

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES - INFIRMIERS

« MAIN DANS LA MAIN »

AUTOUR DU PANSEMENT

Mémoire présenté par Perrine BOISSEAU
Etudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
De Masseur-Kinésithérapeute 2013-2014

SOMMAIRE

	Page
RÉSUMÉ	
1. INTRODUCTION.....	1
2. QUELQUES RAPPELS.....	2
2.1. La main : un symbole et de nombreuses fonctions.....	2
2.2. La main : un organe d'information et d'exécution.....	3
2.3. Historique.....	4
3. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	6
3.1. La méthode.....	6
3.2. L'étude bibliographique.....	7
3.2.1. Selon la littérature, comment se doit d'être le pansement ?.....	7
3.2.2. Le pansement face aux exigences des deux professions vis-à-vis de quelques chirurgies de la main les plus couramment rencontrées.....	10
4. L'ENQUÊTE.....	19
4.1. La méthode.....	19
4.2. Les résultats.....	20

5. DISCUSSION.....	26
5.1. Face à l'étude bibliographique.....	26
5.2. Face à l'enquête.....	27
5.3. Critiques globales de l'enquête.....	29
6. CONCLUSION.....	30

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RÉSUMÉ

La chirurgie de la main est une chirurgie minutieuse où le travail d'équipe post-opératoire est essentiel. Au sein de celui-ci, le rôle du masseur-kinésithérapeute est bien connu, celui de l'infirmier est un peu moins mis en valeur alors que c'est lui qui réalise les pansements de la main.

Dans ce mémoire, nous avons voulu mettre en évidence que le masseur-kinésithérapeute peut parfois être gêné dans sa prise en charge par le pansement infirmier.

À travers une recherche bibliographique, nous avons mis en évidence le rôle du pansement ainsi que les exigences des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes face à celui. Puis nous avons confronté ces données avec la réalité du terrain.

Cette étude nous a permis d'établir des pistes d'harmonisation de la prise en charge du patient autour du pansement, principalement en ce qui concerne la formation croisée des deux professions mais aussi l'amélioration de la collaboration des soins.

Ce travail se veut porteur du message que chaque acteur de la prise en charge a un rôle à jouer et cela dans le respect du travail de l'autre et qu'il est essentiel de travailler ensemble pour potentialiser la récupération des fonctions de la main du patient.

Mots clés : main, pansement, collaboration des soins, mobilisation.

1. INTRODUCTION

Au cours de notre stage en rééducation de la main, nous avons pu découvrir les spécificités de celle-ci. Rapidement, nous avons remarqué un phénomène d'apparence anodine, mais qui a une grande importance dans la récupération des fonctions de la main : **le pansement peut s'avérer contraignant lors de la prise en charge masso-kinésithérapique.** Auparavant infirmière en chirurgie de la main, je méconnaissais totalement cette rééducation. Connaissant les difficultés que rencontre l'infirmière pour réaliser ce pansement très spécifique et exigeant, il nous est venu à l'idée de nous intéresser à ce sujet dans le but principal de potentialiser la récupération pour le patient et de faciliter et renforcer ce travail en équipe pluridisciplinaire. Ce mémoire a pour objectif de réaliser une enquête de terrain afin d'analyser les difficultés et les exigences des deux professions face au pansement. Ce travail se veut avant tout fédérateur et utile dans la compréhension des gestes techniques des deux professions.

Pour réaliser ce projet, nous avons décidé de faire :

- Un retour bref sur la symbolique de la main et sur l'historique de la rééducation de la main.
- Une recherche bibliographique pour établir la place du pansement en chirurgie de la main en mettant en évidence les exigences de chaque chirurgie.
- Une enquête sur le terrain pour recueillir les problèmes réels auxquels sont confrontées les deux professions, ainsi qu'argumenter notre discussion.
- Une étude comparative entre les données bibliographiques et les résultats de l'enquête afin de proposer quelques solutions pour permettre l'amélioration de la prise en charge du patient opéré d'une affection de la main.

2. QUELQUES RAPPELS [1, 2, 3]

2.1. La main : un symbole et de nombreuses fonctions

Les fonctions de la main sont multiples. Celle-ci représente un outil essentiel pour l'Homme, surtout grâce à la fonction d'opposition du pouce. C'est en ayant la plus petite affection à la main que l'on se rend compte de l'importance du handicap physique ainsi que du retentissement psychologique dans la vie de tous les jours.

La main est également un symbole fort dans toutes les sociétés. Elle traverse les époques, les cultures et les religions :

- La poignée de main, simple comme bonjour signifie également le remerciement, l'accord, la paix, l'engagement, la probité d'un contrat,
- La main est un moyen de communication adaptée, au travers de la Langue des Signes, pour les personnes en situation de handicap sensoriel ou atteintes de surdité,
- La main est un outil de mesure : en quantité mais aussi en longueur,
- La main est un paradoxe : la même main qui peut faire mal, détruire, voire tuer, peut aussi dessiner, caresser, consoler...
- La Hamsa ou Main de Myriam dans la religion juive ; Les mains levées vers le haut ou bien jointes devant le corps, posture de la prière dans la religion catholique ; Les mains du Bouddha ; La main de F tima dans la religion musulmane.

2.2. La main : un organe d'information et d'exécution

- **Sa fonction d'information :** Grâce à la sensibilité superficielle, par l'intermédiaire des récepteurs sensitifs au niveau de la peau, la main est capable d'avoir des capacités de perception fine et discriminative, épicrotique ou plus grossière, protopathique. Elle a aussi un rôle de protection manifesté par exemple par le réflexe de retrait. Grâce à la sensibilité profonde, par l'intermédiaire de récepteurs proprioceptifs au sein des différentes structures anatomiques, la main informe les centres nerveux sur sa position.
- **Sa fonction d'exécution :** La main est un organe d'exécution par sa faculté de préhension et cela grâce à ses 23 degrés de liberté. On observe une disposition particulière du pouce qui s'oppose aux autres doigts. Celui-ci va à la rencontre des autres doigts de la main pour saisir ou stabiliser un objet. On dénombre 3 types de préhension : digitale, palmaire et centrée. La prise d'un objet (ou autre) comporte 3 étapes : la présentation et l'ouverture de la main ; la fermeture des doigts pour saisir l'objet, enfin l'adaptation de la force de la prise.

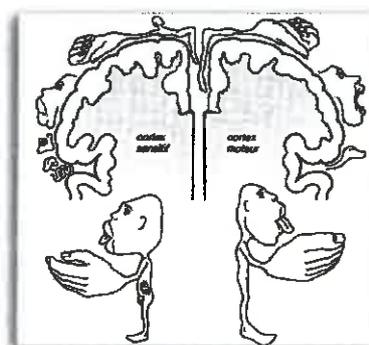


Figure 1 : L'Homonculus [4]

Cette Figure montre bien l'importance, au niveau sensitif et au niveau moteur, de la zone consacrée à la main et plus particulièrement au pouce. La main est avant tout un organe fonctionnel, utile dans toutes les activités de la vie quotidienne, sociale et professionnelle.

2.3. Historique [5]

La main, depuis toujours, est exposée aux risques de blessure et d'usure prématurée. L'évolution de la médecine a permis d'améliorer considérablement la qualité de prise en charge des affections de la main. Il n'y a pas si longtemps le traitement consistait en :

- Amputation pour les traumatismes les plus graves,
- Cautérisation pour les plaies,
- Infusion ou tisane pour les douleurs,
- Absence de prise en compte des déformations résiduelles.

