

**LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES : AUDIT DES
PRATIQUES**

**THE MANAGEMENT OF CHRONIC WOUNDS: AUDIT OF
PRACTICES**

Auteurs principaux : Andruejol Camille et Sanfourche Floriane

Centre hospitalier universitaire de Nice, Hôpital Pasteur II

30 avenue de la voie romaine

06000 Nice, France

camille.andruejol@hotmail.com sanfourche.f@chu-nice.fr

Co-auteurs :

NGUYEN Bao Pharmacien CHU de Nice ¹

DELFORGE Margaux, Pharmacien CHU de Nice ¹

VIEVILLE Corinne Pharmacien CHU de Nice ¹

ACHACH Karine Pharmacien CHU de Nice ¹

COLLOMP Rémy Chef du Pôle Pharmacie – Stérilisation CHU de Nice ¹

1 : Pôle Pharmacie – Stérilisation - Centre hospitalier universitaire de Nice, Hôpital Pasteur II

- France

Résumé

Objectif : Evaluer la prise en charge des plaies chroniques dans notre établissement.

Méthode : Un audit a été mené dans les services de soins par les internes en pharmacie de l'Unité Centrale d'Achat et d'Approvisionnement des Dispositifs Médicaux Stériles (UCAADMS). La grille d'audit ciblait le recueil de différents types d'informations liées au patient, à la plaie, au soin et aux pansements utilisés. Pour être inclus dans l'audit, le patient devait être porteur d'au moins une plaie chronique. Le bon usage du pansement a été évalué selon les recommandations de la Haute autorité de Santé (HAS).

Résultats : 26 patients ont été audités, répartis entre 9 services de soins.

La population de patients auditée se caractérise par un sex-ratio Homme / Femme égal à 1,9 avec une moyenne d'âge de 77 ans [41 ; 96]. Les résultats de l'audit ont montré un non-respect des recommandations de la HAS. En effet, 78% des traitements ne sont pas adaptés à la phase de cicatrisation de la plaie, mésusage des hydrocellulaires, association de pansements primaires.

Conclusion : Cet audit a mis en évidence une conformité non satisfaisante des pratiques aux recommandations de la HAS. Il a abouti notamment à la création d'une plaquette synthétique et d'un livret détaillé sur le bon usage des pansements à destination des soignants.

Mots clés : audit, plaies chroniques, dispositifs médicaux, pansements, bon usage

Abstract

Objective: The assessment of chronic wounds management in our establishment.

Method: An audit was conducted in the health care units by pharmacy residents of the Central Unit for the Purchase and Supply of Sterile Medical Devices (UCAADMS).

The audit grid consisted of several parts: patient, wound, care, dressings. The inclusion criterion of the audit is to have at least one wound, evolving for more than four to six weeks without a tendency to spontaneous healing.

Results: 26 patients were audited, divided between 9 care services. The audited population is characterized by a male / female sex ratio equal to 1,9 with an average age of 77 years [41 – 96 years]. The audit showed a non-compliance with the High authority of Health's recommendations. In fact, 78% of the treatments are not adapted to the healing phase of the wound, hydrocellular misuse, association of primary dressings.

Conclusion: this audit highlighted unsatisfactory compliance of practices. It resulted in the creation of a synthetic board and a detailed booklet to inform caregivers about good practices.

Keywords: audit, chronic wounds, medical devices, dressings, good use

Introduction

Les plaies chroniques se caractérisent par un délai de cicatrisation allongé de quatre à six semaines selon leur étiologie. Leur prise en charge est un véritable enjeu de santé publique car elles affectent la qualité de vie des patients, allongent la durée d'hospitalisation et peuvent parfois mettre en jeu les pronostics vitaux.

Concernant les bonnes pratiques dans ce domaine, la HAS a publié en avril 2011 un référentiel intitulé « les indications et utilisations recommandées des pansements » dans le cadre du bon usage des technologies médicales.

En analysant les consommations de pansements dans notre établissement, nous avons observé une utilisation très importante d'alginate purs et d'hydrocellulaires adhésifs et avons suspecté un mésusage. C'est pourquoi il a été décidé au niveau institutionnel de vérifier la conformité de l'utilisation des pansements dans les services de soins aux recommandations de la HAS via un audit ciblé.

Matériels et méthodes

1. Type et population d'étude

Un audit ciblé a été réalisé dans 9 services. Chaque service a été audité selon un jour déterminé. Le but était d'évaluer la prise en charge des plaies chroniques. Le patient devait être porteur d'au moins une plaie, évoluant depuis plus de quatre à six semaines sans tendance à la cicatrisation spontanée. Les systèmes de traitement des plaies par pression négative et les plaies aiguës ne faisaient pas partie du champ de l'audit. L'ensemble des résultats audités a été comparé aux indications et utilisations recommandées des pansements émises par la HAS en avril 2011 (Annexe 1) et aux informations de la notice d'utilisation des pansements audités.

2. Mode de recueil des données

a. Elaboration de la grille d'audit

La grille d'audit (Annexe 2) a été élaborée par 2 internes en pharmacie puis validée institutionnellement par les pharmaciens responsables du service de l'UCAADMS, la direction générale des soins et le service d'hygiène.

On retrouve les informations générales : date, service, chambre, sexe, poids du patient, présence ou non de comorbidités impactant la prise en charge de la plaie (antécédents vasculaires, présence ou non d'un diabète et tout autre antécédent en lien avec la plaie chronique), date d'apparition de la plaie.

Les caractéristiques de la plaie chronique pris en compte par la grille d'audit sont :

- le type: ulcère, brûlure, mal perforant plantaire (MPP), escarre, nécrose, perte de substance, plaie tumorale.
- la localisation.

- la dimension, évaluée à l'aide d'une réglette.
- l'aspect : nécrose, fibrineuse, bourgeonnante, épidermisation, présence d'infection, malodorante, hémorragique, présence de fistules, cavitaire.

Une photo de la plaie pouvait être prise afin d'avoir un appui visuel lors de l'élaboration de la table des données.

- la présence ou non d'exsudat, de saignement ou non, et si oui en quelles quantités.

Sont à renseigner sur les pratiques de soins :

- la réalisation ou non d'une déterision,
- l'utilisation d'antiseptique et si oui lequel,
- la réalisation d'un nettoyage et si oui l'utilisation ou non de savon,
- la réalisation d'un rinçage à l'eau ou au chlorure de sodium 0.9%,
- le respect ou non des règles d'hygiène,

Concernant le traitement, la grille renseigne sur le type de prise en charge :

- les informations sur le changement du pansement : la date, si celui-ci se fait à saturation ou si le changement est automatique, la fréquence fixée pour le changement.
- le type, la marque et la taille du pansement primaire sont inscrits. La transcription de ces données était facilitée par la grille d'audit qui comportait l'intégralité des pansements primaires au livret. La conformité de la taille du pansement est appréciée selon les dimensions du pansement adéquat disponibles au livret.
- le type de pansement secondaire.
- les modifications de prise en charge au cours du temps sont notées en commentaires libres.

Un audit de suivi (Annexe 3) a été réalisé, quand cela était possible, afin de noter l'évolution de la plaie. En dehors des informations inchangées (antécédent du patient, indication du pansement), les observations relevées étaient les mêmes.

Afin d'uniformiser et de faciliter l'analyse des critères audités, un tableau a été créé pour différencier les conformités, des non conformités (Annexe 4).

b. Période d'étude

L'audit a été mené sur deux périodes entre le 15 février 2018 et le 8 mars 2018 et entre le 16 août 2018 et le 9 octobre 2018.

c. Recueil des données

Les données concernant le patient et ses antécédents étaient recueillies avant le soin. Elles ont été récoltées à partir des logiciels informatiques d'aide à la prescription Orbis® et Clinicom®, du dossier patient papier et par interrogation de l'infirmier diplômé d'état (IDE) en charge du soin.

