

A P H R A**Association des Pharmaciens Gérants Hospitaliers de la Région Rhône-Alpes****COMPTE-RENDU DE LA JOURNÉE A P H R A****Jeudi 15 décembre 1983****Fondation Mérieux - Lyon****PANSEMENT ET CICATRISATION**

Vous trouverez ci dessous, scanné, le texte intégral pris en sténotypie des exposés et discussions qui ont eu lieu lors de la journée inaugurale de l'APHRA, Association de Pharmaciens Hospitaliers Gérants Rhône-Alpes, qui fusionna en 1986 avec l'ACOPPPRA (Pharmaciens **Résidents** (...)) pour former l'ACOPHRA (Pascal Poncet *regnante*). Nous serons éternellement reconnaissants à Elisabeth Tran Minh d'avoir sauvé une précieuse relique qui n'imaginait pas se retrouver un jour sur Internet !

Notre association régionale poursuit donc, dans le domaine du pansement, un cycle de 17 ans qui permet d'ores et déjà (à vos agendas) de prévoir la prochaine journée sur ce thème à Lyon en 2017. Pour celle de 2034, normalement hors de Lyon, ils verront bien après tout....

Bonne lecture, vous constaterez que, souvent, plus ça change moins ça change...

- **LE PANSEMENT : DU POINT DE VUE INFIRMIER**

Je souhaite pour être plus précise donner au travail que je vous présente le titre suivant :

RÉFLEXIONS D'INFIRMIERE GENERALE ADJOINTE SUR LE PANSEMENT

Mme Gavriche Hôpital St Joseph Lyon

Tout en remerciant l'Association des Pharmaciens Hospitaliers de la Région Rhône-Alpes de m'avoir invitée à faire ce travail infirmier, je peux vous signaler que plus d'une fois je me suis dit : "Dans quelle galère t'es-tu laissée entraîner" car vraiment le pansement, c'est tout un programme. Et quel programme... Je dirais même que c'est un feuilleton à plusieurs épisodes, mais sachez que malgré tout je ne regrette pas et que je suis ravie d'avoir fait cette étude et d'être parmi vous aujourd'hui pour vous présenter mon cheminement avec le pansement.

A l'hôpital Saint-Joseph, lorsque j'ai prononcé le mot de pansement, cela a été comme un détonateur : nombreuses ont été les infirmières pour s'écrier : "cela m'intéresse, je suis des vôtres pour !"

1. Pour faire une étude dans mon service,
2. Pour savoir comment faire correctement un pansement
3. Pour pouvoir enseigner correctement la technique du pansement,
4. Pour pouvoir faire le pansement sans faire souffrir le malade,
5. Pour pouvoir uniformiser, standardiser le pansement en utilisant le matériel adéquat,
6. Pour mieux connaître le matériel existant actuellement et lequel choisir.

C'était une vraie boulimie du pansement. Elles étaient avides de mieux connaître, de posséder des recettes, des moyens, mais tout était demandé en vrac, pêle-mêle.

Par où devrais-je commencer ? Et bien tout simplement comme je le fais habituellement : "Quelle est l'origine du nom de pansement ?"

Dans le Larousse, il est dit :

"Vient du verbe panser, pansare qui signifie soigner, verbe qui se situe au cœur de notre métier : le pansement, c'est soigner localement.

Et le pansement : c'est l'application sur une plaie de compresses stériles et de substances propres à amener sa guérison, tout en la protégeant contre les infections et les traumatismes.

Le Larousse dit toujours : "il existe deux grands types de pansement : **le pansement sec** et le **pansement humide** ".

Le pansement est sec :

Si la gaze est appliquée directement telle quelle, le coton hydrophile par-dessus, recouvert à son tour, s'il est nécessaire, de coton cardé.

Le pansement humide

Comprend la gaze trempée dans une solution antiseptique, un taffetas gommé destiné à éviter l'évaporation et le reste comme ci-dessus.

En principe le pansement doit être antiseptique si la plaie est infectée ou soupçonnée de l'être et aseptique si la plaie est estimée exempte d'infection.

Si je relis cette définition et que j'essaye de la comparer à ce que vivent les infirmières dans les services, je comprends mieux leur curiosité sur le pansement, leur soif de mieux connaître pour mieux faire.

Le pansement nous est devenu tellement familier que les règles exigées pour bien faire un pansement sont pour certaines oubliées et pour d'autres totalement inconnues.

Et pourtant, il est nécessaire pour nous tous de posséder toujours présents à nos yeux quatre grands thèmes pour que le pansement soit un excellent pansement

1. Les buts du pansement
2. Le matériel nécessaire
3. Les produits employés,
4. La technique générale.

Je pense très utile de vous énumérer rapidement ce que je mets sous ces chapitres :

1. Les buts du pansement sont

- a. Nettoyer une plaie,
- b. Protéger cette plaie d'une éventuelle contamination,
- c. Absorber s'il y a lieu les sécrétions de cette plaie,
- d. Maintenir en bonne place le pansement sur la plaie,
- e. Aider l'organisme par l'adjonction de produits biologiques à réparer les tissus et ainsi :
- f. Accélérer la cicatrisation de la plaie.

Ces 6 règles doivent être constamment répétées face à tout pansement que nous devons exécuter.

2. Le matériel nécessaire

Il faut obligatoirement distinguer :

1. Le matériel entrant dans la constitution même du pansement proprement

- g. a. La gaze hydrophile avec le coton, les compresses et les mèches,
- h. b. Le coton hydrophile,
- i. c. Le coton cardé,
- j. d. Le papier hydrophile,
- k. e. La gaze non adhérente,
- l. f. La gaze imprégnée de gras
- m. Les matériaux synthétiques existants actuellement.

2. Le matériel de contention maintenant en place les éléments du pansement :

- a. Tous les sparadraps adhésifs : micro poreux, transparents, élastiques etc...
- b. Les tissus imperméables,
- c. Les bandes élastiques et les bandes non élastiques.

2. Les produits employés

- a. Les détergents (Cher, solution savonneuse),
- b. Les antiseptiques (alcool, teinture d'iode, antibiotiques...),
- c. Les cicatrisants (baume du pérou, placenta, corticô des)
- d. Les protecteurs (mitozyl...).

Face aux chapitres : 2 : Matériel nécessaire
 3: Produits employés

Je suis sûre et je l'ai constaté avec mes collègues infirmières, que nous croulons sous une avalanche de produits plus intéressants, plus attrayants les uns que les autres, avec un support de publicité fantastique et alors une foule de questions nous assaille à nouveau :

- quel produit devons-nous utiliser ?
- comment devons-nous l'utiliser ? etc. ...

et au milieu de notre interrogation surgit le clignotant rouge qui nous harcèle toutes et tous actuellement.

L'atout économique, où est-il ?? Je dirais même **l'atout moins dépenses**.

comme nous le demande :

La direction générale,

La pharmacie

Le malade

Le personnel

Où est-il ?

Et les mêmes questions reviennent :

Faire notre choix, comment, avec qui... etc.

J'ai feuilleté le Dictionnaire FREISL que Mesdames et Messieurs les Pharmaciens utilisent quotidiennement :

50 pages sont consacrées au matériel pour le pansement.

J'ai renoncé à feuilleter le VIDAL pour savoir le nombre de pages qui étaient consacrées aux produits employés pour le pansement car cela doit être 10 fois plus..., que de documents !

C'est un constat qui m'écrase car au chapitre :

4. La technique générale du pansement

- Où le faire ?
- Comment s'y préparer ?
- Comment le faire (éviter, examiner, traiter) ?

- Comment faut-il terminer ?
- Quand faut-il le faire ?

Il y a toujours des questions mais dans l'exécution c'est l'anarchie :

Ex : dans un service de l'hôpital, sur 15 infirmières :

3 types différents de pansement pour la pose de cathéter court, de jugulaire...

Pour le pansement d'une plaie chirurgicale, c'est à peu près du même style, 4 infirmières = 4 techniques différentes. Et pour le pansement de l'escarre, c'est encore plus affolant (heureusement que Charles DEIDIER ne voit pas tout cela...)

Et pourtant, si je me réfère au décret n° 81539 du 12 mai 1981, relatif à l'exercice de la profession d'infirmière, deux articles ont retenu mon attention :

L'article 3 :

Il précise que l'Infirmière a l'initiative des soins tel que le pansement et qu'elle doit en organiser sa mise en oeuvre.

L'article 4 :

Rappelle que c'est sur prescription médicale qu'elle doit effectuer les pansements qui nécessitent l'ablation de matériel de suture, de drainage ou de mèches.

Et les documents sur le pansement du point de vue de l'Infirmière, j'ai trouvé seulement 2 livres :

- L'un datant de 1967 et seulement 18 pages sont consacrées au pansement :
"Précis de soins aux malades de chirurgie" - M. Lacombe et J.M. Desmonts
- L'autre datant de 1976 et de 100 pages :
"Le pansement" - Dr Vilain

Ce dernier paragraphe m'amène à la finalité de ma réflexion qui devient presque une idée fixe :

Pourquoi ne pas créer un fichier du pansement ?

Comme il existe déjà... Exemple : le fichier de chimiothérapie.

Fichier qui comporterait des fiches amovibles qui permettraient une mise à jour régulière des techniques et des appellations exactes des produits car en effet, nous donnons le nom des marques au produit utilisé :

Exemple : le sparadrap transparent est appelé "scotch" dans presque tous les services.

Ce fichier est peut-être un rêve, mais je crois qu'il doit devenir une réalité dans l'intérêt de tous

- Pour le confort du malade,
- Pour la satisfaction des professionnels que nous sommes - Réussir ce que l'on doit faire -
- Pour réaliser moins de dépenses : en matière et en temps.

Que tous ces conseils sur le pansement soient des consignes écrites et non pas orales seulement !

Aussi, je demande à l'Association des Pharmaciens hospitaliers de la région Rhône-Alpes d'organiser et de trouver une équipe dynamique et motivée pour réaliser ce v œu.

Pourquoi pas... C'est bientôt Noël... et je peux vous dire qu'à l'hôpital Saint-Joseph, il y a :

- une pharmacienne : Madame BAUME,
- des surveillantes,
- des médecins, prêts à collaborer avec enthousiasme avec vous.

GESTION DU PANSEMENT A L'UNITE DE SOINS

Dr G. DUCEL Service d'Hygiène. Hôpital Cantonal de Genève

Les études que nous avons entrepris à propos du confinement intégral appliqué à la chirurgie, nous ont montré que l'origine d'une infection post-opératoire ne devait pas être recherchée uniquement dans la salle d'opération.

Le confinement intégral réalisé sous la forme d'une unité mobile d'intervention chirurgicale (ISOP) permet de réduire la contamination du champ opératoire de manière hautement significative. En effet, les prélèvements bactériologiques effectués de manière systématique à la fin d'une intervention chirurgicale ont montré une absence de microorganismes située selon les séries entre 95 et 99 %.

Le confinement intégral a été testé en chirurgie orthopédique et traumatologique. Dans les séries contrôlées, les taux d'infections se sont situés entre 0,47 et 0,6. L'analyse détaillée des cas infectés a montré que l'infection pouvait trouver son origine à l'unité de soins. La vérification de cette hypothèse peut en être apportée par l'identification précise des microorganismes responsables d'infections. Dans la plupart des cas, ce furent des Gram -, souvent des Klebsiella. Ces microorganismes contaminent ou sur infectent les ulcères de jambes et les escarres présentes au moment de l'intervention. Ces mêmes microorganismes peuvent être retrouvés dans les urines et les selles de patients incontinents.

Par ailleurs, l'analyse des cas infectés a montré qu'entre une contamination au moment de l'intervention et une infection post-opératoire, il n'y a le plus souvent pas de corrélation : les microorganismes isolés sont différents.

La prépondérance des Gram - en impose pour une surinfection dont l'origine doit être recherchée dans le manque d'asepsie au niveau des unités de soins. Une enquête faite dans le service d'orthopédie de l'hôpital cantonal universitaire de Genève corrobore cette hypothèse. Le tableau n° 1 résume cette enquête.

l'espèce bactérienne contaminante et de la taille de l'inoculum.

Il est bon cependant de se rappeler que le temps minimum pour les microorganismes contaminants atteignant la plaie peut-être inférieur à 6 heures. Il en résulte une recommandation impérative, celle de changer tout pansement souillé dans les plus brefs délais. A nos yeux, la pratique de recouvrir un pansement souillé par un autre pansement doit être considérée comme une faute professionnelle.

Le tableau n° 5 résume en dix recommandations ce que devraient être les bonnes pratiques pour refaire un pansement. Ces recommandations sont générales.

Selon l'étendue de la plaie, sa nature, l'âge et la résistance du malade aux agressions microbiennes, d'autres recommandations devraient être envisagées. Elles concernent surtout le type de pansement qui devrait être choisi. Les conférences ayant trait à un type de pansement particulier, faites dans le cadre d'un symposium devraient permettre de faire le choix approprié.

En conclusion, la gestion du risque infectieux à l'unité de soins à propos d'une plaie pansée repose essentiellement sur une approche systémique.

Toutes les sources de contamination doivent être considérées. La formation du personnel aux bonnes pratiques hospitalières, en particulier à celles concernant la pose d'un pansement et sa réfection devrait faire l'objet d'une attention toute particulière de la part du corps médical et des soins infirmiers.

La pratique qui devraient se généraliser de l'autocontrôle bactériologique des sources de contamination potentielles ainsi que de l'instauration d'une surveillance épidémiologique permanente devrait à tout instant permettre une efficacité maximale au niveau des soins et par conséquent une réduction significative des infections postopératoires dont l'origine se situe à l'unité de soins.

TABLEAU N° 1

ORIGINE PROBABLE DES INFECTIONS POST-OPÉRATOIRES - ORTHOPÉDIE

	SALLE 5*	SALLE 6*	AUTRES*	CMCE*	TOTAL
I. Germe IDENTIQUE à celui du prélèvement per-opératoire	2	2	-	2	6
II. Germe DIFFÉRENT à celui du prélèvement per-opératoire	3	-	1	3	8
III. Prélèvement per-opératoire STÉRILE. Différents germes responsables de l'infection	11	14	-	3	37
IV. Prélèvement per-opératoire STÉRILE. Germes responsables de l'infection non-identifiée	1	-	1	-	2
V. Prélèvement per-opératoire ABSENT	1	1	1	3	9
TOTAL					<u>62</u>

* Salles d'opération où ont eu lieu les interventions chirurgicales.

CMCE : Centre Médico-Chirurgical des Entrées = Urgence

TABLEAU N ° 2

Provenance des microorganismes infectants une plaie ?

HOPITAL EN GENERAL

- Fourniture de matériels de pansements contaminés.
 - . Erreur de stérilisation
 - . Stockage incorrect
 - . Re Stérilisation de matériels de pansements restants.
- Désinfectant contaminé.
- Liquide de perfusion contaminé.
- Aliments contaminés.
- Linge contaminé.