Les progrès :

- L'affinement des connaissances en anatomo-physio-pathologie grâce à l'organisation des enseignements et au partage des compétences ou des expériences.
- Les progrès de la chirurgie lors des conflits militaires avec de nouvelles sutures, techniques de couverture cutanée, asepsie...
- Le développement des anesthésies : Anesthésie Locale (A.L.), Anesthésie Locorégionale (A.L.R.) ainsi que la prise en charge de la douleur...

Sortie de l'anonymat au cours des années 1960-1970, la chirurgie de la main et à sa suite la kinésithérapie, se forge une identité et progresse remarquablement. La Chirurgie et la Kinésithérapie deviennent indissociables pour obtenir de bons résultats. Nous avons pu observer 2 grandes périodes de rééducation de la main : avant et après les années 1960-1970.

Avant :

- Ambroise Paré (1509-1590) : Immobilisation stricte par peur de l'infection et de la gangrène,
- Just Marie Lucas-Champonnière (1843-1915) : Mobilisation immédiate,
- G.E.M. (1964) instaure un compromis : Immobilisation relative avec mobilisation précoce voire immédiate.

Après : apparition de 2 nouveaux concepts :

Premier concept : Immobilisation relative avec mobilisation active précoce voire immédiate dans le but de combattre les trois « fléaux » de la rééducation : **Œdème, Raideur et Douleur.**

- **L'œdème**, par son volume, empêche la mobilisation, freine le mouvement et limite les amplitudes. S'il n'y a pas de mobilisation, par fibrose des protéines, une raideur plus ou moins irréversible s'installe : c'est la notion de « colle physiologique »
- **La raideur**, quant à elle, va entraîner des rétractions capsulo-ligamentaires, des adhérences cicatricielles et des contraintes de glissement tendineux et ligamentaire.
- **La douleur** va limiter, voire empêcher, toute mobilisation et tout contact. Cela entraîne des positions de défense (main intrinsèque +).

Cela peut très vite devenir un cercle vicieux.

Deuxième concept : La découverte du « Lag Time » qui définit les délais de cicatrisation et de solidité des sutures, va permettre l'élaboration de protocoles et ainsi de progresser en rééducation précoce.

Quelques dates à retenir :

- 1964 : Création du G.E.M. (Groupe d'Etude de la Main)
- 1970 : Développement de la microchirurgie
- 1972 : Création du premier « SOS Mains » à l'Hôpital Boucicaud par R. Vilain à Paris ainsi qu'à Montpellier par Y. Allieux et à Nancy par J. Michon
- 1984 : Création du G.E.M.M.S.O.R. (Groupe d'Etude de la Main en Orthèse et en Rééducation) par D. THOMAS
- 1995 : Création du D.I.U. (Diplôme Inter Universitaire) : « Rééducation et appareillage de la main » à Grenoble.

3. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

3.1. La méthode

Au départ nous avons orienté nos recherches sur les moteurs de recherche Pub Med, Pedro, Kinedoc avec les mots-clés suivants : « main », « pansement », « collaboration des soins », « mobilisation ». Nous avons obtenu très peu de réponses. Nous avons alors dû réorienter nos recherches. Nous avons décidé d'étudier tous les ouvrages consacrés à la rééducation de la main qui se trouvent à la Bibliothèque Universitaire de la Faculté de Médecine de Nancy et la Bibliothèque Réédoc, où nous avons trouvé plusieurs résultats intéressants. Parallèlement nous avons pris contact avec 3 paramédicaux : une cadre infirmière assurant la formation en pansements spécifiques de la main aux infirmiers de Belgique et du Luxembourg ; un membre du G.E.M.M.S.O.R. et enfin un cadre formateur infirmier de l'I.F.S.I. Lionnois de Nancy.

3.2. L'Etude Bibliographique

3.2.1. Selon la littérature, comment se doit d'être le pansement ? [6, 7, 8]

Dans les ouvrages, nous retrouvons souvent la notion de travail d'équipe mais celle-ci est surtout ciblée sur la collaboration des soins entre Chirurgiens et Masseurs-Kinésithérapeutes. Par exemple dans l'ouvrage « Rééducation de la main », Tome 1 de Gregory Mespilé, il est noté le constat de Stanley :

- Bon chirurgien + bon rééducateur = bons résultats
- Bon chirurgien + mauvais rééducateur = résultats médiocres
- Mauvais chirurgien + bon rééducateur = résultats acceptables
- Mauvais chirurgien + mauvais rééducateur = résultats désastreux

Dans ce contexte : **Où se place le travail de l'infirmière ?** Le pansement n'a-t-il pas une influence sur la prise en charge masso-kinésithérapique de la main ? Et si le pansement lui-même pouvait être un élément gênant la mobilisation et l'appareillage ? Intéressons-nous aux données des ouvrages.

En 1985, dans l'ouvrage « Rééducation de la main post-traumatique = techniques opératoires et kinésithérapie » de V. Mitz et A. Nicquet, il est dit en ce qui concerne la main brûlée : « Mobilisation passive : elle doit commencer le jour de la brûlure, car c'est dans les jours qui suivent l'accident que se joue souvent l'avenir fonctionnel de la main brûlée. Pour cette rééducation, le kinésithérapeute doit avoir le souci de l'asepsie, et doit observer **une bonne coordination avec le travail infirmier (...)** Deux autres ennemis à la rééducation : le pansement et la douleur. **Le pansement doit être réalisé tout en laissant aux articulations leur libre jeu** ».

Dans l'ouvrage « La main traumatique 1. L'urgence » 2^{ème} édition de M. MERLE et G. DAUTEL de 1995, on trouve un chapitre complet sur le pansement en chirurgie de la main qui explique qu'à toute chirurgie, il existe un pansement qui a ses propres fonctions. La notion la plus importante est : « Durant les trois premiers jours post-opératoires, **le pansement doit-être compressif** afin d'éviter l'hématome qui est l'une des complications les plus redoutables de la chirurgie de la main ».

Dans l'ouvrage « Rééducation de la main », Tome 1 de Gregory Mespilé de 2011, il est dit : « **Le pansement est un dispositif occlusif et stérile** qui permet de :

- Protéger la plaie contre les frottements, les irritations et les infections, en apportant ainsi une diminution de la douleur,
- Garder le « milieu humide » de la plaie afin d'obtenir une meilleure cicatrisation,
- Arrêter un saignement par compression de petits vaisseaux, surtout les premiers jours post-opératoires,
- Absorber un exsudat qui retarderait la cicatrisation par macération,
- Mieux vivre sa plaie au quotidien : lavage de main et douche permis grâce à des pansements siliconés et étanches, confort et « habillage esthétique de la plaie ».

« (...) Le pansement doit aussi répondre à des critères spécifiques :

- Le pansement doit être *le Plus Petit Possible* : les commissures entre chaque doigt et les articulations doivent être libres. « Ne pas aveugler les pulpes » ou camoufler la peau pour garder les fonctions fondamentales de la main et du doigt : toucher, effleurer, prendre
- Le pansement doit être adapté à la lésion, inutile qu'un gros pansement bloque plusieurs articulations proximales ou empêche l'ajustement d'une attelle
- Le pansement doit permettre la mobilisation, il faut donc « alléger » les pansements et ne plus utiliser de bandes, sauf en compression temporaire lors de saignements importants
- Le pansement doit rester propre : en règle générale, le rythme de changement est tous les deux jours, mais il pourra être adapté en fonction de la plaie ou des activités
- L'ablation doit être indolore, car c'est souvent le moment le plus douloureux ».

