



UNIVERSITÉ DE LILLE

**DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

**Année : 2024**

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

MENTION : URGENCES

**La promotion vaccinale aux urgences à partir de la prise en soins par l'infirmier des patients consultant pour une plaie traumatique aiguë**

Présenté et soutenu publiquement le 1<sup>er</sup> juillet 2024 à 10h50 à Lille (département facultaire de médecine Henri Warembourg)

**Par Mathilde DESCAMPS**

**JURY :**

**Président du jury : Monsieur le Professeur Éric WIEL**

**Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur Romain DEWILDE**

**Enseignant infirmier : Madame Véronique KOZLOWSKI**

**Département facultaire de médecine Henri Warembourg**

**Avenue Eugène Avinée**

**59120 LOOS**



## Remerciements

Au Président du jury, Monsieur le Professeur Éric WIEL,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame Véronique KOZLOWSKI, enseignante infirmière,

Je vous remercie pour votre engagement dans l'évolution de la profession infirmière ainsi que pour votre contribution dans l'évaluation de mon travail.

A mon directeur de mémoire, Monsieur le Docteur Romain DE WILDE,

Je vous fais part de ma reconnaissance d'avoir accepté de diriger ce mémoire. Je vous remercie pour vos conseils avisés, votre disponibilité, votre soutien ainsi que tous vos encouragements apportés au cours de ce projet. Votre engagement m'est précieux.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique, à l'ensemble des professionnels de santé rencontrés au cours de cette formation,

Je vous remercie pour l'ensemble des ressources que vous m'avez apportées qu'elles soient théoriques, pratiques ou relationnelles. Elles me sont, sans aucun doute, grandement utiles dans mon développement au sein des sciences infirmières.

A ma famille,

Je vous remercie pour le soutien que chacun de vous m'a apporté, tant dans l'élaboration de ce travail de recherche que dans mon parcours scolaire et universitaire. Votre investissement m'est inestimable.

A Germaine,

Je te remercie du modèle que tu représentes. Ta détermination et ta force de vivre m'ont tellement appris. Ton humour et ta joie de vivre m'ont tant apporté. Les moments de vie vécus à tes côtés sont gravés pour l'éternité. Tu es la plus belle des étoiles et certainement, celle qui brille le plus.

A Quentin,

Je te remercie du soutien inconditionnel et des encouragements que tu m'apportes depuis mon entrée en IFSI. Tes compétences, ton expérience et ta vision du soin n'ont sans aucun doute

contribué à ma construction en tant que professionnelle de santé. Ta patience, ton ouverture d'esprit et ton humanité sont source d'inspiration. Notre amitié m'est chère.

A mes collègues de promotion, Coralie et Orlane, et mes collègues de mention, Emilie et Annah, Je vous remercie de vos encouragements tout au long de ces deux années. Votre solidarité constitue une ressource considérable à mes yeux. Vos parcours personnels et professionnels forgent le respect et sont source d'inspiration pour moi. Je vous suis reconnaissante pour tous ces moments partagés avec vous.

# Sommaire

**Remerciements**

**Sommaire**

**Introduction générale.....1**

**Partie I – INTRODUCTION BIBLIOGRAPHIQUE.....2**

1. La vaccination.....2

2. Les plaies.....9

**Partie II – METHODE.....15**

1. Type d'étude.....15

2. Population.....15

3. Recueil des données.....16

4. Analyse des données.....17

5. Aspects éthiques et réglementaires.....17

**Partie III – RESULTATS ET ANALYSE.....18**

**Partie IV – DISCUSSION.....32**

1. Le résultat principal.....32

2. Comparaison avec la littérature.....35

3. Les limites de l'étude.....35

4. Les perspectives.....36

**Conclusion.....37**

**Bibliographie**

**Table des figures**

**Tables des matières**

**Annexes**

## Introduction générale

Au cours de la prise en soins d'une plaie aiguë traumatique aux urgences, les soignants vérifient de manière systématique l'état vaccinal antitétanique du patient. Si celui-ci n'est pas à jour, il est actualisé par le biais de la vaccination et/ou de l'administration d'immunoglobulines selon le risque tétanigène de la plaie. On pourrait alors supposer qu'un patient qui n'est pas à jour de ses vaccinations antitétaniques n'est pas non plus à jour concernant les autres rappels vaccinaux. Or, un faible intérêt est porté aux autres vaccinations.

La vaccination représente pourtant la première méthode de prévention. [1] Alors que la promotion vaccinale pourrait permettre d'améliorer la couverture vaccinale en identifiant les patients nécessitant une réintégration dans un parcours de soins ou en identifiant les sujets à risque concernés par des vaccinations spécifiques, qu'en est-il sur le terrain ? Quelle est sa place aux urgences ?

On peut alors légitimement se poser la question : si le temps manque pour aborder la question de la vaccination de manière générale, pourquoi ne manque-t-il pas pour poser la question de la vaccination antitétanique ? C'est bien sûr parce que les soignants choisissent les questions qu'ils posent ou qu'ils ne posent pas : ils priorisent. Le temps est le même pour tout le monde, la façon dont il est utilisé dépend de chacun. Parmi les nombreuses contraintes qui guident cette utilisation, aucune n'est plus décisive que les choix que fait l'individu. Ce qui importe est donc de comprendre ce qui guide ces choix. Pourquoi choisir le tétanos ? Comment s'est construit ce parti pris ? En quoi la vaccination antitétanique n'est-elle pas au même plan que les autres ?

L'objectif principal de l'étude est l'analyse des pratiques infirmières afin d'identifier la place de la promotion vaccinale aux urgences à partir de la prise en soins des patients consultant pour une plaie aiguë traumatique. L'hypothèse de recherche est : la prise en soins d'un patient consultant aux urgences pour une plaie aiguë traumatique constitue un levier dans l'amélioration de la couverture vaccinale à partir d'une démarche de promotion de la santé.

## Partie I – INTRODUCTION BIBLIOGRAPHIQUE

### 1. La vaccination

#### 1.1. Contexte

Ces dernières années, la pandémie Covid et sa campagne vaccinale ont remis sur le devant de la scène un courant contestataire « anti-vax ».

Déjà en amont de la pandémie Covid-19, plusieurs polémiques controversant la vaccination auraient pu être considérées comme avant-gardistes. [2] Dès les années 90, plusieurs vaccins ont été, à tort, remis en cause. Le vaccin contre l'hépatite B a été accusé d'être responsable de pathologies démyélinisantes du système nerveux central. Le Rougeole-Oreillons-Rubéole a été suspecté de favoriser des cas d'autisme.

La prévention des maladies infectieuses les met en retrait et entraîne une forme de « *perte de conscience collective* » entraînant une baisse d'intérêt pour la vaccination par la population. [3]

La gestion politique des pandémies virales, tant de grippe A en 2009 que de Covid en 2019, et les erreurs de communication gouvernementales ont entraîné une perte de confiance de la part de la population française envers le ministère de la santé. L'obligation vaccinale est remise en question malgré les recommandations des comités scientifiques. [4]

En 2024, les médias et les réseaux sociaux jouent désormais un rôle considérable dans ces débats. Leur influence sur le public est néfaste et nuit aux informations de qualité car ils mettent davantage en avant les interventions du lobbying antivaccin.

Ainsi, on assiste à une perte de confiance des patients en la vaccination et ses intérêts. Quels sont les risques de ce vaccino-septicisme ? Concerne-t-il toutes les vaccinations ? Qu'en est-il aux urgences ? Quelles mesures peuvent-elles être mises en place pour lutter contre et améliorer la couverture vaccinale générale ?

#### 1.2. Epidémiologie

##### 1.2.1. Couverture vaccinale générale

Différents outils permettent de mesurer et d'estimer la couverture vaccinale. On distingue :

- Les outils directs tels que les certificats de santé obligatoires de l'enfant âgé de 24 mois et les enquêtes périodiques par sondage en milieu scolaire.

- Les outils indirects qui, eux, s'intéressent à la consommation des vaccins par le biais du nombre de vaccins vendus aux pharmacies et des données de remboursement de vaccins par l'Assurance maladie. [5]

Cela permet à Santé Publique France d'établir des données sur le taux de couverture vaccinale selon certains critères : par vaccin, par catégorie d'âge, par catégorie professionnelle (pour les obligations vaccinales spécifiques), etc. Ces données sont publiques et accessibles sur leur site Internet.

### 1.2.2. Focus sur le tétanos

Le vaccin antitétanique et les immunoglobulines tétaniques humaines sont les seuls moyens de prévention possibles. Depuis 1940, le tétanos fait l'objet d'une obligation vaccinale en France [6] permettant de raréfier les infections au tétanos sans pour autant les éradiquer. « *La maladie touche principalement les personnes âgées non ou mal vaccinées [...] entre 2012 et 2021, 71% des 48 cas déclarés avant 70 ans et plus* ». On constate que chez ces personnes âgées concernées, les femmes sont davantage touchées que les hommes. En effet, les rappels vaccinaux étaient réalisés jusqu'alors à l'occasion du service militaire. [7] Enfin, on retrouve tout de même trois cas pédiatriques pour lesquels la primo-vaccination obligatoire n'avait pas été réalisée. [8]

D'après Santé Publique France, en 2021, le nombre de cas de tétanos déclarés par an varie entre un à dix au cours de la dernière décennie.

Figure 1. Tétanos : évolution du nombre annuel de cas déclarés et de décès, en France, de 1975 à 2017.

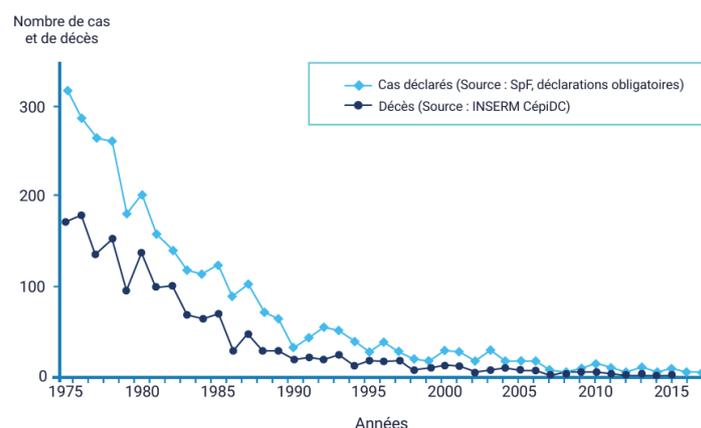


Figure 1 : évolution du nombre annuel de cas déclarés et de décès en France, de 1975 à 2017 à partir des données recueillies par Santé Publique France et les certifications électroniques des décès de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale [9]

### **1.3.L'histoire de la vaccination**

#### **1.3.1. Du XV<sup>ème</sup> au XVIII<sup>ème</sup> siècle : de la variolisation à la vaccine contre la variole**

Dès le XV<sup>ème</sup> siècle, des tentatives de moyen de lutte contre la variole sont pratiqués, appelés « variolisation ». En Chine et au Moyen-Orient, des croûtes de varioleux en voie de guérison sont réduites en poudre puis respirées pour protéger de la variole. [10]

Au XVIII<sup>ème</sup> siècle, Edward JENNER, médecin généraliste anglais, observe que la forme bovine de la maladie, la « cow pox », protège de la variole. Ceux qui contractent cette maladie bénigne ne contractent pas la variole. A partir de cette observation clinique et empirique, il met au point la vaccine en 1796. Celle-ci consiste en la préparation d'une suspension, à partir de croûtes de pis de vaches. L'application de cette préparation sur les individus leur permet de développer la maladie bénigne et les protège de la maladie sévère.

La vaccine est un succès. Diffusée en Angleterre, puis en France, elle est fabriquée en quantités importantes et est soutenue par les élites culturelles et intellectuelles. [11] Depuis 1980, la variole est éradiquée et est une maladie pour laquelle on ne vaccine plus. Il subsiste tout de même une crainte en lien avec le bioterrorisme. [12]

#### **1.3.2. XIX<sup>ème</sup> siècle : travaux de la vaccination de PASTEUR**

PASTEUR chauffe suffisamment un germe pour atténuer sa virulence sans modifier son caractère immunogène. Il injecte le germe atténué à un lot de brebis et injecte le germe normal au lot test et à un lot témoin. La population témoin meurt, celle avec le germe survit. Il démontre scientifiquement que le vaccin fonctionne et en fait des démonstrations publiques.

En 1881, le principe de la vaccination est défini comme le fait d'inoculer « *des virus affaiblis ayant le caractère de ne jamais tuer, de donner une maladie bénigne qui préserve de la maladie mortelle.* » [13]

En 1885, le jeune MEISTER, est mordu par un chien supposément enragé. Il est alors vacciné par PASTEUR qui pense avoir développé un vaccin atténué. « *L'enfant ne développera pas la rage, ni trois cent cinquante autres personnes traitées au laboratoire de PASTEUR durant les mois suivants.* » [14]

### **1.3.3. De 1880 à 1930 : toxines, anatoxines et bacilles tués**

En 1883, KOCH identifie le bacille responsable de la tuberculose.

