



HAL
open science

Enquête de pratique sur la prise en charge des plaies aigües en journée au service d'accueil des urgences adultes du CHU d'Amiens Picardie

Cyril Vangheluwe

► **To cite this version:**

Cyril Vangheluwe. Enquête de pratique sur la prise en charge des plaies aigües en journée au service d'accueil des urgences adultes du CHU d'Amiens Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03838416

HAL Id: dumas-03838416

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03838416>

Submitted on 3 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITE DE PICARDIE – JULES VERNE

ANNEE 2022

N°2022 - 67

**ENQUETE DE PRATIQUE SUR LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES
AIGUES EN JOURNÉE AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES
ADULTES DU CHU D'AMIENS PICARDIE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : Médecine d'urgence

par Cyril VANGHELUWE

Interne en Médecine d'urgence

UPJV-CHU Amiens-Picardie

Présentée et soutenue publiquement le 9 septembre 2022

Président du jury : Monsieur le Professeur Éric HAVET

Membres du jury : Monsieur le Professeur Raphael SINNA

Monsieur le Docteur Daniel Aiham GHAZALI

Monsieur le Docteur Antoine CENSE

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Martin PETITPREZ

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	p. 4
TABLE DES ILLUSTRATIONS	p. 11
LISTE DES ABREVIATIONS	p. 12
RESUME	p. 13
INTRODUCTION	p. 14
MATERIEL ET METHODES	p. 17
<i>Caractéristiques de l'étude</i>	p. 17
<i>Critères d'inclusion</i>	p. 17
<i>Critères d'exclusion</i>	p. 17
<i>Critères de jugement</i>	p. 18
<i>Recueil de données</i>	p. 18
<i>Prise en charge considérée conforme aux recommandations</i>	p. 19
<i>Analyse des données</i>	p. 20
RESULTATS	p. 21
1. <i>Analyse des réponses aux questionnaires</i>	p. 21
- <i>Description de l'échantillon obtenu</i>	p. 21
- <i>Prise en charge à l'accueil</i>	p. 22
- <i>Prise en charge médicale</i>	p. 23
- <i>Prise en charge paramédicale</i>	p. 25
2. <i>Analyse des entretiens semi-dirigés</i>	p. 26
- <i>Entretiens médicaux</i>	p. 26
- <i>Entretiens para-médicaux</i>	p. 32
DISCUSSION	p. 35
CONCLUSION	p. 39
BIBLIOGRAPHIE	p. 40
ANNEXES	p. 42
<i>Questionnaires</i>	
<i>Grilles d'entretien</i>	
<i>Critères de Fried</i>	

REMERCIEMENTS

Président du jury :

A Monsieur le Professeur Éric HAVET

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Anatomie – Chirurgie orthopédique

Assesseur en charge des formations

Vice-Doyen

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements pour accepter de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Membres du jury :

A Monsieur le Professeur Raphaël SINNA

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury de thèse et de juger mon travail. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements et ma profonde gratitude pour cela.

A Monsieur le Docteur Antoine CENSE

Praticien hospitalier

Médecine d'urgence

Tu me fais l'honneur de juger cette thèse après m'avoir encadré durant mon temps passé à l'hôpital de Beauvais.

Je te suis reconnaissant pour tout ce que tu m'as appris et transmis tant sur le plan médical, relationnel, organisationnel que personnel.

Pour avoir été un modèle et une source d'inspiration dans mon travail futur.

Monsieur le Docteur Daniel Aiham GHAZALI

Praticien hospitalier

Médecine d'urgence

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et je vous en remercie.

Monsieur le Docteur Martin PETITPREZ

Praticien hospitalier

Médecine d'urgence

Je suis vraiment honoré que tu m'aies proposé d'être ton thésard. Merci pour ta patience, pour ton soutien et pour tout ce temps passé à organiser et corriger ce travail.

A Marine, la personne avec laquelle je m'engueule le mieux, auprès de laquelle je m'endors le plus rapidement, ma coéquipière de vie, la mère de ma fille pour tout son amour et la patience dont elle fait preuve chaque jour à mon égard.

A Joséphine, ma fille, qui me fait découvrir tous les jours de nouveaux sentiments, de nouvelles angoisses et un émerveillement que j'avais perdu il y a bien longtemps.

A mon père, sur qui j'ai toujours pu compter. Mon premier laryngoscope, papa, c'est toi qui me l'as mis dans les mains. Merci d'avoir été là, d'avoir su tenir la barre dans la tempête et d'avoir tenu le cap.

A ma mère, pour son abandon de poste, qui m'a appris que dans la vie personne n'est indispensable.

A Christel, pour avoir su prendre une place restée vacante avec élégance.

A Lucie, ma brillante sœur, de la petite enfance jusqu'en P1, en passant par les années d'internat pour avoir couvert mes arrières bien souvent. Je suis très fier de voir ce que tu es devenue sur tous les plans.

A ma sœur, Alice, tu en es à tes débuts d'internat de chirurgie que tu souhaitais tant. Je suis fier de toi et j'espère que tu seras épanouie dans ta vie personnelle et professionnelle.

A ma sœur, Juliette, la petite dernière, je t'ai eu dans mes bras bébé et t'ai vu évoluer jusqu'à devenir un petit bout de femme, tu as l'âge où tout est encore possible, *amat victoria curam*.

A mes frères, Arnaud et Valentin pour tous les moments passés ensemble.

A mes grands-parents, Alain et Micheline qui ont su être là dans les moments les plus compliqués et m'ont permis d'arriver là où j'en suis. J'espère que vous êtes fiers de moi.

A ma grand-mère, Monique, j'aurais tellement aimé que tu puisses vivre tout ça avec nous, toi qui étais si inquiète pour moi.

A mes beaux-parents, Laurence pour ses heures d'échanges aux aurores quand la maison dort, merci pour ton écoute, ta bienveillance et de nous avoir épaulé dans notre réussite professionnelle et personnelle.

Hervé, pour ton soutien et ton accompagnement. Big up à l'avis dermato de qualité à toute heure du jour et de la nuit.

A toute ma famille, Odette, Gabrielle, Fred, Marie-Jo, Marie, Maxime et James.

A toute l'équipe des urgences de Beauvais pour m'avoir accompagné, fait confiance et permis de construire le médecin que je suis.

A toute l'équipe de pédiatrie de Beauvais pour m'avoir fait découvrir cette partie des urgences et épaulé dans mes débuts. Je garderai en mémoire les nombreux bons moments passés à vos côtés. Tendresse particulière pour Jennifer qui a su me redonner confiance en moi au moment où j'en avais le plus besoin.

A tous les chefs croisés lors de mon internat, pour vos enseignements.

A ma promo, les loulous je n'aurais pas su envisager meilleures personnes auprès de qui apprendre notre métier. Mention spéciale au groupe des trois mousquetaires avec mes deux amiénois préférés Flore et CE avec qui je l'espère tout ne fait que commencer.

A Suzanne pour son soutien à tout moment, des nuits de garde aux travaux, pour ses grandes idées et surtout pour sa bonne humeur.

A Élixa pour avoir fait avec moi le tour du monde des gins noyés dans du tonic lors de soirées sages.

A tous les amiénois (ou non) rencontrés lors de l'internat et devenus amis, Jess, Thibault, Clément et Marie, Rebecca, Kelly, Jules.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Caractéristiques des plaies

Tableau 2 : Prise en charge à l'accueil

Tableau 3 : Prise en charge médicale

Tableau 4 : Prise en charge paramédicale

ABREVIATIONS

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
EPI	Équipement de Protection Individuel
IOA	Infirmier d'Orientation et d'Accueil
NK	Natural Killers
PNN	Polynucléaires Neutrophiles
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SAUV	Service d'Accueil des Urgences Vitales
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SHA	Solution Hydro-Alcoolique

RESUME

INTRODUCTION

Les plaies sont un motif fréquent de passage aux urgences. Nous avons réalisé une étude pour faire un état des lieux des pratiques concernant la prise en charge des plaies au CHU d'Amiens-Picardie en comparant nos résultats à ceux obtenus en 2019 ainsi qu'en recherchant les obstacles aux bonnes pratiques.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une enquête de pratique sur 3 mois via des questionnaires. Ils étaient remplis par les infirmiers et les médecins pour chaque patient se présentant pour une plaie. L'équipe soignante a ensuite été interrogée par le biais d'entretiens semi-dirigés en fonction des résultats obtenus lors de la première phase de l'étude. L'analyse statistique a été faite à l'aide du site internet BiostaTGV®.