Les informations sur la plaie (aspect, dimension, taille) et les pansements étaient complétées pendant que l'IDE effectuait le soin. Les internes en pharmacie en charge de l'audit avaient un rôle d'observation lors de la réalisation du soin. Ils n'intervenaient pas dans la réalisation du soin ni dans le choix du pansement.

3. Mise en place de l'audit

a. Choix des services

L'audit a été initié dans le service de gériatrie, service le plus consommateur de pansements pour plaies chroniques auprès de l'IDE référent (titulaire d'un diplôme universitaire « Plaie et cicatrisation »).

D'autres services ont ensuite été ciblés selon leur consommation en pansements pour plaies chroniques, à savoir des services de consultations : vasculaire, réparatrice et polyclinique et un service d'hospitalisation d'endocrinologie. La présence d'un IDE référent n'était pas un critère indispensable.

b. Prise de contact avec les services concernés

La prise de contact se faisait par l'intermédiaire des cadres de santé des services sélectionnés. Pour cela les jours d'audit étaient définis selon deux critères : la présence d'un patient porteur de plaies chroniques et le jour et le moment du changement du pansement.

Les audits de suivi étaient définis lors de la première pose de pansement en concertation avec l'IDE en charge de ce soin.

c. Analyse des données

Un « matching tab » a permis, a posteriori, de recueillir dans un tableur Excel l'ensemble des informations sur les plaies chroniques auditées, et l'évolution de ces plaies lors des audits de suivi.

L'ensemble des données auditées a été analysé, et comparé aux indications et utilisations recommandées des pansements de la Haute Autorité de Santé 2011 ainsi qu'aux informations des notices d'utilisation des pansements.

Résultats

1. Données organisationnelles et démographiques

Neuf services ont été audités : 5 services de gériatrie, 3 services de consultations (vasculaire, réparatrice et polyclinique) et 1 service d'endocrinologie.

L'accès aux dossiers patient papier ou informatique a été possible dans tous les services sans restriction.

26 patients ont été audités avec un sex-ratio Homme / Femme égal à 1,9 avec une moyenne d'âge de 84 ans pour les femmes [41 – 96 ans] et 70 ans pour les hommes [51 – 93 ans].

26 patients correspondant à 45 plaies chroniques ont été audités, soit une moyenne de 1,7 plaies chroniques par patient. Au total, 62 pansements ont été audités.

2. Données concernant les plaies

Différents types de plaies chroniques ont été observées: 21 escarres (47%), 9 ulcères (20%), 4 nécroses (9%), 6 maux perforants plantaires (13%), 3 plaies chirurgicales chroniques comme l'aponévrotomie de décharge ou l'amputation (7%) et 2 plaies cancéreuses (4%) (Figure 1).

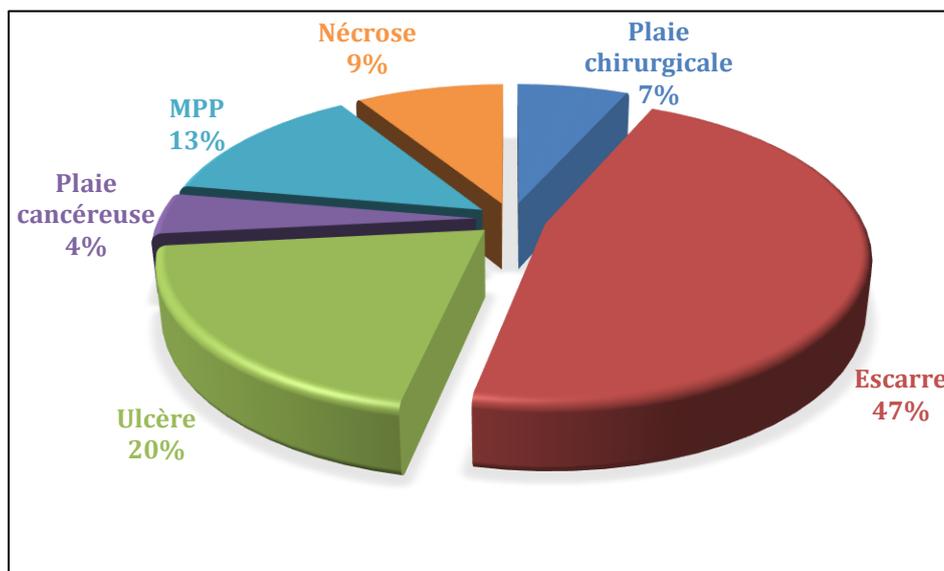


Figure 1 : Répartition des types de plaies auditées (N=45)

La majorité des plaies était localisée au niveau des membres inférieurs : 1 plaie localisée au niveau du coude (2%), 2 localisations au niveau de la tête (4,5%), 2 au niveau du postérieur (4,5%), 2 au niveau de l'épaule (4,5%), 6 au niveau du sacrum (13%), 11 au niveau de la jambe (24,5%) et 21 au niveau du pied (47%).

Sur les 45 plaies auditées, on retrouvait 17 plaies au stade fibrineux (37,5%), 6 au stade bourgeonnant (13%) dont 1 hémorragique, 6 au stade de nécrose (13%), 6 au stade épidermisation (13%), 3 combinant un stade fibrineux avec présence de bourgeons (7%), 1 avec fistule (2,5%), 2 infectées (4,5%) dont 1 avec de la fibrine, des bourgeons et hémorragique, 1 au stade rougeur (2,5%), 2 au stade fibrine avec présence de bourgeons et d'épidermisation (4,5%) et 1 au stade nécrose avec de la fibrine (2,5%).

Concernant la présence d'exsudats sur les 45 plaies : 10 (22%) présentaient des exsudats. 3 pansements sur 10 (30%) étaient adaptés.

13 plaies (29%) présentaient un saignement :

- Saignement peu abondant : 12 plaies (26,5%)
- Saignement abondant : 1 plaie (2,5%)

Pour les plaies avec saignement, 3 pansements sur 12 (23%) étaient adaptés.

3. Données concernant les pratiques de soins

La détersion et l'utilisation des antiseptiques ont également été auditées.

20 plaies (44,5%) ont fait l'objet d'une détersion. Sur les 20 plaies ayant fait l'objet d'une détersion, 14 (70%) présentaient de la fibrine ou de la nécrose, soit 6 plaies (30 %) qui ont fait l'objet d'une détersion alors qu'elles n'étaient pas porteuses de nécrose ou de fibrine.

De l'antiseptique a été appliqué sur 3 plaies non infectées (6,5%). 2 plaies infectées n'ont pas été désinfectées.

Concernant, le nettoyage/rinçage, sur les 45 plaies auditées : 39 ont été rincées au sérum physiologique, 2 à l'eau stérile, 1 n'a été ni rincée ni nettoyée, 2 nettoyées au savon et rincées au sérum physiologique et 1 nettoyée au savon et rincée à l'eau stérile.

Les précautions d'emplois concernant le rinçage et l'utilisation des antiseptiques ont été respectées pour 36 plaies (80%) des soins audités.

Les règles d'hygiène du personnel soignant ont été respectées dans l'ensemble des soins audités.

