souligné l’importance de la communication au sein d’une équipe pour gérer efficacement les plaies chroniques. L’IDE 1 avait mentionné l’hétérogénéité de la communication et de la collaboration en fonction des unités de soins concernées.

Au cours de mes recherches, j’ai exploré de nombreux articles et ouvrages sur les avantages de la collaboration pluriprofessionnelle dans la prise en soins des plaies chroniques. Les auteurs mettaient en avant les avantages de la collaboration en termes d’efficacité des soins, de satisfaction des patients et des prises en soins améliorés. Cependant, lors de mes entretiens avec les IDE 1 et 2, j’avais pu approfondir ma compréhension des défis existant auxquels sont confrontés les soignants. Les IDE avaient souligné des difficultés comme les retards de prise en soins des patients et des malentendus, mettant en avant les obstacles à une collaboration efficace. Cette constatation soulignait l’importance de combiner les connaissances issues de la littérature avec les perspectives des professionnels de terrain afin d’obtenir une vision complète de la collaboration pluriprofessionnelle. En intégrant les résultats de mes entretiens aux conclusions de mes recherches, j’ai pu mieux appréhender les enjeux pratiques et les défis auxquels étaient confrontés les infirmiers. Je pense qu’il est essentiel de développer des compétences en communication adaptées aux besoins des patients pour assurer une prise en soins efficace.

Dans le cadre de mon mémoire, j’ai également exploré l’impact psychosocial des plaies chroniques sur le patient. Les entretiens avec les IDE avaient mis en évidence l’importance de prendre en compte non seulement l’impact physique de la plaie, mais aussi les répercussions sur l’estime de soi, l’humeur et la qualité de vie des patients. Les plaies chroniques peuvent entraîner un isolement social, une anxiété, et une dépendance aux soins à domicile, perturbant ainsi la dynamique familiale et compliquant la prise en soins. Les IDE avaient souligné l’importance d’évaluer attentivement l’état émotionnel et psychologique des patients. Selon elles, cette évaluation permettait de mieux comprendre les besoins spécifiques des patients et d’adapter les interventions en conséquence. De plus, l’éducation thérapeutique est un outil clé pour autonomiser le patient, les rendant ainsi acteurs de leur prise en soins. L’IDE 1 expliquait que les patients informés étaient plus susceptibles de suivre les recommandations de traitement, à adopter des nouvelles habitudes de vie et s’engager dans leur chemin de guérison. Cette observation mettait en avant l’importance de la collaboration, tant au sein de l’équipe qu’avec le patient lui-même. En favorisant un environnement où les patients se sentaient soutenus et compris, on peut d’une manière, contribuer à améliorer la guérison et la qualité de vie du patient

La collaboration pluriprofessionnelle et la communication sont des piliers essentiels dans la prise en soins des plaies chroniques. En analysant mes deux entretiens ainsi que les apports théoriques sur la communication et la collaboration, j'ai pu mettre en évidence l'importance de ces aspects dans la pratique infirmière.

Cependant, pour que la collaboration soit véritablement efficace, je pense qu'il est important de reconnaître le rôle des protocoles de soins dans la coordination des soins. Les IDE 1 et 2 soulignent l'importance des protocoles de soins dans la coordination des soins. Toutes les 2 évoquent l'existence de fiches techniques ou de "façons de faire" qui servaient à uniformiser les soins. L'IDE 1 trouvait cela important pour les nouveaux infirmiers ou encore les étudiants. Cependant, elles ajoutent que ce n'étaient pas des protocoles validés. L'IDE 1 les nommait "affiches portatives", et expliquait que ces outils, bien que présentant des directives claires, étaient plus informatifs que contraignants. Selon l'IDE 1 et 2, il était impossible d'agir sous protocole en raison de la nature changeante des plaies.

Précédemment les deux IDE avaient mentionné les défis liés aux pratiques divergentes et aux retards dans les prises en soins des patients. Dans ce contexte, l'utilisation de protocoles de soins pourrait jouer un rôle important en fournissant des directives claires et standardisées pour orienter les soins. En ayant des protocoles établis, les infirmiers pourraient mieux coordonner leurs soins, réduire les variations de pratique et assurer une prise en soins plus rapide et plus efficace des patients. En effet, les protocoles pourraient servir de référence et pourraient contribuer à surmonter les défis liés aux pratiques divergentes et aux retards de prise en soins. D'autant plus, que les auteurs soulignent que les protocoles de soins fournissent un cadre standardisé et fondé sur des preuves scientifiques et pourraient contribuer à prévenir les mauvaises habitudes et pratiques non standardisées au sein des équipes de soins. Plutôt que de s'en remettre à des méthodes individuelles ou à de pratiques basées sur l'expérience personnelle, les professionnels peuvent se référer à des protocoles établis pour garantir une approche uniforme et efficace dans la gestion des plaies chroniques. Cette standardisation favorise une meilleure qualité des soins et réduit les variations dans les pratiques, assurant ainsi une prise en soins homogène des patients.

Dans cette recherche, il ressort que la collaboration pluriprofessionnelle, la communication et l'utilisation des protocoles de soins jouent des rôles essentiels dans la prise en soins des plaies chroniques. Les entretiens avec les IDE 1 et 2 avaient mis en avant l'importance de ces éléments dans la coordination des soins et la qualité de la prise en soins des patients. Cependant, il est important de reconnaître que pour que ces aspects soient pleinement efficaces, il est nécessaire de posséder des compétences en collaboration et en communication au sein des équipes de soins. La collaboration pluriprofessionnelle implique non seulement la capacité à travailler en équipe, mais aussi à partager des connaissances, expériences et des compétences pour offrir aux patients des soins de qualité. De même pour la communication, elle doit être indispensable pour assurer une coordination fluide des soins, éviter les malentendus et garantir que tous les membres d'une équipe soient sur la même longueur d'onde.

Quant aux protocoles de soins, bien qu'ils fournissent des directives claires, leur efficacité dépend également de la capacité des professionnels à les utiliser de manière adaptée. Il est important de comprendre que la nature changeante des plaies peut rendre difficile l'application des protocoles, mais servent tout de même de référence pour orienter les soins.

Dans ma future pratique professionnelle, je compte m'appuyer sur ses conclusions pour améliorer ma manière de travailler. Je chercherai à développer mes compétences en collaboration et en communication, en veillant à travailler de manière harmonieuse avec les autres membres de mon équipe. De plus, je continuerai à utiliser les protocoles de soins comme guides, tout en restant consciente qu'il faut quelquefois s'adapter à la complexité des plaies chroniques. Sur la base de ces résultats, il serait pertinent d'ajuster la question de départ pour se concentrer sur les moyens d'optimiser la collaboration pluriprofessionnelle et la communication au sein des équipes de soins pour une meilleure prise en soins des plaies chroniques. Après avoir pris en compte l'importance de collaboration dans un contexte de travail en équipe, de la communication et des protocoles de soins, je suis arrivée à cette question de recherche : **“Comment optimiser la collaboration pluriprofessionnelle dans la prise en soins des plaies chroniques pour améliorer leur évolution ?”**

Pour donner réponse à ma question de départ sur l'impact de la collaboration pluriprofessionnelle sur l'évolution des plaies chroniques, ce mémoire a démontré que la collaboration entre les professionnels de la santé, combinée à une communication ouverte et à l'utilisation de protocoles de soins, joue un rôle essentiel dans la coordination des soins et la qualité de la prise en charge des patients porteurs de plaies chroniques.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche en Soins Infirmiers marque la fin de trois années de formation enrichissantes et émotionnellement intenses. Cette dernière année a été marquée par ce travail et m'a permis de consolider mon identité professionnelle. Aujourd'hui, je suis en mesure d'identifier les valeurs soignantes que je souhaite véhiculer dans ma future pratique d'infirmière. A travers mes recherches, j'ai pu constater que la collaboration entre différents professionnels, allant des infirmiers aux médecins, en passant par les aides-soignantes et les kinésithérapeutes, est importante pour assurer une prise en soin globale et efficace des patients porteurs de plaies chroniques. Les entretiens réalisés avec les IDE 1 et 2 ont souligné l'impact positif de cette collaboration sur la qualité des soins et la satisfaction des patients, tout en mettant en évidence les défis rencontrés, comme les retards de prise en soin et les malentendus. Ce mémoire a influencé ma vision de la profession infirmière. Il m'a permis de comprendre que la collaboration pluriprofessionnelle est un pilier essentiel. Dans ma future pratique, je compte appliquer les compétences en collaboration et en communication que j'ai pu développer dans mon ancienne carrière d'aide-soignante et en tant qu'étudiante infirmière durant ces trois années de formation. Ce mémoire m'a permis d'approfondir mes connaissances dans la prise en soins des plaies, au-delà de la collaboration pluriprofessionnelle et je souhaite poursuivre cet approfondissement professionnel en me formant davantage dans les domaines des soins de plaies et de la collaboration pluriprofessionnelle. Il est primordial de développer des compétences en communication et aux besoins des patients afin de leur garantir des soins efficaces. En conclusion, ce mémoire m'a permis de prendre conscience de la complexité mais aussi de l'importance de la collaboration pluri professionnelle dans les soins infirmiers. Il souligne la nécessité de développer des compétences pluriprofessionnelles solides pour garantir une prise en soins des patients. Je me sens désormais plus équipée pour aborder ces défis dans ma future pratique professionnelle, avec une compréhension plus approfondie des enjeux et des chances que la collaboration pluriprofessionnelle peut offrir.

Bibliographie

Ouvrages :

- Benner, P. (2003, août). De novice à expert. Elsevier Masson.
- Kieffer, L. (2019, octobre). Soins de plaies et cicatrisation : De la théorie à la pratique (2e éd.). Vuibert.

Articles et revues :

- Formarier, M., & Jović, L. (1993). Approche scientifique des protocoles de soins infirmiers. Recherche En Soins Infirmiers, N° 32(1), 75-83. <https://doi.org/10.3917/rsi.032.0075>
- Cella, D. (2007). Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. Recherche En Soins Infirmiers, N° 88(1), 25-31.
- Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? RIMHE, n° 20, 5(1), 45-67.
- Haberey-Knuessi, V., Heeb, J., & De Paula, E. M. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. Recherche En Soins Infirmiers, N° 115(4), 8-18.
- Maquart, F. (2015). La matrice extracellulaire : un partenaire majeur de la cicatrisation des plaies. Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine, 199(7), 1199-1209.
- Panchout, É., Launay, F., Vargas, Y. I., Doury-Panchout, F., & Duveau, M. (2023). Les collaborations interprofessionnelles des kinésithérapeutes : état des lieux et perspectives. Kinésithérapie, la Revue/Kinésithérapie la Revue, 23(262), 3-9.
- Price, P. E., & Harding, K. (2004). Cardiff Wound Impact Schedule : the development of a condition-specific questionnaire to assess health-related quality of life in patients with chronic wounds of the lower limb. International Wound Journal, 1(1), 10-17.
- Roberton, G. (2006). Pratiques évaluatives en formation infirmière et compétences professionnelles. Recherche En Soins Infirmiers, N° 87(4), 25-56.
- Schlienger, J. (2021). Quelle place pour la luciliathérapie ou larvothérapie dans le traitement des plaies du pied diabétique ? Médecine des Maladies Métaboliques, 15(1), 80-84.
- Joly, B. (2009). Chapitre 1. Présentation de la communication. Dans :, B. Joly, La communication (pp. 7-10). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/la-communication--9782804159740-page-7.htm?contenu=resume>
- Schuster, P. (2019a, b, c). Prise en charge des plaies chroniques par l'infirmier : état des lieux comparatif des pratiques pédagogiques dans la formation initiale au niveau national et en Lorraine.