RESULTATS

Le taux d'adéquation des pratiques aux recommandations est de 56,93%, considéré comme satisfaisant.

Il est mis cependant en évidence une discordance des pratiques avec les recommandations sur de nombreux points ainsi qu'une perte du bénéfice de la formation principalement pour la bonne utilisation des antiseptiques.

Les principaux obstacles ressortant des entretiens sont le manque de formation ainsi que des habitudes de pratiques s'appuyant sur la formation initiale et l'expérience personnelle.

DISCUSSION

Les principaux points de discordance aux recommandations concernent la désinfection, le lavage, la conduite en attendant le soin, l'utilisation des gants, la réalisation des soins locaux et les pansements réalisés.

Certaines solutions peuvent être proposées essentiellement portant sur l'éducation du personnel médical et paramédical pouvant passer par la création de nouveaux supports, des rappels fréquents.

INTRODUCTION

Les plaies aiguës sont un motif fréquent de consultation aux urgences. Elles représentent environ 13% des motifs de recours au service d'accueil des urgences (1).

Il existe différents mécanismes à l'origine d'une plaie : par pénétration via un objet tranchant responsable d'une plaie aux contours nets dont la profondeur conditionne le pronostic ; mais aussi par abrasion, brûlures, écrasement (2). La peau est une barrière protectrice à la surface de laquelle il existe un biofilm contenant de nombreuses bactéries commensales ou transitoires saprophytes comme par exemple des *Staphylococcus epidermidis*, des *Propionobacterium acnes* ou des *Corynebacterium sp.* (2). Ces dernières colonisent la plaie dès l'effraction cutanée sans que cela soit pathologique. L'évolution naturelle d'une plaie se fait vers la cicatrisation.

La cicatrisation se déroule en 4 phases : hémostase, inflammation, prolifération cellulaire puis remodelage tissulaire(3)(4)(5). La première étape débute immédiatement afin de contrôler le saignement par une vasoconstriction et la formation d'un clou plaquettaire. Ce dernier et les tissus lésés libèrent de nombreux facteurs de croissance et cytokines pro-inflammatoires (6) permettant ainsi l'attraction des cellules inflammatoires. Ce chimiotactisme permet l'afflux de nombreux polynucléaires neutrophiles (PNN), lymphocytes et macrophages provoquant la destruction et l'apoptose des micro-organismes et cellules lésées. La phase de prolifération débute avant la fin de la phase précédente. Elle est caractérisée par la synthèse de protéines de la matrice extra-cellulaire par les fibroblastes ainsi que par une angiogénèse induisant la réparation du derme et de l'épiderme. Enfin la phase de remodelage avec la régression des néovaisseaux peut évoluer sur plusieurs années avant d'obtenir un retour à la normale.

D'un point de vue esthétique, la cicatrisation normale se caractérise par une restitution *ad integrum* pour les plaies très superficielles ou évolue en une cicatrice immature (rouge, prurigineuse) puis mature (hypopigmentée, plane) pour les plaies plus profondes(7). Parfois, le processus cicatriciel est pathologique avec la formation de cicatrices atrophiques ou au contraire hypertrophiques voire chéloïdes pouvant engendrer un préjudice esthétique et donc psychologique(8).

En raison de comorbidités (diabète, dénutrition...) ou des caractéristiques intrinsèques de la plaie (écologie bactérienne) des retards de cicatrisation peuvent être observés. Une plaie chronique se définit par une évolution supérieure à 6 semaines.

La prise en charge initiale d'une plaie est essentielle puisqu'elle va conditionner le pronostic esthétique et fonctionnel. A l'image des plaies de main nécessitant une exploration systématique, parfois chirurgicale puisqu'une mauvaise évaluation initiale peut entraîner un handicap. En effet, d'après une étude rouennaise menée par J. Mouton sur 80 recours en justice dans le cadre de plaies de la main : 97% étaient dus à une exploration inadéquate aux urgences avec notamment des lésions nerveuses (29%) ou tendineuses (74%) méconnues (9). En outre, l'avis d'un chirurgien spécialiste de la main paraît important. Une étude britannique corrobore cette assertion en mettant en évidence la détection de plus de lésions neurologiques et tendineuses lors d'une exploration par un chirurgien (10). Certaines plaies nécessitent aussi, en raison de leur localisation, une attention toute particulière en raison de leur localisation comme les plaies faciales ou cervicales compte tenu des structures sous-jacentes (11).

La Société Française de Médecine d'Urgence, la Société Française de Chirurgie Plastique et Reconstructrice ainsi que la Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisation ont établi une classification des plaies en 5 niveaux selon la gravité permettant de déterminer la rapidité de la prise en charge nécessaire (12).

Les dernières recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) actualisées en 2017 (12) détaillent les modifications de prise en charge des plaies :

- Prise en charge dès l'arrivée aux urgences de la douleur par le biais d'anesthésie locale topique ou sous cutanée ou anesthésie loco-régionale sans oublier les techniques alternatives comme les co-analgésies ou l'hypnose (13).

- Nettoyage à l'eau et au savon avec une utilisation possible de l'eau du robinet associé à une détersion. Ce protocole est suffisant pour diminuer le risque infectieux et les antiseptiques ne sont plus recommandés (14)(15)(16).

- Suppression du délai de fermeture (17)(18)(19)

- Équipements de protection individuel (EPI) stériles non indispensables (20)

- Pas d'antibiothérapie systématique sauf morsures ou situations à risque(18)(1)

- Simplification des soins locaux quotidiens avec un lavage eau et savon puis application d'un pansement sec pour les plaies suturées ou d'un pansement adapté à la phase de cicatrisation en cas de plaie non suturable (1)

Une enquête de pratique professionnelle a été réalisée en 2019 au sein du Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Amiens-Picardie. Il en ressort que l'adéquation des pratiques du SAU du CHU d'Amiens-Picardie, initialement de 50% a progressé de 23,2 points suite à une formation. Le personnel médical et paramédical avait bénéficié d'un enseignement par le biais de réunions, d'affiches exposées dans les box de consultations et à l'accueil. Pour respecter au mieux les recommandations, un protocole d'application anticipé d'analgésie par l'Infirmier d'Orientation et d'Accueil (IOA) a été mis en place (21).

L'objectif principal de notre étude est de faire un état des lieux de la prise en charge des plaies en termes de conformité aux urgences du CHU d'Amiens et de déceler les obstacles à leur application. Les objectifs secondaires sont de comparer nos résultats à ceux obtenus par le Dr Petitprez lors de la précédente étude réalisée en 2019.

MATERIEL ET METHODES

Caractéristiques de l'étude

Nous avons effectué une étude quantitative descriptive monocentrique des pratiques amiénoises par un recueil de données à l'aide d'un questionnaire à choix multiples (annexe 1) du 1^{er} novembre 2021 au 31 janvier 2022.

Nous avons ensuite réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés à réponses libres (annexe 2) auprès des infirmiers et médecins des Urgences du CHU d'Amiens, afin de lister les obstacles à l'application des recommandations de bonne pratique, au sein des locaux du CHU Amiens, du 1^{er} février 2022 au 30 avril 2022.

Cette étude n'entre pas dans le cadre de la loi Jardé mais dans le cadre de la « Méthodologie de référence n°4 » de la CNIL. Elle est enregistrée sous l'acronyme PLAIGUE-URG avec la référence PI2022_843_0027 au sein du CHU d'Amiens-Picardie.

Critères d'inclusion

Pour l'analyse des pratiques amiénoises, nous avons inclus toutes les plaies de manière systématique s'étant présentées au Service d'Accueil des Urgences (SAU). Tous les acteurs de la prise en charge en semaine et en journée, de 8h à 18h30 (infirmiers, médecins seniors et internes) ont été sollicités afin de remplir le questionnaire.

Les personnes interrogées lors des entretiens semi-dirigés faisaient partie de l'équipe des urgences : les internes en stage aux urgences pendant 6 mois (diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence et internes hors filières), les médecins urgentistes, les infirmier(e)s en poste aux urgences.

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion pour la partie descriptive étaient les plaies prises en charge au Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV), en dehors des heures ouvrables (18h30 à 8h et week-ends). Les plaies prises en charge par les séniors non urgentistes, les internes de gardes ont été exclues de l'étude.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal est la discordance de conformité aux recommandations traduite en pourcentage. Nous avons estimé que les pratiques étaient satisfaisantes lorsqu'il y avait plus de 50% de prises en charge concordantes aux recommandations.