TABLEAU N° 3

Provenance des microorganismes infectants une plaie

UNITE DE SOINS

- Personnel porteur de microorganismes.
- Insuffisance en personnel.
- Surcharge de l'unité.
- Toilettes et sanitaires insuffisants en nombre et mal entretenus.
- Techniques de soins inadaptées.
- Pas d'isolement.

TABLEAU N° 4**Provenance des microorganismes infectant une plaie**

MALADE ET ENTOURAGE IMMEDIAT

- Porteur de microorganismes
 - . nez
 - . peau
 - . selles
 - . mains
- Transmission de malade à malade par les mains,
- Apport ou transmission par les visiteurs,
- Infections concomitantes :
 - . urinaire,
 - . pulmonaire,
 - . systémique,
 - . drain.
- Contamination par un liquide biologique provenant de la plaie :
 - . sang,
 - . sérum,
 - . bile,
 - . liquide péritonéal,
 - . pus.
- Contamination par un liquide ne provenant pas de la plaie :
 - . sang,
 - . selles,
 - . vomissement,
 - . transpiration,
 - . eau de toilette,
 - . nébulisateur.
- Trachéotomie.

TABLEAU N° 5**RECOMMANDATIONS**

1. La réfection d'un pansement doit se faire dans un environnement satisfaisant,
2. Le chariot à pansement collectif est à proscrire,
3. Le matériel nécessaire pour un pansement doit être fourni selon le principe de la dose unitaire,
4. Les techniques de pansements doivent être codifiées, enseignées, et leur bonne application contrôlée,
5. Le pansement ne doit pas être traumatisant. Il ne doit pas relarguer de particules,
6. Tout pansement souillé ou simplement humide doit être changé immédiatement. Ne jamais compléter un pansement,

7. La désinfection de la plaie et de son entourage immédiat doit s'effectuer de manière chirurgicale,
8. Le malade doit être éduqué ainsi que toutes les personnes qui viennent à son contact,
9. Les malades infectés doivent être isolés.
10. Une surveillance épidémiologique permanente doit être instaurée.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALTEMEIER W.A., BURKE J.F. PRUITT B.A., SANDUSKY W.R.

Control of infection in surgical patients - J.B. Lippincott Company, Philadelphia - Toronto - 1976 - p. 1-267.

2. CLARK R.P., and COX R.N.

The génération of aérosols from thé human body - Airborne transmission and airborne infection = Oosthoek publishing Company Utrecht, thé Netherlands 1973 - p. 413 - 426.

3. DUCEL G., SAINT-MARTIN B., et HOET T.

Bilan de l'utilisation de la technique du confinement intégral appliquée à la chirurgie - 4th international symposium on contamination control Washington DC - USA - September 10-13, 1978 - p. 7 - 11.

4. LOWBURY E.J.L., AYLIFFE G.A.J., GEDDES A.M., WILLIAMS J.D.

Control of hospital infection - Chapman and Hall 1975 - p. 1-295

5. SAINT-MARTIN B.,

La technique du confinement intégral appliqué à la chirurgie. - Symposium ICCCS, London, 1974

6. McLAUCHLAN J., and others.

A study of the wound environment during total hip arthroplasty - Surgery, Gynaecology & Obstetrics, vol. 143, 6 - 8 (July 1976)

7. TURNER T.D., MORGAN A.

Dressings as barriers to micro-organismes - Infection control nurses association -University of Kent at Canterbury 1978 - p. 37-39

QUESTIONNAIRE

Nombre de questionnaires envoyés : 70

Nombre de questionnaires remplis : 48

Taux de participation : 60.8 %

1. COMBIEN DE PANSEMENTS EFFECTUEZ-VOUS PAR JOUR ?

1 à 15 = 8

6 à 10 = 9

11 à 15 = 8

16 à 20 = 2

21 à 25 = 2

25 à 30 = 2

31 à 35 = 2

+ 35 = 1

2. ETES-VOUS EQUIPE D'UN CHARIOT A PANSEMENTS ?

Oui = 40

Non = 6

NSP = 2

a. au sein d'une salle de soins ?

Oui = 22

Non = 21

NSP = 5

b. mobile de chambre en chambre

Oui = 35

Non = 10

NSP = 3

c. possède-t-il une poubelle septique ?

Oui : 28

Non = 17

NSP = 3

. a fond à usage unique ?

Oui = 21

Non = 23

NSP = 4

. isolée du reste du chariot ?

Oui = 14

Non = 31

NSP = 3

d. refaites-vous ce chariot de façon :

. quotidienne ?

Oui = 34

Non = 12

NSP = 2

. hebdomadaire ?

Oui = 3

Non = 18

NSP = 27

. autres ?

En fonction du pansement = 4

e. dans la pratique des soins

. vous lavez-vous les mains après chaque pansement ?

Oui = 46

Non = 2

. avec quoi ?

Savon de Marseille : 9

Savon liquide : 8

Bétadine : 5

Solubacter : 4

Hibiscrub : 4

Savogerm : 3

Phagobacthyl : 3

Alcool modifié : 2

Laurethyl : 2

Dermacide : 2

Mercryl : 2

Septivon : 2

Saporex : 1

Sapolinol : 1

Alkenide : 1

Protective : 1

Moureol : 1

Dermhospital : 1

. consignez-vous sur une fiche de soins la tâche et son résultat ?

Oui = 42

Non = 6

3. DANS LA REALISATION DU PANSEMENT

. un set préparé et stérile ?

Oui = 23

Non = 23

NSP = 2

. un tambour à usage multiple ?

Oui = 26

Non - 19

NSP = 3

. lavez-vous la plaie ?

Oui = 45

Non = 3

- avec quoi ?

Dakin : 22

Héxomédine : 18

Sérum physiologique : 16

Hibitane : 7

Bétadine : 8

H2 O2 : 12

Mercryl : 5

Ether : 3

Merfène : 2

- quel antiseptique utilisez-vous ?dessus:

Hexomédine : 9

Mercure : 1

Eosine : 5

Merfène : 21

Bétadine : 16

Alcool Iodé : 4

Dakin : 7

Hibitane : 1

H2 O2 : 2

autour:

Ether : 11

Eosine : 6

Dakin : 6

Héxomédine : 3

Merfène : 11

Eau stérile : 1

Bétadine : 8

Alcool iodé : 2

- antibiotiques

Oui = 37

Non = 9

NSP = 2

lesquels ?

Staphylomicine : 9

Auréomycine : 7

Primixine : 10

Rifocine : 15

Trypsine : 2

Corticotulle : 2

- corps gras

Oui = 44

Non = 2

NSP = 2

Lesquels:

Tulle gras : 36

Biogaze : 18

Corticotulle : 14

Bétadine tulle : 11

Vaseline : 7

- pommades "cicatrisantes"

Oui = 25

Non = 15

NSP = 8

Lesquelles ?

Plastenan : 6

Placenta : 7

Madécassol : 11

Cetavlon : 1

Héxoméline : 3

- pommade "détersives"

Oui = 31

Non = 10

Lesquelles ?

Elase : 34

Debrisan : 10

Paikinase : 9

Trypsine : 9

- le pansement terminé, le laissez-vous ouvert à l'air

Oui = 39

Non = 25

Parfois = 12

occlus

Oui = 36

Non = 3

Parfois = 7

- quel type de pansement ?

Compresses : 41

Bandes : 35

Adhésifs : 32

Micropore : 2

Opsite : 2

Mefix : 2

Tarpal : 8

Sparadrap : 1

Elasto : 11

Steristrip : 2

Albupore : 1

Dermicel : 1

Silastic : 1

Fixonet : 1

Aerophane : 1

4. POUVEZ-VOUS EVALUER LE TEMPS MOYEN D'UN PANSEMENT ?seul

5 à 10 mn : 5

10 à 15 mn : 13

15 à 30 mn : 11

30 à 45 mn : 2

5 à 45 mn : 8

NSP : 3

Suivant importance : 6

- la présence du médecin vous est-elle utile ?

Oui = 19

Non = 25

Selon le cas = ?

si oui, pourquoi ?

- + conseils pour évolution de la plaie et thérapeutiques,
- + médecins n'aiment pas ce genre de soins,
- + premier pansement,
- + thérapeutique à suivre,
- + certains actes très techniques.

Avez-vous une idée du prix du produit utilisé ?

Oui = 13

Non = 31

NSP = 2

- + prix sur emballage,
- + pharmaciens,
- + renseignements des vendeurs,
- + VIDAL

- Pouvez-vous donner un prix estimatif ?

Oui = 8

Non = 39

NSP = 5

- pouvez-vous diminuer le coût du pansement ?

Oui = 9

Non = 37

NSP = 2

+ travail avec pharmaciens.

PANSEMENT ET CICATRISATION

Jeudi 15 décembre 1983

Table ronde : Les thérapeutiques dites actives de la cicatrisation

J.F. Latour. - Nous allons commencer la table ronde qui s'appuie donc sur le questionnaire qui vous a été remis à l'arrivée. Je ferai un bref commentaire en tant que pharmacien, sur ce questionnaire ainsi que sur ses résultats ; ensuite je donnerai la parole au Dr Ducel, qui fera ses observations ; après c'est Melle Arduy, de l'hôpital St-Joseph, qui fera quelques remarques sur le questionnaire et je demanderai enfin à chaque représentant des laboratoires, en dix minutes, après quelques commentaires, de faire rapidement ce qu'à commencé à faire le Dr Deidier, un petit topo, sur la bonne utilisation du produit qu'ils commercialisent et les mauvaises utilisations qu'ils ont remarquées.

Nous avons envoyé soixante-dix questionnaires, nous avons eu quarante-huit réponses, soit un taux de participation satisfaisant. Je remercie ceux qui ont répondu. Les pharmaciens résidents ne l'ont pas reçu.

Les questions, vous les avez sous les yeux, les réponses aussi.

- Etes-vous équipé d'un chariot à pansement ? Fort pourcentage de oui, M. Ducel aura quelque chose à dire à ce sujet.

- Vous lavez-vous les mains après chaque pansement ? 2 personnes ont répondu non, je pense qu'elles sont honnêtes et, que parmi celles qui ont répondu oui certaines n'ont pas osé dire qu'elles ne le faisaient pas.

- Avec quoi ? Vous voyez la liste, par ordre décroissant ; le savon de Marseille vient en tête, M. Ducel aura peut-être des commentaires à faire.

- Lavez-vous la plaie ? Quel antiseptique utilisez-vous ? Beaucoup de produits se recourent, donc il est possible que dans l'esprit des gens le lavage et l'antiseptie de la plaie ne fassent qu'un. Les produits sont à peu près ceux auxquels on pouvait s'attendre.

- Ensuite on avait posé une question sur l'antibiothérapie locale : 37 oui, neuf non, deux ne savent pas. Vous voyez les produits utilisés. Je précise à ce sujet que n'ont pas été relevées deux ou trois réponses qui portaient de la gentaline, et on connaît personnellement des utilisations de On pourra en discuter après mais c'était à dire:

- Les corps gras, les pommades cicatrisantes pas de problèmes particuliers.

- Quel type de pansement ? On a tout le catalogue de ce qui peut exister comme adhésifs

- Le temps moyen d'un pansement : la question est un peu mal posée, tout dépend de l'importance du pansement. C'est ce que six personnes ont répondu.

- La présence du médecin est-elle utile ? 25 non, 19 Oui. D'après les contacts qu'on a eus avec les infirmières c'est parce qu'elles ressentent très nettement que le pansement n'intéresse pas les médecins, si ce n'est pour le faire défaire

- Raisons de l'utilité de la présence du médecin. Ce sont des raisons assez objectives.

- Avez-vous une idée du prix du produit utilisé ? En tant que pharmaciens on est directement interpellé 31 non, 13 oui. Les gens intéressés se débrouillent avec les emballages, demandent aux pharmaciens, se renseignent auprès des fabricants ou consultent le Vidal, qui est quand même un support intéressant.

- Pouvez-vous donner un prix estimatif : la réponse est éloquente.

- Pouvez-vous diminuer le coût du pansement 37 non, 9 oui. Les gens n'ont pas l'impression de gaspiller lorsqu'ils font le pansement, donc c'est un problème dont on pourra discuter. Je le disais ce matin : il y a beaucoup de matériel que nous, pharmaciens, utilisons et qui sert à tout autre chose.

Nous avons trouvé quelques phrases en plus du commentaire lui-même : Les fabricants de pansements spéciaux ont tendance à forcer l'usage auprès des infirmières. ce qui crée une demande.

Puis : le Débrisan nous a été cité comme un produit cher, à utiliser avec parcimonie, dans le cadre des économies à faire au niveau des pansements. C'est le seul qui ait été cité au sujet du gaspillage.

Je passe maintenant la parole au Dr Ducel pour les commentaires qu'il pourra avoir à faire.

Dr Ducel. - Tout d'abord je constate que le taux de réponse est excellent, ce qui prouve que le problème intéresse. La participation à cette journée est tout à fait remarquable. Nous avons organisé le 5 Mars dernier, à Genève, une journée : La plaie et son pansement. Deux cent cinquante personnes sont venues de toute la Suisse, c'est un sujet qui intéresse, qu'il faudra développer.

Regardons en détail ce questionnaire

- Etes-vous équipé d'un chariot à pansements ? Oui, 40. Par rapport à ma conception il y a là quelque chose à regarder, j'ai dit ce que je pensais du chariot à pansement.

- Au sein d'une salle de soins ? Oui. 22, non, 21. Vous retrouvez le chariot mobile, de chambre en chambre : 35. C'est le véhicule traditionnel, avec les pansements on transporte les germes.

- Possède-t-il une poubelle septique ? Certains ne savent pas mais en fait on s'aperçoit que c'est tout à fait disparate, que là non plus il n'y a pas de politique alors qu'en fait c'est clair, il faut une poubelle pour chaque pansement. Sinon, qu'est-ce qu'on fait ?

- La réfection quotidienne du chariot : oui : 34 non : 12. 12, plus deux qui ne savent pas, quatorze ne refont pas le chariot. Qu'est-ce qui se passe ? Quelle est la validité des produits ? On arrive à la photographie que j'ai projeté ce matin, donc encore une lacune.

- Refaites-vous ce chariot de façon hebdomadaire Oui, trois fois.

- Autres, en fonction du pansement : quatre. Il y a des personnes qui ont réfléchi, qui savent ce qu'il faut peut-être faire.

Ce qu'il y a de plus important c'est le lavage des mains. C'est tout à fait clair : la réponse est fausse. C'est manifeste, c'est réel : il faut inverser les proportions : Si les gens se lavaient les mains de manière correcte, réfléchie, il n'y aurait pas cette liste de produits car en fait-on commence par le savon de Marseille. Le savon de Marseille ne lave pas les mains, du point de vue des microbes.