Toutes ces publications se rejoignent malgré les années qui les séparent. Elles montrent que le pansement est important et peut avoir une incidence néfaste sur la rééducation s'il est mal réalisé. Le pansement fait donc partie du travail pluridisciplinaire nécessaire pour retrouver une main fonctionnelle.

A chaque affection correspond un pansement-type. Pourquoi sur le terrain n'est-ce pas le cas ? Ces critères spécifiques sont-ils réalisables avec le matériel mis à disposition ? Les infirmières sont-elles informées de ces particularités ?

Tout d'abord, étudions pour chaque pathologie, les exigences des deux métiers afin de voir si celles-ci sont compatibles.

3.2.2. Le pansement face aux exigences des deux professions vis-à-vis de quelques chirurgies de la main les plus couramment rencontrées [9, 10, 11, 12, 13, 24, 25]

➤ ***Le Syndrome du Canal Carpien : [14]***

C'est un syndrome fréquent dû à la compression du nerf médian dans le tunnel carpien. Il peut être d'origine inflammatoire, métabolique, positionnelle, traumatique, tumorale ou congénitale. La chirurgie s'effectue à ciel ouvert ou par voie endoscopique. Le chirurgien sectionne le ligament annulaire antérieur du carpe pour décompresser le nerf médian. En post-opératoire, les doigts sont libres, leur usage doit être modéré. La main est surélevée pour éviter l'œdème. Il est déconseillé de faire du travail en force en phase post-opératoire précoce.

Tableau I : Les exigences des M.-K. et des I.D.E. face à un Syndrome du Canal Carpien

Traitement Masso-kinésithérapique	Soins Infirmiers
- Rééducation souvent non indiquée du fait de la diminution des complications post-opératoires.	- Pansement occlusif par Cicaplaie® face palmaire de la main pour limiter les risques d'infection et pour contenir un éventuel saignement.
- Complications éventuelles : cicatrice adhérente, œdème, douleur, limitation articulaire, perte de force, perte de la sensibilité.	- Réfection du pansement toutes les 48h jusqu'à cicatrisation complète. (10-15jours)
- Complication majeure : SDRC	

Observations : Pour cette chirurgie, le pansement est simple, petit et ne gêne pas une éventuelle rééducation de la main.

➤ *La Rhizarthrose : [15]*

C'est l'arthrose de l'articulation trapézo-métacarpienne. Elle est le plus souvent d'origine dégénérative. Elle est très douloureuse et invalidante. Sans soins, elle évolue vers l'ankylose en adductus du pouce. Toutes les contraintes sont reportées sur cette articulation entraînant des douleurs et des déformations en « Z ». Le but de la chirurgie est de conserver une mobilité non douloureuse de cette articulation soit par trapézectomie nécessitant une immobilisation de la colonne du pouce pendant 4 à 5 semaines en position de fonction abduction + ouverture de la première commissure, soit par une prothèse articulée nécessitant une immobilisation du poignet et du pouce pendant 3 semaines.

Tableau II : Les exigences des M.-K. et des I.D.E. face à une Rhizarthrose

Traitement Masso-kinésithérapique	Soins Infirmiers
<ul style="list-style-type: none"> - La rééducation post opératoire débute après la période d'immobilisation. - Risque : Rétraction du pouce en flexion et adduction, perdant ainsi sa fonction d'opposition. - Zones à libérer : Eminence thénar + toute la colonne du pouce + la première commissure + pli du flexion du poignet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pansements occlusifs par Cicaplaie® face palmaire de la main pour limiter les risques d'infection et pour contenir un éventuel saignement, ainsi qu'au niveau du prélèvement du long palmaire pour les mêmes raisons. - Réfection du pansement toutes les 48h jusqu'à cicatrisation complète. (10-15jours)

Observations : Les tailles et emplacements des pansements ne gênent pas dans la réalisation de l'orthèse d'immobilisation. Ceux-ci sont retirés avant le début du traitement masso-kinésithérapique et ne l'entravent donc pas.

➤ *La Ténosynovite de De Quervain : [13]*

C'est une tendinite des tendons du Long Abducteur et du Court Extenseur du pouce qui cheminent tous deux dans la même gaine, sur le bord latéral du poignet. Un traitement chirurgical est proposé lors de persistance des douleurs et d'aggravation de la gêne fonctionnelle. L'intervention consiste, par une petite incision, à ouvrir la gaine afin de réduire les frottements entre les tendons et la gaine, sources de douleurs.

Tableau III : Les exigences des M.-K. et des I.D.E. face à une Ténosynovite de De Quervain

Traitement Masso-kinésithérapique	Soins Infirmiers
- Dès le lendemain de l'intervention, le patient peut mobiliser sa main et ses doigts comme il le souhaite.	- Pansement occlusif par Cicaplaie® sur le bord radial du poignet afin de limiter les risques d'infection et pour contenir un éventuel saignement.
- Une kinésithérapie sera nécessaire uniquement en cas de complications : cicatrice adhérente, troubles sensitifs, douleurs...	- Réfection du pansement toutes les 48h jusqu'à cicatrisation complète (10-15jours)

Observations : Cette chirurgie ne présente pas de problèmes particuliers lors de la prise en charge pluridisciplinaire.

➤ **La Maladie de Dupuytren : [13]**

C'est une maladie de l'aponévrose palmaire superficielle de la main, d'origine génétique, qui provoque un changement de texture de cette membrane. Elle s'épaissit, perd de son élasticité, se rétracte en formant des nodules sous cutanés. Cela engendre progressivement la fermeture des doigts, surtout D4 et D5. La chirurgie consiste à disséquer le tissu malade pour permettre de nouveau l'ouverture de la main : soit par aponévrotomie, soit par aponévrectomie : ouverture chirurgicale large de la paume et des doigts. Le chirurgien aura le choix entre refermer totalement ou laisser la paume ouverte (open palm) avec cicatrisation dirigée. Le patient portera une orthèse dynamique en extension du ou des doigts atteints. Elle sera portée toute la nuit et la journée par intermittence selon la prescription médicale.

Tableau III : Les exigences des M.-K. et des I.D.E. face à une Maladie de Dupuytren

Traitement Masso-kinésithérapique	Soins Infirmiers
<ul style="list-style-type: none"> - Rééducation dès le lendemain par des mobilisations : recherche de l'ouverture des arches de la main, surtout l'arche oblique (D1-D5). Massages possibles pour assouplir la paume lorsque la cicatrisation est terminée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pansement occlusif par Cicaplaie® sur la face palmaire de la main + tubulaires sur les doigts opérés afin de limiter les risques d'infection et pour contenir un éventuel saignement.
<ul style="list-style-type: none"> - Risque : rétraction en flexion des doigts atteints entraînant la fermeture de la main et la rendant non fonctionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réfection du pansement toutes les 48h jusqu'à cicatrisation complète. (15jours voire plus)
<ul style="list-style-type: none"> - Zones à libérer : plis de flexion palmaire des IP et des MP des doigts + pulpes pour conserver la fonction sensitive de la main. 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque : infectieux +++

Observations : dans cette chirurgie nous observons que la rééducation débute très tôt. En parallèle, les soins infirmiers sont importants car le risque d'infection est majeur et les exsudats peuvent être conséquents, surtout si la main est mobilisée et qu'il s'agit d'une chirurgie à paume ouverte. Dans ce cas, une balance bénéfice-risque doit être effectuée en équipe. Le M.-K. sera tenu de mobiliser le têt possible et dans l'amplitude permise. Dans cette chirurgie, c'est le pansement qui est primordial. Par contre, l'I.D.E. sera tenu de réaliser la fermeture de ses tubulaires sur la face dorsale de la main afin d'aller dans le sens de la correction, vers l'extension des doigts et donc l'ouverture de la main.