Les critères de jugement secondaires étaient la présence d'une différence significative à 3 ans de l'étude du Dr Petitprez en comparant la conformité avant et après formation à celle obtenue en 2022 ainsi que la présence d'obstacle à l'application des recommandations via des entretiens semi-dirigés.

Recueil de données

Partie quantitative :

Les questionnaires à choix multiples réalisés par le Dr Petitprez lors de son étude (21) ont été repris avec son accord afin de pouvoir comparer les résultats des 2 études.

Nous avons recueilli via des questionnaires à choix multiples les données concernant :

- *La prise en charge à l'accueil des urgences* : le délai entre la survenue de la plaie et la consultation, le mécanisme de la plaie, l'aspect de la plaie, la notion de lavage ou désinfection, l'antalgie et le traitement de la plaie en attendant la prise en charge médicale.
- *La prise en charge médicale* : l'opérateur, l'hygiène des mains, le matériel utilisé, la réalisation d'une anesthésie, l'exploration, la prise d'avis spécialisé, la technique de prise en charge de la plaie, le type de fils utilisé, les comorbidités du patient, la fragilité (définie par les critères de Fried ; Annexe 3 (22)), le type d'antibiotiques prescrit, la durée et l'indication, la prescription des soins locaux à domicile.
- *La prise en charge paramédicale après le soin* : utilisation d'antiseptique, soins de pansement réalisé.

Partie qualitative :

Les entretiens ont été réalisés au sein du CHU d'Amiens, ils ont été enregistrés avec l'accord du personnel interviewé et anonymisés. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application Myrecorder®. Ils ont été saisis sous forme de Verbatim puis retranscrits sur Word.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à une saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'il ne ressortait plus aucun nouvel élément au cours des entretiens et ce pendant au moins deux entretiens.

Les entretiens semi-dirigés ont comporté quatre grandes questions adaptées pour le personnel médical ou paramédical. Chaque question a été déterminée à partir des résultats obtenus lors de

l'analyse de la partie quantitative. Certaines questions ont été divisées en sous questions. (Questionnaires en annexe 1).

Considéré comme concordant aux recommandations

A l'accueil :

- Réalisation d'une désinfection avec antiseptique en cas de plaie souillée et/ou de plus de 12h.
- Lavage considéré conforme aux recommandations en cas de plaie non souillée ou < 12h ou s'il était associé à une désinfection en cas de plaie souillée et ou > 12h.
- Recouvrement de la plaie par une compresse humide en attendant l'évaluation médicale

Prise en charge médicale :

- Friction des mains avec une solution hydro-alcoolique (SHA) sur mains propres.
- Utilisation de gants non stériles et d'un masque.
- Utilisation de fils non résorbables en cas de suture sauf pour les points profonds.
- Utilisation d'une anesthésie systématique.
- Antibiotiques prescrits uniquement en cas de morsure ou de plaie souillée de plus de 24h ou présence de signes inflammatoires.

La molécule de choix était l'Amoxicilline associée à l'acide clavulanique ou en cas d'allergie, la Pristinamycine ou la Doxycycline.

- Durée de l'antibiothérapie de 5 jours ou 7 jours en cas d'érythème diffus ou de lymphangite.
- Soins locaux ultérieurs :
 - o En fonction du soin réalisé : pansement sec en cas de suture, vaseliné en cas de cicatrisation dirigée, laissée à l'air libre dans les autres cas.
 - o En fonction de la localisation : pansement vaseliné sur le cuir chevelu ou le visage.

Analyse des données

Partie quantitative :

L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel BiostaTGV[®] en utilisant des tests de Chi-2 et de Fischer. Nous avons comparé nos résultats de l'étude PLAIGUE-URG avec ceux

obtenus avant la formation en 2019 (P_1) et la même comparaison a été réalisée avec les résultats obtenus après la formation en 2019 (P_2)

Les questionnaires non remplis entièrement ont été exclus de l'analyse statistique.

Partie qualitative :

Nous avons réalisé un codage des données pertinentes en utilisant des mots clés. Lorsque cela était possible nous avons fait une fusion en un code commun lorsque l'idée est ressortie plusieurs fois lors des entretiens. Ces mêmes codes ont ensuite été regroupés en thématiques.

RESULTATS

1. Analyse des réponses aux questionnaires :

Description de l'échantillon obtenu :

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques des échantillons obtenus

	2019		PLAIGUE- URG Effectif : n= 84(%)	P ₁ *	P ₂ *
	Effectif avant formation : n=71 (%)	Effectif après formation : n=42 (%)			
APPARITION DE LA PLAIE					
< 12h	61 (85,92)	35 (83,34)	71 (84,52)	0,808	0,863
12-24h	3 (4,22)	4 (9,52)	5 (5,95)	0,688	0,479
>24h	7 (9,86)	3 (7,14)	5 (5,95)	0,384	1
Données manquantes			3 (3,58)		
MECANISME DE PLAIE					
Coupure	51 (71,83)	29 (69,05)	58 (69,04)	0,808	1
Contusion	14 (19,72)	7 (16,67)	6 (7,14)	0,019	0,097
Morsure	2 (2,82)	1 (2,38)	3 (3,58)	1	1
Déchirure	7 (9,86)	2 (4,76)	5 (5,95)	0,385	1
Plaie chronique			2 (2,38)		
Brulure			4 (4,75)		
Dermabrasion	2 (2,82)	3 (7,14)	3 (3,58)	1	0,399
Données manquantes			3 (3,58)		
ASPECT DE LA PLAIE					
Propre			69 (82,15)		
Souillée			10 (11,90)		
Données manquantes			5 (5,95)		
CARACTERISTIQUES DE LA PLAIE					
Superficielle			51 (60,71)		
Délabrante			2 (2,38)		
Profonde			3 (3,58)		
Souillée			2 (2,38)		
Signes inflammatoires			2 (2,38)		
Données manquantes			24 (28,57)		
COMORBIDITES					
Aucune			44 (52,38)		
DNID			5 (5,95)		
Fragile			2 (2,38)		
Agé			8 (9,53)		
Polypathologique			2 (2,38)		
Données manquantes			23 (27,38)		

*P₁ correspond au p-value de la comparaison avant formation et PLAIGUE-URG et P₂ à la comparaison après formation et PLAIGUE-URG

Pendant 3 mois, 84 questionnaires ont été remplis. Les plaies étaient en grande majorité récentes (< 12 heures) avec 71 plaies (84,52%) récentes, 5 plaies (5,95%) dataient de plus de 24 heures et 5 plaies (5,95%) étaient apparues entre 12 et 24 heures. 3 questionnaires n'ont pas été remplis concernant le délai de consultation.

Les coupures représentaient le principal mécanisme lésionnel avec 58 consultations (69,04%) pour une coupure. 6 patients (7,14%) ont consulté pour contusion, 3 (3,58%) pour morsure, 5 (5,95%) pour déchirure, 2 (2,38%) pour une plaie chronique, 4 (4,75%) pour une brûlure, 3 (3,58%) pour une dermabrasion. Il y avait 3 données manquantes.

A l'accueil, lors de l'évaluation par l'infirmier d'orientation et d'accueil, 69 plaies (82,15%) étaient propres, 10 (11,90%) étaient souillées. Il y avait 5 données manquantes.

Lors de l'évaluation médicale, les plaies étaient principalement superficielles avec 51 plaies (70,71%), 2 (2,38%) étaient délabrantes, 3 (3,58%) étaient profondes, 2 (2,38%) étaient souillées et 2 (2,38%) présentaient des signes inflammatoires. 24 questionnaires n'ont pas été remplis.

Lorsque le patient présentait des comorbidités, il s'agissait principalement de sujets âgés (8 patients (9,53%)), et de patients diabétiques (5 patients (5,95%)). Cependant, 44 patients (50,38%) n'avaient aucune comorbidité.

Nous avons comparé notre échantillon à celui obtenu par le Docteur Petitprez avant et après formation pour les données disponibles : c'est-à-dire le délai de consultation ainsi que son mécanisme.

La seule différence significative retrouvée concernait le mécanisme de la plaie avec une plus forte proportion de contusion dans le groupe avant formation en 2019 que dans le groupe PLAIGUE-URG (19,72% contre 7,14% dans PLAIGUE-URG, $p = 0.019$).