4. Données concernant la prise en charge

Les types des 62 pansements audités sont : 21 alginates purs (34%), 13 hydrocellulaires adhésifs (21%), 4 gels de détersion (6%), 4 interfaces lipidocolloïdes (6%), 4 pansements gras (6%), 3 bétadine tulle (5%), 3 fibres de carboxyméthylcellulose (CMC) (5%), 3 hydrocellulaires non adhésifs (5%), 3 hydrocolloïdes minces (5%), 2 hydrocolloïdes (3%), et 2 pansements modulateurs des métalloprotéases (3%) (Figure 2).

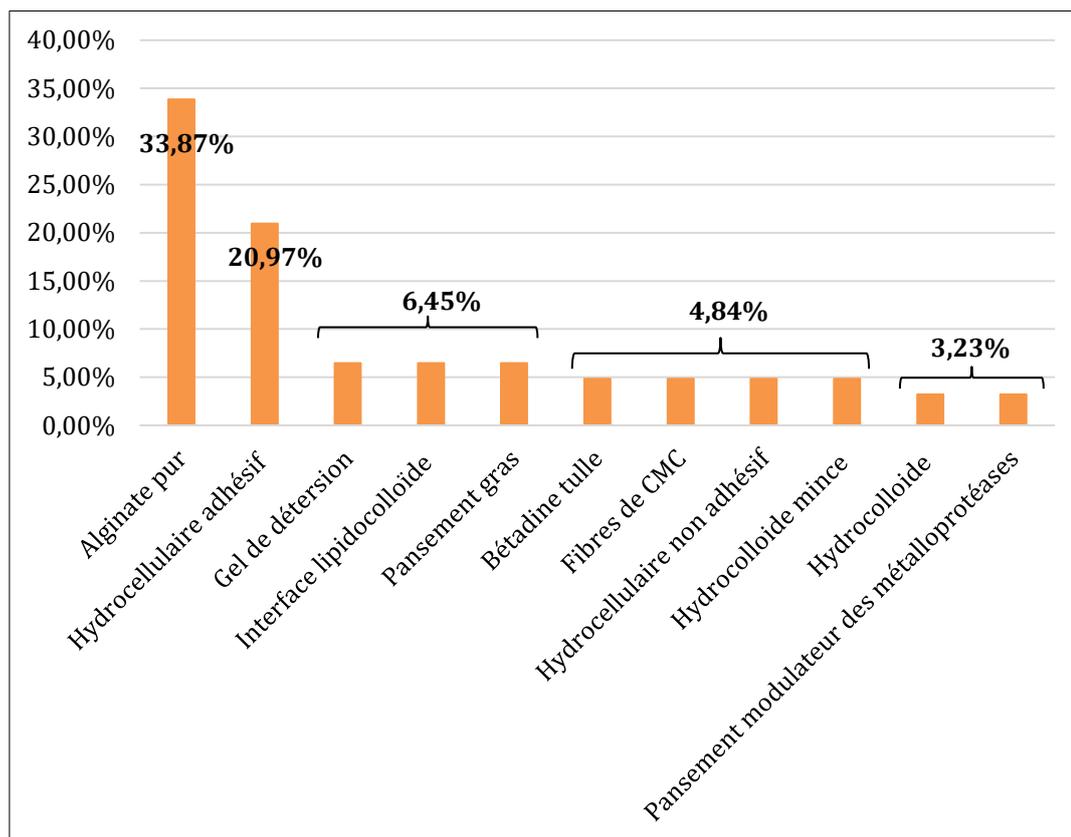


Figure 2 : Répartition des types de pansements audités (N=62)

Les alginates représentent le 1^{er} poste de consommation dans notre établissement. Sur l'ensemble des alginates disponibles au livret, seuls les alginates purs (réservés aux plaies hémorragiques) sont utilisés. L'audit a mis en évidence une utilisation des alginates dans 21 plaies sur les 45 auditées (47%) : seules 8 plaies sur 21 (38%) présentent des saignements. 5 plaies sur 21 (24%) présentent des exsudats (NB : les plaies pouvaient présenter à la fois des saignements et des exsudats).

Sur les 21 plaies traitées par alginate, les stades de cicatrisation audités étaient :

- Stade fibrineux : 12 plaies (57%). Parmi les 12 plaies, 7 plaies (58%) ne répondaient pas aux recommandations et 5 (42%) avaient un traitement adapté à leur stade.
- Stade bourgeonnant : 6 plaies (29%). 5 plaies (83%) n'avaient pas le traitement adapté.

- Stade épidermisation : 3 plaies (14%). Les 3 plaies (100%) n'avaient pas le traitement adapté

L'utilisation des hydrocellulaires adhésifs est recommandée en traitement séquentiel des phases bourgeonnantes des plaies chroniques. L'audit a mis en évidence que seuls 3 des hydrocellulaires (23%) étaient utilisés dans cette indication. La majorité des hydrocellulaires, soit 6 hydrocellulaires (46%) étaient utilisés dans les phases fibrineuses (Figure 3).

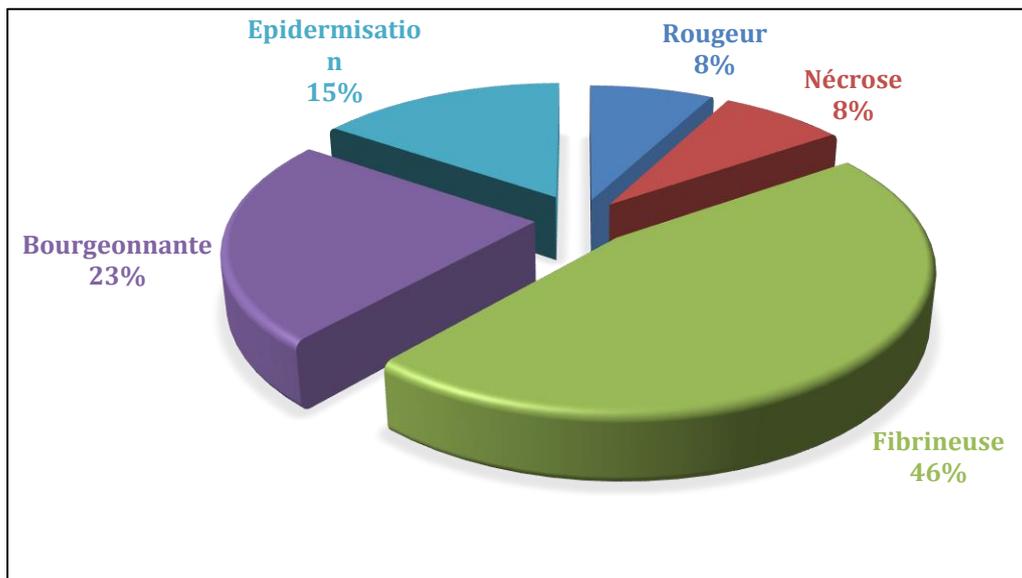


Figure 3: Répartition de l'utilisation des pansements hydrocellulaires adhésifs en fonction de la phase de cicatrisation de la plaie chronique (N=13)

Les interfaces étaient retrouvées sur 4 plaies des 45 auditées (9%), à 2 stades différents : fibrineux pour 2 plaies (50%), bourgeonnant pour 2 plaies (50%).

Les hydrocolloïdes étaient utilisés sur 5 plaies des 45 auditées (11%) sur 3 stades de cicatrisation différents : bourgeonnement 1/5 (20%), épidermisation 1/5 (20%), fibrineuse 3/5 (60%).

Si l'on prend en compte l'ensemble des caractéristiques des plaies traitées par hydrocolloïdes, aucun des traitements n'est adapté selon les recommandations : association de pansement

primaire, taille du pansement non adapté, changement du pansement avant saturation... ; bien que les hydrocolloïdes soient recommandés dans les plaies au stade épidermisation.