C'est à l'institut Pasteur de Lille qu'Albert CALMETTE et Camille GUERIN sont en quête d'un vaccin contre la tuberculose. C'est finalement en 1921 que le premier essai sur un humain est réalisé, administré à un nourrisson en danger de mort. Le vaccin est un succès et permet de sauver l'enfant. Il est généralisé et appelé BCG – Bilié de CALMETTE et GUERIN correspondant au nom du bacille atténué utilisé. En France, il fait l'objet d'une obligation vaccinale à partir de 1950, permettant de réduire les cas de tuberculose mortels et de lever par la suite l'obligation en 2007. [15]

En 1923, Gaston RAMON découvre l'anatoxine, un dérivé inoffensif de la toxine qui conserve son pouvoir vaccinant et développe le vaccin contre la diphtérie puis en 1927, celui contre le tétanos. Thorvad MADSEN développe, quant à lui, celui contre la coqueluche. [16]

En 1940, l'obligation vaccinale apparaît en France permettant de diminuer le nombre de cas et de décès par le tétanos. En 1945, on comptait 1000 cas de décès de tétanos tandis qu'en 1975, on ne comptait plus que 171 décès. En 2016, on compte, 4 cas déclarés dont 1 décès.

### **1.3.4. XX<sup>ème</sup> siècle : progrès et nouveaux vaccins**

Plusieurs progrès permettent l'émergence de nouveaux vaccins : les méthodes de culture de virus, les biotechnologies, le génie génétique, la synthèse artificielle et les enveloppes bactériennes.

La suite du XX<sup>ème</sup> siècle est ainsi marquée par la découverte et le développement de nombreux vaccins : contre la grippe, contre la fièvre jaune, contre la poliomyélite, contre la rougeole, contre les oreillons, contre les infections à méningocoques A et C, contre la rubéole, contre la varicelle, contre l'hépatite B, contre la leptospirose, contre les infections à pneumocoque, contre les infections à *Haemophilus influenzae* de type B et contre l'hépatite A. [17]

### **1.3.5. XXI<sup>ème</sup> siècle : de nouveaux enjeux**

La recherche médicale se poursuit et des vaccins contre le zona, contre les gastro-entérites à rotavirus du nourrisson, contre les papillomavirus humains et contre les infections à méningocoque B sont créés. [18]

Le XXI<sup>ème</sup> siècle est marquée par la pandémie mondiale Covid-19 entraînant quasi sept millions de décès. Une importante campagne de vaccination avait été mise en place permettant d'administrer plus de treize milliards de vaccins en juin 2023. [19]

Désormais, de nouveaux enjeux émergent pour la vaccination. La crise environnementale pousse les laboratoires à développer de nouvelles méthodes de stockage afin « *de réduire les problèmes liés à leur exposition au gel et à la chaleur* ». Également l'administration par voie intramusculaire est revue afin de laisser place à de nouveaux modes d'administration tels que l'implant ou encore la jet injection. Enfin, le développement de vaccins ne permet à ce jour que la prévention de maladies infectieuses tandis que « *les nouvelles découvertes ouvrent la porte à l'utilisation des vaccins dans la prévention d'autres maladies telles que les cancers, les allergies ou les maladies auto-immunes.* » [20]

### 1.4. Calendrier vaccinal et recommandations

En France, à l'issue d'un avis de la Haute Autorité de Santé, le calendrier vaccinal est, tous les ans, révisé et publié par le ministère des Solidarités et de la Santé. Celui-ci décrit les obligations et les recommandations vaccinales en fonction de l'âge des patients et de leur situation (spécificités de certaines populations telles que l'immunodépression, la grossesse, etc.). Il mentionne également les nouveautés en comparaison avec la version antérieure et l'adaptation des recommandations vaccinales si des situations de tension et/ou de pénurie de vaccins surviendraient.

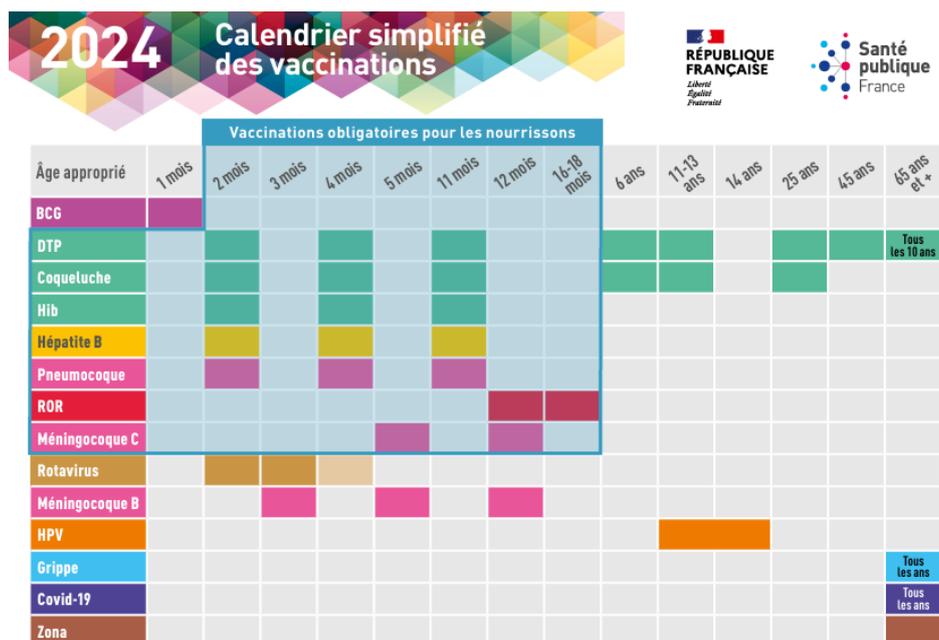


Figure 2 : Calendrier vaccinal simplifié de 2024 [21]

## **1.5.Suivi vaccinal des patients**

### **1.5.1. Par la médecine scolaire**

Tous les élèves bénéficient de visites médicales et de dépistage obligatoires respectivement au cours de leur sixième et douzième année de vie. D'après l'arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du Code de l'Éducation, la « *vérification des vaccinations au vu du calendrier vaccinal en vigueur* » est effectuée au cours de ces deux visites permettant deux suivis vaccinaux systématiques et obligatoires au cours de l'enfance. [22]

### **1.5.2. Par la médecine du travail**

En fonction de la profession exercée, les patients sont soumis ou non à des obligations vaccinales ou d'immunisation.

Les professionnels concernés sont, d'après l'article L. 3111-4 du Code de la Santé Publique, toute « *personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant ou exposant les personnes dont elle est chargée à des risques de contamination* ». [23] Sont également concernés les services funéraires et les services de secours. [24] Le statut vaccinal et les conditions d'immunisation sont fixés par l'arrêté du 2 août 2013.

En mars 2023, la Haute Autorité de Santé a actualisé les recommandations et obligations vaccinales à destination des étudiants et professionnels des secteurs sanitaire, médicosocial et en contacts étroits avec de jeunes enfants. Ce premier volet ne portait que sur une partie des vaccinations obligatoires. Désormais, la vaccination Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite est « *fortement recommandée chez les étudiants et professionnels, sauf à Mayotte où elle devrait rester obligatoire (compte-tenu de la faible couverture vaccinale et de la circulation du germe de la diphtérie sur ce territoire)*. » L'obligation d'immunisation contre l'hépatite B est maintenue. Enfin, l'obligation de vaccination contre la Covid-19 est levée mais celle-ci reste fortement recommandée. [25] En juillet 2023, le second volet concernant les vaccins contre la coqueluche, la grippe, l'hépatite A, la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle a été publié. Désormais, la Haute Autorité de Santé recommande l'obligation d'immunisation contre la coqueluche. Les autres vaccins sont simplement recommandés. [26]

En dehors des obligations vaccinales, certaines professions font l'objet de recommandations vaccinales particulières. Pour le personnel de traitement des eaux usées, le vaccin contre la

leptospirose est recommandé tandis que pour les travailleurs des services vétérinaires, c'est celui contre la rage. [27]

Le suivi vaccinal et d'immunisation de ces professionnels sont vérifiés à l'occasion de leur entrée en formation, de leur entrée en fonction mais également lors du suivi par la médecine du travail. [28]

### **1.5.3. Par le Service de Santé des Armées**

Les militaires sont des patients exposés à des risques infectieux spécifiques en raison de leurs déplacements opérationnels et de leur vie en collectivité. Ils « *sont soumis aux obligations vaccinales légales, auxquelles s'ajoutent des vaccinations réglementaires et circonstancielles [...] (infections tropicales ou à transmission féco-orale, rage, etc.) en prévision d'un départ éventuel en zone d'endémie.* »

Leur suivi est réalisé à l'occasion des visites médicales périodiques, organisées tous les deux ans et obligatoires pour obtenir l'aptitude à servir, et des visites précédant un départ en opération extérieure. Un refus de vaccination entraîne une inaptitude aux OPEX voire un non-renouvellement de contrat. [29]

### **1.5.4. Et pour les autres patients ?**

Concernant les patients n'appartenant ni aux catégories d'âge concernées ni aux catégories professionnelles concernées, il n'existe pas de suivi vaccinal obligatoire. De manière générale, il est effectué par leur médecin généraliste traitant, bien que la démographie médicale actuelle ne permette pas à tous les patients de bénéficier d'un médecin traitant. A titre d'exemple, fin 2022, 714 000 patients en Affection Longue Durée étaient sans médecin traitant. [30]

Une rupture dans le parcours vaccinal est parfois constatée au décours d'un passage aux urgences, notamment lors de la prise en soins d'une plaie pour laquelle une vérification systématique du statut vaccinal antitétanique est effectuée. Quelles stratégies et occasions peuvent alors être utilisées pour administrer les doses de rappel des vaccins à l'âge adulte ?

### **1.5.5. Des outils**

Le carnet de santé est un outil papier permettant, entre autres, la traçabilité vaccinale. Il est délivré gratuitement lors de la déclaration de naissance. Tandis qu'il est coutumier pour les patients de l'apporter en consultation et pour les professionnels de santé de le renseigner dans le cadre des prises en soin pédiatriques, son usage est tout autre à l'âge adulte. Bien qu'il soit

recommandé de le garder à vie, il est de moins en moins utilisé au cours de la vie. La majorité des patients adultes consultant aux urgences ne l'ont d'ailleurs pas en leur possession. [31] S'il est perdu, les expert Ameli redirigent les usagers vers les nouveaux services numériques. Est-il toujours un outil permettant le suivi vaccinal du patient adulte ? [32]

A l'ère du numérique et avec le développement de l'éco-responsabilité, Mon Espace Santé est un espace numérique personnel et sécurisé en plein développement. C'est un carnet de santé numérique interactif au sein duquel le patient et les professionnels de santé le prenant en soins renseignent les données de santé du patient. Il permet le suivi et l'archive des documents de santé. En l'absence de traçabilité écrite, il pourrait alors constituer une source fiable pour vérifier le statut vaccinal du patient aux urgences. Cependant, seuls les usagers choisissent les professionnels autorisés à accéder à leurs documents. Un passage aux urgences est, par définition, non programmé, ne permettant pas aux patients d'autoriser ou non l'accès aux soignants des urgences. Outre cette limite, cet outil numérique fait face à d'autres difficultés telles que l'illectronisme, la précarité rendant difficile l'accès aux technologies, ou encore la disparité territoriale en matière de réseau Internet. [33]

## **2. Les plaies**

### **2.1. Définition et types de plaies**

Par définition, une plaie correspond à l'« *interruption dans la continuité des tissus déterminée par une cause externe (traumatisme, intervention chirurgicale), avec ou sans perte de substance.* » [34]

La Haute Autorité de Santé différencie les plaies selon deux catégories : chronique et aiguë. Les plaies considérées comme chroniques sont celles dont le délai de cicatrisation excède quatre à six semaines d'évolution tandis que les plaies aiguës sont celles cicatrisant dans un délai d'évolution normal, c'est-à-dire « *en l'absence de facteur local ou général pouvant retarder la cicatrisation.* » [35]

Les plaies peuvent également être distinguées selon leur type :

- Plaie chirurgicale secondaire à une intervention manuelle et/ou instrumentale volontaire.
- Plaie atone : « *non évolutive, généralement sèche, souvent recouverte de tissu blanchâtre* ». [36]
- Plaie contaminée se caractérisant par la présence de germes et bactéries dans la plaie.

- Plaie colonisée c'est-à-dire qui témoigne d'une prolifération bactérienne dans la plaie.
- Plaie infectée : « *invasion et multiplication des micro-organismes provoquant une réponse inflammatoire locale et/ou systémique et des symptômes et des signes cliniques d'infection.* » [37]
- Plaie cavitaire c'est-à-dire composée d'une partie creuse.
- Plaie fistuleuse c'est-à-dire pour laquelle un orifice ou un canal anormal s'est créé.
- Phlyctène ou décollement bulleux : « *ampoule vésiculaire transparent formée par de la sérosité sous-épidermique.* » [38]

En France, une plaie à risque accru pour le tétanos est une « *plaie majeure (étendue, pénétrante, avec corps étranger ou traitée tardivement) ou susceptible d'avoir été contaminée par des germes d'origine tellurique.* » [39]

## **2.2.Processus de cicatrisation**

La cicatrisation est un « *phénomène complexe de régénération de tissus ou d'organe.* » [40]

Le processus de cicatrisation se déroule selon quatre phases successives nécessitant l'intervention de facteurs de croissance et de cytokines.