Évaluation globale :

Taux d'adéquation aux recommandations de 56,93 %, soit meilleur qu'avant formation en 2019 (50%) mais moins bien qu'après formation (61%). La conformité reste donc satisfaisante.

Prise en charge à l'accueil des urgences (tableau 2) :

La réalisation de la désinfection était correctement réalisée (52,94% des cas), le lavage de la plaie ne l'était pas (41,18% d'utilisation conforme) ni le traitement de la plaie en attendant le soin (23,80% d'utilisation conforme).

Lors de la comparaison de notre échantillon à celui obtenu avant formation, il existe une différence significative en ce qui concerne le lavage de la plaie : 2 sur 71 (2,82%) prises en

charge correctes contre 28 sur 68 (41,18%) dans PLAIGUE-URG ; $p_1 < 0,05$) et le traitement de la plaie en attendant le soin (3 sur 71 (4,23%) prises en charge correctes en 2019 contre 20 sur 72 (23,80%) dans PLAIGUE-URG ; $p_1 < 0,05$).

Tableau 2 : Comparaison des prises en charge à l'accueil

	2019		PLAIGUE-URG Nb conformes (%)	P ₁	P ₂
	Nb conformes av. formation/total (%)	Nb conformes ap. formation (%)			
Désinfection	42/71 (59,20)	31/42 (73,8)	36/68 (52,94)	0,460	<0,05
Lavage	2/71 (2,82)	17/42 (40,5)	28/68 (41,18)	<0,05	0,942
Traitement en attendant le soin	3/71 (4,23)	13/42 (40,0)	20/72 (23,81)	<0,05	0,718

*P₁ correspond au p-value de la comparaison avant formation et PLAIGUE-URG et P₂ à la comparaison après formation et PLAIGUE-URG

Lors de la comparaison de notre échantillon à celui obtenu après formation il existe une différence significative concernant la désinfection (31 sur 42 (73,8%) prises en charge correctes en 2019 contre 36 sur 68 (52,94%) dans PLAIGUE-URG ; $p_2 < 0,05$).

On constate ainsi la persistance du bénéfice de la formation pour le lavage de la plaie et le traitement de la plaie en attendant le soin. En revanche, nous observons une perte du bénéfice de la formation pour la désinfection.

Prise en charge médicale (tableau 3):

Dans notre étude, l'hygiène des mains n'est pas réalisée correctement (42,45% d'utilisation correcte). Concernant les équipements de protection personnelle utilisés, les gants et les lunettes n'étaient pas utilisés conformément aux recommandations (respectivement 41,07% et 14,29% de bonne utilisation), l'utilisation du masque était en parfaite adéquation aux recommandations (100% des cas).

La charlotte était utilisée dans 7 cas sur 56 (12,5% des cas).

Le protocole d'anesthésie était conforme aux recommandations (57,15% des cas), l'utilisation des fils de suture était correcte (96,55% des cas).

L'utilisation des antibiotiques était conforme (92,73% des cas). L'indication était justifiée, lorsqu'elle était prescrite (5 cas), par la présence de morsure ou de signe inflammatoire dans tous les cas, la molécule utilisée étant adaptée pour les cinq patients. Par contre, la durée de l'antibiothérapie était inadaptée pour tous les patients.

Les soins locaux réalisés ne sont pas conformes aux recommandations (24,07% de prise en charge correcte). Ils étaient corrects dans 6 cas sur 29 (20,69%) dans le cadre de la réalisation d'une suture, dans 3 cas sur 18 (16,67%), lors d'une cicatrisation dirigée et dans 7 cas sur 19 (36,84%) lors d'une localisation tête et cou.

Tableau 3 : comparaison des prises en charge médicales

	2019		PLAIGUE-URG Nb conformes (%)	P ₁	P ₂
	Nb conformes av. formation/total (%)	Nb conformes ap. formation (%)			
HYGIENE DES MAINS	10/52 (19,2)	10/35 (28,6)	47/57 (82,45)	<0,05	<0,05
MATERIEL					
Gants	18/52 (34,6)	24/35 (68,6)	29/59 (41,07)	0,129	0,066
Charlotte			7/56 (12,50)		
Masque	2/52 (3,8)	3/35 (8,6)	56/56 (100)	<0,05	<0,05
Lunettes			8/56 (14,29)		
ANESTHESIE	40/52 (76,9)	24/35 (68,6)	32/55 (57,15)	0,038	0,321
FILS UTILISES	34/35 (97,1)	23/23 (100)	28/29 (96,55)	1	1
UTILISATION ANTIBIOTIQUES					
Indication	37/46 (80,4)	29/34 (85,3)	51/55 (92,73)	0,079	0,294
Morsure			3/3 (100)		
Signes inflammatoires			2/2 (100)		
Molécule			5/5 (100)		
Durée			0/5 (0)		
SOINS LOCAUX					
Indication	33/46 (71,7)	23/34 (67,6)	30/54 (24,07)	0,094	0,259
Suture			6/29 (20,69)		
Cicatrisation dirigée			3/18 (16,67)		
Cuir chevelu ou visage			7/19 (36,84)		

*P₁ correspond au p-value de la comparaison avant formation et PLAIGUE-URG et P₂ à la comparaison après formation et PLAIGUE-URG

En comparant notre étude avec l'échantillon obtenu avant formation en 2019, il existe une différence significative concernant l'hygiène des mains (10 cas sur 52 conformes en 2019 contre 46 sur 57 dans PLAIGUE-URG ; $p_1 < 0,05$) ainsi que sur l'utilisation des masques (2 prises en charge correctes sur 52 (3,8%) avant formation 2019 contre 56 sur 56 dans PLAIGUE-URG ; $p_1 < 0,05$). La prise en charge anesthésiologique est significativement différente (40 prises en charge adaptées sur 52 en 2019 contre 32 sur 55 dans PLAIGUE-URG ; $p_1 = 0,038$).

Lors de la comparaison à l'échantillon obtenu après formation en 2019, il persiste une différence significative mais dans le sens d'une nouvelle amélioration des pratiques concernant l'hygiène

des mains (10/35 correctes en 2019 ; $p_1 < 0,05$), de même pour l'utilisation des masques (3/35 (8.6% en 2019) contre 56/56 dans PLAIGUE-URG ; $p_1 < 0,05$).

Prise en charge paramédicale (tableau 4) :

Tableau 4 : Comparaison des prises en charge paramédicales

	2019		PLAIGUE-URG Nb conformes (%)	P ₁	P ₂
	Nb conformes av. formation/total (%)	Nb conformes ap. formation (%)			
UTILISATION D'ANTISEPTIQUE	32/47 (68,1)	27/34 (79,4)	14/38 (36,84)	0,004	<0,005
PANSEMENT REALISE					
Général	4/14 (28,57)	6/15 (40)	11/32 (34,37)	1	0,930
Suture			4/15(26,66)		
Cicatrisation dirigée			6/15 (40)		
Cuir chevelu et visage			0/4 (0)		

*P₁ correspond au p-value de la comparaison avant formation et PLAIGUE-URG et P₂ à la comparaison après formation et PLAIGUE-URG

Dans notre étude, l'utilisation d'antiseptiques n'était pas correcte avec une sur-utilisation (36,84% d'utilisation adaptée). Le pansement réalisé de manière générale était adapté dans 11 cas sur 32 (34,37%). Nous avons analysé les données en fonction de l'indication du pansement :

- En cas de réalisation d'une suture le pansement réalisé était correct dans 4 cas sur 15 (26,66%)
- En cas de cicatrisation dirigée dans 6 cas sur 15 (40%)
- En cas de localisation au cuir chevelu ou au visage dans aucun cas sur 4 (0%)

En comparant avec les résultats obtenus avant la formation de 2019, il existe une régression significative quant à l'utilisation des antiseptiques (32 sur 47 (68,1%) prises en charge correctes en 2019 contre 14 sur 38 (36,84%) dans PLAIGUE-URG ; $p_1 = 0,004$).

En comparant avec les résultats obtenus après formation 2019, la régression significative persiste quant à l'utilisation des antiseptiques (27 sur 34 (79,4%) prises en charge correctes en 2019 contre 14 sur 38 (36,84%) dans PLAIGUE-URG ; $p_2 = 0,004$).

2. Analyse des entretiens semi-dirigés :

La durée moyenne des entretiens semi-dirigés est d'environ 15 minutes.

Entretiens médicaux :

Sur les 8 médecins interrogés (3 femmes et 5 hommes), 5 avaient une expérience supérieure à 5 ans en tant que sénior des urgences et 3 une expérience inférieure à 5 ans.