Webographie :

- Santé Sur le Net. (2024). Cicatrisation. <https://www.sante-sur-le-net.com/maladies/dermatologie/cicatrisation/>
- Citations Ouest France. (s. d.). Citation Henry Ford. <https://citations.ouest-france.fr/citations-henry-ford-320.html>
- Citation henry ford. (s. d.). Citations Ouest France.
- Française, A. (2024a, b). Cicatrice | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition. [http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C2262%20\(accessed%202024-03-30\)](http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C2262%20(accessed%202024-03-30)) ; plaie | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition. [http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P2670%20\(accessed%202024-03-30\)](http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P2670%20(accessed%202024-03-30)).
- Interprofessionnalité. (s. d.). <https://www.jp.guihard.net/spip.php?article174>
- EWMA. (2004). La préparation du lit de la plaie. https://www.ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/Pos_doc_French_04_final.pdf
- Bbraun. (2024). Les différents types de plaies chroniques. <https://www.bbraun.ch/fr/produkte-und-therapien/wundmanagement/chronische-wunden.html>
- HAS. (2009). Pansement Synthèse rapport. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf
- Cairn-Sciences. (s. d.). Plaies aiguës et chroniques : épidémiologie et définition. <https://www.cairn-sciences.info/soins-de-plaies-et-cicatrisation--9782311661149-page-21.htm#:~:text=On%20distingue%20les%20plaies%20chroniques%20des%20plaies%20aigu%C3%ABs.,obtenue%20au%20bout%20de%204%20%C3%A0%206%20semaines>.
- Photographic assessment of the appearance of chronic pressure and leg ulcers. (2000, 1 avril). PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10788924/>
- Plaies aiguës et chroniques : épidémiologie et définition. (s. d.).
- La profession infirmière. (s. d.). OPS/OMS | Organisation Panaméricaine de la Santé. <https://www.paho.org/fr/sujets/profession-infirmiere>
- Protocole de soins infirmiers. (s. d.). MACSF.fr. <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/actes-de-soins-et-technique-medicale/protocole-soins-infirmiers>
- Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. Recherche En Soins Infirmiers, N° 117(2), 33-49. <https://doi.org/10.3917/rsi.117.0033>

Illustration :

- Campese, S. (2013). 99 dessins pour ne plus faire de fautes. Eyrolles. Page de garde du MIRSI

Annexes

- I. Guide d'entretien
- II. Retranscription de l'entretien avec l'IDE 1
- III. Retranscription de l'entretien avec l'IDE 2
- IV. Tableau d'analyse des entretiens

Annexe I : guide d'entretien

- 1) Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours.
- 2) Pouvez-vous définir des exemples de plaies chroniques.
- 3) Pouvez-vous expliquer le rôle et /ou responsabilités de l'infirmière dans la gestion des plaies au quotidien ?
- 4) Comment les plaies affectent-elles la qualité de vie des patients sur le plan physique, social ou même psychologique ?
- 5) Comment évaluez-vous les plaies ? Avez-vous des outils pour le faire ?
- 6) Êtes-vous informés ou formés sur les dernières pratiques en matière de plaies chroniques ? Pensez-vous que cela influence-t-il votre pratique ? Si oui pourquoi ?
- 7) Quelles sont vos pratiques au quotidien dans la gestion des plaies dans le service ? Y-a-t-il des variations de pratique au sein de l'équipe ?
- 8) Avez-vous des protocoles ou des directives spécifiques que vous suivez dans la prise en soin des plaies chroniques ? Si oui, utilisez-les-vous ?
- 9) Travaillez-vous avec d'autres professionnels ? Si oui, lesquels ? Trouvez-vous cela important de travailler en équipe avec différents professionnels ? Pourquoi ?
- 10) Quels outils et approches thérapeutiques utilisez-vous habituellement dans le traitement des plaies chroniques ?
- 11) Avez-vous des stratégies de prévention auprès des patients ? si oui, lesquelles ?
- 12) Quelles sont les pratiques dans le service ou y a-t-il des variations dans les pratiques individuelles des soignants au sein de votre équipe en ce qui concerne la prise en charge des plaies chroniques ?

- 13) Comment la communication et la coordination des soins sont-elles assurées au sein de votre équipe de soins pluriprofessionnelles ?
- 14) Avez-vous des meilleures pratiques que à recommander pour garantir une transmission d'information efficace entre les membres de l'équipe ?
- 15) Rencontrez-vous des défis lors de la collaboration avec d'autres professionnels de santé ? si oui, quelles stratégies utilisez-vous pour les surmonter ?

Annexe II : Retranscription de l'entretien avec l'IDE 1

Entretien avec l'IDE 1

ESI : Bonjour, merci de me recevoir, acceptez-vous que je vous enregistre ? afin de faciliter la retranscription de cet entretien. L'anonymat sera garanti, il n'y a aucun souci.

IDE : Bonjour Adeline, oui bien sûr il n'y a pas de problème, je suis d'accord. En revanche on se tutoie c'est plus simple pour toutes les 2.

ESI : D'accord. Alors peux-tu te présenter ainsi que ton parcours ?

IDE : Alors je suis infirmière depuis 1993, donc ça va faire 31 ans cette année (rire). J'ai commencé ma carrière en clinique, dans un service multi spécialisé. J'ai posé mes bagages et je suis en chirurgie vasculaire depuis 2000 donc ça va faire 24 ans cette année (rire). Après mes 24 ans, je n'ai pas fait le tour de cette spécialité, que j'adore. C'est une spécialité qui me tient à cœur tant au niveau des patients, des collègues, des chirurgiens aussi. Chacun à son expertise, nos spécialités, même en lien avec la douleur. L'équipe tient compte des compétences qu'on peut avoir. Les patients aussi, on les suit depuis de nombreuses années et on s'attache à eux. Étonnement, ils ont des histoires de vie tellement compliquées que tu as vraiment envie de t'en occuper et leur apporter un peu de douceur dans leur vécu au quotidien. Je me suis aussi formée en hypnose en 2017 pour mieux comprendre la douleur des patients et depuis je l'utilise quotidiennement. A savoir que nous avons beaucoup de patients douloureux, et qui ne sont pas forcément soulagés malgré tout ce qui peut exister comme antalgique. Et puis, tu vois au fil du temps que certaines approches hypnotiques fonctionnent, que ton patient ne va pas crier sa douleur mais qu'elle est là sans être là, tu te sens efficace. Et puis de fil en aiguille, tu prends confiance, tu continues et le médecin commence à regarder cette pratique car un médecin c'est très cartésien (rire). En plus de l'hypnose, je me suis formée à la communication thérapeutique. J'ai plusieurs casquettes dans le service (rire), notamment le tutorat des étudiants, et de la recherche paramédicale donc c'est pour ça que je suis un peu à côté du service et pas toujours que dans les soins. C'est comme un contrat à durée déterminée sur la recherche paramédicale jusqu'en 2025. J'ai du temps pour mener ma propre recherche. Actuellement je remplace également une collègue qui est en congé maternité sur l'équipe mobile plaie et escarre depuis octobre 2023 jusqu'en juillet en attendant son retour. Et ça c'est hyper intéressant, en plus d'être dans l'établissement on va également hors établissement avec le groupement hospitalier et territorial également. C'est riche et intense. J'apprends et je rencontre plein de patients donc je suis contente.

ESI : Ah oui en effet quel parcours enrichissant. Peux-tu me définir des exemples de types de plaies chroniques ?

IDE : Alors oui, il faut savoir que nous avons énormément de patients avec une artériopathie. Sinon il y a des escarres qui ne guérissent pas, des plaies d'amputations chez les patients diabétiques et tellement d'autres. C'est riche et varié. Ce sont d'ailleurs des patients pour qui on s'attache énormément car on les suit depuis de nombreuses années donc c'est même un peu une famille (rire)

ESI : Pouvez-vous expliquer le rôle de l'infirmière dans la gestion de ces plaies au quotidien ?

IDE : Alors en fait, dans les soins au quotidien du moins je parle de mon service. Nous avons quand même une grande autonomie à ce niveau-là, car nous avons une expertise sur les plaies et on peut être formé sur les plaies comme on veut. Nos chirurgiens nous font entièrement confiance sur la gestion des plaies, du pansement et des dispositifs à mettre en place. Par contre pour avoir cette confiance, il faut avoir son expertise de la plaie donc soit on l'acquiert avec la formation ou la pratique ou soit avec l'expérience. Moi par exemple je n'ai pas de DU plaie et cicatrisation mais j'ai mon expertise de 24 ans dans le service et je travaille régulièrement à la consultation pansement donc voilà, puis je donne des cours aux DU plaie (rire) et je fais même partie de leur jury, donc voilà. Après il faut aussi vouloir s'intéresser à la plaie. Sinon pour la gestion quotidienne, beh ça commence dès la dépose du pansement. Ça va être de prendre en compte le patient autour parce qu'il y a la plaie bien sûr, mais surtout le patient. Eh bien souvent, on remarque que le patient est complètement impacté par sa plaie.

ESI : C'est-à-dire ? Justement j'avais une question à ce sujet, comment les plaies chroniques affectent-elles la qualité de vie des patients sur le plan physique, social ou même psychologique ?

IDE : Bah le patient est impacté par sa plaie. Il ne vit plus, lui et son entourage, ne vivent plus que pour la plaie. Il ne sort plus, il a des douleurs tout au long de la journée donc il est souvent fatigué et épuisé et naturellement il va s'isoler, ne participant plus aux repas de famille ou grands événements par exemple car ils sont dépendant des infirmiers libéraux aussi à domicile. Et puis après c'est un cercle vicieux, ça lui provoque de l'anxiété avec une baisse de l'estime de soi. Et puis au-delà de la famille, parfois il y a des patients qui sont forcés de ne plus travailler, ils perdent en salaire et ça leur amène des problèmes supplémentaires. Des fois il y a des histoires de vie assez poignante, ce n'est pas simple d'ailleurs il faut souvent prendre sur soi. On a un rôle d'accompagnement au-delà des soins de pansements.