Le Groupement français des antiseptiques, qui se réunit deux fois par an, a fait un travail remarquable là-dessus : le savon de Marseille, c'est terminé. On a beau dire, ça ne lave pas, d'autant qu'il est toujours contaminé par le lavage des gens précédents et que la savonnière dans laquelle il est est un lieu que le pseudomonas adore. On n'utilise pas le savon de Marseille pour se laver les mains, si ce n'est à la maison.

A la maison on a le pousse-mousse, ça prouve qu'on a un progrès supérieur à ce qui se fait dans les hôpitaux.

Le savon liquide : c'est quoi ? Certains coûtent très cher, ils sont acides et ils ont des propriétés antiseptiques relatives. Mais souvent aussi ils sont contaminés, il faudrait savoir comment le savon est distribué. Certains distributeurs sont lavés, d'autres ne le sont pas, c'est un gros problème.

Puis après vous avez tous ces produits. Manifestement certains sont actifs, d'autres... on ne sait pas. Je pense que tous les pharmaciens d'une part, tous les hospitaliers d'autre part et les personnes qui se lavent les mains, les soignantes, devraient connaître l'efficacité du savon. Or il y a des produits. qui sont vendus en France, que nous recevons, qui font le saut de la frontière et qui ne passent pas au-delà parce qu'ils ne correspondent pas aux normes ; il y a des normes et il faut absolument savoir ce que le savon peut faire ; il y a des tests d'efficacité en conditions d'usage et les savons doivent les franchir.

I1 faudrait que vous, pharmaciens, chaque fois que vous achetez un produit vous ne l'achetiez qu'en connaissance de cause, de son activité. On peut faire des tests très faciles en unité de soins, à savoir on se lave les mains, on fait une application sur une plaque de Pétri, ou une Rodag (?), ou même un uricule, (?), ça marche très bien. A ce moment-là vous pouvez voir s'il y a une diminution du nombre de germes par rapport au lavage de mains en unité de soins, pour un pansement. Pour un bloc opératoire les critères sont différents.

Vous avez toute une gamme de produits, manifestement le problème du lavage des mains est mal compris.

- Consignez-vous sur une fiche de soins la tâche et son résultat ? Oui : 42, non : 6J1 faudrait savoir ce qu'on met sur cette fiche. Est-ce que c'est le pansement effectué avec tous les résultats de la cicatrisation pour qu'on puisse en tirer des informations statistiques à long terme ?

I1 faudrait faire de véritables essais

- Dans la réalisation du pansement : un set préparé et stérile ? Oui : 23, non : 23. J'espère qu'il est stérile quand même

- Un tambour à usage multiple ? Non dans 19 cas. C'est quand même effarant et très inquiétant. En fait ce matin on parlait des problèmes de coût. D'accord, ça coûte un peu plus cher mais en fait c'est discuté depuis très longtemps dans tous les congrès d'hygiène comme quelque chose qui ne doit pas être utilisé.

Une intervenante. - Ce n'est absolument pas passé dans les faits.

Dr Ducel. - C'est une question de formation. Les congrès c'est très utile mais ça passe de l'oreille droite à l'oreille gauche. .

Si vous avez un véritable taux d'infection dans un service, c'est un critère. Vous pouvez le faire, ça demande très peu de temps. Je vous dis ce qui se passe en France : un groupe de travail de l'OMS, à la fin 1981, a décidé de faire ce qu'on appelle une enquête de prévalence, c'est-à-dire une enquête pendant un instant donné et de savoir, par rapport à des définitions d'infection, le taux d'infection dans un hôpital. Nous avons décidé d'envoyer ces questionnaires, qui ont été établis par le groupe de travail international, aux différents ministères de toutes les régions de l'OMS.

Le premier pays qui a répondu de manière remarquable c'est le Koweït, on a tous les résultats ; le Népal a répondu. La France : pas un hôpital n'a répondu. J'en ai parlé au ministère récemment, on m'a dit : on n'a pas reçu le papier. Le papier est dans le tiroir de droite : Tout dépend où ça tombe : si ça tombe à la direction des Hôpitaux, ça passera ; si ça tombe à la direction de la Santé, ça va dans le tiroir de droite, peut-être même dans le tiroir de gauche en

l'occurrence, et ça ne passera pas, très certainement. La personne que je connais très bien dit qu'il n'y a pas d'infection dans les hôpitaux, ce n'est donc pas la peine de faire des statistiques, c'est clair, net et sans problème

Pour un essai de prévalence j'ai donné dans un centre hospitalier général le questionnaire ; le questionnaire a été rempli par un service de soins intensifs, on a vu qu'il y avait 72 % des personnes qui avaient une infection hospitalière, selon les critères. A ce moment là on se déplace vers le directeur de l'hôpital, on lui dit : Vous êtes responsable. Sa responsabilité est engagée d'autant plus que maintenant il va plus diriger. Il faut donc le mettre en face de ses responsabilités et lui dire : Voilà, il nous faut tel matériel pour telle raison. Il ne donnera pas toujours une réponse mais vous avez le moyen de procéder à cette enquête de prévalence, il faut un mois pour un hôpital.

Une intervenante. - On est demandeur.

Dr Duce! - J'ai envoyé ce papier cette semaine au ministère, peut-être qu'il redescendra.

- Lavez-vous la plaie ? Oui : 45, non : 3.

Qu'est-ce que cela veut dire, laver une plaie ? Pour quelles raisons est-ce qu'on la lave ? Vous savez qu'actuellement, dans certains services, on ne met pas de pansement du tout, suture simple et on fait laver les malades normalement, par les soins d'hygiène habituels.

Là il faudrait bien définir la question, ce qu'on a voulu dire. Est-ce une plaie infectée qu'on lave ou une plaie toute simple qu'on lave par mesure d'hygiène ? Avec quoi ? Là aussi on s'aperçoit qu'on mélange un peu tous les produits, il faudrait être plus précis.

Il est intéressant de voir qu'il y a certains produits très typés, utilisés ici et pas dans d'autres pays, qui ne correspondent pas à des parts de laboratoire.

- Quel antiseptique utilisez-vous ? Mélange manifeste entre les substances pour laver ; on voit des substances considérées comme antiseptiques, qui ne le sont pas.

L'éther : c'est un produit à supprimer de l'hôpital en raison de son danger, pour la sécurité du personnel, et ensuite ce n'est pas un désinfectant.

L'éosine : l'un de nos collègues a fait un travail sur l'éosine, qui peut être remplacée par un produit ayant moins d'inconvénients, sans les dangers de la contamination constante de l'éosine, qui n'est pas désinfectante et qui cultive les pyocyaniques.

L'eau stérile : quand l'eau stérile est considérée comme un antiseptique, c'est très intéressant

Il n'y a pas manifestement d'idée, on fait un peu n'importe quoi, comme on l'a vu faire autrefois. On est disciple de quelqu'un mais on n'a pas réfléchi aux problèmes posés par la cicatrisation et le pansement.

Les antibiotiques : oui : 37, non : 9.

Les antibiotiques locaux doivent être discutés. L'antibiothérapie locale c'est l'arrivée des souches résistantes dans les hôpitaux, avec des pommades, et c'est catastrophique, de même qu'avec les poudres. Peut-être, Deidier, que vous direz l'influence des poudres sur le bourgeonnement, c'est très néfaste, en tout cas c'est quelque chose qui doit être éliminé, peut-être pas dans des cas extrêmement précis à discuter, mais en tout cas comme on l'a indiqué ici.

La trypsine et le corticotulle sont indiqués, dans le questionnaire, comme antibiotiques.

Les corps gras. très bien.

Les pommades "cicatrisantes" : 25 oui, 15 non. On pourra définir ce qu'est une pommade cicatrisante, si tant est qu'elle soit efficace et si des essais cliniques ont démontré qu'on avait un résultat, ce que je ne sais pas encore. Dans les pommades cicatrisantes on met le Cétavlon et l'Hexoméline, qui ne sont pas des pommades.

On fait un pansement très traditionnel parce qu'il faut fermer et voir qu'il y a un pansement. Il serait intéressant de poser la question à Monsieur, qui est venu exposer son cas : quelle est l'attitude du malade si on ne met pas de pansement ? Il y a une attitude psychologique, laquelle ? C'est important à savoir.

Puis quel type de pansement ? On mélange n'importe quoi, aussi bien les adhésifs que les pansements, les compresses et autres. On ne parle pas de matériaux modernes, même critique, méconnaissance du problème.

- Pouvez-vous évaluer le temps moyen d'un pansement ? C'est très différent selon le type de chirurgie.

- La présence du médecin vous est-elle utile ? Oui: 19, non : 25. Voilà : Ca prouve que le médecin ne s'en occupe pas, si ce n'est pour faire enlever le pansement, comme cela a été dit, et c'est tout à fait dommage.

Les médecins ont des attitudes extrêmement curieuses. Il y a celui qui dit : On laisse le pansement six jours, sur tout. Puis il y a des dogmes qui sont irréflechis, c'est ce que le patron faisait autrefois, qu'on a transposé dans le service sans penser qu'il y avait de nouveaux modes de pansement et des attitudes différentes, il y a des germes bactériens manifestement différents. On se trouve devant des gens qui ont des résistances amoindries du fait des chimiothérapies

anticancéreuses, des corticoïdes, des maladies intercurrentes, et finalement chaque cas est un cas particulier qui demande l'intervention du médecin, comme je l'ai dit c'est l'hygiène à la carte, la plaie à la carte, chaque malade ayant droit à sa nouvelle cuisine et non pas à la "tambouille" des grandes cantines d'autrefois.

- Avez-vous une idée du prix ? Manifestement on ne sait pas ce que coûte le pansement, et c'est important. Je rappellerai une réflexion du groupe de travail de l'OMS, toujours dans le cadre de la lutte contre l'infection toutes les techniques doivent être étudiées du point de vue financier, il n'y a pas de dogme, seulement des méthodes contrôlables et dont le coût est étudié. Ne seraient utilisées que des méthodes qui ont prouvé qu'elles sont contrôlables, et du coût le plus faible possible ; entre deux méthodes on doit toujours choisir la meilleure et la moins chère.

C'est encore un problème et une question d'avenir, nous ne sommes pas habitués à calculer les coûts dans les hôpitaux.

En conclusion de ce questionnaire, fort intéressant, je dirai qu'il faut absolument établir ce fichier, comme vous l'avez demandé, et constituer un groupe de travail avec M. Deidier, pour voir la cicatrisation, l'enseigner, définir l'utilisation des pansements et la meilleure façon de se protéger et de créer un microclimat pour un type de plaie donné, ceci en fonction des types de plaies et des types de chirurgies.

Dr Deidier. - Je rejoins le Dr Ducel sur cette analyse. Une question que je poserai est relative aux produits antiseptiques ou bactériostatiques. Il y a des produits allergisants, un chirurgien se lave dix à douze fois les mains et on a des problèmes de tolérance cutanée, de tolérance épidermique, entretenus par des choses que nous ne savons pas toujours, que les laboratoires nous cachent de temps en temps, mais pas de façon volontaire ; par exemple, la lubrification des gants ; dans le bon temps passé il y avait des gants talqués avec un produit végétal. Mais des conditions anatomiques et physiologiques, la protection du travail, l'hygiène ont fait supprimer le talcage des gants, il y a de la bourre de mûs pilé et quand les chirurgiens ont un syndrome allergique constitutionnel vous avez des microtraumatismes, puis des eczémas suintants très intenses. On est alors contraint d'utiliser le savon de Marseille pour se laver les mains en milieu chirurgical.

Mais je partage votre optique sur le fait que les infirmières ne se lavent jamais les mains. On n'a jamais vu une infirmière se laver les mains dans la chambre d'un malade parce qu'il faudrait une serviette particulière et qu'il n'y en a jamais. Par contre cela revient à votre conception d'un lieu de soin où on peut obtenir, en plus, des serviettes à usage unique, ce qui évite la contamination.

C'est la vie du pansement, comme le disait M. Ducel, c'est aussi la vie du malade (l'avis ?), car la répétition de cet acte doit lui donner de temps en temps à réfléchir ; il passe dans différentes mains, sous contrôle de différentes personnes. Si tout se passe bien il oublie tout ce qui est arrivé ; si cela dure il se pose un grand nombre de questions et surtout il devient extrêmement compétent parce que dans la chronicité d'une plaie, quand il voit tous les produits utilisés échouer régulièrement, il sait très bien manier lui-même la thérapeutique, il fait y faire très attention. Le malade, par la connaissance de son syndrome douloureux, devient son propre médecin.

J.F. Latour. - Je vous remercie et je passe la parole à Melle Arduy, qui va présenter ses commentaires sur le questionnaire.

Melle Arduy. - En tant qu'infirmière surveillante dans un service de réanimation, je ne suis pas très étonnée de voir les listes d'antiseptiques ou de produits quelconques utilisés ; si les services les utilisent, c'est qu'ils les ont à leur disposition.

Par contre, je serais tout à fait pour continuer cette enquête et demander pourquoi on utilise tel ou tel produit, c'est là qu'on se rendrait compte que le fichier qui a été demandé pratiquement tout le long de cette journée est vraiment indispensable.

Le problème du pansement, nous l'avons abordé, mais c'est pour la première fois depuis X temps, d'après ce qu'on a vu. Dans les écoles, quand on parle de pansement, on parle de la technique du pansement, comment manipuler, compresses avec des pinces ou autres, mais on ne dit pas pourquoi il faut mettre tel ou tel antiseptique.

C'est déjà au niveau des écoles qu'il y aurait beaucoup de travail à réaliser, en même temps que dans les services. On irait peut-être un peu plus vite.

Pour ce qui est du coût du pansement, effectivement nous ne sommes pas informés dans les hôpitaux et c'est la raison pour laquelle les gens ne pensent pas gaspiller, dans la mesure où ils ne savent pas qu'ils ont tel ou tel produit, aussi efficace et moins cher. Donc là aussi une information me semble tout à fait nécessaire.

Voilà tout ce que je voulais dire du questionnaire, étant donné qu'il a été déjà bien abordé.

J.F. Latour - Je passe la parole aux médecins des laboratoires, en essayant de procéder dans l'ordre du pansement.

Le Dr Girardot, des laboratoires Substantia, va nous parler de l'Elase. Ensuite le représentant du laboratoire Schering, le Dr Triquet, nous fera le point sur le Débrisan. Puis je passerai la parole à Mme Godin, des laboratoires Sarget, qui nous parlera de la bonne utilisation

de la Bétadine. Ensuite la parole sera au Dr Canavate, des laboratoires Lepetit, à propos de l'antibiothérapie locale, et enfin le Dr Fisch nous parlera de tout ce qui est pansement de recouvrement.

