

# *A la recherche d'un soin de qualité Les pansements dans un service d'hémodialyse*

Mmes LAGHDASS et LEFEBVRE - Hémodialyse- C.H. Germon-Gauthier - BÉTHUNE

## **INTRODUCTION**

Nous allons vous parler des travaux menés sur 2 années, (1997 et 1998) au sujet de la prise en charge des pansements effectués dans notre service d'hémodialyse de Beuvry.

Nous allons procéder par ordre chronologique en vous parlant en :

### **Première partie :**

- de l'historique
- du bilan
- la conclusion

### **Deuxième partie :**

De notre démarche employée au sein du service en différenciant :

- les objectifs
- les moyens
- les actions
- l'évaluation
- notre conclusion

### **Troisième partie**

Les statistiques représentant le reflet du nombre de pansements pris en charge dans le service en 97 et 98.

## **PREMIÈRE PARTIE AVANT 1997**

### **Historique**

#### **Présentation du service**

Le service d'hémodialyse de Beuvry est un bâtiment annexe relié au Centre

Hospitalier par un ascenseur et une passerelle couverte mais non chauffée et très froide l'hiver.

Le bâtiment principal comprend 5 étages. Le service de néphrologie est situé au 5<sup>ème</sup> étage ainsi que le service d'endocrinologie où s'effectuent les pansements d'ulcère de tous nos patients dialysés et de tous les patients de l'hôpital. Les pansements chirurgicaux, quant à eux, sont pris en charge en hémodialyse par l'équipe d'infirmières pendant la séance.

### **Organisation des pansements avant 1997**

Les pansements d'ulcères sont donc effectués au 5<sup>ème</sup> étage dans le bâtiment principal de l'hôpital.

Une infirmière diplômée d'état formée pour «le pied diabétique» s'occupe du suivi de tous nos pansements d'ulcère.

Elle convoque les patients une fois par mois.

l'IDE d'endocrino assure :

- le choix des soins locaux
- les ordonnances pour le retour à domicile
- la feuille de suivi de soin local qui nous est destinée
- elle n'avait pas la possibilité de faire intervenir toujours un médecin endocrinologue pour assurer un suivi médical.

Le patient dialysé se fait conduire en endocrinologie pour effectuer son pansement soit avant soit après sa séance.

L'infirmière d'endocrinologie effectue son soin local et remplit une feuille de transmissions qui nous est destinée.

### Bilan

Présentation des points négatifs et positifs en ce qui concerne la prise en charge des pansements en endocrinologie en différenciant :

- le patient,
- l'infirmière d'endocrinologie,
- l'infirmière d'hémodialyse et l'aide-soignante,
- le brancardier,
- le local,
- les transmissions.

À la suite du bilan, nous avons conclu.

### CONCLUSION

Manque de contact entre l'infirmière d'endocrinologie et l'équipe d'hémodialyse.

(séparation des deux bâtiments, pas de rencontre entre personnel)

Manque de sensibilisation au sein de l'équipe d'hémodialyse.

Initiative limitée voire contradictoire  
Frustration

D'où la nécessité et le besoin d'effectuer une réflexion pour améliorer cette organisation et surtout le confort et la sécurité du patient.

## DEUXIÈME PARTIE NOTRE DÉMARCHE

### Objectifs

#### Court terme

- 1) Améliorer l'organisation.
- 2) Améliorer le mode de transmission entre les services.
- 3) Former le personnel infirmier à la spécificité des pansements d'ulcères pour une meilleure collaboration.

#### Moyen terme

- 1) Assurer un suivi correct du traitement local. Faire intervenir le médecin dans le suivi des pansements.
- 2) Alléger le travail des aides-soignantes (plus de distributions de repas) et des brancardiers (éviter les allées et venues).

#### Long terme

- 1) Améliorer la qualité et la continuité des soins :
  - prévoir une salle adaptée pour la réalisation des pansements,
  - établir une feuille de transmissions efficace.