Les pansements accélérateurs de cicatrisation ou modulateur des métalloprotéases ont été utilisés sur 2 plaies bourgeonnantes. Ces pansements étaient adaptés puisqu'ils constituaient des traitements de seconde intention. En effet, dans notre établissement ce type de pansement est réservé au traitement de seconde intention quand un traitement adapté à la phase n'a pas permis une évolution de la cicatrisation.

Pour les autres types de pansements : 3 fibres de CMC, 4 pansements gras, 3 bétadinés, 3 hydrocellulaires non adhésifs, 4 gels de détersion, aucuns ne répondaient aux recommandations de bon usage.

La taille de pansement choisie était adaptée à la dimension de la plaie pour 24 plaies soit 53% des traitements. Pour 21 plaies, soit 47% des soins audités, il existait dans les dotations informatiques des services audités, des pansements pour plaies chroniques ayant une taille plus adaptée à la plaie (Figure 4).

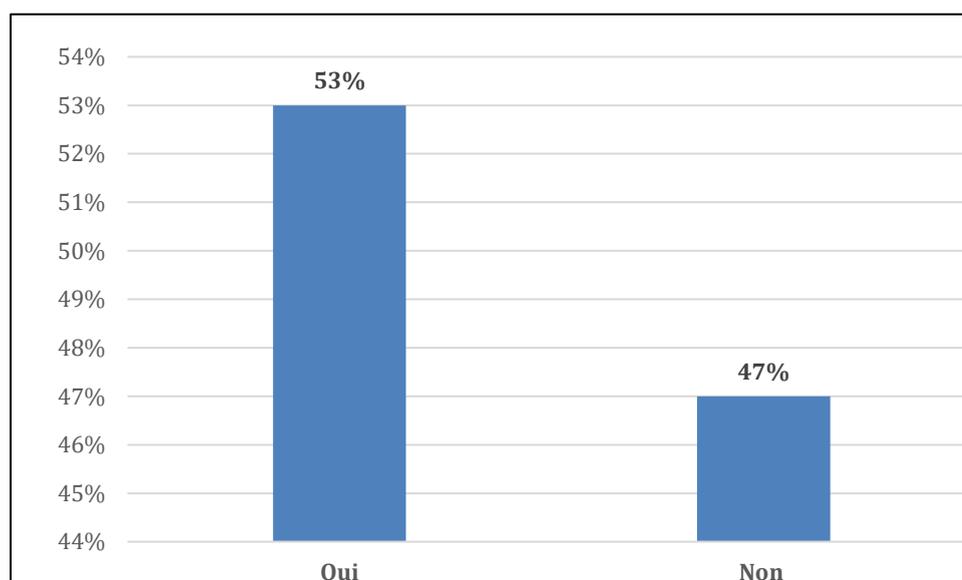


Figure 4: Utilisation d'un pansement de taille adaptée à la dimension de la plaie conformément au livret thérapeutique des pansements disponibles pour plaies chroniques (N=45)

L'audit met en évidence que 35 des traitements (78%) n'étaient pas adaptés à la phase de cicatrisation de la plaie, en prenant en compte la taille, le stade et le type de plaie : sur 45 plaies auditées, seulement 10 (22%) étaient pris en charge conformément aux recommandations de l'HAS.

L'étude révèle qu'aucun des 62 pansements n'était changé à saturation. Sur les 45 plaies auditées, dans 20 cas (45%), le pansement était changé tous les 2 jours, pour 19 des cas (42%) tous les jours (pour seulement 10.5% de plaies infectées), et dans 5 cas (11%) tous les 3 jours. Pour 1 cas (2%), nous n'avons pas pu recueillir l'information (Figure 5).

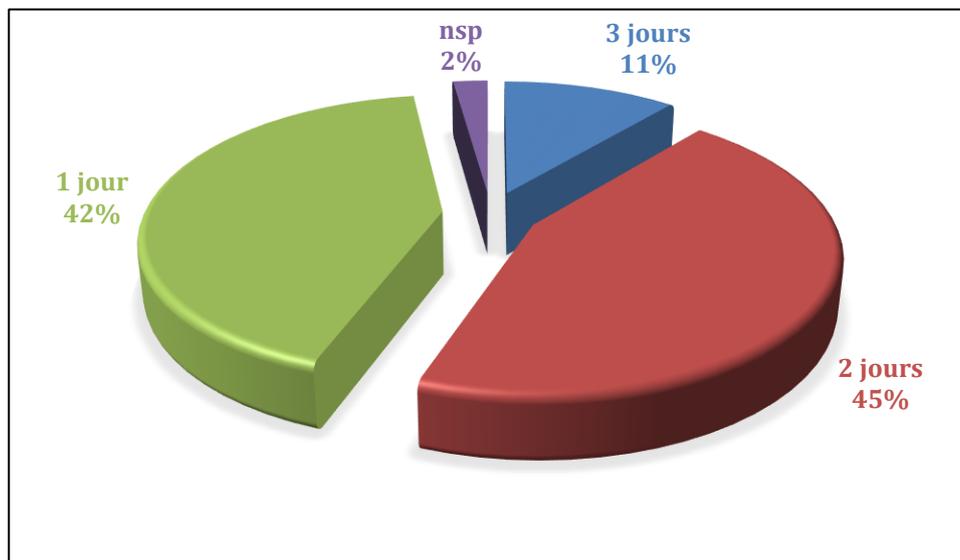


Figure 5 : Fréquence de renouvellement des pansements pour plaies chroniques des soins audités (N=45)

Les pansements secondaires ont été audités dans le but d'évaluer la pratique d'association des pansements. En effet, il a été observé que certains pansements primaires étaient associés, le 2^{ème} étant considéré par le service comme un pansement secondaire.

L'étude montre que dans 15 des 45 plaies auditées (33%) l'association de pansements primaires a été pratiquée. Dans 10 des associations de pansements primaires (67%) l'hydrocellulaire est impliqué : association d'un ou deux pansements primaires. L'association

de pansements la plus fréquente était alginate hémostatique et hydrocellulaire adhésif pour 6 plaies sur 15 (40%).

L'évolution clinique des plaies doit entraîner des optimisations de prise en charge au cours des soins. Lors des audits réalisés, 18 prises en charge de plaie constituaient un traitement de première intention (40%), 21 pansements étaient un traitement de seconde intention (47%) et 6 pansements étaient l'objet d'un troisième type de prise en charge (13%) pour la même plaie chronique.

Un suivi de l'évolution de la prise en charge des plaies chroniques a pu être audité pour 3 plaies (6.5% des plaies) :

- Nécrose du pied artéritique stade 4
- Escarre au niveau du sacrum
- Escarre au niveau de l'épaule

Le délai moyen entre la 1^{ère} et la 2^{ème} observation est de 19 jours.

Pour la nécrose du pied artéritique stade 4, le traitement était adapté et n'a pas été modifié.

Pour l'escarre au niveau du sacrum une prise en charge par fibre de CMC a été mise en place, permettant l'apparition d'une épidermisation.

Pour l'escarre au niveau de l'épaule, la fibrine a laissé place à l'apparition de bourgeons suite à l'utilisation d'alginate hémostatique avec une optimisation du choix de la taille de pansement choisi.