Dr Girardot. - Je m'aperçois avec plaisir que, dans le fond, l'Elase est connue des trois quarts des gens qui utilisent une pommade détersive.

C'est une pommade qui agit au niveau de la détersion, ce qui facilite un peu sa présentation étant donné qu'au point de vue physiologique ce qu'on sait de la cicatrisation est relativement simple et complexe : on sait qu'il y a cicatrisation, détersion et prolifération. De toute façon, à partir du moment où il y a détersion si on présente un produit qui favorise cette détersion on va dans le bon sens, on ne peut pas être contredit puisqu'on reste physiologique.

Comment bien utiliser l'Elase ? On peut toujours l'utiliser, il y a toujours une détersion et vous hâtez cette détersion, donc il n'y a pas de problème majeur pour l'utilisation. ,

Il n'y aurait qu'une contre-indication qui n'en est pas une parce que la bonne pratique, au point de vue utilisation de l'Elase c'est déjà de faire la détersion mécanique, le parage chirurgical nécessaire ; il faut laver la plaie, il faut ôter les débris et tout ce qui ne peut pas être digéré par une enzyme qui est une enzyme physiologique, qui ne va pas attaquer des couennes d'escarre ou des débris cellulaires trop importants.

Comme il est de bonne guerre, à mon avis, de faire un parage chirurgical ou de nettoyer la plaie, le nettoyage en lui-même reste simple ; je serais plutôt pour l'eau, le sérum physiologique, un nettoyage qui n'a aucun but antiseptique ; il restera toujours quelque chose sur la plaie.

Uniquement si cette plaie s'infecte, et là je rejoindrai M. Ducel, on donnera des antibiotiques par voie générale mais je ne pense pas que les antibiotiques locaux aient un avantage certain. C'est une autre question dont on pourra discuter.

Parage chirurgical, nettoyage de la plaie et application de l'Elase. Qu'est-ce qu'il y a, dans l'Elase ? De la fibrinolyse, une enzyme qu'on trouve au niveau du plasma, qui va détruire les débris de fibrine qui existent toujours au niveau d'une plaie, et de la désoxyribonucléase une enzyme qui va éliminer les macromolécules issues des cellules lésées.

Ces enzymes n'attaqueront que des débris qui se trouvent au niveau de la plaie, la fibrine qui va être le reste de l'exsudat, et l'acide désoxyribonucléique, uniquement quand la cellule a été lésée. Il s'agit de n'attaquer que des débris qui doivent être ôtés, il n'y a aucune action sur les tissus vivants.

On peut mettre de l'Elase dès le début, cette détersion sera douce, elle va pénétrer, être plus fine que ne peut l'être la pince ou le bistouri. Ce qui est agréable aussi c'est qu'elle ne fera pas mal puisqu'elle n'attaque pas les bourgeons charnus.

En outre il n'y a pas de remords à avoir en disant : J'ai une phase de détersion et j'aurai ma prolifération, quand dois-je arrêter ? On peut très bien poursuivre l'Elase jusqu'à la cicatrisation puisque, de toute façon, il y aura toujours des petits exsudats qui, de plus, vont souvent gêner les bourgeons charnus. Tant que la plaie n'est pas cicatrisée on peut mettre de l'Elase sans risque d'attaquer les bourgeons charnus, et sans faire mal. Donc c'est une pommade qui a toutes les simplicités.

Je parais un peu trop publicitaire mais très honnêtement j'ai vécu ce produit, je l'ai vu employer par des gens qui étaient encore non pas plus enthousiastes mais plus intéressés que moi par ce produit. Je ne suis pas chirurgien mais médecin, je l'ai utilisé en praticien, j'en ai toujours été très satisfait mais je n'ai pas l'expérience du Dr. Deidier, donc il y a des gens beaucoup plus compétents et de plus grands utilisateurs qui peuvent être très contents de cette pommade.

Je vois d'énormes avantages, pas de contre indication et pas de mauvaise pratique dans le sens où elle est commode, où on ne peut pas faire de bêtise. Avec des gens très avertis, en milieux chirurgicaux, ils sauront faire le plus et le moins et avoir une bonne pratique, ce qui est essentiel. En revanche, en pratique médicale courante où les médecins sont très peu au courant de la cicatrisation, pour ne pas dire pas du tout, où si les produits doivent avoir tout une série de protocoles, ils les utiliseront forcément mal, ils ne les retiendront pas, on peut leur conseiller ce produit, il fera toujours du bien, on ira toujours dans le bon sens, on favorisera une détersion qui, de toute façon, doit être faite.

Voilà comment je présenterais ce produit.

Il comporte également un excipient très efficace, la plastibase, qui contient du propylène glycol et de la vaseline, qui n'est pas pour rien dans la bonne tolérance et l'efficacité du produit.

Une petite précision : on ne peut pas mettre de la Bétadine avant l'Elaste, donc vous mettez l'un ou l'autre mais les enzymes vont être inhibées et c'est très formel, c'est pourquoi je préconise plutôt un lavage simple, je ne crois pas à la stérilisation d'une plaie. Il y aura des germes, on l'a dit, ils y sont au début, de toute façon, ils vont évoluer comme sur toutes les plaies et l'Elaste, en détruisant les débris de fibrine, va détruire en partie l'occasion pour les germes de se multiplier, ce qui est tout à fait secondaire, ce qui est important quand même ;

l'Elaste, sans être un antiseptique étant donné qu'elle nettoie la plaie évite la prolifération des germes et on ne parle pas d'aseptiser la plaie avant de la nettoyer.

Dr. Triquet. - C'est à propos du Débrisan que je vais intervenir, pour ajouter quelques petites choses à ce que le Dr. Deidier en a dit.

Le Débrisan ne facilite pas la détersion, c'est un détergent qui n'a pas d'action chimique, ni biochimique, il agit exclusivement de façon physique, mécanique. En plus de la formation d'un bioclimat dont parlait M. Deidier, il rejoint aussi le tiroir de l'action biomécanique.

Il agit par des procédés physiques et c'est donc un détergent. Bien sûr il n'a pas la prétention de remplacer la détersion chirurgicale, c'est évident, ni le parage que fait l'infirmière avec les pinces et les ciseaux, ce qu'on évoquait ce matin. Il aide quand même beaucoup. Il se situe comme complément de cette détersion, de ce parage par l'infirmière et il peut dans certains cas éviter d'aller trop loin en provoquant les douleurs inhérentes à ce parage des plaies.

Son action est physique, par aspiration, ce qui explique la douleur, c'est l'effet de succion au niveau de la plaie dont les terminaisons sensorielles sont toujours présentes et qui peuvent être irritées.

Comment se passe cette aspiration mécanique ? Par un effet de capillarité et il y a deux choses

l'absorption et l'adsorption. C'est un ensemble de microbilles et il se produit, à l'intérieur des billes, une absorption des exsudats séreux, surtout séro-fibrineux, c'est déjà beaucoup. Les grosses molécules ne vont pas à l'intérieur des billes, bien qu'elles soient très hydrophiles, mais par contre, dans les interstices entre les billes, sont aspirées les grosses molécules à fibrine et on sait tout ce que cela apporte en évitant les croutelles et aussi les microbes, les bactéries. C'est prouvé, ce n'est même pas la peine d'aller jusqu'au il suffit de regarder du Débrisan qui a servi pour se rendre compte de cette absorption des germes.

Vous avez parlé, et c'est surtout là-dessus que je voudrais intervenir, de cette espèce de modification de pharmacopée qu'on aurait apportée au Débrisan en lui ajoutant quelque chose ; on a essayé d'ajouter le glycérol, ça n'a pas marché, le glycérol est trop hydroscopique.

Par contre, en ajoutant des polyéthylène glycol ce n'est pas un excipient qu'on ajoute, c'est un principe actif, on vient de l'évoquer pour l'Elaste, c'est lui aussi un produit très hydrophile, comme les microbilles elles-mêmes, et en plus on s'est aperçu que pour avoir cette force de succion, d'aspiration dans les interstices entre les billes il fallait que ces billes soient humidifiées ; il faut une humidification préalable, sinon c'est pour cela que les (?) ne marchent pas sur les plaies sèches ou atones.

L'adjonction d'un principe actif, en remplissant ces interstices, va aider considérablement l'aspiration et c'est aussi prouvé que, maintenant, quand on examine au microscope, après l'avoir enlevé, ce mélange de microbilles et de polyéthylène glycol, on voit ces macromolécules, cette protéine et ces microbes jusqu'à la périphérie de la couche qu'on a pu apposer sur une plaie.

Vous direz : Ca a pris de la place. Oui, bien sûr ; on dit que les microbilles absorbent quatre fois leur volume d'eau, avec cette adjonction elles ne l'absorbent que trois fois mais c'est suppléé très largement par l'utilisation totale de l'épaisseur de ce qu'on a pu mettre sur la plaie.

L'intérêt économique c'est qu'on va pouvoir espacer le renouvellement des pansements ; on utilise la totalité de l'épaisseur qu'on a mise et c'est d'un intérêt économique évident, en même temps que d'un intérêt thérapeutique car en fait cela augmente l'efficacité de la détersion et va réduire sûrement le coût économique par l'espacement des applications de ce mélange.

Il va sortir un Débrisan pâte, ce sera la même chose que la préparation extemporanée faite par le pharmacien de l'hôpital.

Je dois préciser un point : on vient de dire pour l'Elase qu'on pouvait en mettre de façon continue ; il n'est pas du tout question qu'il en soit ainsi pour le Débrisan, c'est un détergent et quand c'est détergé il faut arrêter l'application, dès l'apparition des premiers bourgeonnements. M. Deidier le disait tout à l'heure, dès le début du bourgeonnement il n'y a plus de place pour l'application du Débrisan, c'est une période courte de détersion biophysique.

J.F. Latour. - Je passe la parole à Mme Godin, pour la Bétadine, produit largement connu, produit perçu comme étant très efficace, donc à mon avis susceptible d'être mal utilisé parce que les gens ont peut-être un excès de confiance dans ce produit et l'utilisent à tort et à travers pour, à la limite, effacer des fautes techniques plus ou moins conscientes. Je peux dire ce que j'ai vu dans une salle de soins, chez moi : une infirmière se lave les mains avec la Bétadine, elle voit trois instruments qui traînent dans un haricot, elle les arrose en même temps avec la Bétadine rose qu'elle a entre les mains. Il faut donc bien poser les bonnes indications de ce produit, ainsi que les mauvaises.

Mme Godin. - Je ne dirai pas grand chose sur la Bétadine puisque tout le monde sait que c'est un antiseptique à large spectre bactéricide, virucide et fongicide.

La bactéricide a été étudiée selon les normes AFNOR, cela ne pose pas de problèmes.

Pour la virucide il n'y a pas de normes AFNOR définies, c'est en cours, elles vont arriver. A partir de ce moment-là l'activité de la Bétadine sera étudiée selon les normes AFNOR, on aura certainement des éléments de réponse beaucoup plus fiables.

Enfin, pour la fongicidémie, les normes AFNOR existent, les études pour la Bétadine sont en cours de réalisation ; les études faites jusqu'à présent n'ont pas un caractère officialisé par les normes AFNOR.

L'utilisation de la Bétadine : effectivement c'est un produit actif qui peut être, à tort, utilisé pour la désinfection du matériel. Il est certain que le matériel doit être désinfecté avec des produits beaucoup plus actifs puisque ce qui définit la différence entre un désinfectant et un (?) c'est la tolérance. Les problèmes de tolérance sur le matériel sont certainement autres que sur une substance vivante, sur la peau et sur des muqueuses.

Donner des recettes est quelque chose que je n'aime pas ; le plus simple c'est que je réponde à vos questions, si vous en avez, et j'y répondrai dans la mesure où j'ai des éléments de réponse.

J.F. Latour. - Ce sera dans le cadre des questions, après l'exposé des différents médecins.

Je passe la parole au Dr. Canavate, des laboratoires Lepetit, en lui demandant de centrer son intervention sur la Rifocine qui arrive en tête dans l'antibiothérapie locale. Pourquoi la Rifocine, pourquoi l'antibiothérapie locale, position par rapport à l'usage d'antiseptiques locaux.

Dr. Canavate. - Merci de nous avoir invités pour participer à cette table ronde. Je suis en minorité vis-à-vis des antibiotiques, néanmoins je vais essayer de répondre à quelques questions. D'abord, pourquoi les antibiotiques locaux ?

1°) Cela va permettre d'obtenir des concentrations, là où se trouvent les germes beaucoup plus importantes que lors d'une antibiothérapie générale, c'est évident.

2°) L'utilisation locale n'expose pas aux accidents systémiques qui peuvent se produire avec toute molécule injectée.

Il faut positionner un peu plus la Rifocine. Ce n'est pas un produit lyonnais, comme certains produits qui ont été cités ; néanmoins c'est un produit inventé à St Raphaël, c'est un produit semi-naturel extrait à partir d'un streptomycète, qui est donc le produit de sécrétion, ensuite modifié, qui présente donc un mécanisme d'action original en bloquant une enzyme particulière qui est l'arn-polymérase. Elle ne bloque que l'arn-polymérase des bactéries et non pas des cellules de

Je vais essayer de montrer quels sont les avantages de cette Rifocine, et je mets avantages entre guillemets

Tout d'abord la forme que nous conseillons est la forme IV 500. Pourquoi ? Par rapport à l'autre forme possible, qui est IM 250, elle va être dépourvue de lignocaine, substance allergisante ; elle ne possède pas non plus de PVP. Un certain nombre d'organismes sont sensibilisés

actuellement à la polymérisation d'un PVP et au risque de granulome, c'est une sensibilisation un peu exagérée étant donné les doses de PVP utilisées et le nombre d'incidents décrits. Ce risque est minime.

Si on essaie de regarder le produit lui-même, qu'est-ce qu'on va obtenir ? Des coefficients de dépassement de très haute concentration car les CMI des germes, lorsqu'on parle de staphylocoques, germes qui posent des problèmes, se situent aux alentours du centième de gamma, du centième de micro gramme, et lorsqu'on utilise des ampoules qui permettent d'obtenir 50 000 micro grammes on a cinq millions de fois la dose active, on a des concentrations très importantes vis-à-vis desquelles les germes sont sensibles.

Ceci rend caduc l'antibiogramme, comme pour toute utilisation locale d'antibiotiques, les disques ne sont pas adaptés aux concentrations qu'on utilisera.

Le risque effectivement des antibiotiques c'est d'être résorbé rapidement et d'aller sélectionner à distance des mutants qui seront résistants. Nous avons abandonné la Rifocine au niveau de l'utilisation parentérale, d'est un produit qui ne diffusait pas très bien, dont la demi-vie est très courte. Ce qui était un inconvénient au niveau de l'utilisation parentérale peut-être considéré comme un avantage au niveau local, le produit va diffuser très lentement. Par contre il pénétrera dans les cellules, il pourra donc agir sur des germes intracellulaires comme le staphylocoque. Bien sûr il y aura une résorption, celle-ci est lente et ne conduira pas à l'obtention de taux sériques efficaces.