ESI : En tant qu'infirmière, quelles sont les principales responsabilités que vous assumez dans la prise en soins des patients atteints de plaies chroniques ?

IDE : Oula, il y en a beaucoup (rire). La première responsabilité je dirai c'est d'abord l'évaluation, comme je le disais avant. En fait si tu ne sais pas comment évaluer ta plaie, ton patient, son environnement ça peut vite devenir compliqué en fait. En plus, c'est à nous de savoir à quel moment on s'inquiète, car aux consultations pansement, on reçoit les patients seuls. C'est à nous de savoir si

l'évolution est bonne et à quel moment il faut appeler l'interne ou le chirurgien. On va totalement gérer notre consultation tant au niveau de l'examen clinique, que du dispositif à mettre en place. On est au premier plan face aux plaies. Après il faut aussi s'intéresser aux plaies aussi. Donc c'est une sacrée responsabilité. Parfois, ça prend du temps et puis parfois on ne sait pas tout. L'avantage c'est que tout le monde est accessible dans le service où je travaille et tu sais que tu as toujours une collègue à porter de main pour donner son avis. Après il y a la responsabilité du suivi, des traitements mis en place. C'est un sacré métier (rire). Donc c'est important de prendre justement la plaie et le patient en compte. parce que ça va même avoir une incidence sur la cicatrisation. Euh bon, après la dépose du pansement, c'est à nous de faire l'évaluation de la plaie dans sa globalité, de ce qu'on retrouve dans le dispositif qu'on a enlevé, et d'ajuster ou non. Et puis nous, dans le service, c'est vrai qu'on a aussi ce regard clinique ou on va faire un examen clinique au niveau vasculaire de notre patient et c'est ce qu'on a appris à faire. Moi par exemple, j'ai appris à le faire avec les chirurgiens. On a des doppler dans le service et même à la consultation, ce qui nous permet de voir aussi ce qu'il en est au niveau de la vascularisation et par l'interrogatoire aussi du patient. Car c'est bien beau de voir une plaie, mais aussi il faut interroger par rapport aux douleurs, « comment ça se passe la nuit », « est-ce que vous dormez », « arrivez-vous à marcher correctement », « est-ce que vous avez des crampes ou pas ? », « Est-ce que vous êtes obligé de vous arrêter ? », « Est-ce que vous êtes obligé de mettre votre pied pendant pour pouvoir vous soulager quand vous êtes dans votre lit ? », Et tout ça, ça va être en fait des réponses et des critères qui vont nous faire dire qu'il y a peut-être une aggravation à ce niveau-là.

ESI: Avez-vous des stratégies de prévention auprès de vos patients ? Si oui, lesquelles ?

IDE : Alors oui, ça c'est le quotidien. En fait ils viennent déjà avec le problème donc ça ne va pas être de la prévention primaire chez eux (rire) car ils sont déjà avec des hygiènes de vies pas qui ne sont pas courantes. Donc sinon oui du côté nutritionnel, on interroge le patient, son entourage et savoir comment il s'alimente car c'est problématique pour sa cicatrisation. On voit avec lui aussi s'il y a présence du tabac à domicile, si il a des pathologies enfin tout type de question. Pareille, au niveau du chaussage, les mises en décharge des points d'amputation, le plan social aussi car malheureusement souvent ce sont des patients avec des problèmes sociaux. On va lui donner des conseils, se promener, on donne des conseils aux familles aussi. Après il faut être honnête avec le patient, il faut tout bien lui expliquer et ne jamais lui mentir. Et puis ça permet aussi de sa part de se remettre en question, comme l'hygiène de vie alimentaire, l'incurie, la sédentarité et puis c'est important de lui dire ce qu'il en est à ce moment-là de sa plaie. Après ce n'est pas facile tout ça pour eux. Ça peut faire mal, les contentions par exemple c'est chaud l'été et surtout leur expliquer que la vie continue malgré la plaie et qu'ils peuvent s'autoriser à aller au restaurant, en repas de famille. D'ailleurs, j'ai remarqué que souvent ils sont dépendants des infirmiers libéraux. Ils disent qu'ils ne savent pas à quelle heure ils arrivent et donc n'ose plus sortir de chez eux. Mais j'insiste auprès d'eux en leur disant que l'après-midi, ils peuvent sortir et puis finalement ils disent non on a plus envie. Alors là, nous avons un rôle de motivation aussi et on leur dit donnez-

vous l'envie et c'est marrant parce que les patients s'aperçoivent que oui finalement c'est possible et qu'ils peuvent faire autre chose et étonnamment ça va beaucoup mieux dans tout et même au niveau de l'amélioration de leur plaie. Bon en fait on fait un peu tous les métiers en même temps et tu vois c'est pour ça on a toutes ces expériences à avoir. Après c'est quand même gratifiant pour notre profession et puis on sait que notre médecin va prendre en compte tout ce qu'on dit pour lui adapter un prochain examen, ou un rendez-vous. Par exemple si un patient qui allait bien il y a 2 mois, qu'il se rend en consultation avec nous et que l'évaluation est mauvaise, que sa plaie s'aggrave, qu'il a des douleurs la nuit... donc on va peut-être demander un angio-scanner, ou un doppler et voilà c'est comme ça que ça se passe. Mais c'est vrai que le rôle est quand même important, on va dire, ouais. Donc tout ça pour dire que oui ça c'est important la discussion, la prévention et de savoir pourquoi, mais ce qui va être important c'est la communication thérapeutique. L'importance dans la communication thérapeutique c'est les écouter, ne pas leur couper la parole et valider ce qu'ils disent et surtout se mettre à leur niveau car quelquefois le statut soignant impose ce côté supérieur à l'autre et c'est une erreur pour des patients avec des plaies chroniques ou même des maladies chroniques. Le but c'est de créer un lien de confiance avec lui, une alliance thérapeutique. Puis grâce à ça par la suite c'est de voir ce qui est possible pour lui et qu'il soit plus confortable dans sa vie surtout avec parfois des patients qui ont des plaies depuis 20 ans. Parfois j'ai des patients qui me disent "j'en ai ras le bol", et il faut valider ce ras le bol avec lui et le comprendre en lui répondant par exemple, "Moi je suis d'accord avec vous, c'est vrai que 20 ans de soin c'est dur". D'ailleurs ils acceptent plus facilement les soins après. Et ça marche du tonnerre ! Ce sont des attitudes à avoir, des reformulations de mots ou amener quelque chose de positif derrière. Parfois, nous avons des soins douloureux à la consultation et je remarque qu'avec la communication thérapeutique et l'humour, car on utilise beaucoup l'humour avec eux (rire), ils reviennent avec un grand sourire. Mais ça c'est parce qu'il y a le lien. Ils ont confiance en nous et ça c'est hyper important finalement.

ESI : Ok super, du coup vous pensez qu'il faut avoir des connaissances spécifiques et une solide expertise en matière de plaies ?

IDE : Ouais tout à fait. Ah oui, il faut bien connaître tous ces aspects-là. En vasculaire du moins et puis ailleurs mais il faut bien connaître l'anatomie des artères, connaître les chirurgies pour savoir et connaître les surveillances au niveau de tes membres inférieurs ou membres supérieurs. Et voilà, ces connaissances, elles sont nécessaires, ça c'est sûr. Et puis également, il faut connaître quand même les différents stades de la plaie, cicatrisation, l'évaluation pour savoir quel dispositif aussi appliquer pour après. Et puis c'est quand même mieux d'être à l'aise avec tout ça en vasculaire (rire). Mais il n'y a pas que ça, il y a des connaissances à avoir sur les impacts comme le lien avec l'alimentation parce que on sait qu'une personne dénutrie ne va pas bien cicatriser ... Et puis aussi le manque de vitamines C. Et puis tu as tout ce qui est chaussage par rapport à ton patient. Mais c'est surtout le côté multidimensionnel

comme la gestion de la douleur, le côté aussi social avec le conjoint et ça c'est important de tout prendre en compte. Bon, ça peut être une histoire de famille en fait une plaie (rire).

ESI : Et pour l'évaluation de la plaie, comment les évaluez-vous ? Avez-vous des outils pour le faire ?

IDE : Sur l'évaluation c'est vraiment, l'évaluation ça va être que même dans le service nous n'avons pas forcément d'échelle d'évaluation en fait on sait déjà par nos connaissances et expériences que voilà dans l'artériopathie des membres inférieurs, on a différents stades. Nous avons la classification de Leriche et Fontaine. Sinon après nous avons beaucoup de plaie nécrotique et en vasculaire, on sait que les plaies nécrotiques, il est important de les assécher, donc avant l'hospitalisation et la chirurgie. L'idée c'est de bien délimiter les nécroses pour savoir à quel endroit on s'oriente et il est plus judicieux d'amputer. Après on sait que sur une nécrose à base humide, on va assécher avec tel ou tel type de dispositif. Pour les plaies fibrineuses, par exemple, on sait quel dispositif appliquer parce qu'on connaît les familles de dispositifs pansements.

ESI : Avez-vous des protocoles ou des directives spécifiques que vous suivez dans la prise en soins des plaies chroniques ? Si oui, comment sont-ils élaborés ?

IDE : Alors en fait, il y a un peu de tout (rire). En fait on a des protocoles, non, enfin si c'est un protocole sous forme d'affiche portative on va dire que nous avons dans nos chariots. On a les différents stades de la plaie et quoi mettre dessus et c'est hyper utile pour les nouveaux arrivants, ça c'est intéressant. Alors oui, ils sont faits avec les médecins, cadres, infirmiers et aides-soignants aussi. C'est un travail en équipe. Chacun fait sa partie, on met en commun et puis c'est validé. Après chez nous, c'est plutôt des affiches informatives que des protocoles. Je trouve ça mieux car élaborer des protocoles spécifiques sur des plaies chroniques, ce n'est pas possible ce n'est pas réalisable car la plaie change sans arrêt. Sinon c'est vrai que moi au bout de 24 ans, ça fait partie de mes connaissances. J'adore traiter les plaies donc je m'y intéresse et je sais quoi appliquer et à quel moment de la plaie. Nous avons aussi une autonomie de prescription de corticoïde, ça c'est un protocole et tu vois sur des peaux péries lésionnelles brûlées par exemple nous n'avons pas besoin de demander au chirurgien parce qu'on sait, voilà, c'est vraiment l'expertise qu'on a et puis il y a le protocole. Ça va être pareil pour différents produits. Mais parfois on donne un petit coup de fil au chirurgien s'il n'y a pas de protocole et surtout histoire d'avoir la validation et la prescription. Mais on sait que de toute manière on va nous dire "tu sais mieux que moi donc je te laisse faire toi". Après on a différents topos, nous, dans le service pour nos étudiants infirmiers ou voilà tout ça, c'est expliqué également et à disposition dans le service.