La première étape est vasculaire et permet l'hémostase par vasoconstriction.

La deuxième phase est inflammatoire ou détersive. Les neutrophiles débent en nettoyant la plaie alors qu'ensuite, les macrophages digèrent les bactéries et sécrètent des facteurs de croissance. [41]

La troisième est dite proliférative et dure plusieurs semaines. Du fait de l'activité des fibroblastes et la synthèse de collagène, un nouveau tissu conjonctif est formé. Cette phase est aussi appelée phase de bourgeonnement.

La dernière phase est celle de remodelage pendant laquelle une réorganisation du collagène a lieu permettant l'amélioration de l'élasticité et de la résistance de la peau et réduisant les tensions cutanées. [42]

Certains facteurs retardent la cicatrisation. On peut les classer selon deux catégories :

Facteurs généraux	Facteurs locaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Âge.</li> <li>- Dénutrition.</li> <li>- Diabète.</li> <li>- Hypoxie tissulaire.</li> <li>- Traitements médicamenteux.</li> <li>- Stress.</li> <li>- Tabac.</li> <li>- Radiothérapie.</li> <li>- Sédentarité.</li> <li>- Situation sociale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualité et type de suture.</li> <li>- Localisation et forme de la plaie.</li> <li>- Protocole de soins locaux.</li> <li>- Qualité des vascularisations artérielle et veineuse.</li> <li>- Présence d'œdème et de lymphœdème.</li> <li>- Signes d'infection systémique et locale.</li> <li>- Radiothérapie locale.</li> <li>- Présence d'un corps étranger. [43]</li> </ul>

Figure 3 : Tableau récapitulant les facteurs de retard de cicatrisation

## 2.3. Prise en soin intra hospitalière aux urgences

### 2.3.1. A l'accueil

Aux urgences, la prise en soin d'un patient consultant pour une plaie débute à l'accueil où il est évalué par l'Infirmier d'Organisateur de l'Accueil – IOA. Plusieurs données sont recherchées par l'infirmier afin de réaliser cette évaluation initiale : l'origine d'un éventuel saignement, la localisation d'éventuelles atteintes des structures sous-jacentes, « *l'heure du traumatisme, la nature de l'agent vulnérant ainsi que le statut vaccinal antitétanique.* » [44]

Lorsque le patient n'a pas connaissance de son statut vaccinal et ne dispose d'aucune traçabilité vaccinale, il est possible de réaliser un TétaQuick Test c'est-à-dire un test immunochromatographique permettant la détection rapide des anticorps contre le Clostridium tétani. « *Ce test permet la détermination du statut immunitaire vis-à-vis du tétanos.* » [45]

La Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU propose d'utiliser l'échelle de tri suivante pour guider le tri et l'orientation du patient :

- « Niveau 1 : urgence vitale, hémorragique, respiratoire, hémodynamique, neurologique, associée à la plaie, de facto critères majeures de prise en charge ;
- Niveau 2 : très urgent pour les plaies délabrantes, plaies avec saignement actif ;

- Niveau 3 : urgent pour les plaies larges, complexes et souillées, plaies de la main ;
- Niveau 4 : peu urgent, pour les plaies superficielles (hors main) ;
- Niveau 5 : sans urgence, pour les dermabrasions. » [46]

### **2.3.2. La gestion de la douleur**

Le traitement de la douleur du patient améliore sa prise en charge. Son évaluation systématique appartient au bilan initial réalisé par l'Infirmier Organisateur de l'Accueil qui peut, le plus souvent mais pas toujours en fonction des protocoles de services, administrer des antalgiques en amont de l'installation en secteur. Les anesthésies locales et loco-régionales ainsi que les techniques non médicamenteuses telles que l'hypnose facilitent le lavage et l'exploration de la plaie et améliorent le vécu du patient, notamment celui du patient pédiatrique.

### **2.3.3. Le risque infectieux**

D'après la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, « un nettoyage/détersion est toujours nécessaire (SSI [Sérum Salé Isotonique] ou eau du robinet contrôlée) ainsi qu'une exploration de la plaie. » Cependant, l'antiseptique n'est indiqué que sur les plaies à risque infectieux élevé. Pour les plaies franches vues précocement, il n'y a pas de bénéfice à l'utilisation d'un antiseptique. [47]

Quant à l'antibiothérapie, elle est systématique dans le cas des plaies profondes par morsure et envisagée, mais non systématique, dans les situations suivantes :

- « Signes cliniques d'infection régionale ou systémique ;
- Prise en charge tardive (au-delà de 24 heures) ;
- Inoculum bactérien important ou profond ;
- Difficulté d'accès à un lavage efficace : orifice d'entrée de petite taille, mécanisme vulnérant profond, trajet projectiltaire en injection avec ou sans pression ;
- Localisation particulière,
- Terrain à risque,
- Parage non satisfaisant. » [48]

Enfin, la prise en soins d'une plaie aux urgences aborde également la gestion du risque infectieux par la vaccination. Selon le calendrier vaccinal français, les recommandations pour la prophylaxie antitétanique post-exposition sont les suivantes :

Pour une plaie mineure, propre : si le patient est à jour de ses vaccinations, aucune injection n'est recommandée. Il suffit de lui préciser la date du prochain rappel. En revanche, si le patient n'est pas à jour, il faut réaliser immédiatement l'administration d'une dose de vaccina antitétanique et lui proposer, si nécessaire, un programme de mise à jour et également, lui préciser la date du prochain rappel.

Pour une plaie à risque tétanigène : dans le cadre d'un patient à jour de ses vaccinations, aucun rappel vaccinal n'est recommandé mais il est tout de même conseillé de rappeler la date du prochain rappel au patient. Dans le cas où le patient n'est pas à jour, il est recommandé d'administrer 250UI d'immunoglobulines tétaniques humaines et un vaccin antitétanique. Également, il ne faut pas omettre de proposer, si nécessaire, un programme de mise à jour du statut vaccinal et préciser au patient la date du prochain rappel.

On définit les patients à jour de leurs vaccinations en fonction de leur âge :

- Pour les moins de 65 ans, cela correspond aux personnes « *ayant reçu une dose de vaccin contenant une valence tétanique depuis moins de vingt ans* ».
- Pour les personnes de 65 ans et plus, cela renvoie à celles qui ont « *reçu une dose de vaccin contenant une valence tétanique depuis moins de dix ans* ». [49]

#### **2.3.4. Les stratégies de cicatrisation**

A propos des techniques de fermeture de la plaie, les services d'urgence français disposent de différents moyens : la suture, les agrafes, la colle cutanée, la suture cutanée adhésive stérile ou encore la cicatrisation dirigée. La stratégie de cicatrisation choisie dépend du type de plaie, de sa localisation, de sa profondeur, de son étendue, de son atteinte fonctionnelle, de son atteinte esthétique, du patient et du terrain (enfant, personne âgée, patient diabétique, patient immunodéprimé).

Dans son référentiel des bonnes pratiques, la Société Française de Médecine d'Urgence propose des recommandations concernant le choix du type de suture :

Types de suture	Indication	Remarque
Suture adhésive	Plan superficiel, petites plaies à bords nets peu profondes, ne saignant pas, affrontement sans tension et bonne adhérence possible	Cette méthode, facile et indolore, limite les phénomènes inflammatoires. Elle peut compléter les autres modes de suture
Colle tissulaire	Plan superficiel, plaie inférieure à 10 cm, peu profonde, franche et linéaire, ne saignant pas, idéale pour la face et chez le jeune enfant	Indolore, sensation de chaleur à la pose, protection de l'œil (plaie faciale) avec compresse ou barrage avec gel d'acétone, suture hermétique. Contre-indiquée en cas de risque infectieux élevé (morsure) ou à proximité du cuir chevelu
Point simple	Plan superficiel ou plan profond, suture la plus commune	Placer le nœud sur le bord de la berge, en évitant de serrer, l'apparition "d'échelle" est possible lors de la cicatrisation
Point de Blair-Donati	Plan superficiel, permet de rapprocher les plans profonds et superficiels dans un même temps, zone où le préjudice esthétique est moindre, suture avec tension	Le nœud peut s'enfouir sous la peau, si le fil est laissé trop longtemps
Point d'angle	Plaies présentant un lambeau triangulaire, en association avec des points simples	Vérifier l'état vasculaire de la pointe du lambeau que l'on suture, point noué suffisamment lâche pour éviter la nécrose
Surjet simple et surjet passé	Permet de refermer rapidement une plaie, la meilleure indication étant les plaies du cuir chevelu	Mauvais résultat esthétique
Agrafe	Plaies peu hémorragiques du cuir chevelu	Suture rapide et facile, mais peu esthétique, nécessite une pince spéciale pour leur ablation
Surjet intradermique	Plaies propres, à berges nettes, avec impératif esthétique (le fil chemine sous la peau), plaies muqueuses	Nécessite une expérience pratique accrue, suture étanche
Point inversé	Plan profond, en complément de la suture cutanée	Limite la constitution d'espace mort dans les plaies profondes
Point en X	Hémostase du cuir chevelu	

Figure 4 : Choix du type de suture en cicatrisation de première intention d'après le référentiel des bonnes pratiques de la Société Française de Médecine d'Urgence

En réalité, chaque plaie et chaque patient a sa spécificité. La décision du choix de la stratégie de cicatrisation n'intervient qu'après une prise en soin holistique et la réalisation d'une balance bénéfiques/risques pour le patient. Deux plaies identiques ne seront pas forcément traitées de la même manière.

## **Partie II - METHODE**

### **1. Type d'étude**

Cette étude s'appuie sur une méthode qualitative exploratoire comparative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés.

Cette méthode permet de recueillir données verbales et non verbales proches du vécu et de la pratique des personnes interrogées et donc représentatives du terrain.

La forme individuelle et l'anonymisation de l'entretien permettent aux participants de répondre spontanément aux questions cibles en omettant la possible appréhension du jugement de la part de collègues et de représentants hiérarchiques.

### **2. Population**

Cette étude est multicentrique.

Les participants ont été recrutés au décours de mes stages.

Les infirmiers étant en première ligne, ils sont le premier interlocuteur soignant du patient consultant aux urgences. Ils interviennent à différentes étapes du parcours de soin du patient. Il me paraissait donc évident de s'intéresser à cette catégorie professionnelle. Choisir une population pluriprofessionnelle aurait compliqué l'analyse sans pour autant la rendre plus pertinente.

La taille de l'échantillon n'a pas été définie au départ. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Une fois celle-ci atteinte, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer la saturation. Neuf entretiens ont été réalisés.

Les critères d'inclusion sont :

- Être Infirmier.ère Diplômé.e d'Etat.
- Exercer dans un service d'urgences.
- Prendre en charge des plaies aiguës traumatiques.
- Avoir réalisé au moins une fois la vérification du statut vaccinal d'un patient aux urgences.
- Avoir vacciné au moins une fois un patient aux urgences.
- Être formé à l'IOA.

Les critères d'exclusion sont :

- Une expérience de moins de trois ans aux urgences.
- Un exercice aux urgences n'incluant pas tous les secteurs.

La vérification des conditions d'inclusion et de l'absence de critères d'exclusion a été réalisé au cours des échanges avec les participants en amont des entretiens.

### **3. Recueil des données**

Après accord des participants, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés sans logiciel de retranscription et avec comme logiciel de traitement de texte Microsoft Office Word. Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participants concernés pour être corrigées.

Le choix du lieu de l'entretien a été laissé libre aux participants. Les entretiens se sont déroulés sur leurs lieux de travail dans une salle de réunion.

Les entretiens ont duré entre dix-sept et cinquante-et-une minutes pour une moyenne de vingt-neuf minutes.

Afin de mener cette étude, un guide d'entretien a été rédigé et peut être retrouvé en annexe 3. Il est composé de six questions ouvertes accompagnées de questions de relance

Ce guide a été testé auprès d'une collègue Infirmière Etudiante en Pratique Avancée exerçant aux urgences depuis plus de vingt ans. Cet entretien test est considéré comme le premier entretien mais est exclu de l'étude.

Au fur et à mesure des entretiens, le guide a dû être adapté.

La deuxième question a été modifiée. Une erreur de formulation entraînait des réponses non adaptées au sujet de l'étude. En utilisant les termes de « prise en charge d'une plaie », les réponses des infirmiers étaient orientées sur l'aspect technique de la plaie et du pansement. Pour éviter ceci, la question a été reformulée de la manière suivante : « dites-moi comment vous prenez en soin un patient consultant aux urgences pour une plaie ». Cela a permis des réponses plus larges qui ont tout de même abordées l'aspect technique des soins d'une plaie en ayant une vision plus globale de cette prise en soins.

#### **4. Analyse des données**

L'étiquetage des données a été réalisée manuellement et complétée par une analyse textuelle à l'aide du logiciel NVivo.