Le mécanisme d'action : on l'a dit, le produit n'agit pas sur les cellules vivantes, ce qui est un avantage vis-à-vis de la tolérance. La résistance, lorsqu'elle existe, est plasmidique mais à des concentrations qui sont bien en-deça de ce qui sera utilisé dans un traitement local, on n'a pas décrit de toxicité locale et générale à partir de l'utilisation locale, le nombre d'effets secondaires peut être considéré comme pratiquement nul et effectivement il met à l'abri de ces problèmes.

Parallèlement je dois dire qu'il y a une lacune qu'il faudrait peut-être combler, c'est la cicatrisation elle-même. Nous avons des travaux, chez le lapin, qui sont relativement anciens, on s'aperçoit que lorsqu'on prend deux séries de lapins, qu'on fait des incisions dans des conditions totalement aseptiques, les lapins qui ont des pansements de Rifocine cicatrisent plus vite. Est-ce l'excipient, est-ce le produit ? Les ampoules contiennent le produit et l'excipient.

Enfin, un certain nombre de chirurgiens, et je pense aux chirurgiens de la main, ont constaté un effet tannant qui empêche la macération. Je crois qu'au niveau des mains en particulier, où cette macération peut favoriser le développement des germes, c'est certainement un petit point positif.

En plus on peut dire également, mais c'est encore un point marginal, que la Rifocine est active contre le bacille tétanique, dont la CMI est aux alentours de 10. Mais ce n'est pas un traitement du tétanos, ni une prévention de cette maladie.

Je voudrais vous montrer une étude, parce qu'effectivement lorsqu'on parle antibiothérapie locale on dit : Attention, on risque de galvauder un produit, on risque d'avoir une évolution de la sensibilité des germes. On n'a pas énormément de travaux, j'ai simplement une étude qui a été faite par le groupe, avant et après l'introduction de la Rifocine, le produit a été commercialisé en France en 1963 ; ensuite on a regardé ce qui s'était passé de 1965 à 1978, au niveau de la sensibilité des germes, et effectivement au travers de cette étude qui certainement était limitée et peut être critiquée, on ne voit pas d'évolution importante de la sensibilité. C'est également empirique mais on n'est pas confronté parallèlement à l'utilisation relativement large de ce produit et à une évolution de la résistance primaire.

Je vais m'arrêter là et je répondrai à vos questions si vous m'en posez.

J.F. Latour. - La position de l'antibiothérapie locale par rapport à l'antiseptique ?

Dr. Canavate. - Il y a obtention de concentrations de produit actif beaucoup plus importantes. Ce produit actif n'est pas dégradé par les protéines que l'on trouve, bien sûr, en quantité importante au niveau du foyer, comme beaucoup de substances actives.

Egalement la toxicité (?) est certainement encore meilleure, non pas qu'elle soit mauvaise pour les antiseptiques puisqu'il n'y a pas d'atteinte des cellules eucaryotes.

Puis en cas de résorption du produit, étant donné qu'il est utilisé par voie générale, il ne pose pas de problèmes de tolérance.

J.F. Latour. - Je passe la parole au Dr. Fisch, qui va parler de l'Opsite, repris récemment par son laboratoire, et qui a position à la fois de matériau préventif et de matériau curatif.

Dr. Fisch. - Je vais parler d'abord de l'Opsite en général, pour montrer quel a été l'apport des biomatériaux dans la cicatrisation, dans le domaine chirurgical.

Je vais vous rappeler en gros ce qu'est Opsite, et de là les différentes caractéristiques qui ont amené les différentes indications de ce produit.

Le produit est imperméable à l'eau et aux grosses molécules ; donc il est possible de laver le malade à l'hôpital, où il peut se laver en ambulatoire.

Autre élément : barrière absolue contre les bactéries. On tient des études à votre disposition l'ayant démontré. Donc diminution des risques d'infection secondaire. D'autre part il est perméable à l'air et aux gaz, en particulier à l'oxygène, il faut savoir que 94 % de la pression partielle d'oxygène passent. Donc concentration importante d'oxygène au niveau de la plaie.

Au niveau de la vapeur d'eau perméabilité importante qui est fondamentale pour toute cette classe de produits, qui est de 800 grs/m²/24 h. à 37°, avec hygrométrie ambiante de 85 %.

On vous donnera des documents mais vous devez savoir que la peau, classiquement, présente une évaporation de 375 grs/24 h./m² dans les mêmes conditions.

Ce film est loin d'être occlusif. Il est occlusif pour les bactéries, pour les liquides, par contre il a une perméabilité à la vapeur d'eau, aux gaz et à l'oxygène.

De là découlent différentes indications. La première d'entre elles est le champ à inciser. La caractéristique d'un champ à inciser c'est de coller tout de suite et longtemps. Même après l'emploi de Bétadine, produit que je cite souvent dans les présentations, il restera toujours au niveau de la peau des germes présents, ces germes vont continuer à se multiplier au cours de l'intervention comme ils se multiplient sous les gants des chirurgiens, que vous en mettiez une paire ou deux paires.

Si votre film colle correctement les bactéries vont être complètement emprisonnées au niveau des cryptes de la peau et ne pourront pas migrer au niveau du foyer, au niveau de la ligne d'incision. Bien évidemment, et c'est fondamental, si votre film décolle vous avez toutes les caractéristiques sous ce film pour avoir un bouillon de culture, dont l'humidité ; si le film décolle en périphérie au cours de l'intervention les germes vont sauter des cryptes dans la ligne d'incision et vous avez un risque d'infection. Donc il est fondamental que les films collent tout de suite, et bien.

Il est évident que pour qu'un film colle il faut une peau sèche et propre, on tient à votre disposition des documents là-dessus.

Opsite reste en place et reste adhérent.

Au niveau des lignes de l'incision, même lorsqu'il est manié avec les écarteurs dans certaines interventions, on mobilise la zone opératoire ; si le film n'est pas souple, n'est pas élastique, n'est pas conformable, en mobilisant la zone opératoire vous décollez le film.

D'autre part vous protégez la peau en périphérie de la ligne d'incision, ce qui est un facteur important. Etant imperméable aux liquides la peau ne va pas macérer dessous et lorsque vous allez faire vos points de suture, non pas en plan profond, ça n'intéresse pas directement, mais sur tout plan superficiel vous ferez des points de suture sur une peau qui est saine et c'est très important. Si vous avez des champs de bordure qui servent plus d'éponges que de champs, quelquefois, vous risquez d'avoir une peau, après des interventions de longue durée, qui est déjà esquincée, avec des risques non pas de désunion de suture, vous avez un plan profond correct, mais au

moins des risques de points qui ne présentent pas d'intérêt suffisant au point de vue avenir cicatriciel.

Voilà la technique de pose, on rejoint ce que disait le Dr. Deidier tout à l'heure, à savoir le poser sur une tension suffisante mais pas en tension trop importante, sinon vous allez décoller l'épiderme du derme et provoquer l'apparition de phlyctènes. On pourra détailler cela plus tard.

Donc, champ incisé, les premières caractéristiques sont l'adhérence immédiate, aussi bien sur la peau que sur les textiles, on isole la plaie opératoire, c'est stérile et imperméable aux bactéries tout en ayant une transparence qui permet de voir les points de la ligne d'incision.

Deuxième indication du produit : la fixation de cathéters ou de perfusions, perméabilité à la vapeur d'eau, à l'oxygène, d'où une certaine occlusion. Je ne vous cache pas qu'en présentant ce produit on va remplacer dans certaines indications l'elastoplaste. Mais actuellement, et on y reviendra, dans les problèmes d'hospitalisation à domicile on peut être amené, pour surveiller en particulier le point de jonction d'un cathéter ou d'un champ à inciser, à demander une surveillance sans avoir à refaire un pansement, d'où un gain de temps et surtout un gain énorme au point de vue risque infectieux puisque le cathéter sera posé dans des conditions aseptiques, vous allez poser l'Opsite, qui est stérile, dans des conditions stériles et au total vous allez pouvoir, si vous gardez une bordure suffisante autour du cathéter, avoir une diminution des risques infectieux.

La technique dépend de la taille employée, si c'est une perfusion périphérique ou à cathéter central. Le facteur là encore qui entre en ligne de compte c'est le facteur économique, avoir une barrière bactérienne absolue est plus important pour une longue durée que pour une simple perfusion que vous mettez en place le temps de faire un accouchement, par exemple.

On emploie aussi l'Opsite pour les péridurales, facteur astreignant à l'hôpital.

La stérilité, la résistance, la transparence, la finesse, ce sont des éléments que vous connaissez. Le domaine le plus important découvert après c'est le domaine directement lié à la cicatrisation, qui m'a posé des problèmes intellectuels au début, vu que j'étais à l'école du Pr. Villain, mon maître en chirurgie, qui professait : Paix sur terre aux hommes de bonne volonté, on ne met rien sur les escarres, surtout pas le malade, on lave au robinet et au savon de Marseille, on met du tulle gras, on emploie du tulle gras pour faire bourgeonner rouge, et ensuite on met du cortico-tulle, on change de couleur !

C'est une méthode thérapeutique mais on a essayé de voir si, par hasard, on ne pouvait pas trouver autre chose avec l'exsudat ; un pansement qu'on a tous potentiellement en nous c'est l'exsudat séreux qui se fait après une plaie. On a étudié un peu cet exsudat que l'on a récolté sous une plaie et on voit déjà plusieurs différences fondamentales avec les pansements classiques.

Vous voyez que le film est transparent, on peut surveiller l'évolution de la plaie sans avoir à changer le pansement, gain de temps, gain économique de fournitures ; quand on a un pansement avec l'Opsite il ne faut pas hésiter à établir un coût journalier de traitement pour voir ce que ça apporte au personnel soignant, y compris au point de vue gain de temps pour les escarres.

Puis on garde l'exsudat dessous, les cellules ne vont pas migrer au sein d'une croûte, elles vont migrer librement dans un exsudat, dans un jus, il n'y a pas d'obstacle mécanique et c'est important. On a fait des coupes ici de cette croûte, on a découvert qu'il y avait des cellules du derme et de l'épiderme nouvellement formé qui se "baladaient" en plein milieu de cette croûte, c'étaient des cellules qui étaient perdues. On a du mal à faire des cellules pour cicatriser, s'il faut les perdre ce n'est pas une solution !

On garde donc ces cellules au niveau de l'exsudat qui apporte par ailleurs une pression d'oxygène suffisante au niveau des mycoses, un. taux accru de protéines plasmatiques, donc là encore un apport suffisant de nutriments.

Enfin, lorsque vous allez enlever le pansement, l'Opsite n'adhérant pas sur les parties humides, n'adhérant que sur les parties sèches, vous allez l'enlever sans causer de lésions d'arrachage. Avec des compresses anti-adhérentes il y aura moins de lésions d'arrachage ; si vous prenez le système classique des tulle, quelles que soient les marques de tulle, vous allez découvrir au microscope électronique, et même optique, des striations du tulle au niveau de l'épiderme nouvellement formé.

Voici maintenant une courbe qui montre le taux des leucocytes, on a pris un taux au niveau de l'exsudat, le taux au niveau du sang du même malade, le taux au niveau du témoin ; au niveau de l'exsudat on récolte un nombre accru de leucocytes et cette augmentation a été objectivée simultanément par le rôle bactéricide de l'exsudat qui n'a pas diminué au cours du temps, vous avez la courbe lors des vingt-quatre premières heures.

Donc il faut tout faire pour garder l'exsudat, on ne peut pas l'absorber, on veut le garder, mais on veut le garder en quantité limitée, c'est-à-dire que vous devez à tout prix avoir une marge de peau saine de cinq centimètres autour de la plaie, quelle que soit la plaie, pour empêcher les fuites.

Je rejoins ce que disait le Dr. Deidier tout à l'heure : si vous avez un malade qui a 300 cc. d'exsudat sur la cuisse il y aura des fuites et, par-là, des germes vont remonter ; si vous avez un exsudat trop important, deux solutions : soit vous ponctionnez de manière aseptique, soit vous

enlevez l'Opsite et après vous le reposez, suivant les mêmes indications que pour le premier Opsite. Vous pouvez avoir cet aspect-là, après quelques jours de pose.

Venons-en aux escarres. Premier intérêt. la prévention d'escarres. On a vu que le produit est imperméable au liquide, donc on évite la macération en posant l'Opsite sur les zones susceptibles de développer des escarres, en laissant passer l'oxygène, donc là encore au niveau de la peau des zones susceptibles de développer des escarres, pas d'humidité à cause d'une importante perméabilité.

Il est fondamental de vous assurer de la perméabilité à l'oxygène, à la vapeur d'eau ; vous pouvez trouver des films qui sont occlusifs, qui vont se décoller rapidement, qui auront l'effet contraire de ce qu'on recherche avec ce genre de produit.

D'autre part on pourra surveiller facilement.

Mais si vous ne mettez que l'Opsite et si vous laissez le malade dessus pendant 48 heures, vous aurez des escarres ; ça ne va pas vous dispenser d'avoir les soins de nursing habituels, de diminuer le temps d'appui au niveau des surfaces, d'activer la circulation, de limiter les causes favorisantes et surtout d'apporter une alimentation équilibrée, aussi bien en apports caloriques, vitaminiques et protéiques.

Donc au niveau de la prévention d'escarres on trouve ces éléments ; l'exsudat vous le gardez, vous le surveillez. Bien entendu on applique l'Opsite sur des escarres détergées, là où le Débrisan ou l'Elaste s'arrêtent nous on commence.

Si vous voulez utiliser l'Opsite pendant la phase de détersion vous le pouvez mais il faut le changer tous les jours. Pourquoi ? Pour empêcher justement d'inhiber les actions détergentes des produits employés dessous, mais vous garderez un avantage de l'Opsite qui est le produit qui reste en place, le malade qui a un soin régulier ne va pas contaminer le voisin. On en parlait tout à l'heure, si vous avez une bactérie emprisonnée sous l'Opsite vous empêchez qu'elle aille contaminer le voisin, de la même manière vous empêchez les germes du voisin de venir sur l'escarre. C'est un peu sectaire comme produit mais gardons chacun nos germes, on a assez à faire avec les nôtres sans avoir à prendre ceux des voisins

L'Opsite est transparent, élastique, mince, confortable, ce sont des choses que vous découvrirez si vous ne les avez pas encore découvertes.

Enfin, dernière application : la cicatrisation au niveau des prises de greffes. Ce sont des domaines beaucoup plus spécifiques comme les derme abrasions (?) au niveau du visage, qui n'entrent pas en ligne de compte. Je répondrai à vos questions.