ESI : Ok je te remercie pour cette explication complète. J'ai encore quelques petites questions (rire). Du coup face aux plaies, j'aimerais savoir comment vous informer ou former sur les dernières pratiques en matière de plaies ?

IDE : Oui bien sûr pas de soucis. Alors, nous on est quand même on a notre propre congrès avec un docteur de notre service qui chapote les journées, week-end, plaies et cicatrisation. D'ailleurs, j'ai l'occasion d'intervenir également avec une autre collègue qui elle a le DU (rire). Nous avons des moments où on fait des visioconférences en direct ou alors on fait des topos régulièrement. Donc oui on va dire dans notre service, que nous sommes très bien informés et formés. En plus, on a régulièrement les laboratoires qui viennent nous voir aussi, pour nous présenter leurs dispositifs et en plus ce que j'aime c'est que leur approche n'est pas forcément commerciale. Enfin, ils doivent avoir le côté commercial, mais on les connaît bien aussi et on sait que quand ils vont nous montrer un pansement, un dispositif, c'est que c'est sérieux et d'ailleurs on fait même des essais pour eux avec les dispositifs sur nos patients. On le fait en revanche surtout en consultation pansement parce qu'en hospitalisation on n'a pas le droit. On leur fait un retour positif ou négatif. C'est top de bosser avec eux aussi ça montre l'intérêt qu'ils ont pour nous.

ESI: Avez-vous des variations de pratique dans l'équipe dans la gestion des plaies ?

IDE : Alors (rire) ce qui se passe c'est que les nouvelles collègues au départ demandent beaucoup et ça c'est bien. Par exemple, ce matin tu vois ce matin on m'a demandé d'aller voir pour un avis pansement. Donc dans mon service on sollicite les plus anciennes pour donner des avis, parfois même pour les détersions. Après bon on a chacune un peu nos techniques et c'est ce que j'ai pu remarquer mais je trouve globalement qu'on parle tous le même langage mais aussi grâce à notre collaboration et transmission d'équipe et les anciennes mettent un point d'honneur à conserver cette coordination. Donc c'est suivi et du coup c'est à peu près la même chose qu'on fait tout le temps.

ESI : Super. Vous parlez de collaboration, donc est-ce que vous travaillez avec d'autres professionnels ? si oui, lesquels ? Et trouvez-vous cela important de travailler en équipe avec différents professionnels ?

IDE : Mais tout à fait. Ah bah tout à fait. Et même je dirais autant les collègues infirmières, que les collègues aides-soignants, nos médecins et internes. Et d'ailleurs on est toujours en lien tous ensemble et quoi qu'il arrive. On collabore énormément avec l'hospitalisation à domicile (HAD), c'est vrai que pour les retours à domicile c'est important et surtout pour les thérapies par pression négative (TPN), le meopa ou même pour le getox aussi pour qui on fait appel à l'hospitalisation à domicile (HAD). On a sur l'hôpital une équipe mobile plaie et escarre et elles sont souvent sollicités en renfort ou en soutien à notre équipe et aux autres services de l'hôpital. Quand il y a besoin, et quand il y a plusieurs TPN dans le service, l'équipe sert à aider justement dans les services par rapport à ça. Et c'est confort. Les aides-soignantes aident énormément au nettoyage des jambes, c'est important. Elles font beaucoup de déposes de pansement en autonomie notamment lors des douches thérapeutiques en fait avec des patients pour qui on enlève les TPN. C'est fait sous la douche pour que ce soit plus confortable pour eux. Et tout ça c'est quand même un soin à part entière. Nous travaillons aussi avec la diététicienne qui est très

importante. Parce que comme je disais tout à l'heure, un patient porteur de plaie est souvent dénutri, il cicatrise mal et la plaie mange beaucoup de protéines. De même avec les podorthoésistes pour le chaussage des patients, parce qu'on fait des chaussures sur moulage pour le retour à domicile des patients. Ce ne sont pas simplement des chaussures toutes faites hein (rire). C'est vraiment un surmoulage pour mettre en décharge la zone par exemple amputée et on travaille beaucoup avec eux. Les assistants sociaux jouent un rôle très important. Parce que bien souvent notre population vasculaire ce sont des patients qui vivent dans la précarité et parfois même en incurie. C'est important de voir aussi à ce niveau-là s'ils peuvent rentrer de façon sécuritaire à la maison.

ESI : Comment la communication et la coordination des soins sont-elles assurées au sein de votre équipe ? Quels outils utilisez-vous ?

IDE : Dans le service on a nos cartons individualisés, on fait aussi des transmissions justement sur le logiciel de l'hôpital. Après chaque membre de l'équipe met un point d'honneur sur la transmission, c'est important pour suivre les patients. Après d'autres diront que ça prend du temps alors oui c'est vrai qu'il faut parler de l'essentiel. Après pour la consultation c'est pareil, chaque patient a aussi son dossier créé donc on fait un Word puis on le range dans les dossiers. Sur ce Word, on va décrire le type de plaie, l'amélioration, l'aggravation, mais aussi la taille, les dispositifs mis en place, les détersions et puis les consignes. C'est important car on a beaucoup de contention donc il faut tout expliquer et souvent c'est très pratique pour les libéraux. On donne des conseils pour le retour à domicile, il est important de continuer les actions mises en place en hospitalisation à la maison pour garantir la guérison complète de la plaie. Après il faut le faire sans être dans le jugement et être très diplomate avec les autres professionnels (rire). Il y a les transmissions inter-équipe qui ont lieu plusieurs fois par semaine. On fait les transmissions avec les médecins et on voit comment ça se passe les premiers jours postopératoires. On va revoir au bout de 10 jours les patients en consultation pansement. Et comme c'est la même équipe, on tourne à la fois en hospitalisation et en consultation. Donc ça permet d'avoir cet œil auprès de la plaie. On prend des photos de plaies avec les tablettes, donc pour voir l'évolution c'est vraiment pas mal. Ça se fait plus en consultation, car en service, on manque de tablette et on doit fonctionner avec nos portables et c'est moins pratique pour faire apparaître la photo dans le dossier du patient. Mais voilà, c'est vrai que la photo, c'est hyper intéressant pour voir l'évolution de la plaie et d'avoir un suivi. On transmet ça dans le dossier, on envoie ça au médecin lorsqu'il sont moins présents dans le service car ils sont au bloc opératoire très régulièrement (rire). Par contre on a vraiment nos dossiers pour chaque patient en consultation et on le met sur un logiciel d'imagerie. Il y a toute l'imagerie pour les patients et on transfère les photos dessus. Et puis lors de nos staffs, quand il y a une personne qui n'évolue pas bien dans sa cicatrisation, l'équipe peut regarder et ajuster le traitement. Par exemple, "Tiens là c'est vrai que ça ne s'améliore pas on va peut-être lui proposer une artériographie pour voir ce qu'il en est", « il y a peut-être des choses ou des artères à dilater ». Voilà globalement (rire), je parle beaucoup. Pour la coordination je vais dire que ça passe par la confiance aussi. Par exemple avec les internes que tu

proposes, il dispose un peu (rire), non plus sérieusement parfois ils peuvent ne pas être d'accord mais c'est très rare en fait car on parle vraiment tous le même langage. On ne ressent pas forcément de hiérarchisation des professions. On collabore et coordonne ensemble, on est soudés et c'est agréable. Après on est là pour travailler avec le patient, tout le monde doit être investi. Bon après on ne fait pas de staff tous les jours mais il y a nos transmissions du matin qui sont riches en informations et en pluridisciplinarité. Chaque membre a sa transmission à faire et je dirai c'est ce qui fait l'équipe. C'est d'ailleurs pour ça que je suis là depuis 24 ans (rire).

ESI : Merci, c'est hyper intéressant ce que tu racontes. Aurais-tu du coup de bonnes ou meilleures pratiques à me partager pour garantir une transmission plus efficace entre le membre de l'équipe ?

IDE : Je trouve que c'est plutôt pas mal pour nous. Après je pense qu'on peut sûrement s'améliorer, mais pour ce service ça marche bien. Les nouveaux arrivants sont briefés là-dessus aussi (rire).

ESI : Rencontre tu des défis lors de la collaboration avec d'autres professionnels de santé ? Si oui, quelles stratégies utilisez-vous pour les surmonter ?

IDE : Bah dans notre service ça va. Après je vois, quand je suis au niveau de l'équipe plaie mobile et que j'interviens. On va voir des plaies dans des services où les professionnels n'ont pas l'habitude de les faire et ne communiquent pas forcément. Donc on a ce côté formateur aussi auprès d'eux et d'ailleurs même auprès de leur médecin de service. Nous par exemple on fait des examens cliniques dans mon service donc parfois ils sont étonnés qu'on fasse tout cet examen clinique et qu'on leur dit que le pied doit être à la surélévation ou qu'on ne retrouve pas le pouls, on leur suggère de demander un doppler artériel. On arrive avec notre expertise. Mais c'est plutôt bienvenu dans les services, ils ne disent pas "elle la ramène pourquoi, elle est qu'infirmière comme nous". Donc nos compétences sont quand même reconnues, donc ça c'est plutôt bien à voir. Puis on n'est pas là non plus à ramener notre science inutilement. En fait, on est là, on argumente et puis la finalité c'est pour le patient. Personnellement, je ne retrouve pas de défis particuliers dans mon quotidien, ça se passe super bien en fait. Tout est fluide et ça fait plaisir mais je sais que ce n'est pas partout comme ça malheureusement.

ESI : Merci beaucoup. Quels outils et approches thérapeutiques utilisez-vous habituellement dans le traitement des plaies chroniques ?

IDE : La première approche, ça va être la douleur, en fait ça c'est très important. C'est vrai qu'on met un point d'honneur dessus et surtout en vasculaire. Parce que par exemple, une détersion forcément induit des douleurs et ça va être très important de s'en occuper. On intervient quotidiennement et par l'hypnose comme je te l'avais dit tout à l'heure. Par exemple, s'il y a nécrose, le patient est revascularisé et une fois revascularisé, on pourra commencer à faire des détersions un peu plus poussées. Les détersions sont faites au scalp, au bistouri, à la curette, aux ciseaux et ça induit la douleur. Après on va utiliser le getox

aussi, c'est un mini "karcher" et c'est super. On fait des détersions à la compresse tissée aussi, on passe une compresse et la fibrine suit avec. Mais depuis peu pour aider à la douleur aussi nous avons un casque de réalité virtuelle dans le service et à la consultation. Ça marche super bien, ça fait des inductions homéotiques. Bon comme pour tout, il faut être formé hein, parce que y a une petite formation très rapide. Pour le casque de service, il y a deux fonctions, le parcours patient par rapport à une chirurgie bien déterminée, c'est une chirurgie sur l'aorte et il y a des films de relaxation où les images sont illustrées en dessin. Ce sont des films réels à la montagne, à la mer. L'idée c'est de défocaliser du soin, de la douleur pour que le patient vive mieux le moment douloureux. Nous utilisons de la xylocaïne car tu sais que la désertion va induire de la douleur, c'est vraiment bien de les anticiper et ça permet de gagner du temps. On utilise régulièrement le MEOPA. Les TPN aussi comme je te disais avant d'ailleurs, à savoir, on utilise depuis peu TPN à instillation. C'est une TPN où tu injectes du sérum physiologique. On l'a dans le service et quand une plaie est vraiment très fibrineuse, ça fait en fait un cycle de lavage parce que la mousse se rétracte et elle fait des mouvements, donc ça permet de faire une détersion et nous avons d'ailleurs de très bons résultats.