### Moyens

- 1) Concertation entre les médecins et l'encadrement infirmier pour une meilleure organisation.
- 2) Arrivée d'un médecin dermatologue dans le service d'hémodialyse en 1997.
- 3) Augmentation du quota de matériel.
- 4) Conseils donnés par le médecin dermatologue.
- 5) Elaboration d'une feuille de suivi plus adaptée.

### Actions

A la suite de cette concertation entre les médecins et l'encadrement infirmier du service, il a donc été décidé que nous prendrions en charge tous les pansements de nos patients, et que ceux-ci s'effectueraient dans le service d'hémodialyse avec la collaboration de la dermatologue arrivée en 1997.

#### 1) Matériel

- pharmacie :  
Augmentation du quota des produits des soins locaux,
- stérilisation et économat :  
Dotation plus importante et matériel plus adapté à nos besoins.

#### 2) Personnel

- A - Paramédical :
  - formation : des conseils ont été donnés par la dermatologue.

- un protocole pansement a été élaboré par l'équipe soignante :
  - pour avoir la même façon de travailler
  - pour respecter les règles d'hygiène
  - pour évaluer notre façon de faire
  - pour réajuster notre travail.

#### B - Médical

- adaptation des horaires de la dermatologue qui est présente les mardis et vendredis dans le service pour couvrir les quatre séances d'hémodialyse. Les autres jours, il y a la présence du néphrologue s'il y a un problème type allergie cutanée, éruption, infection...

### 3) Amélioration de l'outil de transmission

En 1997, une première feuille de transmission avait été élaborée par l'équipe soignante et la dermatologue pour visualiser l'évolution des lésions et les traitements locaux. Elle était constituée d'un tableau affichant certains critères qu'il suffisait de cocher ; elle était identique pour les pansements chirurgicaux et les pansements d'ulcères.

En 1998, l'évaluation de cette feuille a montré des dysfonctionnements. Une seconde étude a donc été réalisée.

Nous nous sommes dirigés vers l'élaboration de 2 feuilles de couleur distincte, sous forme de tableau :

- une feuille pour le suivi des pansements dits "chirurgicaux", spécialement adaptée pour les pansements post-chirurgicaux (fav, laparotomie...) (*feuille bleue, annexe 1*)
- une feuille double pour le suivi des pansements dits "ulcéreux" qui englobait les délabrements cutanés : ulcère, mal perforant plantaire, escarre... (*feuille blanche, annexe 2*).

NOM	
DIABETIQUE	NON DIABETIQUE
FIL	AGRAFES
LOCALISATION :	
DATE DE L'INTERVENTION:	
DATE ABLATION FILS AGRAFES	
ALLERGIE:	
DATE	
IDE	
PLAIE	
PROPRE	
SUINTANTE	
FIBREUSE	
INFLAMMATOIRE	
NECROTIQUE	
NETTOYAGE	
EAU BORIQUEE	
CHLOREXIDINE	
BETADINE SCRUBB	
PANSEMENT	
TULLE GRAS	
ANTIBIOTULLE	
BETADINE SCRUBB	
MECHAGE	
SEC	
PRELEVEMENT	
TEMPS	
<5 mn	
5 a 15 mn	
>15 MN	
TRANSMISSION	PANSEMENT SIMPLE