Discussion

Au cours de l'audit, des difficultés ont été rencontrées : la disponibilité des soignants corrélée à l'organisation de notre planning, l'absence de référent pansement dans certains services de soin, et l'approche pour présenter le principe de l'audit sans critère de jugement sur leurs pratiques. Certaines informations sont manquantes par absence de traçabilité des traitements et/ou d'informations sur le patient, lors du relais des soignants ou lors du changement de service par le patient. Afin de poursuivre le traitement initial ou de permettre l'évolution du traitement, les informations concernant les pansements employés sont primordiales. Elles permettent de suivre l'historique des pansements utilisés et le stade dans le processus de cicatrisation. Ces informations sont utiles dans le choix de la suite du traitement. Pour faciliter ce suivi, la possibilité pour l'IDE de tracer ces informations dans un logiciel informatique permettrait un meilleur suivi de la prise en charge des patients.

Dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins, nous avons pu mesurer les écarts entre les pratiques observées et le bon usage des pansements. D'une manière générale la non-conformité des pratiques concernait trois points principaux :

- Méconnaissance du livret : la surutilisation de l'alginate pur et l'utilisation de pansement de dimension non adaptée à la taille des plaies laisse penser à une méconnaissance du livret thérapeutique. En effet, malgré l'existence dans les dotations informatiques de plusieurs tailles par type de pansement, les services par habitude utilisent une même taille qu'il découpe. D'autre part le livret thérapeutique comporte un alginate avec CMC utilisable dans de nombreux cas à la place de l'alginate pur mais n'est pas connu des utilisateurs.
- Non application des recommandations HAS : le mésusage des hydrocellulaires réside principalement dans l'utilisation de ce dernier comme d'un pansement secondaire (association alginate-hydrocellulaire par exemple). Or l'association de pansements

primaires peut avoir un effet délétère annulant certaines actions et l'HAS indique que « les différents pansements primaires (en dehors des pansements au charbon) ne sont pas destinés à être associés entre eux sur une même plaie »

- Non-respect des notices d'utilisation des pansements : le changement du pansement est fait de façon systématique sans tenir compte des recommandations du fabricant. Un changement trop fréquent peut entraîner un effet délétère sur la cicatrisation de la plaie, arrachement des bourgeons par exemple. Il est également à l'origine d'une surconsommation de pansements.

Au vu de ces résultats, deux axes d'amélioration ont été définis : la formation et la mise à disposition de supports d'information.

Un travail a ainsi été effectué sur la mise à disposition de documents intuitifs permettant de diffuser aux soignants les informations indispensables de bon usage.

Une plaquette A3 a été réalisée (Annexe 5), elle comporte deux faces :

Le recto est composé d'un tableau présentant les différents stades de la plaie, illustrés par des photos : infectée et / ou malodorante, nécrotique, fibrineuse, bourgeonnante, en épidermisation. Chacune de ces lignes renseigne pour chaque type de plaie et selon l'importance de son exsudat : le ou les pansement(s) primaire(s) qu'il est possible d'utiliser. Pour chacun des pansements est renseigné : ses caractéristiques, la fréquence de renouvellement, les références de l'hôpital, les précautions et contre-indications ainsi que le pansement secondaire qu'il est possible d'associer.

Au verso, un tableau récapitule les différentes familles de pansements primaires, les modèles et tailles référencées au sein de l'établissement de santé. Pour chaque pansement est indiqué le mode de commande, les tailles et le conditionnement pour faciliter la commande ainsi que le prix unitaire hors taxes.

Le choix du format A3 permet à la plaquette d'être adaptée à la taille du chariot de soin à pansement pour être à disposition lors de la réalisation du soin. Le pansement est choisi selon la phase et la dimension de la plaie en fonction des modèles référencés. La plaquette est plastifiée ce qui permet une désinfection pour respecter les règles d'hygiène.

Pour compléter la documentation, un carnet en format poche (Annexe 6) va être mis à disposition du personnel pour leur formation et leur aide lors de la réalisation d'un pansement.

Le carnet est composé des fiches de bon usage par type de pansement, d'un arbre décisionnel pour aider dans le choix du pansement, du livret thérapeutique ainsi que du tableau répertoriant les différents stades de plaies. Nous retrouvons dans les fiches de bon usage : les indications, les stades, les objectifs, le type d'exsudat pour lesquels le pansement est adapté. D'autres informations sont précisées, comme la composition des pansements, les contre-indications et effets indésirables de ce dernier. Les précautions d'emploi et les caractéristiques seront détaillées. Les références présentes au livret sont notées ainsi que le moyen, le code et le conditionnement pour les commander.

L'arbre décisionnel permet de déterminer le type de plaie et le pansement adapté (Annexe 7).

Le principe repose sur un enchaînement de questions dichotomiques. Une réponse négative mène à la question suivante.

Ce carnet est également destiné aux pharmaciens des différents secteurs, aux préparateurs en pharmacie, et aux nouveaux arrivants préparateurs ou interne en pharmacie dans le secteur des dispositifs médicaux. Il se veut le plus exhaustif possible afin de répondre aux questions des soignants et de conseiller les services de soin sur le bon usage des pansements sur les plaies chroniques en corrélant leurs conseils au livret thérapeutique de l'établissement.

Conclusion

Cet audit met en évidence la non-conformité de certaines pratiques dans la réalisation de pansements pour plaies chroniques. Il montre l'utilité d'un travail pluridisciplinaire et l'intérêt d'avoir une vision globale des pratiques au sein d'un établissement de santé.

A ce jour la mise en place d'une conduite à tenir par les plaquettes A3 initie ce travail. Le pharmacien s'inscrit dans son rôle de garant du bon usage des dispositifs médicaux.

Dans une politique d'amélioration continue, une grille de satisfaction suite à l'audit et aux outils proposés va être mise en place.

Enfin, un outil informatique accessible pour l'ensemble des intervenants serait une aide dans la prise en charge des plaies : de la prescription à la réalisation des soins.

L'objectif serait le suivi de l'évolution de la plaie et l'optimisation de son traitement par l'équipe infirmière en charge du patient dans son service mais également qui serait possible « à distance » par une équipe spécialisée composée d'infirmières titulaires d'un DU Plaies et cicatrisation et d'un pharmacien.

Annexe 1: Indications et utilisation recommandées des pansements émises par la HAS en avril 2011

Annexe 2: Grille d'audit : fiche d'initiation

Annexe 3: Grille d'audit : fiche de suivi

Annexe 4: Ensemble des critères audités avec les critères de conformité.

Annexe 5: Bon usage des pansements sur plaies chroniques et listes des pansements pour plaies chroniques de l'établissement (Plaquette A3 recto et verso)

Annexe 6: Exemple d'une fiche de bon usage du livret format poche

Annexe 7: Arbre décisionnel de pansements dans la prise en charge des plaies chroniques

Phase de cicatrisation	Type de plaie	Pansements recommandés
Toutes phases (traitement non séquentiel)	Chronique	Hydrocolloïdes
	Aiguë	Hydrocellulaires ³ Fibres de CMC (hydrofibres) ³
Détersion (traitement séquentiel)	Chronique	Alginates ³ - Hydrogels
	Aiguë	– ⁴
Bourgeonnement (traitement séquentiel)	Chronique	Interfaces ⁵ - Hydrocellulaires ³ - Vaselinés ⁶
	Aiguë	Vaselinés ⁶
Épidermisation (traitement séquentiel)	Chronique	Interfaces ⁵ - Hydrocolloïdes
	Aiguë	Interfaces ⁵

Situations cliniques spécifiques	Pansements recommandés
Peau fragile (maladies bulleuses)	Interfaces ⁵
Prévention de l'infection (quelle que soit l'étiologie)	– ⁴
Plaie infectée (quelle que soit l'étiologie)	– ⁴
Plaie hémorragique (dont la prise de greffe)	Algostéril® (alginate)
Epistaxis et autres saignements cutanés et muqueux chez les patients ayant un trouble de l'hémostase	Coalgan®
Plaie malodorante (notamment cancers ORL, de la peau ou du sein)	Au charbon activé

2. Figurant dans l'arrêté du 16 juillet 2010 et, selon les cas, dans les avis de la Commission.
3. Plaies très exsudatives.
4. Aucun élément ne permet de recommander dans ce cas un type particulier de pansement.
5. Mepitel®, Urgotul®, Altree®, Physiotulle® et Hydrotul® (arrêté du 16 juillet 2010).
6. Les pansements vaselinés sont largement utilisés et figurent sur la LPPR malgré l'absence de données de haut niveau de preuve démontrant leur efficacité.