ESI : Super ! Merci pour ce partage c'était très intéressant.

IDE : Merci à toi, c'est toujours un plaisir, j'ai l'habitude avec les étudiants est intéressant. On pourrait en parler pendant des heures mais je ne vais pas te retenir plus longtemps (rire).

Annexe IV : Retranscription de l'entretien avec l'IDE 2

Entretien IDE 2

ESI: Bonjour, Peux-tu te présenter, ainsi que ton parcours ?

IDE : Je m'appelle Solène, je suis diplômée depuis 15 ans, j'ai été diplômée en 2009 et commencé en hôpital local en médecine SSR, le service a dû fermer par manque de médecin et j'ai demandé ma mutation en dermato qui tombait bien du coup car je venais d'avoir mon DU plaie et cicatrisation en 2022.

ESI : Super merci beaucoup. Peux-tu définir des exemples de plaies chroniques dans ton service ?

IDE : Alors oui ce sont principalement des ulcères artériels, veineux ou mixtes, des escarres aussi, les pyoderma enfin voilà après c'est varié. Après, nous traitons tous types de plaies, aiguës, chroniques.

ESI : Peux-tu expliquer le rôle de l'IDE dans la gestion des plaies au quotidien.

IDE : Pour moi, l'infirmière joue un rôle d'évaluation clinique mais surtout de connaissance du patient. Après, c'est sûrement ma formation DU qui me fait dire ça car avant j'avais un autre recul. Le pansement passe en second plan et ce qui est intéressant c'est de connaître son pansement, ses antécédents et pourquoi ce patient a-t-il une plaie. Chez un patient qui présente des ulcères de jambes, on va se poser la question si c'est veineux ou artériel pour commencer. Parfois ce n'est ni l'un ni l'autre, ou parfois les deux. Si c'est une plaie dermatologique, nous partons sur les dermocorticoïdes pour gérer l'inflammation. Et c'est ce qui va permettre la guérison de la plaie. Si nous n'avons pas cette notion de recherche, la guérison ne pourra être efficace. Après le médecin demande tout ça au patient en amont, mais je pense en tant qu'IDE c'est plus intéressant aussi de le faire pour le suivi des patients.

ESI : Comment les plaies chroniques affectent-elles la qualité de vie des patients sur le plan physique, social ou même psychologique ?

IDE : Elles font malheureusement partie de leur quotidien. La plaie embarque tout le monde, l'entourage, parfois c'est une nouvelle vie qui débute chez eux avec de nouvelles habitudes. Sur le plan physique aussi, la douleur est constante et elle rend leurs tâches quotidiennes difficiles, ça les fatigue. Pareil, ils sortent peu et sont isolés pour beaucoup. Tu ressens chez eux un profond vide. Du coup ça n'aide pas à la cicatrisation non plus. Donc ça englobe tous les plans finalement.

ESI : Au sujet de l'évaluation de la plaie, comment les évaluez-vous dans le service ? Avez-vous des outils pour le faire ?

IDE : Personnellement comme ça je ne vois pas d'outils mais ce qu'on peut faire, c'est évaluer l'état artériel du patient, en prenant le pouls pédieux, poplité. Le temps de recoloration également qui dure 3 secondes. Pour moi il y a beaucoup de cliniques, surtout dans l'évaluation et je dirais que l'état clinique d'ailleurs, c'est un outil finalement. Après pour les patients neuropathiques, il existe l'échelle DN4 notamment pour le patient diabétique et ce sont les médecins qui les font, c'est également un outil. Je sais qu'il existe des échelles colorimétriques par rapport à la couleur de la plaie mais nous ne l'utilisons pas, enfin plus car à la longue avec nos connaissances, on a l'habitude.

ESI : Penses-tu qu'il faut avoir des connaissances spécifiques et une solide expertise en matière de plaies ?

IDE : Alors des connaissances, oui un minimum mais pas seulement. Après c'est surtout de l'investissement personnel selon moi. Il y a des IDE qui s'intéressent aux plaies et d'autres non. Avant de faire mon DU, je m'intéressais déjà énormément aux plaies car pour moi c'est la base pour pouvoir les prendre en soins nos patients. On peut ne pas avoir de connaissances mais il faut avoir l'envie de s'occuper des patients porteurs de plaie. Car ça prend du temps et ça demande de l'investissement personnel. Quand tu n'as pas forcément de connaissance, il y a toujours des personnes référentes dans les services et puis à l'hôpital, on a une équipe mobile. C'est toujours intéressant de les appeler. Parfois elles ont du boulot, et elles ne peuvent pas répondre mais maintenant ça évolue on ne peut pas rester dans son coin avec ses questions. On communique beaucoup et on partage nos expériences. C'est pour ça que je ne pense pas qu'il faut spécifiquement avoir de l'expérience. C'est mieux avec, mais si tu n'as pas l'envie ni la motivation ça ne marchera pas.

ESI : As-tu des variations de pratique dans l'équipe dans la gestion des plaies chroniques ?

IDE : Comme je disais précédemment il faut partir à la recherche d'informations. Si on veut, on peut. Il y a toujours possibilité d'améliorer ses connaissances et ses pratiques. Oui, il y a des variations quelquefois. Beaucoup vont défaire les pansements et ne vont pas évaluer la plaie. Ils vont remettre le même protocole que la veille sans pour autant répondre aux attentes de la plaie. Et c'est dommage. Bon quelquefois c'est bien car il y a une amélioration mais souvent ça amène une dégradation de la plaie. Il faut un minimum connaître ses catégories de pansement je trouve ça important. Après, nous avons tous des idées personnelles ou des façons de faire différentes. Alors malgré nos pratiques qui varient je trouve que dans mon service ça ne se ressent pas beaucoup car malgré cela nous échangeons entre nous et nous pouvons donner notre avis. L'équipe s'implique au quotidien et tout le monde est sur le même chemin dans la prise en soins des plaies, en tout cas dans mon service. Après si (rire), le problème en dermatologie c'est que les médecins, veulent voir les plaies tous les jours, car nous avons de gros risques d'infection chez nos patients dans certaines pathologies. Normalement, avec mes connaissances

obtenues grâce à mon DU, nous pouvons laisser le pansement 2 voire 3 jours sans solliciter le pansement. Mais dans notre service, c'est comme ça, il faut montrer la plaie au quotidien pour l'évolution et le traitement. Le problème c'est que je trouve que ça ralentit la cicatrisation mais bon c'est la pratique du service et puis pour suivre les plaies ce n'est pas plus mal.

ESI : Quelles sont les principales responsabilités que vous assumez dans la prise en soins des patients atteints de plaie chronique ?

IDE : Du coup ça va être l'évaluation, la planification des soins je trouve qu'on a tous les rôles et il faut coordonner pas mal de monde. Du coup lors des détersions, on inclut nos responsabilités, la gestion de la douleur aussi. En fait, c'est toutes nos tâches qu'il faut assumer et notre rôle est super important.

ESI : Comment allez-vous vous informer ou former sur les dernières pratiques en matière de plaies dans le service ?

IDE : Personnellement je n'ai pas forcément été formé, mis à part mon DU où j'ai suivi des cours et j'ai rendu un mémoire. Sinon généralement c'est surtout l'expérience. Après pour des nouveaux dispositifs, nous avons toujours des petites formations pour le mettre en place dans le service par les laboratoires. Nous n'avons pas de formation spéciale dans les services. Je dirais que c'est toujours pareil, c'est à nous de s'intéresser. Récemment il y a eu un congrès sur Paris. Je me suis rendu avec deux collègues mais c'était une demande de notre part. Sinon, nous n'avons pas de formation ou d'information spécifique.

ESI : As-tu des protocoles ou des directives spécifiques que tu suis dans la prise en soins des plaies chroniques ? Si oui, comment sont-ils élaborés ?

IDE : Nous n'avons pas de protocoles spécifiques mais dès façon de faire. A proprement dit, il n'y a pas de protocole mais nous avons des fiches techniques dans le service. Notamment dans notre service, les pemphigoïdes bulleuses, on sait qu'il faut percer les bulles, mettre de l'urgotul, des dermocorticoïdes et transmettre dans le dossier. Nous avons aussi des façons de faire pour les pyoderma. Tout le monde sait dans le service que nous ne devons pas faire de détersion au risque d'aggraver la plaie et qu'il faut mettre des dermocorticoïdes. Les médecins prescrivent les dermocorticoïdes systématiquement mais pour le reste, nous ne suivons pas de protocole pansement. Après pour les nouveaux arrivants par exemple, les médecins les informent à chaque visite. « Avez-vous fait ça ? et ça ? », Si ce n'est pas fait, ils remettent les choses au point. C'est toujours une affaire de communication et d'échange autour du patient. Après les plaies sont tellement variables que c'est difficile d'avoir des protocoles avec des plaies chroniques je trouve. Après on doit avoir un protocole sur lequel on s'appuie, ça concerne le nettoyage des plaies qui sont nettoyées au savon doux et à l'eau. Pareil, c'est toujours une technique à adopter et non un protocole mais les plaies nettoyées, sont entourées avec des compresses puis des bandes. Et ça c'est pour tous les types de plaies. En revanche pour les pansements, dermocorticoïdes, il n'y a pas de fiche

protocole dans un classeur. Et c'est impossible car ça varie tellement le changement de pansement. Cela serait impossible de faire un protocole plaie universel.

ESI: Est-ce que tu travailles avec d'autres professionnels ? si oui, lesquels ? Et trouves-tu cela important de travailler avec d'autres professionnels en équipe ?

IDE : Oui, alors c'est même un indispensable pour traiter une plaie. Nous avons besoin de médecins, internes, diététiciens. Par contre, nous ne faisons pas souvent appel aux ergothérapeutes car au CHU il n'y en a pas vraiment mais où je travaillais avant nous travaillons avec eux quotidiennement. A partir du moment où il y avait des décharges à mettre en place, c'était elles qui les mettaient en place. Elles adaptaient des coussins pour les points d'appuis. Les pédicures également surtout pour les patients diabétiques. Les diététiciens, les psychologues. Quelques fois certains patients gardent leur plaie plusieurs années. Je n'ai pas d'exemple en tête mais c'est important qu'ils soient suivis psychologiquement également car c'est son quotidien et il doit vivre avec. Il y a les kinés, l'équipe mobile. Il faut prendre tout le monde pour traiter une plaie selon moi car à nous seul en tant qu'IDE ce n'est pas possible de suivre juste un protocole seul.