DIABETIQUE		NON DIABETIQUE		NOM	
LOCALISATION		ALLERGIE		DATE	
FOND		BORDS		NETTOYAGE	
PROPRE		FINS		EAU BORIQUEE 1%	
BOURGEONNANT		FPAIS		SERUM PHYSIOLOGIQUE	
FIBREUX		INFLAMMATOIRES		BAIN	
SUINTANT		ELASE		DETERSION	
PURULENT		FAU BORIQUEE(pst humide)		CURETTE	
NECROTIQUE		SCAPEL		PANSEMENT	
ANTIBIOTIQUES LOCAUX		TULLE GRAS		ANTIBIOTULLE	
FUCIDINE		BETADINE TULLE		HYDROCOLLOIDE	
FI AMMAZINE		MECHAGE		BETADINE POMMADE	
TTT PEAU AVOISINANTE		PST ALGINATE		PRELEVEMENT	
PATE A L'EAU		ANTIBIOTIQUES LOCAUX		TEMPS	
RIAFINE		FUCIDINE		<5 mn	
CREME A L'UREE		FI AMMAZINE		5 a 15 mn	
COLD CREAM		TTT PEAU AVOISINANTE		>15 mn	
COLD CREAM CORTISONNEE		PATE A L'EAU		TRANSMISSION	
VASELINE SALICYLEE		RIAFINE		PANSEMENT SIMPLE	
TTT ASSOCIEE		CREME A L'UREE			
ATB VOIE GENERALE		COLD CREAM			
MYCOSE ASSOCIEE		COLD CREAM CORTISONNEE			
PRELEVEMENT		VASELINE SALICYLEE			
TEMPS		TTT ASSOCIEE			
<5 mn		ATB VOIE GENERALE			
5 a 15 mn		MYCOSE ASSOCIEE			
>15 mn		PRELEVEMENT			
TRANSMISSION		TEMPS			
		<5 mn			
		5 a 15 mn			
		>15 mn			
		TRANSMISSION			

Nous voulions que ces feuilles soient :

- précises
- fonctionnelles

En plus de ce tableau, nous ajoutons une feuille de transmissions paramédicales pour y noter éventuellement des explications supplémentaires :

- résultat de prélèvement
- évolution détaillée de la ou des lésion(s).

Cette feuille de transmissions et le double tableau sont remplis par l'infirmière qui effectue le pansement ou la dermatologue. Elles sont regroupées dans un classeur sur le chariot de pansements et doivent être remplis de façon systématique à chaque changement de thérapeutique ou sinon en fin de semaine pour assurer un suivi constant.

## Evaluation

Les principaux objectifs ont été atteints :

- 1) Une meilleure qualité de soins.
  - soins locaux adaptés et réajustés à chaque séance.
  - présence d'un avis médical,
  - possibilité pour le dermatologue de diagnostiquer d'autres lésions et d'être à l'écoute du patient,
  - prescriptions thérapeutiques faites en fonction des habitudes de vie de la personne soignée,
  - prescriptions d'antalgiques adaptées au patient.
- 2) La prise en charge globale du patient.
 

Le patient est sécurisé car il nous connaît bien. L'IDE d'hémodialyse

connaît ses habitudes de vie.

- 3) Amélioration du confort du patient
 

Plus de déplacement et moins de fatigue pour la personne soignée.
- 4) Des transmissions efficaces
 

La continuité des soins est donc assurée par un suivi correct et permanent.
- 5) Un personnel sensibilisé et formé.
- 6) Cependant un problème reste posé :
 

il n'y a pas de local adapté pour effectuer les pansements en hémodialyse, les soins se font en salle commune pendant la séance.

### CONCLUSION

Notre démarche pour améliorer ce soin est en route depuis 2 ans, mais ne reste pas définitive. Toutes les remarques ou nouvelles propositions de l'équipe soignante sont précieuses pour une remise en question si nécessaire.

Le protocole pansement a été évalué et validé par l'équipe ; par contre la nouvelle feuille de suivi sera évaluée dans le courant de l'année 1999.

En ce qui concerne le patient, il est satisfait de cette nouvelle procédure et du confort qu'elle lui apporte.

Le personnel infirmier, lui, a le sentiment d'apporter une qualité de soins meilleure pour le patient, même si c'est au prix d'une charge de travail plus importante. Mais nous pouvons conclure.

NOUS ETIONS A LA RECHERCHE D'UN SOIN DE QUALITÉ, ET GRACE AU DYNAMISME ET LA SENSIBILISATION D'UNE ÉQUIPE NOUS Y SOMMES PARVENUS. CEPENDANT, L'ÉQUIPE RESTE VIGILANTE SUR L'ÉVALUATION DE CETTE DÉMARCHÉ.