➤ *Les Sutures Tendineuses : Fléchisseurs et Extenseurs [16, 17, 18, 19]*

Elles peuvent être : primitives (dans les 48h) ; faire suite à un traumatisme secondaire (dévascularisation et rétraction du tendon) ; en cas de greffes tendineuses (après échec d'une suture tendineuse) ; en cas de transferts tendineux (maladie rhumatismale). Plus une suture est distale, plus un résultat chirurgical satisfaisant est difficile à obtenir car le tendon est plus ou moins bien vascularisé et le canal digital est très étroit. Le résultat dépend en grande partie de la rééducation. C'est ici que la courbe du « lag time » prend toute son importance pour le bon déroulement de la rééducation.

Le protocole de rééducation est choisi selon la topographie des lésions, établie par Verdan et Michon en 1961, avec une attention particulière pour la zone 2 qui présente un problème de vascularisation des tendons. Une immobilisation relative de 4 semaines par orthèse de protection des sutures est observée.

Tableau IV : Les exigences des M.-K. et des I.D.E. face à une Suture Tendineuse

Traitement Masso-kinésithérapique	Soins Infirmiers
<ul style="list-style-type: none"> - Très différents selon le protocole choisi. - La plupart du temps, la rééducation débute le lendemain de l'intervention. - Son but est de permettre un glissement précoce des sutures pour éviter le blocage des tendons dans le tissu cicatriciel. - Risque : rupture secondaire, rétractions tendineuses et capsulo-ligamentaires - Zones à libérer : plis de flexion palmaire des IP et des MP de tous les doigts et du poignet + pulpes des doigts pour conserver la fonction sensitive de la main. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le pansement va être très différent d'un patient à l'autre surtout en cas de traumatisme complexe de la main. - L'infirmière doit faire preuve d'imagination et faire face à des problèmes de maintien des différents pansements, de transpiration, de douleur, de saignements,... - Pansement occlusif par Cicaplaie® sur les faces palmaires et dorsales de la main + tubulaires sur les doigts atteints afin de limiter les risques d'infection et pour contenir d'éventuels exsudats. - Réfection du pansement toutes les 48h jusqu'à cicatrisation complète. (10-15jours)

Observations : que ce soit pour les fléchisseurs ou les extenseurs, cette chirurgie tendineuse nécessite une prise en charge pluridisciplinaire de pointe. L'acte chirurgical est complexe et minutieux. La rééducation est primordiale dans le résultat de la chirurgie. Elle doit être précautionneuse du fait de la douleur et du risque de rupture secondaire. Les soins infirmiers sont ardu, précis et longs. L'I.D.E. devra impérativement faire son maximum pour dégager les zones à mobiliser. Dans cette situation aussi, l'I.D.E. pourra faciliter la récupération articulaire en fermant les tubulaires en concordance avec le tendon concerné.

➤ *Les Réimplantations Digitales : [8, 13]*

Le terme réimplantation s'applique lorsqu'une extrémité est complètement amputée (aucune structure ne retient la partie détachée). Lorsque certaines structures d'attachement, comme les nerfs, les tendons ou des lambeaux de peau, sont toujours intactes, mais que l'irrigation sanguine est compromise, il est alors question de revascularisation [Gallico et Stirrat, 1983].

La décision de réimplanter ou non sera prise par le chirurgien avec le patient. Une amputation fonctionnelle est préférable à une réimplantation non fonctionnelle. La chirurgie consistera à stabiliser l'os, puis les tendons, les nerfs, les artères, les veines et enfin la fermeture cutanée. En post-opératoire, le patient est alité durant tout le temps de la surveillance (environ 5 jours), la main surélevée, sous lampe chauffante.

Tableau V : Les exigences des M.-K. et des I.D.E. face à une Réimplantation Digitale

Traitement Masso-kinésithérapique	Soins Infirmiers
<ul style="list-style-type: none"> - La rééducation peut débuter vers le 8^e, 10^e jour post-opératoire, lorsque le doigt est de nouveau bien vascularisé et stable. - La rééducation sera précautionneuse prenant en compte toutes les restructurations réalisées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le premier pansement, réalisé au bloc opératoire, est gardé 4 à 5 jours. - Le doigt doit être : rose, chaud ; se recolorer rapidement après la prise du pouls capillaire. - Puis : pansement occlusif par tubulaire pour limiter les risques d'infection et pour contenir d'éventuels exsudats. - Réfection du pansement toutes les 48h jusqu'à cicatrisation complète.

Observations : Cette chirurgie n'est pas anodine et l'enjeu est d'importance. La chirurgie doit être effectuée le plus rapidement possible. Les surveillances infirmières et le premier pansement sont primordiaux dans le pronostic de réimplantation. Lorsque le doigt est « stable », le masseur-kinésithérapeute doit tout faire pour le rendre fonctionnel au maximum. Un travail d'équipe performant est essentiel pour le devenir du patient. Dans cette chirurgie, au début de la prise en charge, le pansement infirmier sera prioritaire afin d'éviter les risques : d'hématome, d'infection, de dévascularisation. Parallèlement, la prise en charge masso-kinésithérapique pourra commencer.

➤ *La Ténolyse : [13, 15]*

C'est la libération chirurgicale d'un tendon dont la mobilité est entravée par des adhérences. Celles-ci sont consécutives à un traumatisme, à une opération chirurgicale ou à une ténosynovite. Cette chirurgie est délicate et douloureuse à la mobilisation. Elle donne de bons résultats à condition que la rééducation soit entreprise suffisamment tôt.

Tableau VI : Les exigences des M.-K. et des I.D.E. face à une Ténolyse

Traitement Masso-kinésithérapique	Soins Infirmiers
- La rééducation consiste à récupérer des amplitudes articulaires.	- Pansement occlusif par tubulaires en regard des tendons concernées pour limiter les risques d'infection et pour contenir un saignement.
- Risques : rétractions musculaires et capsulo-ligamentaires en position d'extension des MP et flexion des IPP.	- Réfection du pansement à la demande après mobilisation afin que le pansement ne durcisse pas avec le sang coagulé, jusqu'à cicatrisation complète.
- Zones à libérer : les plis de flexion palmaire du ou des tendons libérés.	(10-15jours)

Observations : Dans cette chirurgie, il est impératif que le pansement soit souple pour permettre dès le lendemain de l'intervention la mobilisation des tendons. La masso-kinésithérapie, dans cette situation, prime sur le pansement.