ESI : Rencontre tu des défis lors de la collaboration avec d'autres professionnels de santé ? Si oui, quelle stratégie met tu en place pour les surmonter ?

IDE : Oui quelquefois ce n'est pas parfait. C'est surtout avec les internes. Ils changent tous les 6 mois et n'ont pas forcément les connaissances et c'est normal. Donc ils sont un peu plus frileux aux prises de décisions mais sinon mis à part ça, je ne vois pas d'autres défis. Il faut savoir se "batailler" avec eux (rire) c'est un peu ça la stratégie.

ESI : Aurais-tu du coup de bonnes ou meilleures pratiques à me partager pour garantir une transmission plus efficace entre le membre de l'équipe ?

IDE : Oui, une petite chose en particulier. Je pense qu'il est important lors des transmissions de pansements de mettre pourquoi nous avons mis tel pansement et pourquoi a-t-il été mis en place. Ça permet de voir l'évolution de la plaie et savoir si la plaie est humide ou asséchée. En fait, quelquefois, on voit un pansement appliqué la veille sur le logiciel et arriver devant le patient et on se dit mais pourquoi elle a mis ça ? Si c'était tracé sur le logiciel directement et bah ce serait plus efficace et ça éviterait les variations de pratiques justement. D'ailleurs, j'ai un exemple en tête. Une collègue de l'équipe mobile de la plaie et des escarres est appelée dans le service la dernière fois, à son arrivée le chariot était prêt et l'IDE lui dit "ah bah tu n'as plus qu'à faire le pansement, à tout à l'heure". Je trouve ça hyper dommage, elle aurait dû rester avec elle et apprécier l'expertise de la collègue plaie et escarre. Ça c'est dommage tu vois. Le but c'est de discuter tous ensemble de l'évaluation de la plaie et pourquoi le mettre en place afin qu'ils comprennent le cheminement et cela facilite davantage la collaboration et le partage d'expérience. Après ce n'est pas super bien organisé. Tout le monde est investi sinon et ça se

ressent. On fait toujours appel à un collègue, aux médecins, internes et l'équipe mobile de plaie quand même.

ESI : Quels outils et approches thérapeutiques utilisez-vous habituellement dans le traitement des plaies chroniques ?

IDE : Dans notre service, on a toute une panoplie de pansements qui sont adaptés aux différentes plaies. Ça va des plaies exsudatives par exemple ce sera plutôt des pansements absorbants. Après la détersion fait partie des traitements d'après moi. Après tout le monde n'ose pas déterger les plaies donc parfois on fait appel à moi. Il y a des TPN aussi qui existent après c'est plutôt rare chez nous, mais on en a. Sinon ça va être tout ce qui est antalgiques, dermocort, antibiotiques pour les infections. Pour la douleur, il y a les antalgiques avec tous les paliers, meopa, xylocaine. Et puis après ça va être un peu de prévention comme l'hygiène. Par exemple, chez des patients avec des plaies chroniques souvent il est conseillé de bien revoir avec eux la façon dont ils essuient leurs orteils, bien penser à passer autour des orteils afin que ça ne macère pas et puis d'autres recommandations. Je dirai que tout ça sert d'outils pour le patient

ESI : Avez-vous des stratégies de prévention auprès des patients ? Si oui, lesquels ?

IDE : Oui et non (rire). Quand ils arrivent dans notre service malheureusement la plaie est déjà omniprésente dans la prévention primaire nous ne la faisons pas. Heureusement, nos patients se renseignent et connaissent leur pathologie. Nous faisons plutôt de la prévention après, nous sommes plus présents pour le devenir et retour à domicile du patient. Nous faisons surtout de l'éducation thérapeutique je dirais. J'ai un exemple en tête par exemple chez un patient diabétique qui présentait une plaie depuis plusieurs mois. Il ne supportait pas sa chaussure de décharge. J'ai dû passer par un cheminement d'explication et lui expliquer l'intérêt d'en avoir une et l'intérêt de la garder. Je lui disais que s'il continuait à appuyer dessus, ça ne cicatriserait jamais. Ce patient je l'ai revu quelques mois après il était venu nous voir dans le service avant d'aller à sa consultation pansement. Et il m'a reconnu et m'a dit "Oh vous voyez j'ai ma chaussure de décharge et j'ai plus de plaie. J'ai écouté vos conseils". Ça m'a rendu heureuse car le message était passé et ça avait fonctionné. C'est plutôt donné des conseils hygiéno-diététiques, l'arrêt du tabac, le port de contention chez un patient insuffisant veineux etc... Et il faut négocier (rire). Pour mettre en place un traitement ou des contentions, parfois, il faut essayer de négocier avec lui. On va lui proposer par exemple, si c'est chaud une contention l'été, alors on va prendre une contention plus faible et petit à petit essayer de lui faire accepter les contentions. Si c'est une plaie diabétique, il faudra lui donner des règles d'hygiène d'ailleurs, ce qui est intéressant, c'est de le mettre en lien d'autres professionnels comme les ergo, les podortho, pédicure et c'est à nous en tant qu'IDE d'avancer les choses envers les médecins.

ESI : Comment la communication et la coordination des soins sont-elles assurées au sein de votre équipe ? Et quels outils utilisez-vous pour communiquer ?

IDE : Alors, je vais commencer par la coordination. C'est d'abord l'anticipation ! C'est à nous d'organiser notre journée notamment l'analgésie car nous avons des patients sous skenan, actiskenan. C'est à nous d'anticiper le soin. Nous avons régulièrement des plaies douloureuses donc les patients sont sous xylocaïne en gel ou spray ou même le MEOPA. C'est intéressant aussi de connaître les délais d'action d'ailleurs pour pouvoir coordonner les soins de ces produits là pour être plus cohérent lors des pansements. Il faut aussi se coordonner avec les aides-soignantes et agents de service hospitalier (ASH) car les aides-soignantes (AS), elles doivent faire des bains aux patients et si le pansement dure une heure, il faut pouvoir s'organiser. Pareil avec l'ASH si la chambre est mouillée car elle vient d'être nettoyée, il faut pouvoir gérer ça. Ajouter cela la visite des médecins qui est d'ailleurs très compliquée quand même malgré tout car ça prend énormément de temps. Nous déballons les pansements, ils passent voir les patients comme ils peuvent et nous appellent sur le téléphone du service et nous les rejoignons en chambre. Le mercredi c'est la grande visite, tous les médecins viennent et déballent tout (rire). C'est le vrai bordel (rire). Souvent nous aimerions bien avancer dans la réfection des pansements mais on ne peut pas car c'est un travail d'équipe et tout le monde doit être ok et coordonner ensemble. Mais, la réalité nous rattrape et quelquefois c'est difficile d'anticiper pour autant. Parfois les patients ont leur antalgique si besoin bien avant que prévu. Maintenant avec l'expérience, je déballe les pansements, j'appelle les médecins comme ça ils viennent voir. La xylocaïne par exemple agit et je reviens 30 min après que l'a xylo ai fonctionné et je refais le pansement. Parce que vis à vis du patient ce n'est pas intéressant surtout quand ils ne peuvent pas se promener ou sortir et la matinée peut être longue pour eux.

ESI : Vous avez des outils ?

IDE : Ah oui. Principalement sur le logiciel informatique dans l'onglet pansement. Après nous faisons régulièrement le point lors des staffs, des visites médicales du matin mais c'est tout sur le logiciel. On fait de l'écrit, du verbal. Après il y a la prise de photo et nous avons même un appareil photo pour le faire. Malheureusement nous ne l'utilisons pas assez les IDE et c'est dommage. Les internes l'utilisent quotidiennement et importent les photos sur le logiciel pour le suivi pansement. Car par manque de temps malheureusement nous ne pouvons pas le faire comme on l'aimerait. Nous ne faisons pas de réunion officielle mais plutôt des réunions chaque jour officieuses dans la chambre du patient où tout le monde est présent. En gros le pansement va être déballé, le médecin va évaluer, nous demander notre avis également et nous discutons ensemble du nouveau pansement à mettre en place ou si conserver celui qui est présent. Pour les plaies complexes, il peut y avoir d'autres professionnels présents dans la chambre. Parfois, lors d'un oubli par exemple compter les bulles percées pour une pemphigoïde, lors de la visite le médecin indique "bah les filles vous n'avez pas tracé" ou bien "je n'ai pas vu dans le dossier le nombre de bulles". A savoir que nous traçons tous nos soins et notamment pansement dans le dossier informatisé donc tout le monde se réfère également à ça ou alors comme je disais précédemment nous

discutons ensemble. Mais chaque chose est recherchée par l'équipe, rien n'est fait seul dans son coin. Chacun donne ses idées et puis chacun apporte une solution ou réponse.

ESI : Merci beaucoup pour cet entretien et d'avoir pris du temps pour mon sujet.

IDE : Merci à toi et si tu as besoin n'hésites pas à me contacter

Annexe V : Tableaux d'analyses des entretiens

Pouvez-vous vous présenter, ainsi que votre parcours

Diplôme	Spécificité
IDE 1 "IDE depuis 31 ans, 24 ans en chirurgie vasculaire"	IDE 1 "Pas de DU, mais formation hypnose et communication thérapeutique" "j'interviens auprès de l'équipe mobile"
1 item	1 item
IDE 2 "IDE depuis 15 ans, 2 ans en dermatologie"	IDE 2 "DU plaie et cicatrisation"
1 item	1 item

Pouvez-vous définir des exemples de plaies chroniques présentes dans votre service ?