La méthode d'analyse choisie est celle de l'analyse phénoménologique interprétative. L'homogénéité de l'échantillon, l'approche idiographique et la double herméneutique sont les principales caractéristiques de la méthode permettant d'optimiser l'analyse des pratiques infirmières.

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs.

#### **5. Aspects éthiques et réglementaires**

En amont de l'entretien, une lettre d'information a été remise aux personnes interrogées afin de s'assurer qu'elles aient compris la démarche de cette recherche, le déroulé de l'entretien et l'utilisation des données recueillies (retranscription et anonymisation).

Dans le cadre de la protection des données, une déclaration auprès de la protection des données de l'Université de Lille a été effectuée. A l'issue de la soutenance, l'ensemble des échanges de prise de rendez-vous sera supprimé. Dans le cadre des échanges, l'adresse mail institutionnelle a été privilégiée. L'enregistrement des entretiens a été transféré le jour même sur un espace chiffré du disque dur de mon ordinateur personnel puis supprimé du dictaphone. Les enregistrements ont été retranscrits en garantissant l'anonymat des échanges.

Afin d'anonymiser les retranscriptions, les noms propres (personnes, lieux, établissements de santé) ont été supprimés. Le nom des participants est remplacé par une numérotation des participants : participant 2, participant 3, etc.

## Partie III – ANALYSE ET RESULTATS

### Caractéristiques de la population étudiée

Les participants ont été recrutés au décours des stages et de l'exercice infirmier de la chercheuse. Les caractéristiques de la population étudiée sont présentées dans le tableau suivant :

	Âge	Genre	Nombre d'années d'exercice aux urgences
Participant 1	40 ans	Féminin	18 ans
Participant 2	25 ans	Masculin	4 ans
Participant 3	32 ans	Féminin	3 ans
Participant 4	46 ans	Féminin	25 ans
Participant 5	39 ans	Féminin	18 ans
Participant 6	48 ans	Masculin	25 ans
Participant 7	34 ans	Féminin	11 ans
Participant 8	32 ans	Féminin	6 ans
Participant 9	31 ans	Féminin	9 ans

Figure 5 : Tableau récapitulant les caractéristiques de la population étudiée

Le premier participant correspond à l'entretien qui a permis de tester le guide. Celui-ci est exclu de l'étude. Des soucis d'enregistrement avec le dictaphone ont été rencontrés avec le participant 3. Cela a empêché la retranscription de l'entretien et a entraîné son exclusion de l'étude.

Concernant les huit autres participants, cinq connaissaient l'enquêtrice tandis que les quatre autres l'ont rencontrée dans le cadre de cette étude. La moyenne d'âge des participants est de trente-cinq ans et l'ancienneté moyenne aux urgences est de douze ans.

### **Un motif de consultation récurrent qui en fait une prise en soins quotidienne**

Tous les jours, des patients se présentent aux urgences pour la prise en soin d'une plaie. Cela en fait un motif de recours quotidien qui survient même plusieurs fois par jour et entraîne une récurrence. Ce type de prise en charge est majoritaire sur les filières des urgences dites courtes, de traumatologie, de chirurgie ou encore de soins externes.

*« Je dirais que c'est le motif principal de consultation en filière courte » - Participant 10*

*« C'est au quotidien puisque, travaillant dans un service d'urgences, évidemment il y a des plaies un peu tous les jours : de la plaie simple à la plaie chirurgicale » - Participant 2*

## **De la formation initiale au développement professionnel continu des infirmiers : participation à des formations sur les plaies mais pas sur la vaccination**

Aux urgences, les patients sont accueillis et suivis en secteur par des infirmiers. Ce sont des professionnels de santé détenant un Diplôme d'Etat de grade licence. Ils sont soumis à une obligation de Développement Professionnel Continu leur permettant de se former tout au long de leur carrière sur le plan théorique. Ils ont particulièrement accès aux formations portant sur les plaies et pour certains sont même détenteurs d'un diplôme universitaire.

*« J'ai fait le Diplôme Universitaire plaies et cicatrisation » - Participant 8*

*« J'ai fait une formation justement [...] plaies et personne âgée » - Participant 9*

Cependant, aucune formation ou possibilité de formation sur la vaccination n'a été abordée.

*« Moi je ne maîtrise pas, je ne suis pas à l'aise sur [le] sujet [de la vaccination] et on n'est pas formé. » - Participant 8*

## **Un socle commun de prise en charge ...**

On constate que les infirmiers prennent en soin de la même manière les patients, du moins de manière initiale. L'évaluation initiale réalisée par l'Infirmier Organisateur de l'Accueil cherche dans un premier temps à caractériser la plaie.

*« Je vais questionner [la plaie]. Comment il s'est fait ça ? Avec quoi ? Depuis quand ? A quel endroit ? » - Participant 9*

*« On regarde la localisation, la profondeur, s'il y a une mise à nue d'une structure noble, les atteintes esthétiques, les atteintes fonctionnelles. » - Participant 10*

L'interrogatoire infirmier aborde également le statut vaccinal antitétanique du patient et ce, de manière systématique.

*« Evidemment sur toutes les plaies, on demande le statut vaccinal antitétanique. » - Participant 2*

« Pendant l'échange, l'objectif va aussi être de vérifier si effectivement les vaccins sont bien à jour. » - Participant 8

### **... n'empêchant pas des disparités dans la pratique en soins infirmiers**

En fonction des participants, l'interrogatoire infirmier peut rechercher ou non des informations supplémentaires qui ne se limitent pas aux caractéristiques de la plaie et au statut vaccinal antitétanique du patient. Les facteurs de retard de la cicatrisation peuvent être explorés.

« Quand le patient arrive, on recueille ses antécédents, notamment tout ce qui pourrait être délétère pour la cicatrisation : s'ils sont sous anticoagulants, s'ils sont diabétiques, s'ils sont insuffisants vasculaires. » - Participant 10

« Tu leur poses des questions sur leurs antécédents. Est-ce qu'il est diabétique ? Est-ce qu'ils sont sous anticoagulants ? Est-ce qu'ils sont fumeurs ou pas ? Si c'est un fumeur, il cicatrisera moins bien qu'un non-fumeur. » - Participant 7

On constate également des disparités sur le nettoyage des plaies et le choix de l'antiseptique.

« Si la plaie est localisée sur un doigt par exemple, je fais tremper le doigt dans la BETADINE. » - Participant 8

« Une fois installé, si les patients en sont capables [...] je fais nettoyer à l'eau et au savon » - Participant 2

« Si c'est une main, on fait tremper déjà dans de l'eau stérile et de la BISEPTINE. » - Participant 5

### **Différents moyens permettant la vérification du statut vaccinal antitétanique**

A travers les entretiens, on note que les infirmiers ont différentes manières de vérifier le statut vaccinal antitétanique du patient. Plus fréquemment, la question est directement posée au cours de l'interrogatoire à l'accueil.

« La personne à l'accueil est censée poser les questions sur les vaccinations » - Participant 7

« Je leur pose directement la question : « est-ce que vous êtes à jour dans les vaccins pour le tétanos ? » » - Participant 8

En fonction de la réponse à ces questions, un Teta Quick Test est réalisé afin d'évaluer le statut immunitaire du patient.

« Si le patient ne sait pas ou qu'il a un doute, on fait un Teta Quick » - Participant 4

« Ce qu'on a tendance à faire, c'est un Quick Test pour voir si les gens sont vaccinés, savoir s'ils sont encore dans la période du vaccin ou s'il faut faire un rappel. » - Participant 6

De manière moins fréquente, l'infirmier cherche à vérifier les vaccinations par le biais du carnet de santé ou de vaccination. Comportant des données fiables complétées par des professionnels de santé, il constitue une source sûre. Cependant, on observe que les patients consultent aux urgences sans penser à l'apporter.

« On lui demande s'il a son carnet ou une carte de vaccination sur lui. C'est un élément plus fiable pour nous en termes de traçabilité. » - Participant 4

« Des patients qui viennent avec leur carnet de vaccination, il n'y en a aucun. » - Participant

10

Enfin, les passages aux urgences antérieurs permettent de conserver une trace des vaccinations de deux manières : soit la vaccination a été réalisée aux urgences et tracée par les professionnels de santé dans le dossier patient informatisé soit l'interrogatoire du patient avait permis de renseigner dans l'observation médicale son statut vaccinal. Ainsi, l'accès aux données est facilité, dans les cas où le patient consulte dans le même groupement hospitalier.

« Ce sont des réponses qui peuvent parfois être apportées simplement par le secrétariat via le logiciel médical. » - Participant 4

## **Le TetaQuick Test du point de vue patient**

Lorsque le test de détection de l'immunité contre le tétanos est proposé au patient. Celui-ci est toujours accepté, les patients y consentent sans difficultés.

« Je n'ai jamais eu d'opposition » - Participant 4

« [Les patients] ne disent jamais rien contre [le TetaQuick Test] » - Participant 8

On constate tout de même que certains patients l'acceptent avec appréhension. Celle-ci ne semble pas être en lien avec l'intérêt du test (vérification du statut vaccinal pour évaluer la nécessité ou non de vacciner) mais plutôt en lien avec la forme du test qui se fait par prélèvement capillaire. Cette appréhension n'entraîne cependant pas de refus de soin.

« [Les patients] ont parfois une petite appréhension parce que c'est une piqûre » - Participant

6

*« Parfois, quand les patients craignent les piqûres, ils sont un peu réticents mais globalement, ça se passe bien » - Participant 2*

Au-delà d'être accepté, le Quick Test est particulièrement apprécié par les patients. En effet, il leur permet de vérifier leur statut vaccinal antitétanique, état des lieux uniquement réalisé de manière opportune par le biais d'un passage aux urgences.

*« [Les patients] se disent « heureusement que je suis venu parce qu'en fait, je n'étais plus couvert pour ce vaccin » » - Participant 6*

*« Les patients disent « oh oui tiens c'est l'occasion de savoir si je suis encore couvert » » - Participant 2*

*« Ça leur permet de faire un contrôle et ça les rassure » - Participant 8*

*« Oh oui ça se passe bien, ils le réclament même ! Ils réclament [le QuickTest] pour savoir s'ils sont à jour » - Participant 5*

## **Le TetaQuick Test du point de vue soignant**

Côté soignants, le TetaQuick Test est un outil de dépistage rapide permettant d'évaluer l'immunité antitétanique des patients.

*« Aux urgences, on peut faire le QuickTest. On a le lecteur qui permet d'avoir rapidement le résultat. » - Participant 7*

De manière générale, ce test est réalisé de manière systématique en cas d'absence certaine de rappel vaccinal, de doute de la part du patient ou encore de plaie majeure, bien que dans certaines pratiques il soit médecin dépendant pour des raisons financières.

*« C'est acté qu'on refait un Quick Test quoiqu'il arrive » - Participant 10*

*« Il y a des médecins qui nous disent qu'il faut vacciner directement car ça coûte plus cher de faire le test. » - Participant 8*

Ce soin est l'occasion pour les soignants d'échanger avec le patient, notamment sur l'intérêt du test et les vaccinations. Dans toute prise en soins, le droit à l'information à travers le droit du patient au consentement éclairé est fondamental et le recueil du consentement est indispensable. La promotion vaccinale au cours du soin, quant à elle, n'est pas soumise à des obligations juridiques. Pour autant, elle a sa place et permet de développer la culture vaccinale auprès des patients.

*« On est obligé de leur expliquer ce qu'il va se passer derrière sinon ça ne sert à rien, sinon ils ne comprennent pas. Le droit des patients c'est quand même de savoir ce qu'on fait de ces résultats. » - Participant 2*

*« Tu vas en profiter pour leur demander si leur mari est à jour [de ses vaccinations] » - Participant 7*

### **En lien avec le Quick Test, le sujet de la vaccination**

En fonction de la question posée pour identifier leur statut vaccinal, la réponse des patients met parfois en avant une confusion. Alors que la pandémie Covid-19 a remis le sujet de la vaccination sur la place publique, c'est le vaccin anti-Covid qui vient en priorité à l'esprit des patients quand la question leur est posée.

*« La seule chose qu'ils ont dans la tête est leur vaccination Covid » - Participant 10*

*« Je leur demande s'ils sont à jour de leurs vaccins. En général, tout de suite ça plonge vers le Covid » - Participant 9*

Bien que la vérification du statut vaccinal du patient soit systématique, le sujet de la vaccination est parfois tabou.

*« C'est vrai que la vaccination est un sujet un peu tabou donc ce n'est pas toujours évident de l'aborder. » - Participant 2*

Le rappel antitétanique est, quant à lui, soit oublié soit victime d'un manque d'intérêt.

*« Le tétanos est vraiment le cadet des soucis des patients » - Participant 10*

*« Plus les patients sont âgés et plus le DTpolio... ils ont complètement oublié que ça se renouvelle. » - Participant 10*

Néanmoins, les patients font preuve de moins de réticence pour la vaccination antitétanique que pour les autres vaccinations. Des hypothèses sont émises sur les raisons de cette différence de comportement en fonction des vaccins, l'ancienneté d'un vaccin le rendrait plus fiable auprès des patients.