### TROISIÈME PARTIE LES STATISTIQUES

#### Nombre de pansements pris en charge en 1997-1998

#### Pansements chirurgicaux . . . .107

Laparotomie et autres . . . . .13

Pansements d'ablation de cathéter DP . . . . .5

Intervention sur FAV ou cathéters centraux . . . . .89

Pansements de jambes . . . . .32

Amputations . . . . .15

pansements type ulcéreux . . . . .17

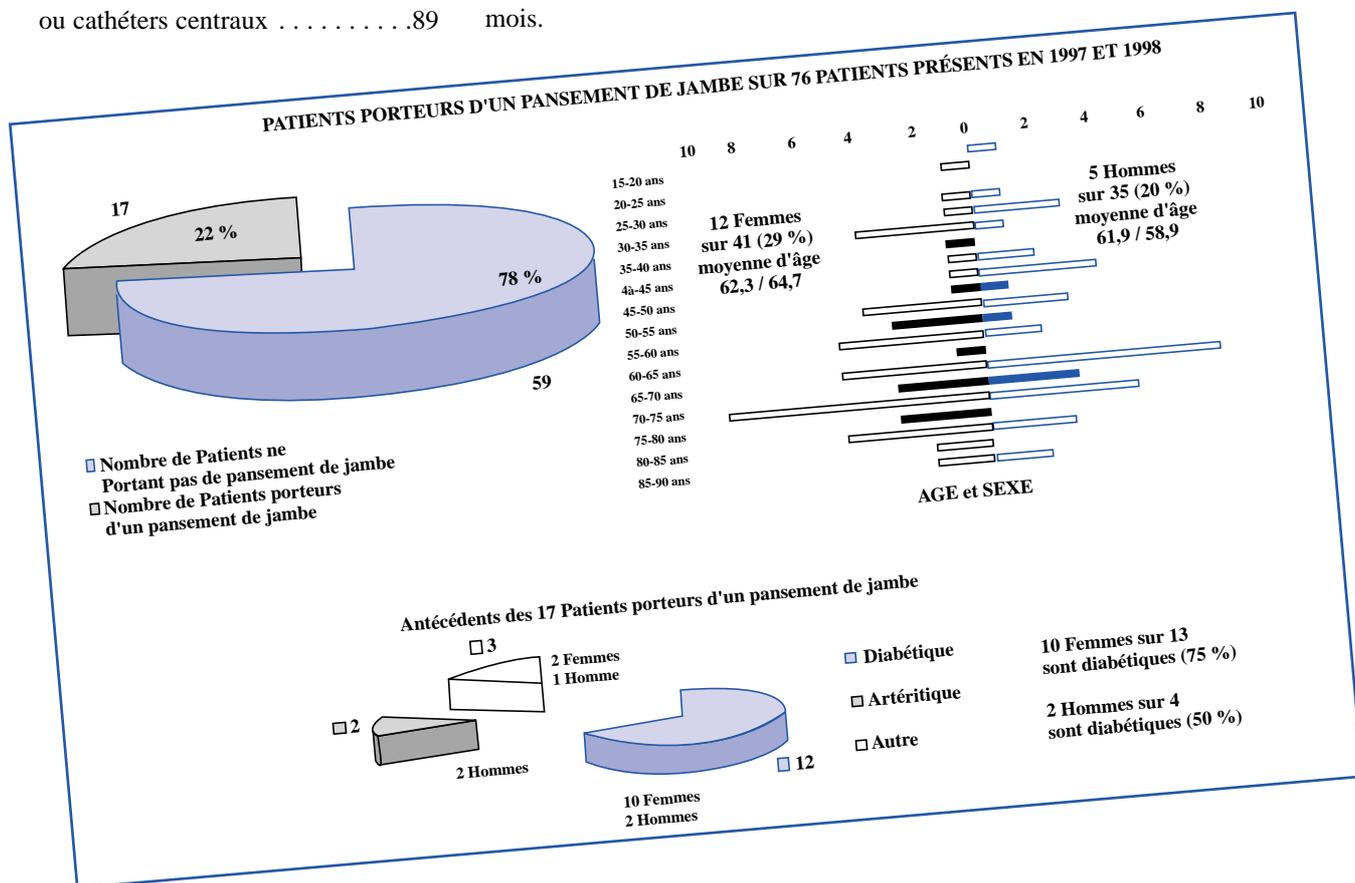
Cette population représente 76 patients.