Vasculaire	Dermatologie
IDE 1 "patient artériopathe" "escarre qui guérit pas" "ulcères" "plaies d'amputation" "patient diabétique"	IDE 2 "ulcères artériel, veineux, mixte" "escarre" "pyoderma"
5 items	3 items

Pouvez-vous expliquer le rôle de l'IDE dans la gestion des plaies chroniques ? Au sujet de l'évaluation. Comment les évaluez-vous ? Avez-vous des outils pour le faire ?

avoir des connaissances générales sur les plaies	Savoir évaluer une plaie	Traiter / apaiser	Avoir des connaissances/ex périences	Outils d'évaluation
IDE 1 "avoir une	IDE 1 "évaluation de la	IDE 1 "dépose du	IDE 1 "en fait, on ne sait	IDE 1 "nous n'avons pas

<p>expertise sur les plaies”, “s’intéresser à la plaie “ “gérer et être au premier plan”</p>	<p>plaie” “incidence sur la cicatrisation et avoir ce regard clinique” “ des critères qui vont nous faire dire qu’il y a une aggravation” “si tu ne sais pas évaluer, ça peut vite devenir compliqué”</p>	<p>pansement” “interroger par rapport aux douleurs”</p>	<p>déjà pas nos connaissances et expériences” “on connaît les familles de dispositifs”</p>	<p>forcément d’échelle d’évaluation” “nous avons pour l’artériopathie la classification de Leriche et Fontaine”</p>
3 items	4 items	2 items	2 items	2 items
<p>IDE 2 “connaissance du patient” “connaissance des pansements”</p>	<p>IDE 2 “évaluation clinique” “suivi du pansement” “permet la guérison de la plaie” “on évalue l’état artériel du patient en prenant le pouls pédieux, poplité” “le temps de recoloration, qui dure 3 secondes” “il y a beaucoup de clinique dans l’évaluation”</p>	<p>IDE 2 “gérer l’inflammation”</p>	<p>IDE 2 “à la longue avec nos connaissances, on a l’habitude”</p>	<p>IDE 2 “l’état clinique est un outil” “pour les patients neuropathiques, il existe l’échelle DN4” “il existe des échelles colorimétriques mais nous ne l’utilisons pas”</p>
2 items	6 items	1 item		3 items

Comment les plaies affectent-elles la qualité de vie des patients sur le plan physique, social ou psychologique ?

Impact sur la qualité de vie	Conséquences physiques	Conséquences psychiques	Conséquences sociale	Soignant
<p>IDE 1 “impacté par sa plaie” “il ne vit plus, lui et son entourage” “incidence sur la cicatrisation” “c’est un cercle vicieux”</p>	<p>IDE 1 “douleur constante” “fatigué, épuisé”</p>	<p>IDE 1 “anxiété” “baisse de l’estime de soi”</p>	<p>IDE 1 “il va s’isoler” “ne participe plus aux repas de famille ou grands évènements” “dépendant des libéraux” “forcés de ne plus travailler”</p>	<p>IDE 1 “c’est pas simple d’ailleurs” “histoires de vies poignantes” “il faut souvent prendre sur soi”</p>

4 items	2 items	2 items	4 items	3 items
IDE 2 “englobe tous les plans” “partie de leur quotidien” “ca n’aide pas à la cicatrisation”	IDE 2 “Douleur constante” “Tâches quotidiennes difficile” “fatigue”	IDE 2 “profond vide”	IDE 2 “nouvelle vie, habitudes” “isolement” “la plaie embarque tout le monde, l’entourage”	
3 items	3 items	1 item	3 items	

Quelles sont les principales responsabilités que vous assumez dans la prise en soins des patients ?

Savoir évaluer une plaie	Gestion des consultations pansement	Suivi et ajustement des traitements	Prise en soins globale du patient et de la plaie	Planification de soins	Gestion de la douleur
IDE 1 “c’est d’abord l’évaluation”	IDE 1 “on reçoit les patients seuls” “on est au premier plan face aux plaies” “on va totalement gérer notre consultation” “c’est à nous de savoir à quel moment on s’inquiète” “examen clinique au niveau vasculaire” “interrogatoire auprès du	IDE 1 “responsabilité de suivi et traitements mis en place”	IDE 1 “ça va même avoir une incidence sur la cicatrisation” “tu sais que tu as toujours une collègue à porter de main pour donner son avis “		

	patient”				
1 item	6 item	1 item	2 items		
IDE 2 “ça va être l’évaluation”			IDE 2 “lors des détersions, on inclut notre responsabilité” “c’est toutes nos tâches qu’il faut assumer” “notre rôle est super important”	IDE 2 “planification de soins” “coordonner pas mal de monde”	IDE 2 “gestion de la douleur”
1 item			3 items	2 items	1 item

Avez-vous des stratégies de prévention auprès des patients ? Si oui, lesquels ?

Prévention auprès des patients	Rôle de conseil	Orientation	Rôle de motivation	Communication thérapeutique	Education thérapeutique
IDE 1 “C’est le quotidien” “c’est pas de la prévention primaire” “hygiène de vie pas courante” “problématique pour sa cicatrisation” “gratifiant pour notre profession” “ce rôle est important on va dire”	IDE 1 “conseil nutritionnel” “on interroge le patient, l’entourage” “conseil pour chaussage, mise en décharge” “le plan social” “tout lui expliquer et ne pas mentir avec lui” “ça lui permet de se remettre en question” “qu’ils soient plus confortable dans sa vie”		IDE 1 “n’osent plus sortir de chez eux” “expliquer que la vie continue” “les patients s’aperçoivent que c’est possible” “étonnement ça va mieux pour eux” “expérience à avoir”	IDE 1 “les écouter” “ne pas couper la parole” valider ce qu’ils disent” “se mettre à leur niveau” ”créer un lien de confiance” “Alliance thérapeutique” “reformulation de mots” “amener quelque chose de positif” “ils ont confiance en nous” “des attitudes à avoir”	
7 items	7 items		5 items	9 items	
IDE 2 “Oui et non”	IDE 2 “plus présent	IDE 2 “mettre en	IDE 2 “et il faut		IDE 2 “nous faisons

<p>“la plaie est déjà présente” “la prévention primaire nous la faisons pas” “prévention après” “c’est à nous en tant qu’IDE d’avancer les choses envers les médecins.”</p>	<p>pour le devenir et retour à domicile” “le patient dit j’ai écouté vos conseils” “ça m’a rendu heureuse” “donner des conseils hygiéno-diététiques” “conseil sur la tabac” “on va lui proposer”</p>	<p>lien avec d’autres professionnels” “c’est à nous d’avancer les choses envers les médecins”</p>	<p>“négociateur”</p>		<p>surtout de l’éducation thérapeutique” “le mettre en lien avec d’autres professionnels”</p>
5 items	6 items		1 item		2 items

Pensez qu’il faut avoir des connaissances spécifiques et une solide expertise en matière de plaies ?

Connaissances anatomiques et chirurgicales	Connaissances sur les plaies	Connaissance globale	Engagement personnel	Faire appel à des référents ou équipe mobile
<p>IDE 1 “bien connaître l’anatomie, connaître les chirurgies pour savoir et connaître les surveillances”</p>	<p>IDE 1 “connaître les stades de la plaie” “étape de cicatrisation” “savoir quel dispositif appliquer”</p>	<p>IDE 1 “ces connaissances sont nécessaires” “surtout sur le côté multidimensionnel” “sur les impacts avec l’alimentation” “gestion de la douleur” “sur le côté social”</p>		
1 item	3 items	5 items		
		<p>IDE 2 “des connaissances, oui mais pas seulement” “on peut ne pas avoir de</p>	<p>IDE 2 “c’est surtout de l’investissement personnel selon moi” “il y a des IDE qui s’intéressent et</p>	<p>IDE 2 “il y a toujours des personnes référentes dans le service” “on a une équipe mobile”</p>

		<p>connaissance, car il y a toujours des personnes référentes dans le service” “on a l’équipe mobile” “on communique beaucoup, on partage nos expériences”</p>	<p>d’autre non” “avant mon DU je m’y intéressait beaucoup” “pour moi c’est la base” “il faut avoir envie de s’en occuper” “car ça prend du temps et demande de l’investissement personnel”</p>	
		4 items	6 items	

Avez-vous des variations de pratique dans l’équipe dans la gestion des plaies chroniques ?

Variation de pratique	Collaborer	Connaissances et investissement
<p>IDE 1 “alors non” “les nouvelles collègues au départ demandent beaucoup” “avis pansement” “on parle tous le même langage”</p>	<p>IDE 1 “dans mon service, on sollicite les plus anciennes pour donner des avis” “grâce à notre collaboration et transmission d’équipe” “les anciennes mettent un point d’honneur à conserver cette coordination”</p>	
4 items	3 items	
<p>IDE 2 “Oui il y a des variations quelquefois” “beaucoup vont défaire les pansements et remettre le même protocole que la veille sans répondre aux attentes de la plaie” “pansement débiller par les médecins tous les jours” “parfois c’est bien mais parfois ça mène à une dégradation de la plaie” “nous avons tous nos idées personnelles” “façon de faire différentes”</p>	<p>IDE 2 “malgré les variations, ça ne se ressent pas beaucoup” “nous échangeons entre nous” “nous donnons notre avis” “l’équipe s’applique globalement au quotidien”</p>	<p>IDE 2 “partir à la recherche d’information” “si on veut, on peut” “toujours possibilité d’améliorer ses connaissances et pratiques” “il faut un minimum connaître ses catégories de pansements” “grâce aux connaissances de mon DU, le pansement peut ne pas être solliciter 2 à 3 jours”</p>
6 items	5 items	5 items

Comment êtes-vous formé ou informé sur les dernières pratiques en matière de plaies dans le service ?

Participe à des congrès	Topos réguliers	Rencontres laboratoire	Expérience personnelle	Formation dans le service
<p>IDE 1 “nous avons notre propre congrès” “j’ai l’occasion d’intervenir à ce congrès” “on fait des visioconférences”</p>	<p>IDE 1 “on fait des topos réguliers dans notre service”</p>	<p>IDE 1 “les labos viennent nous voir aussi pour présenter leur dispositif” “on fait des essaies pour eux en consultation” “on leur fait un retour positif ou négatif” “c’est bien de bosser avec eux”</p>		<p>IDE 1 “nous sommes très bien informés et formé”</p>
3 items	1 item	4 items		1 item
<p>IDE 2 “ je me suis rendue avec 2 collègues à un congrès sur paris mais à ma demande”</p>		<p>IDE 2 “pour les nouveaux dispositifs, nous avons des formations par les laboratoires”</p>	<p>IDE 2 “je n’ai pas forcément été formé, mis à part mon DU où j’ai suivi des cours” “généralement c’est surtout l’expérience” “c’est à nous de s’intéresser”</p>	<p>IDE 2 “nous n’avons pas de formation spéciale dans le service”</p>
1 item		1 item	3 items	1 item

Avez-vous des protocoles ou directives spécifiques à suivre dans la prise en soins des plaies chroniques ? Si oui, comment sont-ils élaborés ?