J.F. Latour. - Je passe la parole au Dr. Ducel, pour quelques commentaires sur ces interventions.

Dr. Ducel. - Non, merci, pas de commentaires particuliers.

Dr. Deidier. - J'aurai des commentaires à faire aux différents interlocuteurs pour engager un peu le débat

La première question reviendra au Dr. Girardot qui a dit : Elase, trois fois Elase, avant, pendant et après. Donc n'ayez aucun souci sur le plan du marketing

La question que je poserai c'est que j'ai été très souvent frappé, dans l'action de votre produit, sans avoir fait aucune étude mais il me semble que vous demandez de poursuivre l'Elase après épidermisation ou en cours d'épidermisation. Votre excipient, la plastibase, m'apparaît être un élément très important par justement son élément de plasticité qui aide la construction du microclimat.

Est-ce qu'il serait possible un jour de nous amener une expérimentation en double aveugle où d'un côté nous avons Elase et d'un autre côté le plastibase, et on verra si on peut prolonger l'action de votre produit après déterision et après cicatrisation ou est-ce que vous aurez une nouvelle forme de produit, un produit purement biomécanique sur la cicatrisation, nous allons avoir peut-être grâce à vous de meilleures cicatrices par l'élimination de ce que vous appelez la croûte, où l'épidermisation restera complètement lubrifiée, s'approchera très lentement, n'aura pas d'ennui. Je ne dirai pas de variations d'épaisseur, on aura un résultat esthétique amélioré ? Vous aurez peut-être une réponse intéressante à proposer au chirurgien particulièrement orienté vers la qualité cicatricielle, comme on en a parlé ce matin avec le Dr. Fisch, dès maintenant les malades exigeront bien plus de la longueur et de la qualité de la cicatrice que de la suture du gros intestin.

Dr. Girardot. - Au départ on est resté déterision, on avait des enzymes qui la favorisaient. L'orientation dont vous parlez est effectivement une orientation qui se met à jour mais qui n'est pas de notre fait, qui est du fait des utilisateurs. L'expérimentation que vous proposez sera certainement faite mais n'était pas du tout dans notre programme, on n'avait pas à y penser logiquement puisqu'il était bien normal qu'on parle de déterision et petit à petit les utilisateurs nous ont dit Vous pouvez poursuivre, ça marche très bien.

On a même une expérience faite sur des brûlures graves où on ne pouvait pas faire de greffes, en plus il s'agissait de psychopathes, c'étaient des gens sur lesquels on ne pouvait pas intervenir. La main a été totalement pansée avec de l'Elase et une semaine après on s'est aperçu que plusieurs fois on avait des cicatrices d'excellente qualité, sans qu'on ait touché à rien.

Mais c'est la pratique et maintenant il faudrait peut-être qu'on apporte des preuves. C'est un travail qui va être difficile, il va falloir un protocole tout à fait sérieux. Mais en tout cas, effectivement et comme dans bien des choses la pratique appelle à revoir notre attitude, je suis tout à fait d'accord.

Dr. Deidier. - Etant donné l'action des désoxyribonucléases, je peux me permettre de ne faire qu'un pansement par rapport à d'autres enzymes protéolytiques où on est obligé d'enlever l'enzyme, de relaver la plaie pour ne pas avoir une agression. Là l'infirmière peut aller se coucher, faire sa relève tranquillement, il ne reste plus que la base, qui est douce. Si l'Elase a sa notoriété c'est parce qu'il a sa facilité et sa tolérance.

Dr. Girardot. - Notamment chez les enfants où il ne pose aucun problème, et Dieu sait si en pédiatrie c'est utile

En revanche il n'est pas du tout inutile, si on a les moyens et si on veut avoir une détersion plus rapide, de faire au moment de la détersion le pansement deux ou trois fois par jour. On a une activité de détersion rapide et beaucoup plus efficace, qu'on peut rechercher parfois en chirurgie, si on veut nettoyer la plaie très vite.

Dr. Deidier. - Il y a aussi une chose que je demanderai, aucun laboratoire ne la précise, c'est comment appliquer le topique, sur quelle épaisseur, avec quoi, faut-il complètement recouvrir la plaie, en mettre trois doigts, vider complètement le tube ou appliquer une couche moléculaire ou l'appliquer sur une compresse en faisant simplement un tulle extemporané à l'Elase ? Ce sont des questions que je me suis toujours posées.

Il m'est arrivé, il y a quelques années, de faire une sérographie d'ulcère de jambe. On est arrivé à trouver quatre couches de pommade qui étaient mises les unes après les autres, successivement, sans être lavées.

C'est un point qui revient au problème du fichier, il y a une dépense de matériel, d'Elase, et Dieu sait que votre produit doit être conservé dans un état semi-frais, si on le laisse dans un chariot à pansement contre un radiateur il n'a plus que de l'huile et le tube se vide en quinze secondes, le produit a perdu de son activité à 80 %.

Tout cela n'est pas assez précisé. Il faudra faire un petit dépliant pour expliquer aux infirmières comment doit être la couche ; on précise comment on se lave les dents avec un tube de dentifrice sur une brosse, ça devrait être expliqué.

Puis les laboratoires n'ont pas assez d'attention sur le matériel ; vous devriez prévoir une petite spatule qui aurait quelques petits reliefs qui permettraient à votre pommade d'avoir une légère adhésion, qui serait peut-être incurvée.

Je suis tout prêt à travailler avec vous, les infirmières aussi, à une ergonomie du pansement. On appuie dans ce sens ou comme ça, on peut appuyer en l'air, non, il y a des geysers, et je vous assure que c'est vrai

Dr. Girardot. - Ce n'est pas toxique : (Rires)

Dr. Deidier. - Oui, mais c'est peut-être inutile.

Dr. Girardot. - Absolument.

Dr. Deidier. - Est-ce qu'il y a des questions au sujet de ce produit ?

Je poserai au Dr. Ducele le problème des pots de pommade. On a par exemple les corticoïdes. Les dermatologues, dans leurs eczémas atopiques utilisent d'énormes pots, soit de présentation faite par les laboratoires, soit de formules faites par eux, et on est un peu surpris devant ces eczémas de voir ces pots qui traînent dans les consultations de dermatologie, dont on "tartine" les malades dans les salles de soins, ils ressortent couverts de pansements pour lesquels on a utilisé une spatule qui a servi plus ou moins à se gratter derrière l'oreille...

Je voudrais poser la question de la conservation de ces produits, de leur bactériostase, et savoir quand même si dans ces traitements détersifs, par souci d'économie, on ne pourrait pas avoir des petits pots à usage unitaire ou des fabrications autres.

Dr. Ducele. - La bactériologie des pots de pommade, catastrophe : Suppression totale, à moins qu'il y ait des pommades qui, manifestement, ne permettent pas la flore (?) bactérienne, mais il faut supprimer les pots, il faut des tubes.

Vous autres, pharmaciens, vous travaillez, je connais bien les groupes, notamment le groupe d'experts qui a fait les recommandations de Chèbres (?) sur la dose unitaire, que je travaille dans d'autres domaines. Il faut arriver à la dose unitaire. Mais ce qui est essentiel c'est la dimension par rapport à la surface.

C'est une enquête très simple qu'il faut faire il suffit de demander la taille moyenne, les différentes tailles de pansements et de plaies, on arrivera à des doses standard, tant de millilitres ou tant de grammes. La perte sera très faible ; contrairement à ce qu'on imagine les doses unitaires gagnent de l'argent à l'hôpital et n'en perdent pas, il n'y a pas de gaspillage, puis il y a une protection.

Pour venir à la couche, c'est très intéressant. J'ai une expérience totalement différente : c'est essayer de produire un aliment stérile par un four à micro-ondes pour un isolement pour un malade leucémique. Si l'épaisseur n'est pas rigoureusement juste ça ne marche pas, on ne stérilise pas.

L'épaisseur d'une couche est très importante, les laboratoires devraient nous le dire. Les modes d'emploi sont toujours très mal faits : Faites comme ci, comme ça et vous verrez bien : Il faut préciser quelle épaisseur de la couche, quel remplacement, s'il faut laver ou non. Pour laver il y a des appareils qui ne sont pas utilisés, il faudrait y penser pour les plaies anfractueuses : quand on se lave les dents vous avez les jets ? Je crois que ce serait d'une efficacité très grande, plutôt que d'employer de simples produits de lavage.

Je vais répondre tout de suite sur un point qui me vient à l'esprit parce que j'oublierai : vous avez parlé de la transit bactérie qu'on pouvait avoir et des moyens de contrôle dans une plaie. Il faut savoir que pour les brûlures on a fait des biopsies. Est-ce qu'on peut toujours faire des biopsies ou des carottes ? On sait qu'à 104 par gramme de matériel, manifestement il n'y a rien ; quand on dépasse ce chiffre on a des risques.

Il faudrait interpréter, ces chiffres sont valables pour les brûlés, je ne pense pas que ce soit valable pour tout, c'est une méthode, à mettre au point, très certainement.

Mme - Je voudrais simplement faire deux remarques concernant ce que vous avez dit pour les pots à pommade. Je ferai une remarque sur les tubes : on a pour la majorité des médicaments, en milieu hospitalier, des tubes de grande contenance, bien qu'on ait tendance à les diminuer ; mais ce sont des tubes à usage pour plusieurs malades ; or là aussi il faudrait préciser ou rappeler au personnel de soins qu'après chaque application où on a bien ratissé le tube sur la plaie du malade on doit nettoyer l'embout du tube avant de le reboucher.

Dr. Ducel. - Il ne faut jamais ratisser sur la plaie, il faut mettre un intermédiaire, une spatule stérile à usage unique.

Mme - Ce sont des constatations faites.

Puis je rappellerai que concernant les tubes à pommade il y a un problème qui existe, non pas avec les tubes métalliques qui, lorsqu'ils ont été aplatis, restent aplatis mais avec les tubes souples qui, lorsqu'on les relâche, font un appel d'air extérieur et sont au contraire une source de contamination.

Dr. Ducel. - Il faut un bouchon large et qu'on laisse posé.

Mme - Il faut avoir des données précises sur le mode d'utilisation.

M. - Je suis chef de produit et je suis allé récemment dans un hôpital du sud-ouest, dont je pourrai communiquer l'adresse au Dr. Deidier. J'ai vu un appareil pour le prélèvement des substances sur les plaies d'escarres. Dans ce service de gériatrie ils prélèvent la substance avec un appareil qui doit être fabriqué dans la région de Lyon, il paraît qu'il n'y a qu'un fabricant, ça

devrait être facile à trouver. Ils prélèvent pendant trente secondes, ils récupèrent dans un tube à essai, ils font analyser, ils font la numération des taux de lysosymes et des germes.

Dr. Ducel. - Il y a un système inventé par Pickman(?) et Fleurette à Lyon, c'est un appareil qui permet de faire un prélèvement cutané avec une petite spatule qui tourne. Je l'ai utilisé pour des expérimentations et c'est très bien. Mais sur une plaie se doit être épouvantable à supporter.

Dr. Deidier. - C'est un mixer.

Dr. Ducel. - J'ai essayé sur moi la première fois, j'ai fait une torsade et j'ai arrêté. Cet appareil est très bien mais c'est très douloureux.

Dr. Deidier. - On prendra contact avec vous et j'aurai l'occasion de reposer la même question au Dr. Fisch tout à l'heure.

Prochaine question au Dr. Triquet : il m'a convaincu puisque j'étais un support et un suppôt de votre laboratoire. J'ai fait un rapport très précis, et pas tendre.

Mais ce qui m'intéresse beaucoup c'est que, lorsque vous avez modifié cette forme galénique on est obligé à ce moment-là de changer d'état d'esprit ; c'est un pansement ouvert ou c'est un pansement fermé. Laisse-t-on le Débrisan avec sa nouvelle forme, ouvert ? Quelle va être la possibilité d'adhésivité ? Est-ce que ce sera un traitement ambulatoire ? Est-ce que le malade va rester couché sans pouvoir bouger parce qu'il va risquer de voir son pansement tomber ? .Vous faites l'occlusion avec compresses, avec adhésif ? C'est la question que je me pose.

Dr. Triquet. - Comme pour le Débrisan en poudre, ça reste un pansement à fermer, avec des compresses ou avec de l'Opsite, pourquoi pas, cela peut présenter des avantages. Mais le pansement est à fermer et à occlure, et il peut rester plusieurs jours.

En fonction de la durée pendant laquelle vous avez l'intention de le laisser vous mettez une couche plus ou moins épaisse. Vous parliez des modes d'emploi, on a toujours dit : Pour la poudre c'est trois millimètres, au-delà ce n'est pas la peine, ça ne va pas s'humecter et ce sera du Débrisan perdu. On avait essayé d'en laisser plus longtemps et d'en mettre plus mais c'est inefficace, c'est pour cela qu'on est resté à cette forme galénique.

Toujours pansement occlus, épaisseur en fonction de la durée que vous avez l'intention d'observer.

Dr. Deidier. - Avec un pot de Débrisan est-ce que vous avez un appareil pour mesurer trois millimètres sur la face antérieure et ronde du tibia ? ...

Dr. Triquet. - Justement cette nouvelle forme galénique est une réponse à ces difficultés pratiques, inhérentes à la poudre et à ses billes qui fichaient le camp. Il vaut mieux n'en mettre que dans la plaie, c'est contre-indiqué d'en mettre autour.

Par contre, avec cette forme pâteuse on va pouvoir maîtriser bien plus facilement cette application, et on la maîtrise bien plus facilement, à l'intérieur de la plaie, ne pas en mettre sur les bords, calculer mieux l'épaisseur.

Sur le plan commodité d'application c'est un progrès considérable, en plus de l'efficacité thérapeutique, puisqu'on espace les pansements.

Dr. Deidier. - J'en appelle à l'ingéniosité des laboratoires sur le plan présentation. Quand on voit les présentations sous vide des cacahuètes, du café, de doses unitaires de chewing-gum à la framboise, on ne comprend pas pourquoi on n'aurait pas un tube aplati qui débiterait vos produits sur une surface bien déterminée, en languettes, une sorte de laminoir pharmaceutique qui pourrait se fermer exactement avec une pince à anchois qui permettrait de limiter d'une part la longueur, d'autre part la contamination.

Des réunions comme celle-ci permettent des contacts entre les infirmières, les utilisateurs médicaux et vous. On a l'impression que vous avez toujours les mêmes schémas de flaconnage. Je suis passionné par le pansement parce que je m'en occupe, et c'est comme le problème des compresses : on n'a jamais trouvé un rouleau de compresses fait de cinq mille compresses qui se découpent, stériles bien sûr, il suffit de fermer un espace intermédiaire et de détacher avec du papier.