#### Nous avons pris en charge

Seuls les pansements de jambe vont être le sujet de l'étude puisque les pansements chirurgicaux ont une évolution rapide (10 à 15 jours) et la durée du soin est souvent inférieure à 5 mn.

#### Statistiques

Cette étude se base sur deux années. Elle cible les patients présents en 1997 et 1998, ayant au moins un traitement d'épuration minimal de 6 mois.



## Patients porteurs de pansements de jambe

A) Le nombre de patients porteurs d'un pansement de jambe par rapport à la population ciblée est de 17 patients, ce qui représente 22% :

- 12 femmes

- 5 hommes sont porteurs de ces pansements

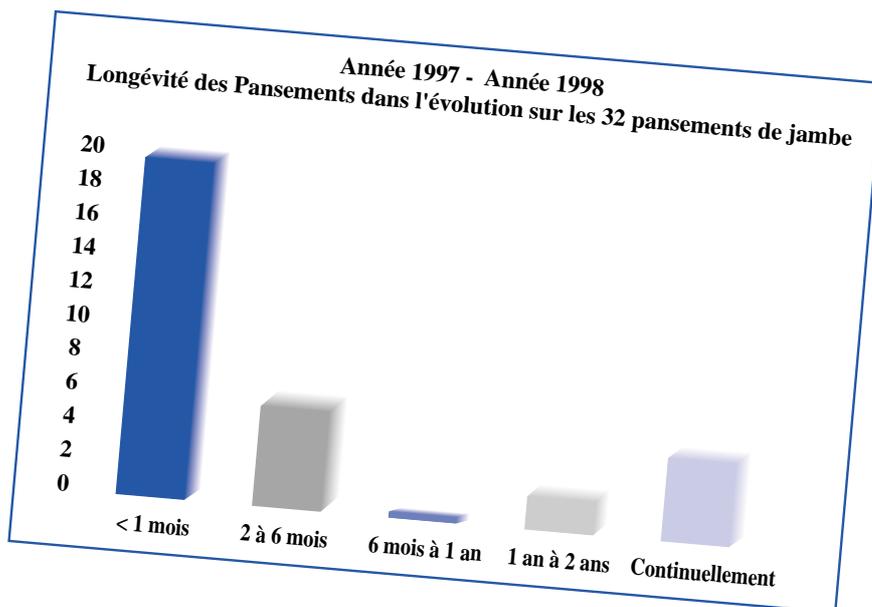
ce qui représente 29% de la population féminine et 20% de la population masculine.

B) La moyenne d'âge de ces 17 patients se situe à 62,1. Elle rapproche de très peu celle des 76 patients qui est de 61,8 ans.

Par contre nous pouvons remarquer que les 12 femmes ont une moyenne d'âge inférieure à la moyenne des 41 femmes.

Les 5 hommes ont une moyenne d'âge supérieure à la moyenne des 35 hommes. Par contre les personnes âgées de plus de 75 ans ne sont pas touchées.

Les antécédents de ces 17 patients : sont soit diabétiques, artéritiques et autres.



Les femmes diabétiques sont les plus touchées : environ 75% de la population féminine et 25% pour les hommes.

## I Les pansements de jambe

### A) leur répartition

Il y a eu 15 amputations et 17 pansements de type ulcéreux. Notons qu'un patient peut avoir une ou plusieurs amputations ou un ou plusieurs pansements.

### B) longévité de ces pansements

La majorité des pansements ont une évolution favorable ; par contre nous pouvons noter que 7 pansements ont une longévité très longue. Ce qui représente un pourcentage de 22%.

### C) temps passé pour le soin

Temps qui n'est pas à négliger pour la charge de travail. Environ 15h/semaine.