Annexe 1: Indications et utilisation recommandées des pansements émises par la HAS en avril 2011

CRITERES AUDITES	C = conforme	NC = non conforme	Fibres de CMC	Alginate/CMC	Alginat pur	Pansement au charbon	Hydrogel	Interface	Hydrocolloïde	Hydrocellulaire	Pansement gras
Aspect	Pansement à l'ag										
	Nécrose	NC	NC	NC	NC	NC	C	NC	NC	NC	NC
	Fibrineuse	NC	C	C	NC	NC	C	NC	NC	NC	NC
	Bourgeonnante	NC	C si exudative ++ ou fibrine	C si exudative ++ ou fibrine	C si hémorragique	NC	NC	C	C	C	NC
	Epidémisation	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	NC	C
	Infectée	C	C	C	C	NC sauf si malodorante	NC	NC	NC	NC	NC
	Malodorante	NC	NC	NC	NC	C	NC	NC	NC	NC	NC
	Hémorragique	NC	NC	NC	NC	C	NC	NC	NC	NC	NC
	OUI	C	C	C	C	C en association	NC	NC	NC	NC	NC
	NON	C	NC	NC	NC	C	C	C	NC	NC	C
Exsudatif	Plaie infectée		Malodorante	Nécrotique	Fibrineuse	Bourgeonnante	Epidémisation				
	Détersion	NC	NC	C	C	NC	NC				
Antiseptique	C si infection clinique		NC	NC	NC	NC	NC				
	NC		C	C	C	C	C				
Changement à saturation	Changement pansement tous les jours	C	NC si non saturé	NC si non saturé	NC si non saturé	NC si non saturé	NC si non saturé				
	Rinçage à l'eau	C	C	C	C	NC	NC				
Rinçage au sérum physiologique	C sauf si pst Ag		NC	C	C	C	C				
Dimension pansement	Adéquate à la taille de la plaie (selon disponibilité au livret)		Non adéquate à la taille de la plaie (selon disponibilité au livret)								
	C		NC								

Annexe 4 : Ensemble des critères audités avec les critères de conformité.

LISTE DES PANSEMENTS POUR PLAIES CHRONIQUES AU CHUN									
	EXUDATS	PANSEMENT PRIMAIRE	CARACTERISTIQUES	REFERENCIEMENT DU CHUN	RENOUVELLEMENT	PRECAUTIONS	CONTRE INDICATION	PANSEMENT SECONDAIRE	
PLAIES INFECTEES et/ou MALODORANTES		PANSEMENT A TAVERT	Pansement imprégné d'ions argent relarguant ces ions au niveau de la plaie (antibiotique)	Relaxex Argent + FIBRON (Alginates) Biulet Plus GENEPIERRE (Acide hyaluronique)	Nettoyage : eau + savon Rinçage : eau / Séchage	IRM, Electrostimulation Allergie aux métaux	Système de maintien non occlusif		
		FIBRES DE CMC	Fibres de CMC à haut pouvoir d'absorption permettant le drainage des bactéries	Aquacel Extra CONVATEC	Rinçage : eau ou sérum phyl / Séchage Avec du sérum phyl Au retrait, si le pansement n'est pas saturé, il doit être saturé au sérum physiologique	Plaies faiblement exsudatives ou sèches			
		ALGINATE	Polymère d'acide alginique à haut pouvoir d'absorption permettant le drainage des bactéries	Pur (à plaie hémorragique) : Algostéril® BROTHIER Avec CMC, Biatoin® Alginate Sensor® COLOPLAST	Nettoyage : eau + savon Rinçage : eau ou sérum phyl / Séchage Détertion mécanique éventuelle sur tous les stades de plaies en pansement primaire ou secondaire	Peut être associé à un autre pansement primaire			
NECROTIQUE		PANSEMENTS AU CHARBON	Pansement à base de charbon actif permettant l'absorption des odeurs et des bactéries	Askina Carborb® BRAUN	Tous les jours si infectée 2 jours maximum				
		HYDROGEL	Gel contenant de l'eau purifiée (>20%) permettant l'hydratation et le ramolissement des plaies	Intrasite® SMITH NEPHEW (en tube)	1 jour le + souvent à 3 jours maximum	Plaies infectées Plaies exsudatives Fistules	Pansement occlusif pas ou peu absorbant type film PUR ou Hydrocolloïde mince		
FIBRINEUSE		HYDROGEL	Gel contenant de l'eau purifiée (>20%) permettant l'hydratation et le ramolissement des plaies	Intrasite® SMITH NEPHEW (en tube)	1 jour le + souvent à 3 jours maximum	Plaies infectées Plaies exsudatives Fistules	Pansement occlusif pas ou peu absorbant type film PUR ou Hydrocolloïde mince		
		ALGINATE	Polymère d'acide alginique se gélifiant par échange de Ca++ avec le Na+ de l'exsudat permettant l'absorption de l'exsudat (20 fois son poids) et le maintien d'un milieu humide	Pur (à plaie hémorragique) : Algostéril® BROTHIER Avec CMC, Biatoin® Alginate Sensor® COLOPLAST	A saturation 1 jour si risque d'infection 7 jours maximum pour alginate pur 2 jour maximum pour l'alginate pur	Antiseptiques chlorés (Dakin, Chlorhexidine) Eczéma de contact Plaies faiblement exsudatives ou sèches	Compresses stériles +/- pansement américain - système de maintien Ne pas associer à hydrocolloïde		
BOURGONNANTE		INTERFACE	Maillage très fin imprégné d'un corps gras ou de silicone empêchant la compresse de coller au lit de la plaie tout en préservant les bourgeons	Adaptic® SYSTAGENIX Urgo® URGO Meplê® MOLNLYCKE	1 jour si risque d'infection 8 à 9 jours maximum 14 jours maximum pour Meplê®	Nettoyage : eau + savon Rinçage : sérum phyl / Séchage Ne doit pas être humidifié avant la mise en place	Plaies nécrotiques	Compresses stériles + système de maintien à non adhésif	
		HYDROCOLLOÏDE	Particules de CMC se gélifiant au contact de l'exsudat et permettant l'absorption de l'exsudat (3 fois son poids) et le maintien d'un milieu humide	DuoDerme® CONVATEC - DuoDerme® EM® CONVATEC	A saturation - apparition d'une cloque atteignant le dernier cm du bord 7 jours maximum	Nettoyage : eau + savon Rinçage : sérum phyl / Séchage Au retrait, si le pansement n'est pas saturé, il doit être retiré en le saturant au sérum physiologique	Plaies très exsudatives Plaies infectées (occlusif) Eczéma de contact ou peau fragile	Pas de pansement laite	
		HYDROCELLULAIRE	Couches de polyuréthane permettant l'absorption de l'exsudat (10 fois son poids) et le maintien d'un milieu humide	Mepilex Border® MOLNLYCKE - Mepilex® MOLNLYCKE - Mepilex® EM® MOLNLYCKE - Adhino® Convry® BRAUN	A saturation 1 à 5 jours maximum 7 jours maximum	Nettoyage : eau + savon Rinçage : sérum phyl / Séchage	Antiseptiques oxydants (Dakin, Eau oxygénée) Plaies infectées Plaies nécrotiques	Système de maintien si non adhésif	
		ALGINATE	Polymère d'acide alginique se gélifiant par échange de Ca++ avec le Na+ de l'exsudat permettant l'absorption de l'exsudat (20 fois son poids) et le maintien d'un milieu humide	Pur (à plaie hémorragique) : Algostéril® BROTHIER Avec CMC, Biatoin® Alginate Sensor® COLOPLAST	A saturation 1 jour si risque d'infection 7 jours maximum pour alginate pur 2 jours maximum pour l'alginate pur	Nettoyage : eau + savon Rinçage : sérum phyl / Séchage Ne doit pas être humidifié avant la mise en place	Antiseptiques chlorés (Dakin, Chlorhexidine) Chlorure de Benzalkonium	Plaies faiblement exsudatives ou sèches	Compresses stériles +/- pansement américain - système de maintien
EPIDERMISATION		FIBRES DE CMC	Fibres de CMC se gélifiant au contact de l'exsudat et permettant l'absorption de l'exsudat (30 fois son poids) et le maintien en milieu humide	Aquacel Extra® CONVATEC	1 jour si risque d'infection à 7 jours maximum	Nettoyage : eau + savon Rinçage : sérum phyl / Séchage	Plaies nécrotiques	Peut être utilisé en pansement secondaire	
		HYDROCOLLOÏDE MINCE	Particules de CMC se gélifiant permettant la protection et le maintien en milieu humide	DuoDerme® EM® CONVATEC	A saturation - apparition d'une cloque 7 jours maximum	Nettoyage : eau + savon Rinçage : sérum phyl / Séchage Si le pansement n'est pas saturé, il doit être retiré en le saturant au sérum physiologique	Plaies très exsudatives Plaies infectées (occlusif) Eczéma de contact ou peau fragile		
PANSEMENT GRAS (TOULLE)		INTERFACE	Maillage très fin imprégné d'un corps gras ou de silicone empêchant la compresse de coller au lit de la plaie et permettant la protection	Adaptic® SYSTAGENIX Urgo® URGO Meplê® MOLNLYCKE	3 jours minimum à 5 jours 14 jours maximum pour le Meplê®	Nettoyage : eau + savon Rinçage : sérum phyl / Séchage	Phase de bourgeonnement	Compresses stériles + système de maintien à non adhésif	
		PANSEMENT GRAS (TOULLE)	Maillage large imprégné d'un corps gras empêchant la compresse de coller au lit de la plaie et permettant la protection	Jeloret® SMITH NEPHEW	1 à 2 jours	Nettoyage : eau + savon Rinçage : sérum phyl / Séchage			