*« [La vaccination antitétanique] fait beaucoup moins peur et les patients sont beaucoup moins réticents que pour le Covid ou la grippe. » - Participant 4*

*« Le vaccin antitétanique ne pose pas de problème car c'est quand même un vaccin ancien, entré dans les mœurs. » - Participant 10*

Les soignants des urgences sont parfois confrontés à une volonté des patients de se faire vacciner en externe par leur médecin traitant. Cela est justifié par la volonté de programmer le soin permettant une anticipation par le patient mais aussi, par le temps d'attente du patient aux urgences.

*« [La patiente] ne voulait pas se faire vacciner sans l'avoir anticipé. Elle a préféré revoir avec son médecin traitant » - Participant 8*

*« Souvent les patients demandent qu'une ordonnance soit faite pour pouvoir le faire en externe. Je pense que c'est en lien avec le temps d'attente aux urgences. » - Participant 2*

Toutefois, le rappel vaccinal antitétanique est tout de même majoritairement réalisé directement aux urgences qui est un service où l'accès aux soins est facilité.

*« Le médecin proposera [...] qu'on fasse un rappel aux urgences, ce qu'on fait la plupart du temps. » - Participant 2*

*« Dans tous les cas, le patient sera remis à jour de sa vaccination à minima. On le fait directement aux urgences [...] jamais on ne diffère l'injection du vaccin antitétanique. » -*

*Participant 10*

## **Les difficultés des infirmiers dans ce type de prise en soins**

Au cours de la prise en soin d'une plaie, les infirmiers rencontrent différentes difficultés telles que la gestion de la douleur, l'appréhension du soin par le patient pédiatrique et ses parents ou encore la technicité de certains pansements. Cependant, l'évaluation de l'immunité du patient et la vaccination ne sont pas citées parmi les difficultés rencontrées par les infirmiers.

*« Je ne rencontre pas spécialement de difficultés mise à part la gestion de la douleur » -*

*Participant 4*

*« Chez les enfants aussi, c'est compliqué. Ils ont peur que tu leur fasses du mal. » -*

*Participant 7*

## **Multiples pratiques concernant la traçabilité vaccinale : de la diversité des outils à son absence**

L'utilisation de vaccins requiert une traçabilité au niveau de la pharmacie hospitalière, procédure interne et spécifique en fonction des établissements de santé. Outre cet aspect administratif, la traçabilité vaccinale aux urgences fait face à diverses pratiques.

La prescription informatique de la vaccination entraîne une traçabilité dans le dossier patient informatisé. Le soin est coché par l'infirmier pour signifier qu'il a été réalisé. Également, les données de vaccination sont retranscrites de manière littérale dans le logiciel de soins.

*« Pour revenir sur la traçabilité vaccinale aux urgences, premièrement je valide informatiquement les soins prescrits. » - Participant 2*

*« Théoriquement, le médecin a dû le prescrire sur l'ordinateur donc je le valide et en plus, je trace de manière littérale la vaccination en précisant le numéro de lot » - Participant 7*

Le médecin participe également à cette traçabilité vaccinale en faisant apparaître les informations nécessaires sur le compte-rendu de passage aux urgences remis en main propre au patient.

*« On le marque aussi dans le compte-rendu. » - Participant 9*

*« Ça a pu arriver qu'on fasse une traçabilité sur le compte-rendu des urgences. » - Participant*

10

Certains services d'urgence disposent de carnets de vaccinations sous la forme de cartons/cartes. Ceux-ci sont remis au patient accompagnés de consignes. Selon les pratiques infirmières, celles-ci diffèrent : certains conseillent de le ranger dans le carnet de santé tandis que d'autres recommandent plutôt de le remettre au médecin traitant.

*« On leur donne après le carnet de vaccination qu'on a aux urgences et sur lequel on colle l'étiquette du vaccin. » - Participant 5*

*« On a des petits carnets de vaccination de la taille d'une carte bleue dans lequel on note qu'on a vacciné tel jour avec l'étiquette du lot. » - Participant 9*

Parfois, les infirmiers sont confrontés à un manque de moyens matériels et ne disposent pas de ces carnets de vaccinations. Ils trouvent alors des solutions telles que la transmission de la seringue avec l'étiquette du vaccin.

*« On n'en a plus trop [des carnets de vaccination] donc ce que je fais c'est que j'enlève l'aiguille et je leur laisse le vaccin avec l'étiquette. Je leur explique qu'il faut la décoller et la coller dans le carnet de santé. » - Participant 9*

De manière moins fréquente mais existant tout de même, le patient peut n'avoir aucune traçabilité écrite de la vaccination effectuée aux urgences.

*« Concernant la traçabilité pour le patient, personnellement je ne lui ai jamais donné de carton [...] je me dis que la personne sait quelle a été vaccinée [...] elle fait l'effort de s'en rappeler. » - Participant 6*

## **Identification de défauts dans le suivi vaccinal et émergence du rôle central du patient**

Certains patients bénéficient d'un suivi vaccinal particulier en lien avec leur profession. La médecine du travail se charge alors de s'assurer du respect du calendrier vaccinal recommandé et de leur immunisation. Il est observé que, chez ces populations, le statut vaccinal des patients est plus souvent à jour que pour les autres.

*« Avant c'était bien, on avait l'armée pour les jeunes hommes qui étaient suivis et les rappels étaient faits. » - Participant 7*

*« En général, [le rappel antitétanique] est zappé, hors suivi professionnel évidemment. » - Participant 9*

On constate des défauts dans le suivi vaccinal, particulièrement marquée chez les sujets sains qui n'auraient donc pas de raison de consulter leur médecin traitant. Le rappel vaccinal ne constitue pas un motif de consultation. L'absence de suivi pour une pathologie chronique entraîne une absence de suivi vaccinal.

*« S'ils n'ont pas de maladie chronique qui justifie un passage régulier chez le médecin traitant, ça leur est complètement sorti de l'esprit. » - Participant 10*

*« S'ils ne consultent pas de médecin à ce moment là ou si personne ne les suit, c'est le genre de truc qui est zappé. » - Participant 9*

Dans un premier temps, le patient joue un rôle central dans son suivi vaccinal en étant acteur de sa prise en charge. En effet, il est moteur en prenant l'initiative de consulter pour effectuer

un rappel vaccinal. Sans cette impulsion ou un passage opportun aux urgences, il n'est pas sollicité dans l'objectif d'un suivi vaccinal.

*« En quinze ans, les gens voient au moins une fois un médecin et jamais le médecin leur a dit « oui c'est bon, les vaccins c'est bon » [...] « les vaccins, vous êtes à jour ». » - Participant 2*

*« Maintenant, il faut soit y penser et consulter son médecin traitant soit on y repense par hasard en consultant aux urgences » - Participant 7*

Dans un second temps, le patient joue un rôle central dans son suivi vaccinal puisqu'il est le principal détenteur de sa traçabilité vaccinale. Les informations ne sont pas transmises de manière interprofessionnelle au médecin traitant. Le patient a pour consigne de transmettre lui-même les informations soit de manière écrite à partir des supports transmis par les urgences soit de manière orale en se souvenant de ce qui a été fait aux urgences. Finalement, il coordonne son propre parcours de soins.

*« On lui dit de la conserver et de la présenter au médecin traitant. » - Participant 4*

*« On leur dit bien qu'il faut aller voir le médecin traitant pour leur dire qu'ils ont été vaccinés et qu'il faut revoir pour la suite des vaccins. » - Participant 5*

## **Parcours vaccinal : où se situent les urgences ?**

Au sein du parcours vaccinal du patient, les urgences se positionnent à différentes étapes.

La place la plus importante occupée est à l'étape de dépistage permettant la vérification du statut vaccinal et l'identification des patients nécessitant une mise à jour vaccinale.

*« L'infirmier intervient [...] afin de réaliser des tests de dépistage. » - Participant 2*

*« On a le rôle de s'assurer que les gens soient vaccinés. » - Participant 9*

La précédente mise en exergue de défauts dans le suivi médical et donc vaccinal laisse à penser qu'il y a une place à prendre dans le parcours de soins du patient, que ce soit en lien avec la démographie médicale actuelle ou en lien avec un non-suivi du patient en l'absence de pathologies chroniques. Les urgences sont parfois une solution pour combler ces lacunes.

*« Sur le suivi vaccinal, surtout qu'en ce moment il y a une pénurie de médecins traitants donc c'est un peu nous qui prenons le relais et [...] qui devons leur rappeler ce genre de choses parce qu'ils ne voient plus de médecin. » - Participant 9*

*« C'est quand même fréquent que les adultes n'y pensent plus parce qu'ils n'ont pas de raison de voir le médecin et de faire un suivi. On fait de l'éducation thérapeutique à notre niveau. » -*

Participant 10

Malgré ceci, certains infirmiers trouvent que la place occupée des urgences est faible et insuffisante dans le parcours vaccinal.

*« [Les soignants des urgents] sont peu présents [dans le parcours vaccinal du patient) [...] si si, ils ont leur place. » - Participant 4*

*« Aux urgences, on fait assez peu de rappels vaccinaux et de promotion sur la vaccination. » -*

Participant 2

## **Rôle et place des infirmiers des urgences dans la vaccination et sa promotion**

Le rôle des urgences dans la vaccination n'apparaît pas comme une évidence pour les infirmiers. Il est même questionné.

*« Je ne sais pas si on a une place importante réellement dans la vaccination. » - Participant 8*

La promotion vaccinale réalisée aux urgences est centrée sur le tétanos.

*« On est centré sur le DTP mais on ne s'ouvre pas aux autres vaccinations alors qu'on pourrait faire passer plus de messages. » - Participant 4*

*« On s'intéresse au tétanos directement parce que ça nous concerne mais les autres vaccinations, pas vraiment. » - Participant 8*

Pour certains, en dehors de la vaccination antitétanique, la vaccination n'a pas sa place aux urgences. Les différents vaccins ne sont pas abordés de manière systématique et ne sont pas non plus administrés.

*« Le restant de la vaccination n'a pas sa place aux urgences. Pour ma part, je n'ai jamais administré d'autres vaccins que le tétanos aux urgences. » - Participant 7*

Pour autant, on constate qu'au cours des entretiens, les infirmiers décrivent différentes actions participant à la promotion vaccinale et ne concernant pas uniquement le tétanos. Si celle-ci n'est pas conscientisée, elle appartient tout de même à leur pratique. Cela débute par de l'information au patient constituant une forme de prévention et d'éducation thérapeutique.

*« En règles générales, c'est plutôt de la prévention, de l'explication sur pourquoi c'est important de se vacciner. » - Participant 10*

*« Il y a toujours des parents réfractaires à la vaccination voire très réfractaires. Là, c'est de l'éducation thérapeutique. » - Participant 10*

*« Justement, on a toute notre place dans l'éducation thérapeutique et la promotion de la santé. Je sais qu'au tri, je le fais essentiellement pour les plaies mais quand j'ai un peu de temps, je le fais un peu pour tout le monde. » - Participant 9*

L'accent est surtout porté sur des populations spécifiques telles que les enfants et les sujets précaires. En pédiatrie, la vérification du statut vaccinal et la promotion de la santé sont coutumières et quasi systématiques, de la même manière qu'au cours de la prise en charge d'une plaie.

*« Il n'y a qu'en pédiatrie où c'est différent. Les vaccins c'est important chez les enfants » - Participant 7*

*« Pour les enfants, par exemple, on va leur demander s'ils sont bien à jour et leur dire qu'il faut bien faire attention à ça en fonction des mois. » - Participant 8*

*« Il faut surtout être vigilant aux populations précaires. » - Participant 7*

Dans le cadre de la prise en soins du patient adulte, la vaccination est abordée au cas par cas, en fonction des antécédents et du motif de recours du patient.

*« Quand les patients arrivent à l'accueil pour un problème respiratoire on leur demande s'ils ont été vaccinés contre la grippe et par la même occasion, s'ils ont été vaccinés contre le Covid. » - Participant 6*

*« Parfois, chez les patients fragiles, les médecins leur prescrivent le vaccin contre le pneumocoque. » - Participant 5*

Une attention particulière est portée au cours de la période hivernale avec la recrudescence des maladies virales respiratoires. Pour les infirmiers, c'est l'occasion de sensibiliser les patients et protéger les sujets à risque.

*« D'un autre point de vue vaccination, on demande si les gens sont vaccinés en période hivernale notamment contre la grippe, ça c'est super important. » - Participant 6*

*« Au moment de l'hiver, avec la grippe et le Covid mais sinon on ne parle pas trop des vaccins. » - Participant 5*

## **Présence de freins à la promotion vaccinale chez les infirmiers**

Aux urgences, la promotion vaccinale a sa place mais fait tout de même face à des freins. Les convictions personnelles des infirmiers l'entravent parfois.

*« Je pense qu'il faut être convaincu de l'intérêt [d'un vaccin] pour le promouvoir aux patients » - Participant 10*

*« Au niveau des vaccins grippe, je ne me vois pas conseiller aux gens « faites-le c'est important » alors que moi-même je ne le fais pas. » - Participant 8*

La méconnaissance des recommandations vaccinales entraîne un sentiment d'illégitimité de l'infirmier. Cette méconnaissance est liée à l'absence de formation des paramédicaux sur ce sujet mais également à l'actualisation annuelle du calendrier vaccinal.