Tout ceci peut être fait et on ne comprend pas pourquoi on a encore des paquets de compresses qu'il faut stériliser, avec trois enveloppes en papier, en plastique, on fait une première faute, une deuxième faute, le tiers des compresses tombe par terre.

Au niveau des pommades il faudrait réfléchir, dans le sens d'une pâte qui pourrait être préparée de façon mono moléculaire.

Dr. Triquet. - On est ouvert à toutes les ingéniosités, on en appelle aux ingénieurs et aux ingénieurs. Le Débrisan va sortir en présentation unitaire dans quelque temps, sous forme de pâte.

M.- Quelle est la meilleure manière de retirer le Débrisan après, dans une plaie profonde ?

Dr. Triquet. - Il faut le laver, avec le jet dont parlait notre confrère tout à l'heure.

M. - Il faut plus ou moins de pression. Mais les terminaisons sensorielles sont là.

Dr. Ducl - Avec les anesthésies locales, locorégionales, on pourrait en faire à répétition, sans risque, pour un pansement ?

Dr. Deidier. - On étudie la mise en place actuellement, par les anesthésistes, de péridurales qu'on peut garder.

M _____ - C'est lourd.

Dr. Deidier. - C'est une anesthésie locale de 2 cc. de xylocaïne et on ne sent rien. C'est lourd entre les mains de certaines personnes, comme pour toute chose, mais une péridurale bien préparée, avec des gens qui en ont fait beaucoup, permet chez des malades de 78 ans de passer à travers des becs de perroquet. Grâce à des méthodes occlusives on garde entre quinze et vingt jours une péridurale sans aucun risque de contamination. C'est une question de patients, et d'équipes.

Il en est de même pour les diabétiques et chez les gens qui ont des douleurs importantes on a non seulement une action vasomotrice mais thérapeutique. On peut régulièrement, avec les pompes actuelles, injecter toutes les quatre heures un ou deux cc. et les gens n'ont plus d'opiacés, ils n'ont plus d'analgésiques par voie générale.

Chez les gens de plus de soixante ans, quand on connaît le risque à la fois vasculaire et dépressif de ces gens hospitalisés, à qui on fait des analgésiques, ce qui n'est pas sans danger, on a quand même la main aussi lourde dans la prescription, c'est intéressant. Quand le médecin passe et que le pépé du 12 souffre tout le temps, il dit à l'infirmière : Tassez-le bien. Et le lendemain matin on est étonné de voir ces gens qui se réveillent à dix ou onze heures du matin, la veilleuse pour pouvoir ronfler leur a collé de l'Equanil.

C'est une méthode qui n'est pas simple mais qui, avec beaucoup d'attention, donne des résultats intéressants.

Dr. Ducel - Le pépé ne mange pas parce qu'il se réveille trop tard, déficit nutritionnel, escarres, et la boucle est bouclée

Dr. Deidier. - On fait même des loco-régionales, actuellement on fait des canadiennes du membre inférieur chez des vasculaires. Quand c'est bien fait, pendant un temps déterminé, on peut effectuer des décapages' d'une escarre sans aucune anesthésie générale.

Cela nécessite, comme aujourd'hui, le concours de l'infirmière, de l'hygiéniste, de l'anesthésiste, du réanimateur, du diététicien qui va faire un repas intéressant et riche non pas en calories, comme on le disait, mais en protéines. Ce sont des produits qui sont très bien, qui permettent aux gens de manger très correctement.

Une question à poser au Dr. Godin, sur la Bétadine : la Bétadine est presque aussi célèbre que les fast-food dans les hôpitaux, on en a de partout, sur tous les chariots.

Je dirai que vous êtes aussi un peu dangereux en raison de la multiplicité des présentations, entre la Bétadine gynécologique, la Bétadine bleue, la rose, la Bétadine en gel, en tube. Dans l'esprit de gens qui vraiment travaillent les indications il n'y a aucun trouble mais dans

la livraison au sein d'un hôpital, quand on voit dans les blocs opératoires la succession d'une rouge, d'une bleue, d'une jaune, d'une verte peut-être, on voit qu'il y a un mélange d'utilisations qui est sans doute, dans votre esprit, inconcevable mais qui est dans la réalité certainement fréquent.

Puis en second lieu je trouve que la Bétadine a un pouvoir recouvrant très intéressant, peut-être un peu trop recouvrant, et par rapport au Merfène qu'on utilisait dans le passé, que certains continuent d'utiliser, il avait l'avantage, étant coloré, de donner l'assurance formelle que l'asepsie était faite, que le rasage était fait ; mais les dérivés mercuriels ont fait la preuve de leur danger, surtout au niveau des muqueuses.

Quels sont les produits qui sont idéaux pour laver les gens après la Bétadine, lorsqu'on les opère et qu'on a fait une asepsie de tout le thorax ? Ca coûte plus cher en lavage, quelquefois, et en désinfection qu'en utilisation de Bétadine. Avez-vous un solvant particulièrement intéressant ?

Mme Dr. Godin. - Tout d'abord, sur la première question, vous avez énuméré presque une vingtaine de formes de Bétadine ; vous parlez de la forme gynécologique et de la bleue, c'est la même chose. Le problème c'est qu'on a parlé de Bétadine avec des couleurs ; les couleurs, ça ne veut rien dire, si on parle de Bétadine-Scrub on sait que ça mousse, on sait ce que c'est.

Dr. Deidier. - Pas du tout, les gens sont Français. Les infirmières ne savent toujours pas ce que c'est que le scrub.

Mme Dr. Godin. - Le Scrub est une forme de Bétadine où on trouve la présence d'un surfactif moussant. L'utilisation c'est le lavage des mains ou des plaies mais il y a une chose essentielle, c'est de rincer. après du fait de la présence de l'excipient qui peut devenir irritant, surtout sur une plaie.

Dr. Deidier. - Et rincer avec quoi ?

Mme Dr. Godin. - De l'eau propre bactériologiquement. Puis il y a la Bétadine dermique, qu'on utilise sur la peau, la forme gynécologique, son nom parle tout seul, et la forme gargarisme, bains de bouche, ça parle tout seul aussi.

Puis il y a le pansement dit humide, c'est une compresse imbibée de Bétadine qui pourrait vous rendre service dans l'utilisation de monodoses puisqu'on veut en venir à des doses uniques. C'est une compresse de gaze imbibée de Bétadine.

Ensuite il y a Bétadine tulle et je voulais vous demander où vous placiez le tulle tout à l'heure, quand vous avez parlé des différents produits et des différentes compresses. Vous avez oublié de parler du tulle. Le tulle est un support de coton, c'est une gaze à larges mailles qui est imprégnée de Bétadine pommade.

Cela répond peut-être aussi à votre autre préoccupation d'apporter la quantité nécessaire comme couche, mais je crois qu'à ce niveau-là il y a l'expérience du médecin qui est derrière ; certains médecins trouvent qu'il n'y a pas assez de pommade sur le tulle ; on peut demander aussi aux infirmières qui utilisent ce produit ce qu'elles pensent de la quantité de pommade qu'il y a sur ce tulle.

Dr. Deidier. - Ce qui est très intéressant, contrairement à la maison Lumière (?) et Sarbach qui a repris le dossier depuis quelques années, sur le tulle gras, c'est votre forme unitaire ; de temps en temps les manipulations en salle d'opérations ne sont pas toujours aisées, la déchirure du papier n'est pas toujours idéale, c'est un problème de fabrication qui est très difficile, mais c'est mieux que le tulle gras qui est dans des boîtes, qui ne peut servir que dans un centre de brûlés, idéalement, une fois que la boîte est ouverte elle devrait être utilisée. Vous avez réglé ce problème de façon intelligente.

Mme Dr. Godin. - Petite précision à apporter, qui peut être importante pour les utilisateurs, même si c'est dans un cas peut-être un peu particulier et peu fréquent : vous avez parlé de tulle gras, je voudrais spécifier que ce ne sont pas des corps gras au sens où ils sont inoxydables, c'est surtout pour l'utilisation dans les caissons hyperbares. On peut envoyer des malades avec le tulle Bétadine dans les caissons hyperbares, ce qui n'est pas vrai avec d'autres substances.

Dr. Deidier. - J'utilise le caisson depuis dix ans ; je vous offre un excellent repas, dans un très bon restaurant de Lyon, si je fais passer un de mes malades avec un tulle Bétadine ; les anesthésistes responsables de l'oxygène hyperbare ne feront jamais passer quelqu'un avec une pommade, oxydable, non oxydable, ils ne le feront pas.

Mme Dr. Godin. - C'est évident que sur le plan chimique, quand on parle de corps gras, c'est végétal ou animal ; là c'est synthétique, ce sont des polyéthylène glycol.

Dr. Deidier. - Est-ce que vous passeriez au caisson avec un tulle gras sur la figure ? Je vous y fais passer demain.

Mme Dr. Godin. - Je le ferais, ça a été fait.

Dr. Deidier. - Vous m'envoyez une certification sur la question.

Mme Dr. Godin. - Ca a été fait chez M. Lachard à Marseille. Je ne tiens pas à ce que le caisson saute, et à ce que le malade saute avec.

Dr. Deidier. - On a des indications de malades qui souffrent, pour lesquels on est obligé d'enlever le pansement, donc un tulle avec une pommade ou un tulle gras, un quart d'heure avant de partir au caisson ; ils vont au caisson, ils subissent la séance, ils ont à nouveau un pansement.

Demandez à M. Josserand qui a subi un nombre important de séances, il aurait été ravi si on avait pu laisser son pansement.

Mme Dr. Godin. - Ce sera publié prochainement, cela a été fait chez M. Orecel (?) et M. Lachard à Marseille ; dans un premier temps on a testé le tulle seul, avec l'avis des chimistes.

Dr. Deidier. - S'ils ont passé cinquante ou cent malades, parfait. A Lyon on a un triste souvenir, on a un caisson qui a sauté avec un malade qui avait de la brillantine. C'était un CRS, c'était à Desgenettes, ce n'était pas dans les hôpitaux publics.

Je voudrais attaquer maintenant le laboratoire Lepetit, l'attaquer scientifiquement. Je participe depuis longtemps à l'utilisation de la Rifocine mais je dois dire que la plupart de mes confrères et moi-même utilisons la Rifocine un peu comme le dernier rempart thérapeutique dans une plaie qui ne cicatrise pas.

Je suis comme le Dr. Ducel, je ne souscris pas à l'action des antibiotiques in situ, d'autant plus que dans 80 % des retards de cicatrisation il y a une sole fibreuse, une induration du tissu sous-cutané, une hypodermie ou ce sont des gens qui ont une mauvaise vascularisation, des diabétiques, une vascularite périphérique ou des post-phlébitiques. Donc on voit mal comment on pourrait avoir une action vraiment très importante.

Si vous voulez, je pense que la Rifocine est souvent utilisée dans des cavités ou dans des retards de cicatrisation, dans des plaies anfractueuses où-on n'arrive pas à un assèchement important parce qu'il y a une contamination bactérienne importante. Je note qu'on a des assèchements microbiens.

J'ai bien retenu que l'antibiogramme n'avait aucun intérêt, il y a très longtemps que j'en suis convaincu. Personnellement j'ai une chance fondamentale, c'est d'avoir une allergie de la muqueuse nasale au pyocyanique de telle sorte que, quel que soit le service où je passe je fais le diagnostic avant le pharmacien, j'éternue deux fois et je dis : Il y a du pyocyanique. - Comment le savez-vous ? On a fait le prélèvement il y a 48 heures Je manipule tellement le pyocyanique que je l'ai eu au doigt, et maintenant au niveau du nez.

Par contre ce que j'aimerais savoir c'est si vous connaissez une méthode dont parlait Monsieur tout à l'heure, dans le sud-ouest ; j'ai essayé plusieurs fois de trouver une méthode pour prouver l'activité in situ d'un antibiotique. Avec une pharmacienne qui est ici, qui était interne à l'hôpital Henry Gabrielle, on avait essayé de monter un travail pour avoir une analogie avec le compte de germes dans les urines ; il était intéressant de faire barboter de façon globale une plaie avec un antibiotique, de faire un prélèvement avant sur un liquide, par exemple sérum de Ringer, et d'avoir un compte de germes par millilitre qui pouvait être quelque chose qui était formel et

indiscutable pour une thérapeutique locale. On connaissait exactement le nombre de cc. , le nombre d'IV 500 qu'on pouvait mettre, on pouvait faire un compte de germes.

Or je n'ai jamais pu obtenir cela pour des raisons techniques, pour des raisons d'adhésivité d'un manchon avec une tourette qu'on avait essayé de mettre pour pouvoir faire barboter le produit.

Il faudrait un jour trouver une méthodologie de comptage de germes. Que veut dire une carotte bactériologique sur une plaie qui est lavée plus ou moins en haut et en bas et qui fait 10 cm', Si on choisit en haut,. pourquoi pas en bas ? Il est apparu qu'un lavage régulier avec une tourette montée sur un système, ce que vous avez apporté tout à l'heure comme chambre d'oxygène, de stérilité, pourrait être adapté pour faire une chambre de diagnostic bactériologique qui permettrait, par son occlusivité périphérique, d'avoir un lavage.

Le jour où vous m'apporterez une preuve, après quatre lavages à la Rifocine ou avec la gentaline, c'est la même chose, qu'il sort du pyopène - on dit qu'on va casser une ampoule de pyopène sur une compresse, on peut mettre de la moutarde de Dijon, c'est pareil, on n'a aucun fondement scientifique - le jour où vous m'apporterez ça je serai tout à fait d'accord.

C'est dans ce sens-là qu'on pourrait travailler entre les médecins et la recherche pharmaceutique. Il n'y a aucune étude bactériologique de référence et dans toutes les analyses, les expérimentations disons cliniques ou de complaisance, avec la foi du médecin et la foi du laboratoire, on a l'impression que ça va mieux.

Enfin, le rôle sur la cicatrisation chez le lapin je crois que le lapin est l'animal le plus mal choisi, il n'a pas de tissu cellulaire sous-cutané, comme le chat. Il faut utiliser le porc qui a l'épiderme le plus près de celui de l'homme parce que vous avez là aussi trois couches ; la preuve c'est qu'on met de la peau de porc sur les hommes. C'est un petit détail mais c'est intéressant.

Dr. Canavate. - J'irais assez dans votre sens au niveau d'un certain nombre de questions. Lorsque j'ai présenté la Rifocine tout à l'heure, étant donné que cette journée était consacrée au pansement, j'ai essayé de me positionner vis-à-vis du pansement. Les travaux publiés sur la Rifocine font état avant tout de son utilisation per-opératoire, qui correspond d'une façon indirecte au flash que l'on utilise en chirurgie. Le produit peut être amené pendant l'intervention et en fin d'intervention et, bien sûr, on aura des concentrations de produit importantes, en particulier dans de la chirurgie où on va ouvrir les viscères, par exemple.