LISTE DES PANSEMENTS POUR PLAIES CHRONIQUES AU CHUN

*S : stock commande Dotation copilote
*HS : Hors Stock : commande Bonrose

TYPES	FOURNISSEURS	NOM COMMERCIAL	FORME	MAGHZ	CONDI	S/HS *	PU HT (€)
ALGINATE	COLOPLAST	Biatain Alginat Seasorb	Plaque 10x10 cm Mèche 3x44 cm Plaque 5x5 cm Plaque 15x15 cm	270955 270960 270990 270991	10 10 30 10	S S S HS	0.77 1.29 0.6 1.75
ALGINATE + ARGENT	KCI/ALLOGA	Release Ag	Plaque 11x11 cm Plaque 10x20 cm	270954 270996	1 1	Pres. Nominative	1.51 2.95
ALGINATE HEMOSTATIQUE	BROTHER	Algostéril	Plaque 5x5 cm Plaque 10x10 cm Plaque 10x20 cm Mèche plate	288011 270862 270870 270871	10 16 16 16	S S S S	0.69 1.82 3.63 4.49
GEL DE DETERSION	SMITH NEPHEW	Intrasite	Gel de détergence 15g	270957	10	S	0.80
HYDROCOLLOÏDE	CONVATEC	Duoderm	Plaque opaque 10x10 cm Plaque opaque 20x20 cm Sacrum large 20x22 cm Talon 18x19 cm	270964 283222 270956 270997	10 10 10 10	S S S HS	0.20 1.01 1.10 0.90
HYDROCOLLOÏDE MINCE	CONVATEC	Duoderm EM	Plaque transp. 17.5x17.5cm Plaque 6x11 cm Plaque 12.5x12.5 cm	270985 270992 270993	10 10 10	S HS S	0.50 0.14 0.16
HYDROCELLULAIRE ADHESIF	MOUNLYOKE	Mepilex Border	Plaque 12.5x12.5 cm Plaque 10x10 cm Plaque 7.5x8.5 cm Sacrum Pansement 10x30 cm Pansement 15x15 cm Pansement 17.5x17.5 cm Talon	270339 270998 270999 270348 270340 270340 270340	5 5 5 10 50 50 25 60	S S S S HS HS HS HS	0.92 0.77 0.72 2.49 2.45 1.84 2.40 2.95
HYDROCELLULAIRE CAVITE	BBRAUN	Askina Cavity	Plaque cavité 2.5x40 cm	270919	10	S	0.75
HYDROCELLULAIRE NON ADHESIF	MOUNLYOKE	Mepilex	Plaque 10x10 cm Talon 13x21 cm Plaque 10x20 cm	270341 270350 270347	5 5 45	S S HS	0.70 1.75 2.05

TYPES	FOURNISSEURS	NOM COMMERCIAL	FORME	MAGHZ	CONDI	S/HS	PU HT (€)
HYDROCELLULAIRE NON ADHESIF EM	MOUNLYOKE	Mepilex EM	Plaque 7.5x8.5 cm Plaque 12.5x12.5 cm Plaque 17.5x17.5 cm	270347 270347 270347	70 25	HS HS HS	0.75 1.05 2.05
HYDROFIBRE	CONVATEC	Aquacel Extra	Plaque 12.5x12.5 cm Mèche 2.5x40 cm Plaque 5x10 cm Plaque 4x20 cm	270355 270356 270354 270354	16 16 16 10	S S HS HS	0.95 0.95 0.53 0.88
INTERFACE	KCI/ALLOGA	Adaptic	Plaque 7.5x7.5 cm Plaque 7.5x40 cm Plaque 7.5x12.5 cm Doigt (M/L/XL)	270876 270877 270874 270852	50 36 10 40	S S S HS	0.25 1.25 9.46 selon taille
INTERFACE LIPOCOLLOÏDE	URGO	Urgotul	Plaque 5x5 cm Plaque 10x10 cm Plaque 10x40 cm Plaque 15x20 cm	270881 270881 270881 270881	10 10 10 10	HS HS HS HS	0.18 0.25 2.00 0.75
INTERFACE SILICONE	MOUNLYOKE	Mepitel	Plaque 5x7.5 cm Plaque 10x18 cm Plaque 7.5x10 cm	270855 270873 270851	10 10 50	S S HS	0.47 1.82 1
PANSEMENT ACCELERATEUR DE CICATRISATION	URGO	Urgostart	Compresses 13x12 cm Compresses 6x6 cm	270995 270994	16 16	Pres. Nominative	2.99 0.85
PANSEMENT ACIDE HYALURONIQUE	KCI/ALLOGA	Effidia	Compresses 10x10 cm Crème 100 g	270343 270363	10 1	S S	0.70 4.29
PANSEMENT ACIDE HYALURONIQUE ARGENT	GENEVRIER	Ialuset Plus	Compresses 10x10 cm Crème 100 g	270345 270345	10 1	HS HS	1.11 4.46
PANSEMENT CHARBON	BBRAUN	Askina Carbosorb	Plaque 10x10 cm Plaque 10x20 cm	270854 270872	12 12	S S	0.82 1.52
PANSEMENT GRAS EN TULLE	SMITH NEPHEW	Jelonet	Plaque 5x5 cm Plaque 10x10 cm Plaque 10x40 cm Plaque 15cm x 2m	270857 270859 270860 270869	50 100 10 12	S S S S	0.075 0.11 0.39 3.80
SOLUTION DE PREVENTION ANTI ESCARRES	RIVADIS	Rivadouce	Pompe doseuse	270864	1	S	0.83