➤ *L'Arthrolyse : [13, 15]*

C'est une intervention chirurgicale ayant pour but de rendre sa mobilité à une articulation limitée dans ses mouvements. Le chirurgien procède à la section des ligaments et de la capsule qui entourent l'articulation concernée. Elle donne de bons résultats à condition que la rééducation soit entreprise suffisamment tôt.

Tableau VII : Les exigences des M.-K. et des I.D.E. face à une Arthrolyse

Traitement Masso-kinésithérapique	Soins Infirmiers
- La rééducation post-opératoire débute dès le lendemain de l'intervention mais s'avère douloureuse et sanguinolante.	- Pansement occlusif par tubulaires en regard des articulations concernées pour limiter les risques d'infection et pour contenir un éventuel saignement.
- Récupération des amplitudes articulaires.	- Réfection du pansement à la demande après mobilisation afin que le pansement ne durcisse pas avec le sang coagulé, jusqu'à cicatrisation complète. (10-15jours)
- Risques : rétractions musculaires et capsulo-ligamentaires en position d'extension des MP et flexion des IPP.	
- Zones à libérer : les plis de flexion palmaire de la ou des articulations libérées.	

Observations : Là aussi, le pansement doit être souple pour permet une mobilisation précoce et aisée.

Intéressons nous maintenant aux réalités du terrain.

4. L'ENQUÊTE

4.1. La méthode

Nous avons décidé de réaliser une enquête auprès de quelques I.D.E. et M.-K. exerçant en chirurgie ou rééducation de la main pour comparer nos recherches bibliographiques avec la réalité du terrain.

Deux questionnaires ont été réalisés : [Annexes I et II]

- un pour les I.D.E. composé de 11 questions. Les thèmes abordés sont : la formation à la réalisation du pansement, les difficultés rencontrées à la réalisation du pansement, les impératifs techniques de leur métier, la proposition d'une aide éventuelle et leur ressenti par rapport aux M.-K.
- un pour les M.-K. composé de 12 questions. Les thèmes abordés sont : la formation à la rééducation de la main, la gêne vis-à-vis du pansement, leurs exigences vis-à-vis de celui-ci, la connaissance des impératifs techniques des I.D.E. et enfin leur ressenti par rapport aux I.D.E.

Il a été distribué :

- Au Centre Chirurgical Emile Gallé de Nancy, auprès des M.-K. et I.D.E. exerçant en chirurgie de la main. (forme papier)
- A l'Institut Régional de Médecine Physique et de Réadaptation Louis Pierquin de Nancy, auprès des M.-K. et I.D.E. exerçant en rééducation de la main. (forme papier)
- Auprès de M.-K. et I.D.E. exerçant en rééducation ou chirurgie de la main en France, par l'intermédiaire d'un membre du G.E.M.M.S.O.R. (questionnaire en ligne)

4.2. Les résultats :

➤ *Questionnaire I.D.E. : [Annexe I]*

La population : Nous avons eu 40 réponses. 1 questionnaire a été exclu car il n'a été rempli qu'à moitié. 97% sont salariés dont 59% travaillent au Centre Chirurgical Emile Gallé, 35% au Centre Louis Pierquin et 10% sont extérieurs à ces deux structures. 3% sont libéraux.

- Au Centre Louis Pierquin, nous avons obtenu 14 réponses / 14 I.D.E.
- Au Centre Chirurgical Emile Gallé, nous avons obtenu 24 réponses / 44 I.D.E.

Question n°1 : « Depuis combien de temps travaillez-vous en Chirurgie de la Main ? » : La moyenne d'années d'expérience est de 5 ans et 8% ont plus de 10 ans d'expérience.

Question n°2 : « Comment avez-vous appris la confection d'un pansement de la main ? (Plusieurs réponses sont possibles) » : Grâce aux collègues : 92% ; Par leurs propres moyens : 41% ; à l'I.F.S.I. : 10% ; Autres : à l'aide du chirurgien : 1 personne sur 39 ; en stage : 2 personnes sur 39.

Question n°3 : « Avez-vous reçu une formation complémentaire qui vous aide à réaliser les pansements ? (Ex : Plaies et cicatrisation, hygiène, congrès, rencontre avec un laboratoire) »

Oui : 54%	Non : 46%.
------------------	-------------------

Question n°4 : « Si oui, la ou lesquelles et avez-vous eu un retour par vos collègues de leur apprentissage ? » Parmi les 54% : DU plaies et cicatrisation : 31% ; Lors de Congrès : 13% ; Rencontre avec des laboratoires : 36% ; Formation en hygiène : 8%.

Question n°5 : « Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à réaliser les pansements ? »

Oui : 64%	Non : 36%
------------------	------------------

Question n°6 : « Si oui, lors de quelle(s) chirurgie(s)/pathologie(s) vous gêne-t-il ? » : Réimplantation digitale : 72% ; Suture des tendons fléchisseurs : 40% ; Suture des tendons extenseurs : 20% ; Maladie de Dupuytren et Ténosynovite de De Quervain : 8% ; Ténolyse, Canal Carpien, Rhizarthrose: 0% ; Autres : lambeau : 4% ; saignement abondant : 8%.

Question n°7 : « Quels sont les impératifs techniques que l'infirmier rencontre au cours de la réalisation d'un bon pansement et sont-ils toujours réalisables ? (épaisseur, ancrage, matériel...) » : Nous avons essayé de regrouper des réponses communes puisque c'était une question ouverte :

- Règle des 4P : « Pansement le Plus Petit Possible » : 72%
- Notion de souplesse pour permettre la rééducation : 51%
- Éviter le saignement : 33%
- Pansement occlusif pour limiter le risque infectieux : 31%
- Asepsie irréprochable : 21%
- Effectuer le pansement dans la même position définie par l'orthèse : 13%
- Pansement non douloureux : 8%
- Pansement long à effectuer : 5%

Question n°8 : « Pensez-vous qu'une plaquette rappelant les exigences de la rééducation précoce vous aiderait à imaginer le pansement idéal pour le patient ? »

Oui : 72%

Non : 28%

Question n°9 : « D'une manière générale, y-a-t-il, selon vous, une bonne collaboration des soins entre les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes au sein de l'établissement ? » :

Oui : 62%

Non : 38%

Question n°10 : « Si non, pourquoi et dans quel(s) cas ? » : Parmi les 38% qui ont répondu « non » : 93% déplorent le manque de communication entre les services.

Question n°11 : « Si vous avez d'autres suggestions ou commentaires concernant le sujet, merci de m'en faire part. » :

- 13% des I.D.E. souhaiteraient effectuer le premier pansement en présence du M.-K. pour faciliter la rééducation du patient.
- 8% des I.D.E. évoquent que la difficulté du pansement de la main est surtout présente chez les I.D.E. libéraux qui n'ont ni la formation, ni le matériel.
- 8% des I.D.E. évoquent la difficulté d'avoir le bon matériel par la pharmacie dont ils dépendent (établissement de santé ou officine libérale).
- Une I.D.E. dit qu'assister à des interventions au bloc opératoire aiderait peut-être les I.D.E. à mieux réaliser les pansements pour la rééducation du patient.

➤ *Questionnaire M.-K. : [Annexe III]*

La population : Nous avons eu 18 réponses. 83% sont salariés dont : 33% travaillent au Centre Louis Pierquin, 22% au Centre Chirurgical Emile Gallé, 45% sont extérieurs à ces structures. 17% sont libéraux.