NETTOYAGE DES PLAIES AUX URGENCES :

Il a été mis en évidence que la non indication d'antiseptique était peu respectée malgré une bonne connaissance des recommandations préconisant uniquement un lavage à l'eau et au savon.

« Cela me permet de leur laisser le choix de le faire eux même avec comme avantage qu'il se font moins mal que si c'était moi qui le faisais »

Cependant l'utilisation d'antiseptique reste le plus souvent associée au lavage à l'eau et au savon

« Je nettoie toujours à l'eau et au savon mais je mets souvent de la Bétadine® y compris sur les plaies dites simples »

Plusieurs raisons sont évoquées comme :

- La pression et le jugement exercés par le patient :

« Parfois le regard ou les questions du patient lui-même me poussent à mettre de l'antiseptique pour ne pas le choquer dans ma prise en charge et peut être garder une forme de confiance et d'adhésion à mes soins »

« Si on ne nettoie qu'avec de l'eau et du savon les patients se disent que c'est mal fait et que leur prise en charge n'est pas optimale »

- Le scepticisme quant à l'équivalence entre détergence eau-savon seule et antiseptique :

« Lavage savon et eau seul j'avoue que je n'aime pas le faire, cela me paraît insuffisant »

- Des habitudes de pratiques :

« Je fais systématiquement (...) une détergence antiseptique »

« Je suis persuadé qu'il n'y a pas de différence entre le lavage eau et savon et

l'utilisation d'antiseptiques mais il est vrai que parfois je fais eau-savon puis antiseptique »

« Je ne suis pas les recommandations car les habitudes sont là »

« J'ai toujours fait comme ça »

- La sensation de sécurité infectieuse qu'apporte l'utilisation des antiseptiques :

« J'ai tendance à être généreux en Bétadine[®], probablement pour me rassurer »

« J'utilise l'antiseptique si je trouve qu'il reste des débris dans la plaie. »

« On ne sait jamais vraiment les conditions dans lesquelles la plaie a été faite, je pense qu'il y a toujours un intérêt à faire un lavage avec de la Bétadine[®] ou de la Chlorhexidine »

- Les formations initiales sont également très invoquées :

« Je mets des antiseptiques parce qu'on m'a appris comme ça »

« J'ai appris comme ça et je n'ai jamais eu de problème »

- La méconnaissance des recommandations reste cependant évoquée par plusieurs d'entre eux :

« Je m'appuie sur mon expérience professionnelle principalement et sur les bribes de recommandations qu'il me reste »

« Je ne me suis pas réactualisé pour la prise en charge des plaies »

« J'avoue que je n'ai pas les recommandations en tête »

UTILISATION DES EPI :

Bien qu'il n'existe pas de recommandation concernant le port de la charlotte, nous avons interrogé le personnel sur cet EPI et celle-ci apparaît peu employée.

- Pour certains médecins, une caractéristique physique particulière est avancée :

« Je n'utilise pas la charlotte car j'ai des cheveux courts donc ils ne tombent pas. »

« Je n'utilise pas la charlotte car mes cheveux sont longs et du coup sont attachés ».

- Les charlottes ne sont pas accessibles aussi facilement que les autres EPI :

« Je ne mets jamais de charlotte car je n'y pense pas »

« Les charlottes ne sont pas rangées au même endroit que les kits à suture donc je n'y pense pas »

- D'autres praticiens ne voient simplement pas l'utilité du port de la charlotte,
« *Je ne porte jamais la charlotte* »
« *Une charlotte ? Pour quoi faire ?* »

- Cependant une minorité de praticiens interrogés portent la charlotte :
« *Je mets systématiquement la charlotte et des lunettes de protection* »
« *Je mets la charlotte, pas de lunettes de protection car je porte mes lunettes de vue et je portais un masque y compris avant la crise du Covid19* »
« *Je ne porte jamais la charlotte, des gants stériles systématiquement pour la suture mais pas pour le pansement et avant le Covid19 je ne portais pas de masque* »

Concernant l'utilisation de gants non stériles :

- Il semble qu'ici encore l'habitude et la formation initiale aient une place dominante dans le mésusage des gants :
« *Je mets systématiquement des gants stériles parce que j'ai appris comme ça* »
« *J'ai appris avec gants stériles donc je fais avec gants stériles* »
« *Je mets des gants stériles systématiquement mais je ne me lave les mains qu'avec de la solution hydro-alcoolique sans lavage au savon doux* »
- La notion de confort pendant la réalisation du soin est avancée. Le port de gants stériles confère une meilleure dextérité du fait des tailles optimisées, de la souplesse du matériau utilisé ainsi qu'une sensation d'une sécurité supplémentaire du fait de la recouvrance plus complète des poignets de l'opérateur.
« *J'utilise souvent des gants stériles car ils sont plus confortables* »
« *Je suis plus confortable dans des gants stériles que non stériles* »
« *Je n'ai pas le même toucher avec des gants simples qu'avec des gants stériles, mais je suis d'accord que c'est mieux d'un point de vue des dépenses de santé* »
« *Mes poignets sont couverts par les gants stériles c'est plus propre je trouve* »
- Le rôle hémostatique du latex a aussi été évoqué et ce d'autant que les gants non stériles sont presque uniquement en vinyle aux urgences :
« *J'utilise des gants stériles parce que en cas de saignement il est plus facile de le stopper en comprimant directement avec le gant en latex* »

- Enfin, une minorité n'en portent pas pour des raisons de confort ou une application des recommandations :

« L'utilisation de gants stériles est la plupart du temps inutile à mon sens »

« J'utilise peu les gants stériles car ils ne sentent pas bon et laissent une odeur désagréable sur les mains et utilise plutôt des gants en vinyle. »

« Je me lave les mains à l'eau et au savon puis je me frictionne les mains à la solution hydro-alcoolique et n'utilise pas de gants stériles »

UTILISATION DES PANSEMENTS :

Les habitudes sont très différentes d'un praticien à l'autre et ce sans distinction entre seniors expérimentés et moins aguerris.

Certains praticiens ne font pas de pansement sauf pour les brûlures ou les patients en situation de précarité évidente pour garder un visu sur la plaie. D'autres recouvrent toutes les plaies avec un pansement sauf les plaies de cuir chevelu et de visage. Alors que certains s'adaptent à ce que le patient préfère pour la réalisation du pansement la plupart du temps.

Cela s'explique par :

- Une mauvaise connaissance des recommandations :

« Je ne connais pas les recommandations sur les pansements, je fais comme je le sens sur le moment »

« Je ne suis pas au fait des recommandations pour les pansements et ils sont faits le plus souvent par l'infirmier(e) »

- Un travail en association avec l'infirmière de secteur :

« Pour le pansement, j'ai assez facilement recours à l'infirmière lorsque j'ai un doute »

« L'infirmière fait le pansement pendant que je prépare les papiers de sortie »

UTILISATION DES RECOMMANDATIONS DANS LES PRATIQUES QUOTIDIENNES

L'attitude des praticiens vis à vis de ces recommandations n'est pas univoque :

- Utilisation comme un guide général :

« Il est évident que j'adapte les recommandations au contexte du patient et de

l'environnement ».

- Utilisation comme une règle intangible :

« Je suis les recommandations à la lettre quand je les connais »

- Refus d'application, sciemment ou par ignorance :

« Je n'ai pas suivi les recommandations qui étaient citées dans la thèse du Dr PETITPREZ car les habitudes sont là »

« Il m'arrive de ne pas respecter les recommandations par habitude et parfois par manque de temps »

« Je m'appuie sur mon expérience professionnelle et sur les bribes de recommandations qu'il me reste »

« J'avoue ne pas bien connaître les recommandations »

« Je ne fais pas ce qui est recommandé sur (...) je n'en vois pas l'intérêt »

SUGGESTIONS POUR L'AMELIORATION DES PRATIQUES :

Plusieurs éléments sont proposés pour optimiser la prise en charge des plaies :

- L'uniformisation de l'enseignement afin de pouvoir proposer un protocole d'enseignement unique et éviter l'auto-formation par mimétisme

« Je pense qu'il faut protocoliser la prise en charge des plaies notamment dans la partie enseignement auprès des externes et des internes »

« La prise en charge des plaies est une des pratiques qui diffère le plus d'un praticien à l'autre »

« J'ai appris à suturer réellement en tant qu'externe aux urgences pour pouvoir aider l'interne »

« Variation des niveaux des internes en fonction des terrains de stages effectués, plusieurs stages de chirurgie ou pas... »

« La formation initiale concernant les plaies en médecine est faible et peu encadrée à mon sens »

Le rappel fréquent des bonnes pratiques comme principale pédagogie est proposé, ce point étant ressorti majoritairement par les médecins les plus expérimentés en particulier ceux encadrant quotidiennement les internes.