Annexe 5 : Bon usage des pansements sur plaies chroniques et listes des pansements pour plaies chroniques de l'établissement (Plaquette A3 recto et verso)

Hydrogel

Intrasite® SMITH NEPHEW

Indications	Pansement primaire En phase de détersion Sur les plaies nécrotiques ou fibrineuses peu exsudatives
--------------------	--

STADE	OBJECTIFS	EXSUDAT
nécrotique	maintien milieu humide	peu ou pas exsudatif
fibrineuse	hydratation favorise la détersion	

Matériaux : > 70% eau + autres composants variables

Contre indication : absolue: plaies exsudatives

relative : fistule/ plaie infectée

à retirer avant radiothérapie

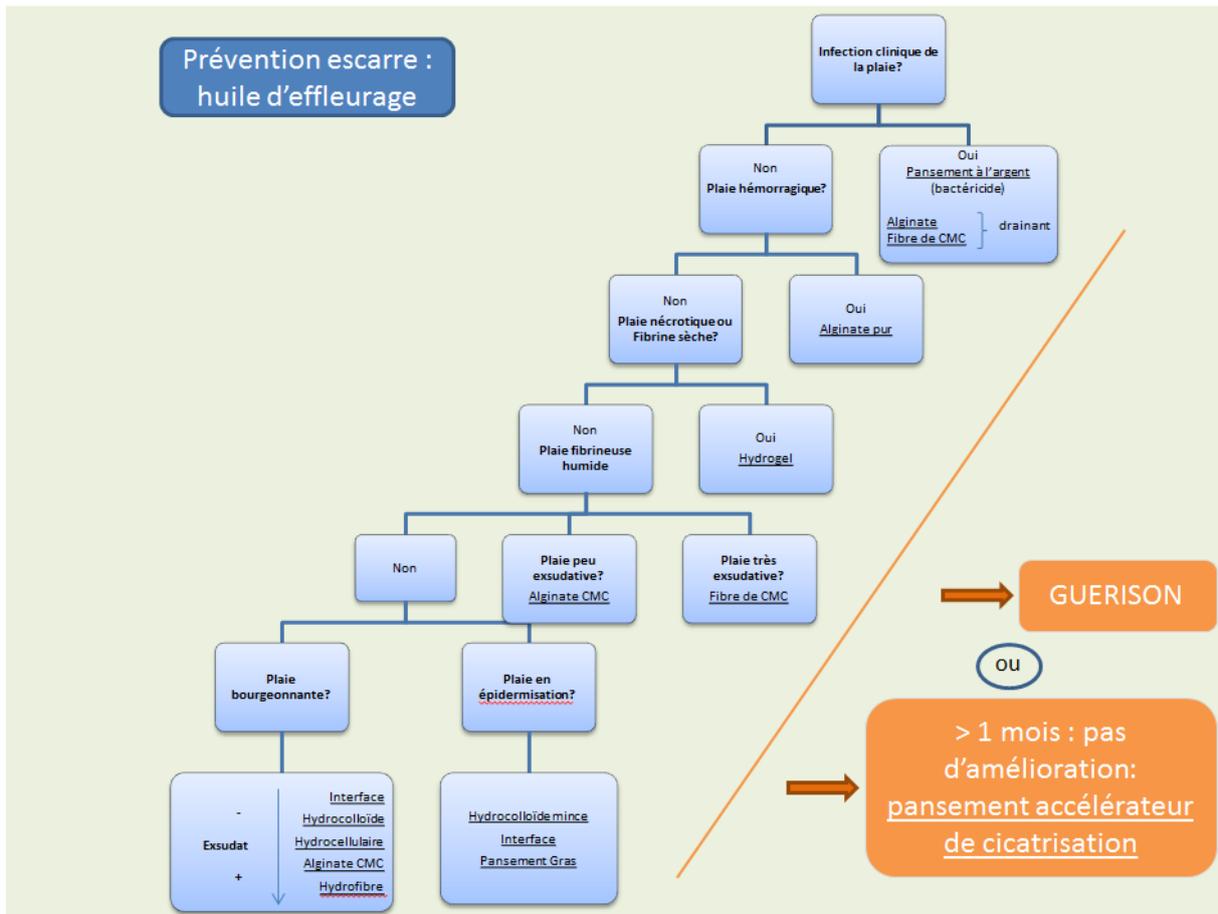
Effets indésirables : macération des berges de la plaie

<p>Précautions d'emploi</p> <p>1) Toujours associer à une détersion mécanique de la plaie</p> <p>2) Nettoyer la plaie avec eau + savon. Rincer avec de l'eau ou du sérum physiologique.</p> <p>3) Bien sécher le pourtour de la plaie par tamponnement</p> <p>4) Nettoyer l'embout de l'applicateur avec un antiseptique.</p> <p>Appliquer une couche épaisse (environ 5 mm) de gel sur toute la surface de la plaie en évitant de déborder sur la peau péri-lésionnelle.</p> <p>5) Recouvrir d'un pansement secondaire si possible imperméable et ayant des capacités d'absorption réduites</p> <p>6) Les compresses de gaze des tulles et interfaces ou pansements très absorbants ne sont pas indiquées en pansement secondaire, car l'eau contenue dans l'hydrogel sera absorbée par le pansement secondaire et non par la plaie</p>

<p>Caractéristiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flacon à usage unique - Non adhérent à la plaie - Effet rafraichissant et apaisant

Labo	Nom commercial	Formes	Stock	PU HT (€)
Smith Nephew	Intrasite	gel de détersion 15g		0,8

Annexe 6 : Exemple d'une fiche de bon usage du livret format poche



Annexe 7 : Arbre décisionnel de pansements dans la prise en charge des plaies chroniques

Sources utilisées :

- Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations. <http://www.sffpc.org/>
[consulté le 5 novembre 2018]
- Fiches de bon usage. Commission Technique Euro-Pharmat 2011 <http://www.euro-pharmat.com/fiches-de-bon-usage> [consulté le 14 novembre 2018]
- HAS. « Bon usage des technologies médicales : les pansements indications et utilisations recommandées. » Avril 2011. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1438004/fr/les-pansements-indications-et-utilisations-recommandees-fiche-but [consulté le 5 novembre 2018]
- Notices d'utilisations des pansements.
- Fiches techniques fournies par les laboratoires.
- Communication affichée : Andruejol C. Sanfourche F. Dusabe G. Nguyen B. Vieville C. Achach K. Collomp R. La prise en charge des plaies chroniques : audit des pratiques. 28^{èmes} journées EURO-PHARMAT. Nancy, France, octobre 2018.