- Au Centre Louis Pierquin, nous avons obtenu 6 réponses / 6 M.-K.
- Au Centre Chirurgical Emile Gallé, nous avons obtenu 4 réponses / 6 M.-K.

Question n°1 : « Depuis combien de temps travaillez vous en rééducation de la main ? » : La population a entre 1 et 40 années d'expérience. La moyenne est de 15ans. 45% sont au dessus de cette moyenne.

Question n°2 : « Comment avez-vous appris la rééducation de la main ? (Plusieurs réponses sont possibles) » : Grâce aux collègues : 83% ; Par leurs propres moyens : 50% ; A l'I.F.M.K. : 39% ; DIU Rééducation et Appareillage en Chirurgie de la Main : 22% et Congrès : 5%.

Question n°3 : « Le pansement infirmier vous gêne-t-il lors de la rééducation ? » : Parfois : 13 personnes / 18 ; Souvent : 4 personnes / 18 et une personne n'a pas répondu.

Question n°4 : « Si oui, dans quelle(s) situations vous gêne-t-il ? » : A la mobilisation : 89% ; A la réalisation d'orthèses : 50% ; Autre : Lors du massage : 11%

Question n°5 : « 5. Si oui, lors de quelle(s) chirurgie(s)/pathologie(s) vous gêne-t-il ? » : Suture des tendons fléchisseurs : 78% ; Réimplantation Digitale, Suture des tendons extenseurs et ténolyse : 56% ; Maladie de Dupuytren : 28% ; Maladie de De Quervain, Canal Carpien et Rhizarthrose : 0% ; Autre : Arthrolyse : 6%

Question n°6 : « Pensez-vous qu'un pansement inapproprié peut ralentir la rééducation ? (Pansement durci par le sang...) »

Oui : 94%

Non : 6%

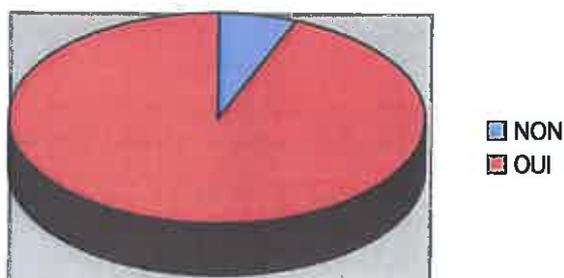


Figure 2 : Graphique mettant en évidence les réponses de la question n°6

Question n°7 : « 7. Quelles sont vos exigences vis-à-vis du pansement, afin de réaliser au mieux la rééducation ? (Zones à libérer, épaisseur, hygiène...) » : Nous avons essayé de regrouper les réponses communes car c'était une question ouverte.

- **Notion de souplesse pour permettre la rééducation : 78%**
- **Règle des 4P : « Pansement le Plus Petit Possible » : 78%**
- **Libérer les pulpes des doigts pour la sensibilité : 17%**
- **Pansement occlusif : 11%**
- **Pas de pansement : 6%**

Question n°8 : « Avez-vous connaissance des exigences infirmières d'un bon pansement ? »

Oui : 39%

Non : 61%

Question n°9 : « Pensez-vous qu'une affiche explicative de la rééducation pourrait aider les infirmiers à mieux concevoir le pansement ? »

Oui : 100%

Non : 0%

Question n°10 : « D'une manière générale, y-a-t-il, selon vous, une bonne collaboration des soins entre les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes au sein de votre établissement ? »

Oui : 77%

Non : 33%

Question n°11 : « Si non, pourquoi et dans quel(s) cas ? » : Parmi ceux qui ont répondu, deux idées ressortent :

- **Eloignement géographique dans les structures : 22%**
- **Pas de travail d'équipe : 17%**

Question n°12 : « Si vous avez d'autres suggestions ou commentaires concernant le sujet, merci de m'en faire part. »

- 28% signalent que les pansements les plus gênants pour la rééducation sont ceux réalisés en libéral.
- Une personne évoque qu'il serait intéressant pour le M.-K. de connaître les exigences du pansement pour l'I.D.E.

5. DISCUSSION

5.1. Face à l'étude bibliographique

Les résultats : La vision des ouvrages met en évidence la notion de collaboration en chirurgien et M.-K. mais il n'y a pas de notion de collaboration avec l'I.D.E. La chirurgie programmée ne semble pas poser de soucis (Syndrome du Canal Carpien, Rhizarthrose, Maladie de De Quervain), à l'exception de la Maladie de Dupuytren, lorsque la chirurgie se fait à paume ouverte. Le risque infectieux étant majeur, le pansement sera prioritaire sur le traitement masso-kinésithérapique. Le M.-K. devra faire preuve d'asepsie. (Lavage de mains, port de gants). En ce qui concerne la chirurgie d'urgence (suture tendineuse, réimplantation digitale), les exigences des deux professions sont majeures et ont de l'importance pour le devenir du patient. Le travail de collaboration apparaît alors essentiel pour faciliter le travail de chacun. La chirurgie « libératrice » (arthrolyse, ténolyse) nécessite un pansement souple pour entreprendre la masso-kinésithérapie le plus tôt possible et le plus facilement possible. L'I.D.E. devra réaliser son pansement plus souvent qu'à l'ordinaire, en fonction de la rééducation.

Les limites : chaque critère vis-à-vis du pansement est justifié et nécessaire mais cela est théorique. Est-ce applicable ? Les exigences des deux professions sont compréhensibles et ont chacune leur importance. Avec un travail en collaboration, celles-ci semblent réalisables. Qu'en est-il sur le terrain ? Existe-t-il d'autres freins ?

5.2. Face à l'enquête

Constat n°1 : Le pansement est gênant, pour les M.-K., à 94% : « Parfois » dans 72% des cas et « Souvent » dans 22%. En parallèle, l'I.D.E. éprouve des difficultés à réaliser le pansement dans 64% des cas. Ce sentiment est déploré par les deux professions.

Les limites : ces résultats sont basés sur un échantillonnage réduit (18 M.-K. et 39 I.D.E.) mais cette étude est réalisée au sein de structures sérieuses et spécialisées.

Constat n°2 : Nous retrouvons dans les deux populations, les mêmes pathologies/chirurgies gênantes : Réimplantation Digitale ; Sutures Tendineuses et Maladie de Dupuytren. Ce même constat est retrouvé dans la recherche bibliographique. Cette gêne est ressentie lors de la mobilisation principalement, à la confection d'orthèses mais aussi lors du massage. Les M.-K. éprouvent également une gêne suite à une ténolyse ou une arthrolyse, alors que les I.D.E. non. Peut être, est-ce dû à une méconnaissance, par les I.D.E, de ces chirurgies et de l'importance d'un pansement souple pour mobiliser le plus tôt possible, par les M.-K.

Les limites : Arthrolyse et Massage n'ont pas été proposés dans le questionnaire. Peut être aurions-nous eu plus de réponses positives si ceux-ci avaient été cités.

Constat n°3 : Nous retrouvons les mêmes critères concernant la réalisation du pansement par les deux professions dans la littérature. Mais les I.D.E. ont très peu répondu à cette question. A noter que les M.-K. méconnaissent à 61% les critères infirmiers du pansement.

Les limites : Cette méconnaissance mutuelle des deux professions peut être une piste d'amélioration du travail en collaboration.