*« Moi je ne maîtrise pas, je ne suis pas à l'aise sur [le] sujet [de la vaccination] et on n'est pas formé. » - Participant 8*

*« Le problème avec la vaccination c'est que les âges de vaccination changent tout le temps. J'avoue que moi je ne le sais pas. Je ne suis pas super à jour sur ça. » - Participant 8*

La crise actuelle des urgences augmente le temps d'attente des patients aux urgences et donc la charge de travail. Les infirmiers doivent prendre en soin davantage de patients au même moment ce qui réduit leur disponibilité et les pousse à prioriser leurs soins.

*« On délègue et redirige vers des médecins en ville parce qu'on n'a pas vraiment le temps de faire de la promotion sur la vaccination » - Participant 2*

*« Il y a d'autres freins qui font que dans notre pratique aux urgences, on ne le fait pas. C'est le temps. C'est la charge de travail. » - Participant 10*

La vaccination est donc réservée et déléguée au médecin traitant et à la médecine de ville de manière plus générale. Pour les infirmiers, c'est un rôle qui leur appartient.

*« Les vaccins ça relève plutôt de la médecine de ville auprès du médecin traitant. » - Participant 7*

*« C'est la place du médecin traitant. Nous, on ne s'en mêle pas trop. » - Participant 5*

Selon les infirmiers, la promotion vaccinale nécessite un cadre particulier c'est-à-dire un environnement calme où le soignant peut se poser pour en parler. Elle respecte également une temporalité et ne peut pas prendre place à tout moment dans le parcours de soins du patient.

*« Pour moi, ce n'est pas l'endroit pour. » - Participant 8*

*« Dans des cadres où c'est un peu plus calme, [...] on va pouvoir discuter un peu plus avec les patients et éventuellement, si la situation s'y prête, en parler. » - Participant 10*

*« C'est trop tard, les gens arrivent et ils se sont déjà coupés [...] ça ne va pas forcément être en préventif. » - Participant 8*

## Partie IV - DISCUSSION

### 1. Le résultat principal

L'objectif principal de l'étude est l'analyse des pratiques infirmières afin d'identifier la place de la promotion vaccinale aux urgences à partir de la prise en soins des patients consultant pour une plaie aiguë traumatique. L'hypothèse de recherche est : la prise en soins d'un patient consultant aux urgences pour une plaie aiguë traumatique constitue un levier dans l'amélioration de la couverture vaccinale à partir d'une démarche de promotion de la santé.

L'étude a permis de confirmer cette hypothèse.

Les infirmiers décrivent la fréquence de consultation aux urgences pour une plaie quotidienne, ce qui en fait le motif de recours principal en filière courte.

On identifie un socle commun de prise en charge par les infirmiers. En effet, ils cherchent systématiquement à caractériser la plaie et à vérifier le statut vaccinal antitétanique du patient. Cependant, des disparités subsistent dans les pratiques notamment sur le choix de la stratégie de nettoyage de la plaie, le choix de l'antiseptique.

L'état vaccinal antitétanique du patient est vérifié de manière systématique mais de différentes manières en fonction des pratiques. De manière générale, la question est directement posée au patient : « *êtes-vous à jour de vos vaccinations ?* ». Il est fréquent que les patients ne comprennent pas la vaccination ciblée et répondent en s'orientant vers la vaccination Covid. L'infirmier le réoriente alors sur le vaccin contre le tétanos qui « *ne parle pas* » toujours aux patients et nécessite parfois de citer le vaccin combiné DTP pour Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite.

En fonction de la réponse du patient, un Quick Test peut être réalisé. Généralement, les infirmiers se fient au patient à partir de critères qui leur laissent penser qu'ils peuvent avoir confiance en leur réponse verbale : l'absence d'expression de doute et la connaissance des informations de vaccination, notamment la date d'administration. En l'absence de ces critères. Un test de dépistage de l'immunité antitétanique est réalisé par prélèvement capillaire. Il se pratique aux urgences, le plus souvent à l'accueil au moment de l'évaluation initiale par l'Infirmier Organisateur de l'Accueil, et la réponse est obtenue en quelques minutes.

De manière moins fréquente, puisque la majorité des patients adultes ne l'ont pas à leur disposition à l'occasion d'un passage aux urgences, les infirmiers demandent au patient leur

carnet de santé. Ils le considèrent comme une source plus fiable où les vaccinations sont tracées par les professionnels de santé.

Enfin, le contact du médecin traitant pour s'assurer du statut vaccinal du patient est proposé sous la forme d'une remise en question : faut-il le faire ? Ne serait-ce pas une source plus fiable ? Pour autant, il constitue une perte de temps, tant pour le médecin que pour l'infirmier des urgences. Le temps de communication téléphonique est allongé si le médecin généraliste est en cours de consultation au cabinet ou de visites à domicile. Cela nécessite qu'il consulte le dossier de son patient, excepté s'il garde en mémoire le statut vaccinal antitétanique de tous ses patients. Encore faudrait-il que le médecin généraliste s'y soit intéressé au cours de ses consultations et l'ait tracé. Encore faudrait-il que le patient ait effectué un suivi régulier chez son médecin traitant. Encore faudrait-il que le patient ait déclaré un médecin traitant. N'existerait-il pas d'autres moyens permettant le partage de données médicales, notamment vaccinales, entre le médecin traitant et les urgences ? Entre la médecine de ville et l'hôpital ?

Tandis que le Dossier Médical Partagé est en cours de suppression, Mon Espace Santé est, lui, en plein essor. Il permet au patient et aux professionnels de santé de partager et stocker des données et documents de santé de manière sécurisée. Il ne nécessite pas de création de la part du patient, contrairement à son prédécesseur. Tout professionnel de santé peut ajouter des données. Cependant, tous ne sont pas autorisés à consulter les données qu'ils n'ont pas apporté. Cela requiert une autorisation de la part du patient et donc une manipulation numérique. Cet outil constitue une avancée considérable dans la coordination du parcours de soins mais n'inclut pas les urgences dans celle-ci. Par définition, un passage aux urgences n'est pas programmé. Le patient ne peut donc pas autoriser l'accès à son Espace Santé en amont de sa venue. Ses données ne sont alors pas accessibles par les professionnels de santé des urgences.

De toutes les manières, cet état des lieux sur la vaccination antitétanique réalisé avec le patient adulte ouvre la discussion sur le sujet et permet de répandre une culture vaccinale. Lorsque viennent les loisirs dans la discussion, le risque tétanique du jardinage est abordé. Lorsque vient le mari ou la compagne dans la discussion, l'infirmier rebondit en demandant s'il ou elle est aussi à jour dans ses vaccinations.

Les patients sont demandeurs de ce genre de prise en soins car ils n'ont pas régulièrement accès à un suivi vaccinal. Les rappels de vaccin antitétanique sont oubliés ou bien, les patients s'en souviennent qu'une fois que le risque tétanique est présent. Certains réclament alors le test de dépistage immunitaire. La possibilité de faire le point sur la vaccination antitétanique à

l'occasion d'un passage aux urgences est appréciée. Cela témoigne de lacunes dans le suivi et le parcours vaccinal du patient. N'y aurait-il pas une place à prendre ?

Les actions des infirmiers en lien avec la vaccination sont particulièrement centrées sur le tétanos. Un manque de formations et de connaissances est parfois souligné et justifierait un moindre intérêt pour les autres vaccinations. Ces habitudes acquises par les infirmiers au cours de l'accueil des patients consultant pour une plaie ou l'intégration à la grille de tri de l'état vaccinal du patient permettent tout de même d'étendre la promotion vaccinale à l'accueil des patients consultant pour d'autres motifs. De manière moins fréquente et non systématique, la question de la vaccination est abordée lors de la prise en soins de populations particulières : les sujets à risque ayant des antécédents de pathologies respiratoires, les sujets pédiatriques et les sujets précaires ainsi que lors de périodes particulières : la période hivernale au moment de laquelle on observe une recrudescence des infections respiratoires.

Lorsqu'on interroge des infirmiers exerçant aux urgences sur la place des urgences dans le parcours vaccinal et le rôle des urgences dans la couverture vaccinale, la réponse n'est pas évidente. Il est parfois considéré que la vaccination n'a pas sa place aux urgences. Des contraintes telles que la charge de travail et la priorisation des soins sont mises en avant. Certains considèrent que les urgences ne sont ni le lieu ni le moment pour faire de la prévention vaccinale.

Néanmoins, lorsqu'on questionne les infirmiers sur leurs pratiques, on constate que la vaccination et sa promotion occupent une place non négligeable. En effet, en fonction du motif de consultation, ils réalisent de manière systématique une vérification de l'état vaccinal antitétanique du patient. Lorsqu'ils ont recours au test de dépistage immunitaire, ils sont tenus de respecter le droit au consentement libre et éclairé du patient. Ils expliquent alors le déroulement du soin, l'intérêt du test et les éventuelles conduites à tenir qui vont en découler. Des informations sur la vaccination appartiennent à cette procédure et participent donc au partage de la culture vaccinale. Ils sont amenés à mettre à jour le schéma vaccinal du patient par l'administration du vaccin antitétanique et/ou d'immunoglobulines. Enfin, à l'issue du passage aux urgences du patient, ils l'incitent à reconsulter leur médecin traitant afin de faire un point sur leurs vaccinations et de possiblement faire un vaccin ou un rappel de vaccin si cela est nécessaire.

La vaccination et sa promotion ont leur place aux urgences. Les professionnels de santé des urgences contribuent à l'amélioration de la couverture vaccinale en vaccinant contre le tétanos,

et de manière étendue contre la diphtérie et la poliomyélite, mais aussi en incitant à la vaccination.

## **2. La comparaison avec la littérature**

En 2021, une étude interventionnelle prospective multicentrique mettait en évidence l'intérêt de l'information au patient dans l'amélioration du taux de vaccination antitétanique et donc de la couverture vaccinale. Cette recherche suggérait également que le recueil du statut vaccinal des patients permettait de cibler les populations sous-vaccinées afin d'adapter les campagnes de prévention et les programmes de vaccination en les ciblant. [50]

En 2021, deux études observationnelles descriptives prospectives s'intéressaient à la couverture vaccinale des patients en cours de traitement oncologique dans les Hauts-de-France. Cette recherche suggère que le rappel des recommandations vaccinales auprès des médecins permet d'améliorer la couverture vaccinale. Cependant, cela ne concerne pas toutes les vaccinations. Une augmentation significative du taux de vaccination a été observé pour la grippe mais pas pour le pneumocoque. [51]

En 2021, une étude descriptive rétrospective monocentrique s'intéressait à la fiabilité de la vérification du statut vaccinal antitétanique aux urgences pédiatriques. Cette recherche concluait sur la nécessité d'une systématisation du contrôle du statut vaccinal du patient. L'auteur suggérait à travers sa thèse qu' « *une formation répétée et un protocole clair de prise en charge permettraient une standardisation de la vérification du statut vaccinal.* » [52]

En 2015, une étude épidémiologique transversale s'intéressait aux freins à la vaccination chez le personnel des pôles urgences et réanimation du Centre Hospitalier Universitaire de Lille dans le cadre de la vaccination antigrippale saisonnière. Les paramédicaux étaient inclus dans la population étudiée. Cette recherche suggérait que « *la vaccination était significativement associée au niveau de connaissance* » et qu'ainsi, des connaissances lacunaires constituaient un frein à la vaccination. Les perspectives de l'étude portaient sur la mise en place de mesures informatives à destination du personnel hospitalier. [53]

## **3. Les limites de l'étude**

L'étude est confrontée à un biais de sélection en lien avec les critères d'inclusion définis. En effet, l'échantillon étudié n'est pas représentatif de la population plus large qu'il est censé représenter. Les jeunes infirmiers, tant en âge qu'en expérience, sont très faiblement représentés. La condition de formation à l'accueil et d'exercice dans tous les secteurs écarte

les infirmiers exerçant en sortie de diplôme alors qu'ils participent à la prise en soin en secteur des patients consultant aux urgences pour une plaie.

Les conditions expérimentales de l'étude constituent une limite. En effet, les entretiens ayant été réalisés sur le lieu d'exercice des participants, les infirmiers étaient en poste au moment de l'entretien. Pour certains, cela a entraîné des réponses courtes afin d'écourter l'échange, ayant conscience de la charge de travail les attendant et temporairement transmise à leurs collègues.

#### **4. Les perspectives**

Concernant les perspectives de recherche, l'étude pourrait être étendue aux autres professionnels de santé exerçant aux urgences : aux médecins urgentistes, aux internes de médecine, aux Infirmiers en Pratique Avancée, aux aides-soignants. Elle pourrait également s'étendre aux acteurs de la médecine de ville puisqu'ils sont régulièrement cités dans les résultats. Cela permettrait une vision plus globale de la situation mais également une vision pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

Concernant les perspectives de pratique, l'étude suggère que différents facteurs complexifient la dissémination des recommandations au sein de la pratique en soins infirmiers. Le développement d'une organisation en réseau pourrait constituer une solution et permettre de sensibiliser les infirmiers à ces textes de recommandations contribuant à l'amélioration des pratiques professionnelles. Cela peut aussi être développement en interne par le biais de sessions d'analyse des pratiques professionnelles.