Existence de protocoles ou directives ou fiches	Elaborer des protocoles	Autonomie de prescription	Connaissances	Adapter les pratiques
<p>IDE 1 “il y a un peu de tout” “pour les nouveaux arrivants, c’est intéressant” “c’est plutôt des affiches informatives que</p>	<p>IDE 1 “ils sont faits par les médecins, cadres, infirmiers” “c’est un travail d’équipe” “chacun fait sa partie, on met en</p>	<p>IDE 1 “nous avons une autonomie de prescription de corticoïdes” “on donne un petit coup de fils aux médecins”</p>	<p>IDE 1 “on sait et c’est vraiment l’expertise qu’on a” “on va nous dire tu sais mieux que moi”</p>	<p>IDE 1: “la plaie change sans arrêt”</p>

des protocoles” “protocoles pour les corticoïdes” “a disposition dans le service” “élaborer des protocoles, ce n’est pas possible et pas réalisable”	commun et puis on fait valider”			
6 items	3 items	2 items	2 items	1 item
IDE 2 “ nous n’avons pas de protocoles mais des façons de faire” “nous avons des fiches techniques” “c’est difficile d’avoir des protocoles avec des plaies chroniques, ça varie tellement” “le seul protocole qui est faisable c’est celui des nettoyages des plaies” “impossible de faire un protocole universel”			IDE 2 “tout le monde sait dans le service”	IDE 2 “les plaies sont tellement variables” “le médecin prescrit des dermocorticoïdes” “c’est des techniques à adopter”
5 items			1 item	3 items

Est-ce que vous travaillez avec d’autres professionnels ? si oui, lesquels ? Trouvez-vous cela important de travailler avec différents professionnels ? Rencontrez-vous des défis lors de la collaboration avec d’autres professionnels de santé ? Si oui, quelle stratégie mettez-vous en place pour les surmonter ?

Collaborer avec d’autres professionnels	Importance de collaborer	Défis rencontrés lors de la collaboration ?	Stratégies pour les surmonter
IDE 1 “autant les collègues infirmières, aides-soignantes, médecins, l’HAD” “nous travaillons aussi avec diététicienne” “une équipe mobile de plaie, elles sont souvent sollicités” “c’est confort”	IDE 1 “mais tout à fait” “d’ailleurs on est toujours en lien tous ensemble” “nos compétences sont reconnues”	IDE 1 “dans notre service ça va” “quand je fais des journées dans l’équipe mobile, les professionnels n’ont pas l’habitude” “je ne retrouve pas défi particulier” “ça se passe super	IDE 1 “on a ce côté formateur” “on leur suggère” “on arrive avec notre expertise”

<p>“les podo-orthésistes pour le chaussage” “les assistants sociaux jouent un rôle très important”</p>		<p>bien” “ce n’est pas partout comme ça malheureusement”</p>	
6 items	3 items	5 items	3 items
<p>IDE 2 “nous avons besoin de médecins, internes, diététiciens” “les pédicures également pour les patients diabétiques” “psychologue” “les kinés” “l’équipe mobile”</p>	<p>IDE 2 “oui, alors c’est même indispensable” “parfois les patients gardent des plaies plusieurs années, c’est important qu’ils soient suivis psychologiquement” “il faut prendre tout le monde pour traiter une plaie” “une seule IDE ce n’est pas possible”</p>	<p>IDE 2 “oui, quelquefois ce n’est pas parfait” “c’est surtout avec les internes, ils changent tous les 6 mois et n’ont pas forcément les connaissances” “ils sont plus frileux” “je ne vois pas d’autres défis”</p>	<p>IDE 2 “il faut savoir se battre avec eux”</p>
5 items	4 items	4 items	1 item

Comment la communication et la coordination des soins sont-elles assurées au sein de votre équipe ?
Par quels outils les transmissions sont-elles effectuées ?

Communiquer et coordonner les soins	Outils de transmission	Importance de le faire	Investissement / connaissance personnel	Traiter	Défis
<p>IDE 1 “transmission inter-équipe” “on envoie ça aux médecins” “staff” “transmissions du matin” “ça passe par la confiance” “tu proposes, ils disposent” “on parle tous le même langage” “on ne ressent pas la hiérarchisation des professions” “on collabore et coordonne ensemble”</p>	<p>IDE 1 “chaque patient à son dossier” “on a nos cartons individualisés” “transmission sur le logiciel” “c’est très pratique pour les libéraux” “on prend des photos avec les tablettes” “logiciel d’imagerie”</p>	<p>IDE 1 “c’est important pour suivre les patients” “on donne des conseils aux IDE libéraux pour le retour à domicile” “il est important de continuer les actions mises en place” “tout le monde doit être investi” “ça permet d’avoir cet œil</p>	<p>IDE 1 “tout le monde doit être investi”</p>		

		auprès des plaies”			
9 items	6 items	5 items	1 item		
<p>IDE 2</p> <p>“l’anticipation du soin”</p> <p>“c’est à nous d’organiser notre journée”</p> <p>“se coordonner avec les aides-soignantes et ASH”</p> <p>“il faut pouvoir s’organiser”</p> <p>“on fait des points lors des staff, visites médicales”</p> <p>“réunions officieuses dans la chambre du patient”</p> <p>“on trace tous nos soins”</p> <p>“nous discutons ensemble”</p>	<p>IDE 2</p> <p>“logiciel informatique”</p> <p>“écrit”</p> <p>“verbal”</p> <p>“prise de photos”</p>	<p>IDE 2</p> <p>“connaître les délais d’action de ces produits”</p> <p>“rien n’est fait dans son coin”</p> <p>“chacun donne ses idées et apporte une réponse ou solution”</p>	<p>IDE 2</p> <p>“chaque chose est recherchée par l’équipe”</p>	<p>IDE 2</p> <p>“notamment l’analgésie”</p> <p>“plaies douloureuses”</p>	<p>IDE 2</p> <p>“visite des médecins compliquer”</p> <p>“tous les médecins viennent et débattent tout”</p> <p>“difficile d’anticiper pour autant”</p> <p>“malheureusement nous ne l’utilisons pas assez l’appareil photo nous les IDE”</p> <p>“par manque de temps”</p> <p>“nous ne pouvons pas le faire comme on l’aimerait”</p>
8 items	4 items	3 items	1 item	2 items	6 items

Avez-vous de bonnes ou meilleures pratiques à partager pour garantir une transmission plus efficace entre les membres de l’équipe ?

Formations des nouveaux arrivants	Transmettre des informations sur le dossier	Collaborer	
IDE 1			
“les nouveaux sont briefés”			
1 item			
	<p>IDE 2</p> <p>“important de mettre pourquoi ce type de pansement dans le logiciel”</p> <p>“ca permet de voir l’évolution de la plaie”</p>	<p>IDE 2</p> <p>“apprécier l’expertise de la collègue”</p> <p>“le but c’est de discuter tous ensemble”</p> <p>“facilite davantage la collaboration et partage d’expérience”</p>	

		“on fait toujours appel à un collègue”	
	2 items	4 items	

Quels outils et approches thérapeutiques utilisez-vous habituellement dans le traitement des plaies chroniques ?

Traiter et soulager la douleur	Faire une détersion	Mettre des pansements adaptés	Hypnose	Relaxer le patient	Traitement préventifs	TPN
IDE 1 “on anticipe avec de la xylocaïne” “mieux gérer la douleur du patient” “MEOPA pour soulager les douleurs”	IDE 1 “détersions avec scalpel, bistouri, ciseaux”	IDE 1 “on utilise différents pansements en fonction des plaies exsudatives”	IDE 1 “on utilise beaucoup l’hypnose”	IDE 1 “on a des casques de réalité virtuelle” “ça permet de détendre le patient” “de le distraire”	IDE 1 “pour les plaies exsudatives, on utilise des pansements absorbants pour éviter les infections”	IDE 1 “on a récemment introduit un TPN à instillation” “c’est efficace pour les plaies fibrineuses”
3 items	1 item	1 item	1 item	3 items	1 item	2 items
IDE 2 “pour soulager, on a différents antalgiques” “MEOPA et xylocaïne” “Cela dépend du niveau de douleur” “permet de rendre les soins plus supportable”	IDE 2 “on fait des détersions pour nettoyer les plaies” “tout le monde ne le fait pas”	IDE 2 “Il y a toute gamme de pansements adaptés à chaque plaie” “on choisit celui qui convient le mieux”		IDE 2 “on conseille des pratiques de relaxation, détente” “pour qu’ils vivent mieux la détersion”	IDE 2 “on recommande aux patients de bien sécher entre les orteils pour éviter la macération” “on prend des mesures pour éviter les infections, des antibio si nécessaire”	IDE 2 “parfois on utilise la TPN pour traiter les plaies chroniques” “c’est efficace pour accélérer la cicatrisation”
4 items	2 items	2 items		2 items	2 items	2 items

NOM : Pichot Tambwe Kayombo

PRENOM : Adeline

TITRE DU MEMOIRE : Penser pour mieux panser - Thinking to better dress

The management of chronic wounds poses a challenge for healthcare professionals, requiring a multidisciplinary and collaborative approach. This thesis explores the impact of multidisciplinary collaboration on the management of chronic wounds, focusing on the practices and experiences of nurses in this field. Through interviews with two nurses, various aspects of chronic wound care were explored, including communication, coordination, training and information, therapeutic approaches, and the use of care protocols. The findings of this thesis highlight the importance of multidisciplinary collaboration in managing chronic wounds. Both nurses emphasized the positive impact of collaboration with other healthcare professionals, such as doctors, nursing assistants, and physiotherapists, on the quality of care and patient satisfaction. Communication is also essential in care coordination, facilitating consistent collaboration among team members and adaptation to patient needs. Furthermore, the use of care protocols, while sometimes limited by the changing nature of wounds, is recognized as a valuable tool in guiding care practices. In conclusion, this thesis underscores the importance of developing skills in multidisciplinary collaboration and communication in nursing practice to optimize the management of chronic wounds. The findings of this thesis provide insights for improving care for patients with chronic wounds.

La prise en soins des plaies chroniques représente un défi pour les soignants, nécessitant une approche pluriprofessionnelle et collaborative. Ce mémoire explore l'impact de la collaboration pluriprofessionnelle sur l'évolution des plaies chroniques, en se concentrant sur les pratiques et les expériences des infirmiers dans ce domaine. À travers des entretiens avec deux infirmières, j'ai exploré les divers aspects de la prise en soins des plaies chroniques, y compris la communication, la coordination, la formation et l'information, les approches thérapeutiques et l'utilisation des protocoles de soins. Les résultats de ce mémoire soulignent l'importance de la collaboration pluriprofessionnelle dans la gestion des plaies chroniques. Les deux infirmières ont mis en avant l'impact positif de la collaboration avec d'autres professionnels de santé, comme les médecins, les aides-soignants et les kinésithérapeutes, sur la qualité des soins et la satisfaction des patients. La communication est également essentielle dans la coordination des soins, permettant une collaboration uniforme entre les membres de l'équipe et une adaptation aux besoins des patients. De plus, l'utilisation de protocoles de soins, bien parfois limitée par la nature changeante des plaies, est reconnue comme un outil précieux pour orienter les prises en soins. En conclusion, ce mémoire souligne l'importance de développer des compétences en collaboration pluriprofessionnelle et en communication dans la pratique infirmière, afin d'optimiser la prise en soins des plaies chroniques. Les résultats de ce mémoire donnent des idées pour améliorer les soins aux patients porteurs de plaies chroniques.

MOTS CLES : Interprofessional collaboration - nursing care - chronic wounds - communication - care protocols

MOTS CLES : Collaboration pluriprofessionnelle - soins infirmiers - plaies chroniques - communication - protocoles de soins

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2021 – 2024