Constat n°4 : La formation des I.D.E. et des M.-K. se fait globalement grâce à leurs collègues ou par leur propre expérience. Pour les I.D.E., il existe des formations complémentaires sur le pansement mais non spécifiques à la main. Pour les M.-K., une formation spécifique existe : DIU.

Les limites : Pourquoi ne sont-ils pas formés ? Est-ce un choix ?

Constat n°5 : Le ressenti de la collaboration entre M.-K. et I.D.E. semble plutôt positif (« oui » respectivement à 77% et 62%). Des remarques ont été évoquées comme le manque de communication entre les services et l'éloignement géographique des services qui ne facilitent pas ce travail d'équipe.

Constat n°6 : La proposition d'une affiche explicative de la rééducation pour les I.D.E. est perçue comme une bonne idée par les deux professions (« oui » pour 100% des M.-K. et 72% des I.D.E.) Cela peut être également une piste de réflexion.

Quelques remarques sont également à retenir :

- Que le premier pansement soit réalisé en équipe en présence du M.-K., de l'I.D.E. et du chirurgien.
- Que le pansement le plus gênant est surtout celui réalisé par les I.D.E. en libéral qui n'ont pas le matériel adéquat, ni la formation.
- Que certaines I.D.E. déplorent le manque de matériel spécifique disponible dans leur pharmacie ?
- Que les I.D.E. souhaiteraient assister aux interventions chirurgicales pour mieux comprendre cette chirurgie de la main.
- Qu'il serait intéressant que le M.-K. soit lui aussi au courant des exigences du pansement infirmier.

5.3. Critiques globales de l'enquête

Cette étude est représentative à un instant donné d'un endroit donné mais aucune conclusion à plus grande échelle ne peut être établie. L'échantillonnage est expérimental. Cependant les réponses venues d'autres régions de France laissent à penser que le problème est présent également dans d'autres structures en France. Il est à noter aussi que nous avons reçu très peu de réponses des I.D.E. libérales permettant d'établir un constat plus détaillé. Enfin nous avons fait le choix de ne pas présenter les brûlures au niveau des mains, même si celles-ci présentent des problèmes similaires, car elles sont gérées par des équipes pluridisciplinaires spécialisées dans ce domaine et pas spécifiquement de la main. Par contre il serait utile de s'intéresser à leur prise en charge pour aider à trouver des solutions.

6. CONCLUSION

A travers nos recherches et notre enquête, nous avons pu observer que le pansement peut s'avérer gênant pour l'infirmier comme pour le masseur-kinésithérapeute et pas forcément pour les mêmes pathologies de la main, en raison des exigences différentes des deux professions.

Pour remédier à cela, notre enquête nous a permis d'établir des pistes d'amélioration pour les deux métiers en particulier sur les thèmes « formation » et « collaboration » :

- La formation initiale des I.D.E. pourrait être améliorée : à l'IFSI ? Création d'un DU spécifique de la main ?
- La création d'une plaquette pour les I.D.E. expliquant les exigences de la rééducation précoce mais aussi quelques notions de cinésiologie.
- La création d'une plaquette pour les M.-K. expliquant les exigences d'un pansement en chirurgie de la main.
- L'amélioration de la communication entre les différents acteurs dans le suivi post-opératoire du patient.
- La réalisation du premier pansement en présence des 3 professions.
- L'intégration des I.D.E. au sein des congrès du G.E.M. et/ou du G.E.M.M.S.O.R.

Un service aussi spécifique, que celui de la main, se doit d'avoir une équipe spécialisée, compétente à tous les niveaux, qui travaille « main dans la main » pour potentialiser l'action de tous les soignants et faciliter ainsi la récupération du patient.

Et comme disait Francis Blanche : « Face à un monde qui change, il vaut mieux penser le changement que changer le pansement ».

BIBLIOGRAPHIE

1. **OBERT L.** Traumatologie de la main à l'épaule chez l'adulte. 1^{ère}éd. Paris : SPRINGER VERLAG FRANCE, 2012, 118 p. ISBN 978-2-8178-0259-6

2. **DUFOUR M., PILLU M.**, Biomécanique fonctionnelle. 1^{ère}éd. Issy-les-Moulineaux : ELSEVIER MASSON, 2006, 568 p. ISBN 978-2-294-08877-3

3. **TUBIANA R., THOMINE J.-M.** La main : Anatomie fonctionnelle et examen clinique. 1^{ère}éd. Milan, Barcelone : MASSON, 1990, 210 p. ISBN 978-2-225-81962-9

4. **TISAUN, Patrick.** *L'hominisation*. [En ligne]
<http://www.afblum.be/bioafb/hominisa/hominisa.htm> (utilisation d'une figure, page consultée le 12 avril 2014)

5. **GERLAC D.**, Histoire de la rééducation de la main en France (d'Ambroise Paré à nos jours...) 1^{ère}éd. Montpellier : SAURAMPS MEDICAL, 2010, 145 p. ISBN 978-2-84023-7105

6. **MESPLIE G.**, Rééducation de la main : Bilan diagnostique, techniques de rééducation et poignet traumatique. 1^{ère}éd. Montpellier : SAURAMPS MEDICAL, 2011, 311 p. ISBN 978-2-84023-757-0

7. **MITZ V., NICQUET A.**, Rééducation de la main post-traumatique : Techniques opératoires et kinésithérapiques. 1^{ère}éd. Paris : ESF, 1985, 197 p. ISBN 978-2-7046-1173-7

8. **MERLE M., DAUTEL G.**, La main traumatique : l'urgence. 2^{ème}éd. Paris : MASSON, 1997, 368p. ISBN 978-2-225-82977-2

9. **BOUTAN M., THOMAS D., CELERIER S., CASOLI V., MOUTET F.**, Rééducation de la main et du poignet – Anatomie fonctionnelle et techniques. 1^{ère}éd. Issy-les-Moulineaux : ELSEVIER MASSON, 2013, 414 p. ISBN 978-2-294-73304-8

10. **LIVERNEAUX P., CHANTELOT C.**, La traumatologie des parties molles de la main. 1^{ère}éd. Paris : SPRINGER VERLAG FRANCE, 2011, 355 p. ISBN 978-2-287-99067-0

11. **FOUCHER G.** Le traitement primaire des traumatismes de la main. 1^{ère}éd. Paris : ESF, 1992, 168 p. ISBN 978-2-7046-1381-8

12. **MOUTET F., DEDIEU J.F., JAMBON D.**, Rééducation et appareillage de la main traumatique. 1^{ère}éd. Paris : MASSON, 1988, 100 p. ISBN 978-2-2258-1345-0

13. **LE LARDIC Claude.** *Rééducation de la main en pratique courante.* Société Française de Rééducation de la Main. [En ligne]

<http://www.reseaumain.fr/upload/file/pdf/poly%20réseau%20main.pdf> (Page consultée le 10 mars 2014)

14. MERLE M., Chirurgie de la main – Affections rhumatismales, dégénératives. Syndromes canaux. 1^{ère}éd. Paris : MASSON, 2007, 544 p. ISBN 978-2-294-01911-1

15. MERLE M., DAUTEL G., La main traumatique : chirurgie secondaire – le poignet traumatique. 1^{ère}éd. Paris : MASSON, 1995, 460 p. ISBN 978-2-225-84630-4