Concernant les perspectives de formation, l'étude suggère que les infirmiers font face à des lacunes de formation concernant la vaccination. Les formations en soins infirmiers font actuellement l'objet d'une réforme. Le socle de formation est déjà constitué d'unités d'enseignement au sein desquelles la vaccination peut être abordée : « Santé publique et économie de la santé » et « Soins éducatifs et préventifs ». La refondation de la profession infirmière est une aubaine pour mettre l'accent sur la vaccination en formation dans un objectif d'amélioration de la santé populationnelle. L'intégration de formations sur la vaccination aux programmes de Développement Professionnel Continu infirmiers serait également ressource.

## Conclusion

Ce mémoire de fin d'études s'est appuyé sur une méthode qualitative exploratoire et s'est intéressé à la promotion vaccinale dans la pratique des infirmiers aux urgences à partir de la prise en soins des patients consultant pour une plaie aiguë traumatique.

La prévention et la promotion de la santé constituent une importance décisive en matière de santé publique et les urgences occupent une position stratégique dans ces enjeux.

Grâce à l'élargissement de ses compétences en soins infirmiers, l'Infirmier en Pratique Avancée mention Urgences a la capacité de mettre en œuvre des interventions éducatives brèves auprès des patients, notamment constituées d'actions de promotion de la santé, de dépistage et de prévention. Il peut évaluer le statut vaccinal du patient, prescrire et administrer les vaccins indiqués, tout en instaurant une démarche de développement de la culture vaccinale auprès des patients en les informant sur la prévention des maladies infectieuses.

La plus-value de l'IPA se manifeste également par des compétences de coordination des parcours de soins et de communication entre les différents acteurs de santé. Alors que les entretiens menés ont suggéré l'existence de lacunes dans le suivi et le parcours vaccinal des patients. N'est-ce pas une place à prendre pour l'IPA ?

D'autant que les enjeux actuels de santé publique rendent cette approche encore plus pertinente. Dans un contexte post période pandémique ayant nécessité le développement de campagnes vaccinales majeures et où les maladies infectieuses représentent une menace constante, la promotion vaccinale aux urgences devient un levier crucial pour renforcer la couverture vaccinale. Par ailleurs, la sensibilisation des populations aux vaccins peut être intégrée à la consultation paramédicale en pratique avancée aux urgences, offrant ainsi une opportunité d'éducation et de prévention auprès d'une population peu sensibilisée à ces questions.

Enfin, la promotion vaccinale par les infirmiers des urgences, et plus particulièrement par les Infirmiers en Pratique Avancée, constitue une stratégie essentielle pour améliorer la couverture vaccinale. Les compétences et l'autonomie de l'IPA permettent l'optimisation de la prise en soins des patients consultant pour une plaie aiguë traumatique, tout en adressant les enjeux de santé publique actuels. Cette approche renforce particulièrement la qualité des soins mais aussi la santé globale de la population. Ainsi, il est impératif de développer et soutenir le rôle des IPA dans les stratégies de promotion vaccinale aux urgences pour répondre aux défis sanitaires présents et futurs.

## Bibliographie

- [1] Perronne C. La vaccination : première méthode de prévention. Actual Doss En Sante Publique. 2010;(71):2.
- [2] Guimier L. Les résistances françaises aux vaccinations : continuité et ruptures à la lumière de la pandémie de Covid-19. Herodote. 2021;(183):227-50.
- [3] Gautier A, Jestin C, Beck F. Vaccination : baisse de l'adhésion de la population et rôle clé des professionnels de santé. Sante En Action. 2013;(423):50-3.
- [4] Pierrefixe S. Vaccins, pourquoi font-ils si peur ? Sci Sante. 2015;(24):23-33.
- [5] Accueil PRO | Vaccination Info Service [En ligne]. Suivi et évaluation des programmes de vaccination ; 6 juin 2018 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-scientifiques/Epidemiologie/Suivi-et-evaluation-des-programmes-de-vaccination>
- [6] Santé.fr [En ligne]. Le vaccin contre le tétanos ; 22 fév 2019 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : [https://www.sante.fr/le-vaccin-contre-le-tetanos#Qui\\_doit\\_Se\\_Faire\\_Vacciner\\_et\\_Pourquoi\\_?](https://www.sante.fr/le-vaccin-contre-le-tetanos#Qui_doit_Se_Faire_Vacciner_et_Pourquoi_?)
- [7] Accueil | Vaccination Info Service [En ligne]. Tétanos ; 14 nov 2023 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Tetanos>
- [8] Santé Publique France [En ligne]. Tétanos en France : données épidémiologiques 2021 ; 14 avril 2022 [cité le 11 jan 2024]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/tetanos-en-france-donnees-epidemiologiques-2021>
- [9] Accueil PRO | Vaccination Info Service [En ligne]. Tétanos ; 14 nov 2023 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Tetanos>
- [10] ONU France [En ligne]. Vaccination : une longue histoire ; 26 avril 2023 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://unric.org/fr/vaccination-une-longue-histoire/>.
- [11] Accueil | Vaccination Info Service [En ligne]. Vaccins d'hier à aujourd'hui ; 31 jan 2023 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Histoire-de-la-vaccination/Vaccins-d-hier-a-aujourd-hui>

[12] ONU France [En ligne]. Commémoration de l'éradication de la variole - un héritage chargé d'espoir pour la COVID-19 et d'autres maladies ; 8 mai 2020 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news/item/08-05-2020-commemorating-smallpox-eradication-a-legacy-of-hope-for-covid-19-and-other-diseases>

[13] Vaccination-info.be [En ligne]. L'histoire de la vaccination | vaccination-info ; 2 mars 2020 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://www.vaccination-info.be/histoire-de-la-vaccination/>

[14] Vaccination Info Service [En ligne]. Vaccins d'hier à aujourd'hui ; 31 jan 2023 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Histoire-de-la-vaccination/Vaccins-d-hier-a-aujourd-hui>

[15] Institut Pasteur. Institut Pasteur [En ligne]. Vaccin BCG : il y a 100 ans, la première vaccination contre la tuberculose ; 13 juil 2021 [cité le 4 juin 2024]. Disponible : <https://www.pasteur.fr/fr/journal-recherche/actualites/vaccin-bcg-il-y-100-ans-premiere-vaccination-contre-tuberculose>

[16] Vaccination Info Service [En ligne]. 1798-2023 : quelques repères historiques ; [cité le 4 juin 2024]. Disponible : <https://vaccination-info-service.fr/reperes-historiques/>

[17] Vaccination Info Service [En ligne]. 1798-2023 : quelques repères historiques ; [cité le 4 juin 2024]. Disponible : <https://vaccination-info-service.fr/reperes-historiques/>

[18] Vaccination Info Service [En ligne]. 1798-2023 : quelques repères historiques ; [cité le 4 juin 2024]. Disponible : <https://vaccination-info-service.fr/reperes-historiques/>

[19] World Health Organization (WHO) [En ligne]. Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) ; 9 août 2023 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19))

[20] Vaccination-info.be [En ligne]. L'histoire de la vaccination | vaccination-info ; 2 mars 2020 [cité le 4 juin 2024]. Disponible : <https://www.vaccination-info.be/histoire-de-la-vaccination/>

[21] Ameli.fr [En ligne]. Publication du calendrier des vaccinations 2024 : quelles sont les nouveautés ? ; 3 mai 2024 [cité le 01 juin 2024]. Disponible : <https://www.ameli.fr/lille-douai/pharmacien/actualites/publication-du-calendrier-des-vaccinations-2024-quelles-sont-les-nouveautes>

[22] Légifrance [En ligne]. Arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation

- Légifrance ; 30 août 2021 [cité le 10 jan 2024].  
Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031425153/2020-10-26/>

[23] Légifrance [En ligne]. Article L3111-4 - Code de la santé publique - Légifrance ; [cité le 10 jan 2024].  
Disponible : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_1c/LEGIARTI000034079710](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_1c/LEGIARTI000034079710)

[24] Ameli.fr [En ligne]. Les vaccins obligatoires ; 2 mai 2024 [cité le 01 juin 2024].  
Disponible : [https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/vaccination/vaccins-obligatoires#text\\_39562](https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/vaccination/vaccins-obligatoires#text_39562)

[25] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Actualisation des recommandations et obligations pour les étudiants et professionnels des secteurs sanitaire, médicosocial et en contacts étroits avec de jeunes enfants ; 29 mars 2023 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3424586/fr/actualisation-des-recommandations-et-obligations-pour-les-etudiants-et-professionnels-des-secteurs-sanitaire-medicosocial-et-en-contacts-etroits-avec-de-jeunes-enfants](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3424586/fr/actualisation-des-recommandations-et-obligations-pour-les-etudiants-et-professionnels-des-secteurs-sanitaire-medicosocial-et-en-contacts-etroits-avec-de-jeunes-enfants)

[26] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Obligations vaccinales des professionnels : la HAS publie le 2nd volet de ses travaux ; 31 juil 2023 [cité le 4 juin 2024].  
Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3456352/fr/obligations-vaccinales-des-professionnels-la-has-publie-le-2nd-volet-de-ses-travaux](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3456352/fr/obligations-vaccinales-des-professionnels-la-has-publie-le-2nd-volet-de-ses-travaux)

[27] Ameli.fr [En ligne]. Les vaccins obligatoires ; 2 mai 2024 [cité le 14 mai 2024].  
Disponible : [https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/vaccination/vaccins-obligatoires#text\\_39562](https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/vaccination/vaccins-obligatoires#text_39562)

[28] Légifrance [En ligne]. Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique - Légifrance ; [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000027830751/>.

[29] Vaccination Info Service [En ligne]. Militaires ; 7 fév 2023 [cité le 10 jan 2024].  
Disponible : <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Militaires>

[30] Ameli.fr [En ligne]. Patients en affection de longue durée sans médecin traitant : des chiffres encourageants ; 29 fév 2024 [cité le 17 mars 2024].  
Disponible : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/actualite/patients-en-affection-de-longue-duree-sans-medecin-traitant-des-chiffres-encourageants>

[31] VIDAL [En ligne]. Le carnet de santé ; 9 avril 2018 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://www.vidal.fr/sante/enfants/suivi-medical/carnet-sante.html>

[32] Forum Ameli pour les assurés [En ligne]. Carnet de santé adulte perdu et pas de carnet de vaccination ; [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://forum-assures.ameli.fr/questions/2153631-carnet-sante-adulte-perdu-carnet-vaccination>

[33] Ameli.fr [En ligne]. Mon espace santé ; [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/mon-espace-sante>

[34] Manuila A, Manuila L, Lewalle P, Nicoulin M, Papo T. Dictionnaire médical Manuila. 10<sup>e</sup> éd. [Issy-les-Moulineaux] : Elsevier Masson ; 2015. 704 p.

[35] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Les pansements : Indications et utilisations recommandées - Fiche BUTS ; 11 jan 2013 [cité le 4 juin 2024]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1438004/fr/les-pansements-indications-et-utilisations-recommandees-fiche-buts](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1438004/fr/les-pansements-indications-et-utilisations-recommandees-fiche-buts)

[36] Centre hospitalier universitaire vaudois - CHUV [En ligne]. La plaie ; 2019 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : [https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dso/documents/Methodes\\_de\\_soins/MDS\\_P\\_LAIES\\_La\\_plaie.pdf](https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dso/documents/Methodes_de_soins/MDS_P_LAIES_La_plaie.pdf)

[37] Centre hospitalier universitaire vaudois - CHUV [En ligne]. La plaie ; 2019 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : [https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dso/documents/Methodes\\_de\\_soins/MDS\\_P\\_LAIES\\_La\\_plaie.pdf](https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dso/documents/Methodes_de_soins/MDS_P_LAIES_La_plaie.pdf)

[38] Centre hospitalier universitaire vaudois - CHUV [En ligne]. La plaie ; 2019 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : [https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dso/documents/Methodes\\_de\\_soins/MDS\\_P\\_LAIES\\_La\\_plaie.pdf](https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dso/documents/Methodes_de_soins/MDS_P_LAIES_La_plaie.pdf)

[39] Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [En ligne]. Avis relatif aux rappels de vaccination antitétanique dans le cadre de la prise en charge des plaies ; 24 mai 2013 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://www.sfm.org/upload/consensus/Avis-HCSP-tetanos.pdf>

[40] Manuila A, Manuila L, Lewalle P, Nicoulin M, Papo T. Dictionnaire médical Manuila. 10<sup>e</sup> éd. [Issy-les-Moulineaux] : Elsevier Masson ; 2015. 704 p.

[41] Quali-sante.com [En ligne]. Temps de cicatrisation : étapes, phases et facteurs ; 12 mars 2024 [cité le 17 mars 2024]. Disponible : <https://www.quali-sante.com/temps-cicatrisation/>

[42] Cittee T, Brigas-Dos Santos L, Le Trocquer R, Pain D. Bien débiter - Plaies, cicatrisation et pansements. 2<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2023. 328 p.