« Faire régulièrement des rappels tous les 6 mois notamment au changement d'internes »

« En dehors de protocolisation et rappels réguliers je ne vois pas comment nous pouvons

améliorer les choses »

« La pédagogie par la répétition me paraît la plus adaptée »

- La création de dispositif d'uniformisation des soins

« Harmoniser la prise en charge même si la systématisation constante est ennuyeuse »

- La réalisation d'un support informatif tenant compte des dernières recommandations concernant la prise en charge des plaies à l'image des recommandations concernant les prescriptions antibiotiques.

« Un onglet informatique reprenant les recommandations en fonction du type de plaie, de la localisation, de la profondeur avec conduite à tenir, permettrait d'harmoniser les pratiques »

- Des moments d'échanges

« Des staffs pour parler de ces prises en charge seraient intéressants »

- La réorganisation physique de la disposition du matériel dans le SAUPA avec notamment la réorganisation du chariot de suture présent aux soins courts.

« Un tiroir destiné à la suture avec des charlottes, pas de gants stériles, des kits à suture serait probablement une bonne chose pour améliorer l'application des recommandations »

« Une optimisation du rangement avec un retrait des outils et éléments non recommandés comme les gants stériles »

- Une information consensuelle à dispenser au patient. Cette proposition a été évoquée à trois reprises avec deux axes différents :

Le premier ayant pour objectif de changer la mentalité générale des patients :

« Le lavage eau et savon est simple et est réalisable au domicile sur un appel 15 et je pense que ce n'est pas assez appliqué car mal compris par le patient »

« Il me semble bon de réexpliquer aux patients qui imaginent que la prise en charge d'une plaie doit être réalisée comme au bloc opératoire »

Le second axe concerne plutôt la bonne gestion de la plaie après le soin afin d'obtenir une cicatrisation et un rendu esthétique optimaux. Cette information est délivrée par la plupart des services de chirurgie mais non dispensée par le service des urgences.

« Il serait intéressant de faire une information post suture comme pour les régimes post colique néphrétique concernant le massage de cicatrice et la protection solaire car peu de praticiens parlent de la cicatrisation au patient »

Entretiens para-médicaux :

Sur les 6 infirmier(e)s interrogés (5 femmes et 1 homme), 3 avaient une expérience de plus de 5 ans dans un service d'urgence et 3 de moins de 5 ans.

Concernant la gestion primaire d'une plaie à l'accueil des urgences, la perception variait selon les personnes interrogées. Certains trouvaient cette gestion non complexe car la prise en charge était *« toujours la même »*.

Certains ont également souligné que la prise en charge à Amiens a été facilitée depuis quelques temps par la mise en place de protocole de prise en charge visant à les *« autonomiser »*

LAVAGE DE LA PLAIE : La majorité des infirmier(e)s d'accueil a fait part de la difficulté à ne pas utiliser d'antiseptique.

- Habitudes des pratiques

« Si le patient ne stipule pas d'allergie à l'iode j'arrose toujours ! »

« On en a à disposition alors pourquoi ne pas les utiliser ? »

« Le bénéfice-risque est en faveur de l'utilisation des antiseptiques pour un nettoyage acceptable ».

« Je mets quand même un peu de Bétadine® pour finir le lavage ».

- Pression sociale :

« Le patient ne comprend pas pourquoi on ne met pas de produit sur sa lésion »

« Cela m'est arrivé que certains patients me signalent que j'ai oublié de désinfecter leur plaie »

« Le patient demande de façon insistante un antiseptique car il n'en n'a pas chez lui »

- Réalisation correcte par une minorité :

« Je suis à la lettre les recommandations comme nous avait expliqué le Dr Petitprez »

« Si besoin je réexplique au patient que c'est comme cela que ça doit être fait » mais que « la plupart du temps le médecin en met (des antiseptiques) au moment de son soin. »

RECouvreMENT DE LA PLAIE :

La majorité du personnel infirmier déclare recouvrir la plaie, « *Systématiquement, avec une compresse stérile après lavage* » et trouve ça « *plus propre* ». La compresse utilisée est soit « *une compresse sèche à chaque fois* », soit « *une compresse humide systématiquement* ».

Il ressort aussi que le recouvrement de la plaie que certains effectuent est prioritairement fait à l'égard des « *autres patients en salle d'attente* » pour qu'ils ne « *voient pas la plaie* » et évitent ainsi l'apparition de « *malaise vagal à la vue du sang* » ou « *de gêne* ».

On notera également que dans certain cas, il a été rapporté que la plaie n'est tout simplement pas évaluée à l'accueil des urgences, majoritairement dans les cas où un pansement a été réalisé par des secouristes à l'extérieur ou une infirmière extérieure au service.

« *Si le pompier me dit que ça saigne beaucoup je ne déballe pas le pansement pour ne pas faire plus saigner* »

« *Si le pompier me dit que c'est propre il m'arrive, suivant le flux à l'accueil, de ne pas toucher au pansement* »

UTILISATION DES RECOMMANDATIONS DANS LES PRATIQUES QUOTIDIENNES

Une partie du personnel a déclaré se baser sur « *les bonnes pratiques* » et le « *bon sens* » dans l'attitude à adopter en fonction de « *l'aspect de la plaie, de ses caractéristiques et de celles du patient en général* », expliquant ainsi s'adapter « *au patient* » car « *chaque cas est différent* ».

Le reste des infirmier(e)s interrogés déclare se référer aux recommandations via la formation réalisée en 2019.

TYPE DE PANSEMENT REALISE A LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE :

- Une majorité se réfère au médecin :

« *En général le médecin me dit quel type de pansement il désire, pansement gras, pansement sec ou autre* »

« *Je demande au médecin ce qu'il veut que je mette dessus* »

Même s'il est reconnu que ce sont « *souvent les mêmes types de pansement en fonction de la localisation.* »

SUGGESTIONS POUR L'AMELIORATION DES PRATIQUES :

- Manque d'information sur les recommandations et flou sur les différentes indications :

« Si on ne nous donne pas les informations sur des recommandations claires on fait à notre sauce »

« C'est vrai que pour le moment il y a beaucoup de pratiques différentes en ce qui concerne les pansements »

- Communication à visée formatrice :

Au sein de l'équipe paramédicale :

« On ne se parle pas assez entre nous »

« Il faut améliorer les transmissions d'informations entre paramédicaux quand il y a une nouvelle recommandation »

Entre l'équipe médicale et paramédicale :

« Il est clair que je compte énormément sur les médecins pour nous transmettre les nouvelles recommandations »

« Il faut que les médecins nous donnent ces informations »

Entre cadre et infirmier(e)s

« Il faudrait que l'information soit aussi transmise des cadres de santé vers nous, sans cela il sera difficile d'uniformiser les pratiques »

- Défaut de réactualisation des connaissances :

« La dernière fois que j'ai relu la fiche ? Je ne m'en souviens pas »

« Oui en effet, il y a un poster mais ... »

DISCUSSION :

Tout d'abord, dans le cadre de l'interprétation de notre étude, trois points sont à préciser. Un nombre important de questionnaires n'ont pas été remplis entièrement et le système mis en place à savoir, ajouter une feuille dans le dossier du patient à son arrivée, est dépendant de l'IOA et donc sujet à oubli. De plus, nos questionnaires faisaient intervenir pour une seule prise en charge de plaie 3 acteurs différents multipliant ainsi le risque d'oubli de remplissage.

Il s'agit d'une étude mono-centrique intéressant le CHU d'Amiens-Picardie.

Et enfin, il est à noter l'influence d'évènements contextuels : la crise sanitaire, l'organisation interne du service.

Cette étude reste cependant inédite dans son entièreté, le sujet n'ayant été traité que par le Dr Petitprez en 2019. Le complément d'évaluation à 3 ans et l'analyse qualitative des obstacles rencontrés n'ont jamais été effectués dans la littérature.

Prise en charge à l'accueil :

Cette étude permet de mettre en évidence une conformité limitée à l'accueil. Il existe tout de même une persistance du bénéfice de la formation réalisée en 2019 concernant le lavage de plaie et la prise en charge de la plaie en attente de soin. Par contre, on note l'absence de respect avec une régression par rapport à 2019 après formation concernant les consignes limitant l'usage de la désinfection par antiseptiques.