16. MERLE M., DAUTEL G., DUMONTIER C. *Comment améliorer la chirurgie des tendons de la main.* [En ligne]

http://www.maitriseorthop.com/corpusmaitri/orthopaedic/mo75_tendons_main/index.shtml

(page consultée le 22 mars 2014)

17. ALLIEU Y., ROUX J.-L., MEYER Z.U., RECKENDORF G., Arthropathies des métacarpo-phalangiennes et inter-phalangiennes de la main : actualités thérapeutiques. 1^{ère}éd. Montpellier : SAURAMPS MEDICAL, 2008, 366 p. ISBN 978-2-84023-587-3

18. ALLIEU Y., SIMON L., Pathologie tendineuse de la main. 1^{ère}éd. Paris : MASSON, 1989, 195 p. ISBN 978-2-225-81718-9

19. VERDAN C., Chirurgie des tendons de la main. 1^{ère}éd. Paris : ESF, 1976, 240 p. ISBN 978-2-7046-0981-1

20. FESS E., FOUCHER G., EHRLER S., MOUTET F., THOMAS D., ALLIEU Y. La main traumatique en 1996 : nouvelles techniques, nouveaux matériaux. 1^{ère}éd. Montpellier : CHU Montpellier, 1996, 230 p.

21. LEVAME J.-H., DURAFORG M.-P., Rééducation de la main. 1^{ère}éd. Paris : MALOINE, 1987, 160 p. ISBN 978-2-224-01201-2

22. FOUQUET B., ROULET A., DESCATHA A., HERISSON C. Main et maladies professionnelles, 2013, 1^{ère}éd Montpellier : SAURAMPS MEDICAL, 2013, 166 p. ISBN 978-284023-871-3

23. DRAPÉ J.-L., BLUM A., CYTEVAL C., PHAM T., DAUTEL G., BOUTNY N., GODEFROY D., Poignet et Main. 1^{ère}éd. Montpellier : SAURAMPS MÉDICAL, 2009, 508p. ISBN 978-2-84023-618-4

➤ *Autres références :*

24. THIRION Rita. PowerPoint présentés lors de la formation aux pansements de la main des I.D.E. de Belgique et du Luxembourg.

25. P. REMY. *Référentiel Protocoles et fiches techniques de soins. Chapitre E : Préparations et soins cutanée.* CHU Nancy.

ANNEXES

- **ANNEXE I : Questionnaire pour les infirmiers en Chirurgie de la Main**
- **ANNEXE II : Questionnaire pour les masseurs-kinésithérapeutes en rééducation de la main**

ANNEXE I :
Questionnaire pour les infirmiers en Chirurgie de la Main

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude pour obtenir le diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute, je réalise une enquête sur la collaboration des soins entre infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes en Chirurgie de la Main, afin d'établir un meilleur compromis autour du pansement qui tiendra compte des impératifs des deux métiers mais surtout pour une meilleure prise en charge du patient.

A ce titre, je sollicite votre aide pour répondre à mon questionnaire dans le but d'établir la situation actuelle tant aux services du Centre Chirurgical Emile Gallé de Nancy et de l'Institut Régional de Médecine Physique et de Réadaptation Louis Pierquin de Nancy que dans d'autres services de France.

Etablissement :

1. Depuis combien de temps travaillez vous en Chirurgie de la Main ?

.....

2. Comment avez-vous appris la confection d'un pansement de la main ? (plusieurs réponses sont possibles)

- A l'IFSI Par mes propres moyens Grâce aux collègues
 Autre :

3. Avez-vous reçu une formation complémentaire qui vous aide à réaliser les pansements ? (ex : Plaies et cicatrisation, hygiène, congrès, rencontre avec un laboratoire...)

- Oui Non

4. Si oui, la ou lesquelles et avez-vous eu un retour par vos collègues de leur apprentissage ?

.....
.....

5. Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés à réaliser les pansements ?

- Oui Non

6. Si oui, lors de quelle(s) chirurgie(s)/pathologie(s) vous gêne-t-il ?

- Suture des Fléchisseurs Suture des Extenseurs Réimplantation
 Ténolyse Maladie de Dupuytren Rhizarthrose Canal carpien
 Maladie de De Quervain Autre :

7. Quels sont les impératifs techniques que l'infirmier rencontre au cours de la réalisation d'un bon pansement et sont-ils toujours réalisables ? (épaisseur, ancrage, matériel...)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Pensez-vous qu'une plaquette rappelant les exigences de la rééducation précoce vous aiderait à imaginer le pansement idéal pour le patient ?

- Oui Non

9. D'une manière générale, y-a-t-il, selon vous, une bonne collaboration des soins entre les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes au sein de votre établissement ?

- Oui Non

10. Si non, pourquoi et dans quel(s) cas ?

.....
.....
.....

Si vous avez d'autres suggestions ou commentaires concernant le sujet, merci de m'en faire part :

.....
.....
.....

Merci de votre participation.
Mlle BOISSEAU Perrine

ANNEXE II :
**Questionnaire pour les masseurs-kinésithérapeutes
en rééducation de la main**

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude pour obtenir le diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute, je réalise une enquête sur la collaboration des soins entre masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers en Chirurgie de la Main, afin d'établir un meilleur compromis autour du pansement qui tiendra compte des impératifs des deux métiers mais surtout pour une meilleure prise en charge du patient.

A ce titre, je sollicite votre aide pour répondre à mon questionnaire dans le but d'établir la situation actuelle tant aux services du Centre Chirurgical Emile Gallé de Nancy et de l'Institut Régional de Médecine Physique et de Réadaptation Louis Pierquin de Nancy que dans d'autres services de France.

Etablissement :

1. Depuis combien de temps travaillez vous en rééducation de la main ?

.....

2. Comment avez-vous appris la rééducation de la main ? (plusieurs réponses sont possibles)

- A l'IFMK Par mes propres moyens Grâce à mes collègues
 Autre :

3. Le pansement infirmier vous gêne-t-il lors de la rééducation ?

- Jamais Parfois Souvent Tout le temps

4. Si oui, dans quelle(s) situations vous gêne-t-il ?

- A la mobilisation A la réalisation d'orthèse Autre :

5. Si oui, lors de quelle(s) chirurgie(s)/pathologie(s) vous gêne-t-il ?

- Suture des Fléchisseurs Suture des Extenseurs Réimplantation
 Ténolyse Maladie de Dupuytren Rhizarthrose Canal carpien
 Maladie de De Quervain Autre :

**6. Pensez-vous qu'un pansement inapproprié peut ralentir la rééducation ?
(pansement durci par le sang...)**

Oui Non

7. Quelles sont vos exigences vis à vis du pansement, afin de réaliser au mieux la rééducation ? (zones à libérer, épaisseur, hygiène...)

.....
.....
.....

8. Avez vous connaissance des exigences infirmières d'un bon pansement ?

Oui Non

9. Pensez-vous qu'une affiche explicative de la rééducation pourrait aider les infirmiers à mieux concevoir le pansement ?

Oui Non

10. D'une manière générale, y-a-t-il, selon vous, une bonne collaboration des soins entre les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes au sein de votre établissement ?

Oui Non

11. Si non, pourquoi et dans quel(s) cas ?

.....
.....
.....

Si vous avez d'autres suggestions ou commentaires concernant le sujet, merci de m'en faire part :

.....
.....
.....

Merci de votre participation.
Mlle BOISSEAU Perrine