[43] Cittee T, Brigas-Dos Santos L, Le Trocquer R, Pain D. Bien débiter - Plaies, cicatrisation et pansements. 2<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2023. 328 p.

[44] Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [En ligne]. Plaies aiguës en structure d'urgence - Référentiel de bonnes pratiques ; 2017 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : [https://www.sfm.org/upload/consensus/rbp\\_plaies2017\\_v2.pdf](https://www.sfm.org/upload/consensus/rbp_plaies2017_v2.pdf)

[45] AAZ | 30 ans d'expérience au service du diagnostic [En ligne]. TetaQuick® - Test de détection du tétanos | AAZ ; 27 nov 2023 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : <https://www.aazlab.fr/tetaquick/#:~:text=TetaQuick%20TetaQuick%20est%20un%20test%20immunochromatographique%20en,détermination%20du%20statut%20immunitaire%20vis%20à-vis%20du%20tétanos.>

[46] Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [En ligne]. Plaies aiguës en structure d'urgence - Référentiel de bonnes pratiques ; 2017 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : [https://www.sfm.org/upload/consensus/rbp\\_plaies2017\\_v2.pdf](https://www.sfm.org/upload/consensus/rbp_plaies2017_v2.pdf)

[47] SPILF - Infectiologie [En ligne]. Prise en charge des plaies en structure d'urgence ; mars 2018 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : [https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/atb/info-antibio/info-antibio-2018-03-plaies.pdf#:~:text=Un%20nettoyage/détersion%20est%20toujours%20nécessaire%20\(SSI%20ou%20eau,et%20sur%20accord%20médical%20au-delà%20des%2024%20h.](https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/atb/info-antibio/info-antibio-2018-03-plaies.pdf#:~:text=Un%20nettoyage/détersion%20est%20toujours%20nécessaire%20(SSI%20ou%20eau,et%20sur%20accord%20médical%20au-delà%20des%2024%20h.)

[48] Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [En ligne]. Plaies aiguës en structure d'urgence - Référentiel de bonnes pratiques ; 2017 [cité le 10 jan 2024]. Disponible : [https://www.sfm.org/upload/consensus/rbp\\_plaies2017\\_v2.pdf](https://www.sfm.org/upload/consensus/rbp_plaies2017_v2.pdf)

[49] Ameli.fr [En ligne]. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2024 ; avril 2024 [cité le 28 avril 2024]. Disponible : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/calendrier\\_vaccinal\\_PS\\_avril\\_24.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/calendrier_vaccinal_PS_avril_24.pdf)

[50] Bisson M. Amélioration de la couverture vaccinale DTP des adultes du Nord : étude interventionnelle prospective multicentrique [Thèse de doctorat de médecine]. Lille : Université de Lille ; 2021. 39 p.

[51] Rivière P. Évaluations de la couverture vaccinale en oncologie et impact d'un rappel des recommandations vaccinales : études multicentriques en hôpital de jour. [Thèse de doctorat de médecine]. Lille : Université de Lille ; 2021. 49 p.

[52] Nibbio M. Vérification du statut vaccinal antitétanique des enfants admis pour morsure aux urgences pédiatriques du CHU de Lille [Thèse de doctorat de médecine]. Lille : Université de Lille ; 2021. 46 p.

[53] Nuvoli A. Etude des freins à la vaccination contre la grippe saisonnière chez le personnel des pôles urgences et réanimation au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille en 2014 [Thèse de doctorat de médecine]. Lille : Université de Lille ; 2015.

## **Table des figures**

Figure 1 : Evolution du nombre annuel de cas déclarés et de décès en France de 1975 à 2017 à partir des données recueillies par Santé Publique France et les certifications électroniques des décès de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.....	3
Figure 2 : Calendrier vaccinal simplifié de 2024.....	6
Figure 3 : Tableau récapitulant les facteurs de retard de cicatrisation.....	11
Figure 4 : Choix du type de suture en cicatrisation de première intention d'après le référentiel des bonnes pratiques de la Société Française de Médecine d'Urgence.....	14
Figure 5 : Tableau récapitulant les caractéristiques de la population étudiée.....	18

## Table des matières

<b>Introduction générale</b> .....	1
<b>Partie I – INTRODUCTION BIBLIOGRAPHIQUE</b> .....	2
1. La vaccination.....	2
1.1. Contexte.....	2
1.2. Epidémiologie.....	2
1.2.1. Couverture vaccinale générale.....	2
1.2.2. Focus sur le tétanos.....	3
1.3. L’histoire de la vaccination.....	4
1.3.1. Du XVème au XVIIIème siècle : de la variolisation à la vaccine contre la variole.....	4
1.3.2. XIXème siècle : travaux de la vaccination de Pasteur.....	4
1.3.3. De 1880 à 1930 : toxines, anatoxines et bacilles tués.....	5
1.3.4. XXème siècle : progrès et nouveaux vaccins.....	5
1.3.5. XXIème siècle : de nouveaux enjeux.....	5
1.4. Calendrier vaccinal et recommandations.....	6
1.5. Suivi vaccinal des patients.....	7
1.5.1. Par la médecine scolaire.....	7
1.5.2. Par la médecine du travail.....	7
1.5.3. Par le Service de Santé des Armées.....	8
1.5.4. Et pour les autres patients ?.....	8
1.5.5. Des outils.....	8
2. Les plaies.....	9
2.1. Définition et types de plaies.....	9
2.2. Processus de cicatrisation.....	10
2.3. Prise en soin intra hospitalière aux urgences.....	11
2.3.1. A l’accueil.....	11
2.3.2. La gestion de la douleur.....	12
2.3.3. Le risque infectieux.....	12
2.3.4. Les stratégies de cicatrisation.....	13
<b>Partie II – METHODE</b> .....	15
1. Type d’étude.....	15

2. Population.....	15
3. Recueil des données.....	16
4. Analyse des données.....	17
5. Aspects éthiques et réglementaires.....	17
<b>Partie III – RESULTATS ET ANALYSE.....</b>	<b>18</b>
<b>Partie IV – DISCUSSION.....</b>	<b>32</b>
1. Le résultat principal.....	32
2. La comparaison avec la littérature.....	35
3. Les limites de l'étude.....	35
4. Les perspectives.....	36
<b>Conclusion.....</b>	<b>37</b>

## **Bibliographie**

## **Table des figures**

## **Table des matières**

## **Annexes**

Annexe 1 : Résultat de l'analyse anti-plagiat

Annexe 2 : Attestation de déclaration à la protection des données

Annexe 3 : Lettre d'information à destination des personnes interviewées

Annexe 4 : Guide d'entretien

Annexe 5 : Moyens d'accès aux retranscriptions des entretiens

# Annexe 1 : Résultat de l'analyse anti-plagiat

📧 Résultat de l'analyse anti-plagiat - mathilde.descamps2.etu@univ-lille.fr

1 message



Expéditeur : jean-christophe alexandre

6 Juin 2024 11:30

À: mathilde descamps2 etu ipade-medicine jalexandre@univ-lille.fr

Madame, Monsieur,

Suite à la vérification anti-plagiat, j'ai le plaisir de confirmer la recevabilité du mémoire présenté et soutenu publiquement le 1<sup>er</sup> juillet 2024 à 10h50 à Lille (département facultaire de médecine Henri Warembourg) Par Mathilde DESCAMPS.

Cordialement.

--

Jean-Christophe Alexandre  
Université de Lille  
Direction des Services Informatiques de l'UFR3S

## Annexe 2 : Attestation de déclaration à la protection des données



### RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

<b>Nom :</b> Université de Lille	<b>SIREN:</b> 130 029 754 00012
<b>Adresse :</b> 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	<b>Code NAF:</b> 8542Z <b>Tél. :</b> +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

<b>Intitulé :</b> Vaccination et prise en charge des plaies traumatiques aux urgences
<b>Référence Registre DPO :</b> 2024-097
<b>Responsable scientifique :</b> M. Romain DEWILDE <b>Interlocuteur (s) :</b> Mme Mathilde DESCAMPS

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 16 mai 2024

Délégué à la Protection des Données

### **Annexe 3 : Lettre d'information à destination des personnes interrogées**

Bonjour, je suis Mathilde DESCAMPS, étudiante en pratique avancée. Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur la vaccination et la prise en soins des plaies traumatiques aux urgences. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la prise en soins par l'Infirmière Diplômée d'Etat des plaies traumatiques aux urgences. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être un.e Infirmier.ère Diplômé.e d'Etat exerçant dans un service d'urgences et prenant en charge des plaies traumatiques.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2024-097 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr) . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

Mathilde DESCAMPS

Infirmière Etudiante en Pratique Avancée

## **Annexe 4 : Guide d'entretien**

Afin de faciliter et alléger l'échange, le mot « plaie » sera utilisé pour désigner les plaies aiguës traumatiques aux urgences.

**Age :**

**Genre :**

**Nombre d'années d'exercice aux urgences :**

**Question 1 :** Parlez-moi de la place des plaies dans votre pratique.

- Les plaies font-elles partie de votre pratique quotidienne ? (+/- épidémiologie)
- Etes-vous à l'aise avec ce type de prise en charge ?
- Avez-vous bénéficié de formations sur la prise en charge des plaies ?
- Comment accueillez-vous un patient consultant pour une plaie ?

**Question 2 :** Dites-moi comment vous prenez en charge une plaie.

- Que recherchez-vous à l'interrogatoire ?
- Comment abordez-vous le sujet de la vaccination antitétanique ?
- Est-ce que la promotion de la vaccination a sa place dans l'échange avec le patient ?
- Comment proposez-vous la vaccination à un patient dont le TetaQuick test est négatif ?
- Comment tracez-vous la mise à jour du statut vaccinal antitétanique du patient ?

**Question 3 :** Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge des plaies ?

- Dites-moi comment se passe le TetaQuick Test avec les patients. Est-il facilement accepté ? Comprennent-ils l'intérêt du test ?
- La vaccination antitétanique est réalisée aux urgences, qu'en pensez-vous ? Comment ça se passe ? Quand c'est le cas, quels retours avez-vous de la part des patients ?

**Question 4 :** Parlez-moi de la place des professionnels de santé exerçant aux urgences dans le parcours vaccinal du patient.

- Sensibilisation / identification des patients nécessitant une mise à jour du schéma vaccinal / traçabilité de la vaccination (carnet de santé ? Mon Espace Santé ?)

**Question 5 :** Dites-moi le rôle que peuvent jouer les professionnels de santé des urgences dans la couverture vaccinale générale.

- Quelle est la place de la promotion vaccinale aux urgences ?
- Quelle est la place de la prévention aux urgences ?

**Question 6 :** Avez-vous quelque chose à ajouter ?

## **Annexe 5 : Moyens d'accès aux retranscriptions des entretiens**

Les retranscriptions des entretiens sont accessibles via le lien Nextcloud suivant :

<https://nextcloud.univ-lille.fr/index.php/s/LmacN7k6nSsHCoi>

Ces données sont également accessibles à partir du QR code suivant :



**La promotion vaccinale aux urgences à partir de la prise en soins par l'infirmier des patients consultant aux urgences pour une plaie traumatique aiguë**

Mots-clés libres : vaccination ; promotion vaccinale ; prévention ; infirmier ; urgences ; plaie

**Résumé :**

*Objectifs : Analyser les pratiques infirmières afin d'identifier la place de la promotion vaccinale à partir de la prise en soins des patients consultant aux urgences pour une plaie aiguë traumatique. / Améliorer la santé globale de la population en augmentant la couverture vaccinale.*

*Méthode : Etude qualitative exploratoire comparative de 2024 à partir de huit entretiens semi-directifs réalisés auprès d'infirmiers exerçant aux urgences.*

*Résultats : La vaccination et sa promotion ont leur place aux urgences et sont pratiquées par les infirmiers, d'autant plus que des défauts dans le suivi vaccinal du patient sont identifiés. La vaccination antitétanique est particulièrement ciblée tandis que des progrès peuvent être réalisés pour les autres vaccinations en levant les freins à cette pratique.*

*Conclusion : La prévention et la promotion de la santé constituent une importance cruciale en matière de santé publique et les urgences occupent une position stratégique dans ces enjeux. La promotion vaccinale par les infirmiers des urgences constitue une stratégie essentielle pour améliorer la couverture vaccinale.*

**Abstract :**

*Purposes : To analyse nursing practices in order to identify the role of vaccine promotion in the care of patients presenting to emergency departments with acute traumatic wounds / To improve the overall health of populations by increasing vaccination coverage.*

*Method : Comparative exploratory qualitative study of 2024 based on eight semi-structured interviews with nurses working in emergency departments.*

*Results : Vaccination and its promotion have their place in emergency departments and are practised by nurses, especially when shortcomings in patient vaccination follow-up are identified. Tetanus vaccination is particularly targeted, while progress could be made for other vaccinations by removing the obstacles to this practice.*

*Conclusion : Prevention and health promotion are of crucial importance in public health, and emergency departments occupy a strategic position in these issues. Vaccination promotion by emergency nurses is an essential strategy for improving vaccination coverage.*

**Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur Romain DEWILDE**