On retrouve ce dernier point lors des entretiens avec l'équipe paramédicale qui fait face à des habitudes tenaces mais aussi à des croyances bien ancrées chez les patients concernant ce qu'ils pensent être une désinfection correcte.

Dans un premier temps, nous n'avons pas évalué les pratiques des médecins concernant la désinfection. Devant les réponses fournies par le personnel paramédical nous avons décidé d'approfondir ce point avec eux. Ainsi, parmi les médecins, nombre d'entre eux persistent aussi dans cette attitude par simple habitude. Ces derniers décrivent aussi un scepticisme important quant à l'usage unique d'un lavage à l'eau et au savon avec un sentiment de sécurité infectieuse lors de l'utilisation des antiseptiques.

Le recouvrement de la plaie est lui réalisé correctement dans une minorité des cas bien que le bénéfice de la formation persiste. Cette discordance des pratiques aux recommandations semble résulter d'un défaut d'information, le recouvrement étant fait dans de nombreux cas par égard

aux autres patients.

Nous n'avons pas étudié la réalisation du protocole d'antalgie anticipé à l'accueil celle-ci étant très subjective et nécessitant d'interroger le patient sur le niveau de soulagement.

Évaluation médicale :

Le taux d'adéquation varie en fonction des items étudiés. En effet, il est d'un relativement bon niveau pour l'hygiène des mains, l'usage du masque, le fils utilisé et les indications de l'antibiothérapie et le type de molécule utilisée.

On constate une perte du bénéfice de la formation sans pour autant un retour au niveau antérieur pour l'utilisation des gants contrairement au port du masque avec une adéquation parfaite. Cependant, l'utilisation systématique du masque dans le contexte de la crise sanitaire du Covid19 ne permet pas d'évaluer correctement cet item bien que certaines personnes interrogées ont déclaré le porter avant l'obligation du port du masque.

Il n'existe pas de différence significative pour l'utilisation d'une antibiothérapie ce qui cependant peut s'expliquer par le faible effectif de l'échantillon.

Le taux d'adéquation excellent quant à l'utilisation de fils non résorbables est biaisé du fait que ce sont les principaux fils disponibles aux urgences d'Amiens et que les fils résorbables sont accessibles moins facilement d'après le personnel.

Le taux d'adéquation est en nette diminution pour l'utilisation des autres EPI, de la durée de l'antibiothérapie, ainsi que les soins locaux prescrits sans pour autant de différence significative.

Il est à noter que la charlotte ne fait pas l'objet de recommandations dédiées, nous avons cependant recueilli cet élément pour faire un état des lieux des pratiques étant donné que son utilisation nous semblait aléatoire et disparate. Son intérêt est remis en question en cas d'absence de cheveux ou de cheveux bien attachés. Les charlottes étant rangées dans la réserve loin des kits de suture elles ne sont utilisées que lors que l'utilisateur est habitué à l'utiliser et convaincu de son intérêt.

Les raisons motivant le port de gants stériles sont nombreuses : confort d'utilisation, pouvoir hémostatique du latex, recouvrement plus important des poignets.

L'utilisation d'une anesthésie doit être systématique cependant seulement un peu plus de la moitié des patients en ont bénéficié et ce taux est même en décroissance par rapport au taux pré-formation. Bien que les raisons à ces manquements n'aient pas été étudiées on peut évoquer en plus de la méconnaissance des recommandations, un défaut de remplissage des

questionnaires, des plaies ne nécessitant pas forcément de soins techniques comme les dermabrasions ou encore le choix du patient notamment si peu de points de suture sont nécessaires.

Prise en charge para-médicale après le soin :

L'adéquation des pratiques du personnel paramédical est aussi limitée.

Les antiseptiques sont là aussi utilisés en excès et même moins bien utilisés qu'après la formation initiale.

Le pansement réalisé était conforme dans une nette minorité des cas, cependant il n'existe pas de différence significative avec les 2 groupes de 2019. Ce point reste très flou lors des interrogatoires, les médecins et les infirmiers comptant les uns sur les autres pour savoir quel pansement est le plus adapté. Cela semble résulter d'un défaut de formation mais pose aussi la question de la responsabilité du choix de pansement.

Proposition d'amélioration :

D'un point de vue général, le défaut d'information semble être la principale raison évoquée par le personnel médical ou paramédical pour expliquer la discordance des pratiques avec les recommandations. Les habitudes anciennes liées notamment à ce que les praticiens ont appris lors de leur formation initiale contribuent aussi à une mauvaise application des recommandations.

L'obstacle ressortant le plus souvent et le plus facilement améliorable reste donc le défaut d'information voire de formation.

Une partie de l'effectif avait déjà été formé par le Dr Petitprez en 2019. Cependant les internes changent de terrain de stage tous les 6 mois et l'équipe paramédicale subit un renouvellement rapide. Ainsi de nombreuses personnes évaluées dans notre étude n'avaient donc probablement pas bénéficié de la formation en 2019.

En outre, le Dr Petitprez avait réalisé des affiches qui sont toujours accrochées dans les box de consultations des urgences mais ne sont pas relues régulièrement.

Ainsi dans le cadre de l'optimisation de la prise en charge des plaies au sein de nos urgences, nous pouvons proposer :

- Une information dispensée de manière systématique aux nouveaux internes arrivant

en stage, sous forme de cours lors de la journée d'accueil et d'une plaquette plastifiée comportant le rappel des principales recommandations, les durées d'antibiothérapie et les types de pansement à utiliser sous forme d'algorithme.

- Une révision des pratiques au sein du service une à deux fois par an pour l'équipe médicale et paramédicale sous forme de staff et/ou de courte information par mail.
- Une fiche de rappel synthétisant tout ce qui nécessite une prescription médicale et au sujet desquelles les questions reviennent fréquemment (pansements, soins locaux, antibiothérapie, durée de maintien des fils de suture). Cette fiche pourrait être affichée au niveau du poste de travail de l'interne ou du sénior du circuit court.
- Plus spécifiquement pour le personnel paramédical, les cadres de santé pourraient avoir un rôle à jouer notamment dans la diffusion des informations et des dernières recommandations.

L'information du patient nous paraît indispensable pour couper court aux idées reçues. Une information claire, correctement comprise entrainera une meilleure adhésion aux modalités de soins. Cela pourra être obtenu par :

- Une information orale délivrée par le soignant (infirmier(e)s et médecins) et directement au moment du soin
- Une information écrite par le biais d'affiche dans la salle d'attente ou dans les box de consultation que les patients auraient le temps de lire le temps qu'ils patientent en attendant leur prise en charge.

CONCLUSION

Notre étude permet de mettre en évidence de manière générale un taux d'adéquation aux recommandations satisfaisant avec des lacunes portant sur la désinfection, le lavage, la conduite en attendant le soin, l'utilisation des gants, la réalisation des soins locaux et les pansements réalisés.

On note particulièrement une régression concernant la désinfection. Sur certains points comme l'hygiène des mains les équipes ont continué de s'améliorer depuis la formation de 2019. Il persiste le bénéfice de la formation pour le lavage et la conduite en attendant le soin

Les obstacles rencontrés par les équipes tiennent principalement à un défaut de formation avec une absence de rappel régulier. La pression sociale exercée par le patient, qui est accessible à une éducation thérapeutique, s'oppose aussi à une bonne application des recommandations.

Les habitudes de pratiques basées sur l'expérience individuelle personnelle et la formation initiale font aussi partie des principaux obstacles qui paraissent cependant plus difficile à corriger.

Diverses solutions peuvent être proposées notamment sur le plan de la formation en améliorant la communication inter-équipe et hiérarchique. Ainsi, varier les supports et augmenter les fréquences de rappel permettraient de réactualiser régulièrement les connaissances.

BIBLIOGRAPHIE

1. Carpentier F, Ficarelli A, Jehle E, Joye F, Lebrin P, Lestavel P, et al. COMMISSION DU CONSENSUS. 2005;47.
2. Schommer NN, Gallo RL. Structure and function of the human skin microbiome. *Trends in Microbiology*. déc 2013;21(12):660-8.
3. Greaves NS, Ashcroft KJ, Baguneid M, Bayat A. Current understanding of molecular and cellular mechanisms in fibroplasia and angiogenesis during acute wound healing. *Journal of Dermatological Science*. déc 2013;72(3):206-17.
4. Guo S, DiPietro LA. Factors Affecting Wound Healing. *J Dent Res*. mars 2010;89(3):219-29.
5. Velnar T, Bailey T, Smrkolj V. The Wound Healing Process: An Overview of the Cellular and Molecular Mechanisms. *J Int Med Res*. oct 2009;37(5):1528-42.
6. Werner S, Grose R. Regulation of Wound Healing by Growth Factors and Cytokines. *Physiological Reviews*. juill 2003;83(3):835-70.
7. Poetschke J, Gauglitz GG. Current options for the treatment of pathological scarring. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. mai 2016;14(5):467-77.
8. Spronk I, Legemate C, Oen I, van Loey N, Polinder S, van Baar M. Health related quality of life in adults after burn injuries: A systematic review. Zhang HL, éditeur. *PLoS ONE*. 24 mai 2018;13(5):e0197507.
9. Mouton J, Houdre H, Beccari R, Tarissi N, Autran M, Auquit-Auckbur I. Surgical exploration of hand wounds in the emergency room: Preliminary study of 80 personal injury claims. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. déc 2016;102(8):1009-12.
10. Nassab R, Kok K, Constantinides J, Rajaratnam V. The diagnostic accuracy of clinical examination in hand lacerations. *International Journal of Surgery*. avr 2007;5(2):105-8.
11. Nowicki J, Stew B, Ooi E. Penetrating neck injuries: a guide to evaluation and management. *annals*. janv 2018;100(1):6-11.
12. Société française de médecine d'urgence, Société française et francophone des plaies et cicatrisation, Société française de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. Plaies aiguës en structure d'urgence. Référentiel de bonnes pratiques. Société française de médecine d'urgence.
13. Tayeb BO, Eidelman A, Eidelman CL, McNicol ED, Carr DB. Topical anaesthetics for pain control during repair of dermal laceration. Cochrane Anaesthesia Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 22 févr 2017 ; Disponible sur:

<https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005364.pub3>

14. Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. Cochrane Wounds Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. 15 févr 2012 ; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003861.pub3>
15. Sterpione F, Mas K, Rippon M, Rogers A, Mayeux G, Rigaudier F, et al. The clinical impact of hydroresponsive dressings in dynamic wound healing: Part I. *J Wound Care*. 2 janv 2021;30(1):15-24.
16. Khan MN, Naqvi AH. Antiseptics, iodine, povidone iodine and traumatic wound cleansing. *Journal of Tissue Viability*. nov 2006;16(4):6-10.
17. Prevaldi C, Paolillo C, Locatelli C, Ricci G, Catena F, Ansaloni L, et al. Management of traumatic wounds in the Emergency Department: position paper from the Academy of Emergency Medicine and Care (AcEMC) and the World Society of Emergency Surgery (WSES). *World J Emerg Surg*. déc 2016;11(1):30.
18. Quinn JV, Polevoi SK, Kohn MA. Traumatic lacerations: what are the risks for infection and has the ‘golden period’ of laceration care disappeared? *Emerg Med J*. févr 2014;31(2):96-100.
19. Eliya-Masamba MC, Banda GW. Primary closure versus delayed closure for non bite traumatic wounds within 24 hours post injury. Cochrane Wounds Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. 22 oct 2013 ; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008574.pub3>
20. Perelman VS, Francis GJ, Rutledge T, Foote J, Martino F, Dranitsaris G. Sterile versus nonsterile gloves for repair of uncomplicated lacerations in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*. mars 2004;43(3):362-70.
21. Martin P. Enquête de pratique sur la prise en charge des plaies aiguës au service d’accueil des urgences adultes du CHU d’Amiens-Picardie. Mémoire : Médecine d'urgence. 2019
22. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 1 mars 2001;56(3):M146-57.

ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire

ETUDE SUR LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES AUX URGENCES

Bonjour à tous,
Vous allez prendre en charge un patient présentant une plaie.
Le but de ce travail est d'évaluer notre prise en charge des plaies pour pouvoir les améliorer.
Merci d'entourer la/les réponse(s) adéquate(s).
Je compte sur vous pour mener à bien ce travail.

**QUAND LE PATIENT EST SORTANT DES URGENCES,
merci de mettre cette feuille dans le dossier
patient à retourner aux secrétaires du service**

Je compte sur vous pour recruter un maximum de patients et que chacun remplisse au mieux les questionnaires.

JE VOUS REMERCIE POUR VOTRE IMPLICATION

Cyril VANGHELUWE
Martin PETITPREZ

À remplir par l'IOA :

Apparition de la plaie : <12h / 12-24h / >24h

Type de plaie : Coupure / Contusion / Morsure / Déchirement / Plaie chronique / Brûlure / Dermabrasion

Aspect de la plaie : Propre / Souillée

Localisation de la plaie : Visage / Cuir chevelu / Membre / Tronc / Main

Soins pratiqués à l'accueil : Antalgie / Désinfection par antiseptique / Lavage à l'eau courante / Lavage à l'eau stérile / Lavage à l'eau et au savon / Trempage dans une solution antiseptique / Application lidocaïne

En attendant l'évaluation médicale : laissée à l'air / Pansement sec / Pansement hémostatique / Compresse humide / Compresse bétadinée

À remplir par le médecin prenant en charge le patient :

Opérateur : Interne / Senior

Type de plaie : Superficielle / Délabrée / Profonde / Souillée / Signes inflammatoires

Hygiène des mains : Non / Lavage avec savon doux / Friction hydro-alcoolique / Lavage avec savon doux puis friction hydro-alcoolique

Matériel utilisé : Gants non stériles / Gants stériles / Charlotte / Masque chirurgical / Lunette / Casaque stérile

Anesthésie : Non / Locale par crème patch ou spray / Locale par infiltration intradermique / Locorégionale

Exploration : Oui / Non

Besoin d'un avis spécialisé : Oui / Non

Si Oui, pourquoi ? : Plaie profonde / Localisation / Plaie souillée / Plaie délabrée / Lésion d'organe noble sous-jacent

Technique : Cicatrisation dirigée / Sutures adhésives / Colles dermique / Agrafe / Points de suture

Fil : Pas besoin / Résorbable / Non résorbable

Comorbidités : Aucun / DNID / Fragile / Agé / Polypoathologique

Prescription d'antibiothérapie : Non / Amoxicilline / Amoxicilline + acide clavulanique / Pristinamycine / Fluoroquinolone / Marcolide

Durée de l'antibiothérapie : _____

Réadressez-vous votre patient vers son médecin généraliste pour surveillance : Oui / Non

Soins locaux prescrits : Aucun / Laisser à l'air / Pansement sec / Application de vaseline / Tulle gras

A remplir par l'infirmière en charge du patient :

Solution antiseptique après la suture : Oui / Non

Pansement réalisé : Laissée à l'air / Pansement gras / Pansement bétadiné / Pansement sec

Annexe 2 : Grilles d'entretien

Grille d'entretien partie paramédicale

- *Quels soins locaux faites-vous à l'accueil d'un patient présentant une plaie ?
-recouvrez-vous la plaie ou non à la fin de l'accueil et pourquoi ?
- *Que pensez-vous personnellement d'un lavage eau et savon sans désinfection aux antiseptiques dans la prise en charge des plaies ?
- *Quel type de pansement faites-vous lors de la fin de la prise en charge ? pourquoi pensez-vous qu'il est le plus adapté ?
- *Quelles seraient vos suggestions pour améliorer l'application des recommandations ?

Grille d'entretien partie médicale

- *Quelle est votre attitude à l'arrivée d'une plaie aux urgences concernant notamment le lavage et les soins ?
- *Comment vous préparez vous avant la réalisation du soin ?
 - Que pensez-vous de l'utilisation de la charlotte lors d'une suture ?
 - Que pensez-vous du port de gants stériles lors d'une suture ?
- *Quel type de pansement faites-vous lors de la fin de la prise en charge ? pourquoi pensez-vous qu'il est le plus adapté ?
- *Comment utilisez-vous les recommandations dans votre pratique quotidienne ? Quelles seraient vos suggestions pour améliorer l'application des recommandations ?

Annexe 3 : critères de Fried

Au moins 3 critères parmi :

- Perte de poids de plus de 5% par an
- Fatigue subjective
- Activité physique : aucune ou moins de 1 à 2 marche(s) par semaine
- Vitesse de marche : difficulté à marcher 100m
- Force musculaire : faiblesse en serrant la main