J'étais hier dans le service du Pr. Baulieu, on vient de faire une expérimentation sur la chirurgie des cancers rectaux, chirurgie sous péritonéale qui est connue pour comporter un nombre important d'infections postopératoires ou de fistules ; dans les séries de Lock (?) qui font

référence en France, on arrive à 20 %. On a regardé les résultats sur une série antérieure de 40 cas, on trouvait que les malades n'étaient pas tous bien identifiés, on a fait une nouvelle série de vingt malades et aucun n'a présenté de complications post-opératoires.

La Rifocine en per-opératoire, en irrigation, en chirurgie digestive en particulier a des résultats assez parlants lorsque l'intervention est terminée et qu'on va être confronté aux germes cutanés, si on décide de les traiter ; M. Villain, que je respecte au niveau de ses travaux, ne les traite pas, néanmoins de temps en temps il a des problèmes septiques, il a eu un ou deux blocs qui ont été fermés pour ce genre de problème, il y a deux ans. C'est peut-être une incidence minime mais quand elle existe et que c'est vous qui l'avez vous n'êtes pas très content.

Bien sûr on peut être limitatif au niveau de l'antibiothérapie cutanée si on décide d'en faire une. C'était uniquement dans ce sens-là que je me positionnais. La Rifocine versus autre antibiotique, autre antiseptique a des caractéristiques, à partir du moment où on va travailler sur une plaie que j'appellerai saine, où il n'y a pas de micro caverne, pas de germe, où elle est bien détergée, la Rifocine peut présenter un avantage.

Au niveau des prélèvements de germes je n'ai rien de merveilleux à vous proposer. Dans l'étude de Beaulieu c'est Vincent qui a fait la bactériologie, je n'ai pas toutes les données. A la fin, simplement, il travaillait sur la dernière irrigation, les malades avaient des irrigations pendant quatre jours avec des sérums rifocinés, on travaillait sur liquide de dialyse, on mettait en culture des drains qui étaient retirés mais ces méthodes sont loin d'être parfaites.

Dr. Deidier. - Elles sont parfaites parce que les cathéters sont mis en salle d'opération et raccordés à des sachets qui peuvent être stériles. Le problème c'est la perte de substance en unité de soins, où la Rifocine coule à droite, coule à gauche. Les pertes de substance, quand c'est un univers clos... J'ai eu des suppurations, j'étais dans le service de M. Descotes, on s'est permis de couvrir des prothèses vasculaires suppurées par des lambeaux cutanés sous irrigation de Rifocine, puisqu'on avait prélevé un germe qui était sensible avant.

Mais les redons qui sortent à distance, qui sont plus gros que ceux qui entrent, vous connaissez le système, on a une méthodologie un peu artisanale mais qui est quand même issue d'un protocole chirurgical solide.

Mais je me pose la question suivante, et c'est surtout une question de diagnostic : ces injections à la seringue ou en irrigation sont faites un peu *larga manu*, dans certains services, quand on ne sait plus que faire, et on confond souvent l'atonie biologique et la surinfection d'une plaie, on va quelquefois mettre de -la Rifocine à un moment où il faudrait faire un minicuretage, et

inversement, on ne va pas mettre de Rifocine sur le bourgeon charnu qui est sale, on le prend pour de l'atrophie. En fait il est surinfecté.

C'est ce que j'aimerais qu'on puisse un jour mettre au point, pour pouvoir faire le diagnostic bactériologique de la cicatrisation. Actuellement on est en plein empirisme.

On a essayé avec un laboratoire et on a mis quatre ans pour mettre au point le rapport ADN-ATP (?), on a des abaques qui permettent de dire : C'est une atonie purement cellulaire parce qu'il y a des résultats. On prend un prélèvement, on met dans la zone liquide, on fait une électrophorèse, on obtient l'ATP et on peut le rapporter ; si c'est un artéritique, si c'est un diabétique on sait si ça va repartir au troisième prélèvement, avec des méthodes de bourgeonnement quelconques on a pu faire repartir, sinon on se tourne vers un diagnostic qui devrait être bactériologique et qui n'existe pas sur le marché. C'est cette question que je voulais poser.

Dr. Canavate. - Je suis d'accord pour collaborer avec vous, on va essayer de progresser dans ce domaine.

J.F. Latour. - Est-ce qu'il y a des questions à ce sujet ?

M. Cavaillon. - Certaines personnes connaissent le laboratoire Convatec, on diffuse le Duoderme (?) entre autres. On a parlé d'hydrocollä des ; ce sont des produits qui font leur adhésivité en fonction de l'humidité. Papa et Maman Karaya ne sont pas le papa et la maman des hydrocolloïdes du type Duoderme, Karaya est arrivé en France aux alentours de 1975 et le Stomahésive était présent aux Etats-Unis aux alentours des années 1973 ; on a mis beaucoup de temps à l'avoir en France. Premier point.

M. Deidier a parlé de Stomahésive en prévention d'escarres. Je suis d'accord avec lui. Il y a un geste primordial à faire lorsqu'on utilise Stomahésive en prévention d'escarres, quand on parle de prévention on part sur une peau saine, il faut faire un parage. Mais ces protecteurs cutanés ne remplaceront jamais un nursing efficace, c'est un point capital et on est tout à fait d'accord avec ceux qui le crient sur tous les toits.

Troisième point : Duoderme, pansement complètement occlusif. M. Deidier a parlé de problèmes d'allergie avec Duoderme, là je ne suis pas d'accord. Avant de lancer le produit sur le marché on a fait des études sur le porc, tout à l'heure M. Deidier en a parlé, on avait bien choisi.

On a eu trois mille cas d'expérimentation dans neuf pays au monde, trois mille cas c'est relativement sérieux, je ne pense pas que beaucoup de laboratoires puissent étaler ce genre de chiffres. Toutes les communications faites à ce sujet-là sont disponibles, on peut les faire parvenir.

Donc je ne suis pas d'accord sur l'allergie, sauf si on ne respecte pas le protocole de nettoyage qu'on indique, qui est un protocole très simple mais très strict. Tous les produits représentés ici sont des produits certainement très bons, je n'en doute pas, mais employés en collaboration avec Duoderme ce sont des produits qui peuvent avoir des réactions fâcheuses, sous Duoderme. Donc le protocole de nettoyage du Duoderme c'est de l'eau oxygénée, et si des gens ne sont pas partisans de l'eau oxygénée on n'est pas contre l'eau du robinet.

Par ailleurs, si on avait le concours beaucoup plus souvent des médecins et des chirurgiens lorsqu'on présente un nouveau pansement, notre tâche serait beaucoup plus facile, on n'aurait pas besoin de faire des Armada au niveau des services, comme l'a dit M. Ducel.

Enfin les laboratoires - je parle sur un plan général et pas spécialement pour Convatex - sont toujours prêts à faire une information auprès des services, mais dans l'hôpital nous avons un seul interlocuteur valable qui peut nous déterminer un jour et une heure précis pour organiser des réunions au niveau des services, c'est le pharmacien. Je ne veux pas être méchant avec vous puisque l'assistance est faite essentiellement de pharmaciens, mais beaucoup de pharmaciens ne nous aident pas dans cette tâche et c'est absolument nécessaire. Mais je sais d'un autre côté que souvent les pharmaciens, dans les hôpitaux, sont des personnes qui ne sont pas suffisamment écoutées.

Dr. Gallet (St-Joseph). - Je m'inscris en faux quand on prétend que les laboratoires qui représentent les pansements viennent voir les médecins. De tous les laboratoires qui sont représentés là devant nous, je n'en ai jamais vu aucun dans le service, et pourtant cela fait à peu près quinze ans que j'y suis. Aujourd'hui j'ai appris beaucoup plus de choses qu'en vingt ans sur les pansements et je vous en remercie beaucoup. Mais ce que j'aurais aimé surtout c'est qu'on me les ait apprises avant.

L'un des gros éléments c'est que toute l'information ne vient pas au médecin ; vous dites que vous allez trouver le pharmacien et qu'il ne vous écoute pas. Je vous promets que j'écoute le mien mais ce n'est pas forcément par le pharmacien qu'il faut passer et je ne crois pas qu'on fasse mauvais accueil dans les services.

Il y a un manque d'information important au niveau des médecins, je ne crois pas que M. Ducel me contredira ; les médecins ne savent pas. Je peux vous citer deux anecdotes : un chirurgien que je connais bien me dit : l'Opsite, il faut en mettre sur le champ opératoire, ça tient le champ. C'est-vous dire que quelquefois la véritable nature d'un produit est parfaitement ignorée même de ceux qui l'utilisent. D'autre part, quand un jour quelqu'un est venu me

demander de citer, dans le cadre d'une enquête, un certain nombre d'antiseptiques j'avoue à ma grande honte que je n'ai pas cité le dixième de ceux qui étaient dans la liste tout à l'heure.

C'est pour vous dire que l'information médicale en ce qui concerne le pansement, les moyens de le faire, est pour l'instant presque inexistante. Je serais très heureux qu'on vienne en parler, qu'elle se développe, et qu'on en parle à ceux qui sont confrontés à ces problèmes.

M. - A votre avis, quel est le meilleur moyen ?

Dr. Gallet. - Une réunion comme celle-ci me paraît très intéressante, je suis persuadé que beaucoup de médecins apprendraient beaucoup de choses et on pourrait progresser, vous verriez que secondairement ils seraient au courant de tous les problèmes réels que cela pose, ils seraient des supports pour des travaux ultérieurs et des mises au point. Il faut la collaboration des pharmaciens, des biologistes, des médecins aussi et actuellement, en France en tout cas, les médecins qui doivent s'occuper de ces choses ne sont malheureusement, le plus souvent, pas assez au courant.

M. Cavaillon. - Je n'ai pas voulu attaquer les médecins, simplement c'est par dépit qu'on ne va pas voir les médecins mais on est enchanté lorsque les médecins s'intéressent au problème des pansements.

M. - On s'intéresse à quelque chose quand on connaît les problèmes que cela pose.

Dr. Deidier. - Je vais répondre aux deux intervenants, et d'abord à Gallet : malheureusement les chirurgiens sont souvent très mal informés des grands progrès des anesthésistes et il faut aller forcer la porte de la réanimation pour apprendre par où ils passent et comment ils enfouissent leurs cathéters ; nonobstant, quelquefois ils auraient besoin de la collaboration de certains chirurgiens pour ne pas faire certaines fautes.

Je répondrai à M. le Délégué du laboratoire Convatec que la forme de présentation et de communication du dossier médical, de l'information médicale par les laboratoires, actuellement, mérite d'être repensée par certains laboratoires ou certains de leurs représentants parce qu'il y a façon et façon d'intéresser les gens.

C'est une chose que je dis depuis très longtemps. J'ai toujours été très ouvert, et j'ai des amis intimes chez les visiteurs médicaux. Mais je crois qu'actuellement la visite médicale et la présentation médicale méritent des tables rondes d'information plutôt que le passage de représentants gentils, agréables, vous laissant des documents qui vont traîner sur une table parce qu'ils arrivent à des moments de la vie thérapeutique du médecin ou du pharmacien qui ne sont quelquefois pas très bons. Ce n'est pas pour cela qu'on ne vous reçoit pas mais quelquefois c'est

en fin de consultation, on est un peu épuisé et comme le disait Gallet on n'est pas sensibilisé aux dossiers que vous présentez.

Il faut vous remercier d'avoir positionné et vendu l'Opsite dans toutes ses dimensions. Il faut au moins trois praticiens pour poser le produit alors que vous avez le mérite de le faire seul

Dr. Duce!. - Je tiens à formuler une remarque devant cette assemblée : il existe d'autres produits qui ont les mêmes qualités, donc il faudra y penser aussi.

Dr. Fisch. - Effectivement d'autres produits ont les mêmes qualités, sauf deux sur lesquelles j'insiste la perméabilité à la vapeur d'eau et la finesse du produit. Effectivement d'autres produits ont cela mais dites-vous bien que d'autres produits qui seront bons comme champs à inciser seront catastrophiques sur des escarres, et cela je vous le dis parce qu'il est hors de question qu'un produit complètement occlusif, qui a une perméabilité à la vapeur d'eau et aux gaz insuffisante, puisse donner de bons résultats au niveau cicatrisation.

Dr. Deidier. - Justement actuellement vous présentez, vous ou d'autres laboratoires, des produits sans préciser le sens du va et vient et on a confondu des Stéri-Strip, qui sont des champs occlusifs purement chirurgicaux avec ce nouveau produit qui est une membrane biologique d'échanges gazeux, ceci même au niveau des médecins qui n'ont pas reçu la formation parce que depuis dix ans on a des Stéri-Strip que tout le monde utilise, on a vu la même forme de présentation, la même façon de les coller, on n'a pas compris la différence parce qu'on n'a pas été informé.

Deuxième point : je ne rentrerai pas dans la discussion sur le rôle de la peau périphérique encore que ce soit discutable à cause du problème de certaines peaux, par exemple très fines ; chez les enfants entre autres on a souvent des érythèmes, des phlyctènes. Il faut bien préciser qu'il ne faut pas une grande tension et cette tension est due au fait que les Stéri-Strip sont mis sous grande tension pour pouvoir coller la peau et coller les champs adjacents. Le prix n'est pas celui d'un Opsite.

Dernier point : les escarres. Je vais là vous demander d'être un peu plus modeste parce qu'il y a un diagnostic de l'escarre que les gens ne feront pas, même si c'est transparent, c'est la blancheur traîtresse de la deuxième partie. Vous savez qu'une escarre talonnée se constitue d'une façon très brutale et que dans un premier temps il y a une rougeur qui apparaît et qui passe très vite ; puis il y a une blancheur blafarde qui va s'installer entre quatre et huit jours avant de se transformer en nécrose.

Vous aurez beau mettre un Opsite et dire aux infirmières : Vous regardez à travers, vous ne pouvez pas percevoir la température ni faire l'analyse thermo-analgésique, donc neurologique du talon.

Là il y a une erreur diagnostique à ne pas commettre, il ne faut pas lancer votre produit comme une prévention de l'escarre ; comme le disait quelqu'un tout à l'heure le nursing sera indispensable. Il peut être utilisé dans certains cas particuliers de prévention, des cas désespérés, pas très nombreux, mais il ne faut en aucun cas faire supprimer le nursing et la surveillance clinique, la surveillance sensitive; au niveau du sacrum comme du talon ce n'est pas la couleur qui est importante, c'est la perte de la sensibilité pour le malade.

Evidemment vous me direz que dans un coma traumatique on est amené à ne pas avoir cette relation neurologique, peut-être dans ce cas-là peut-on s'en servir mais il ne faut absolument pas le lancer tout de suite comme un produit de prévention parce que vous allez avoir un retour de bâton, vous aurez quelques nécroses qui vont se faire dessous, plus personne n'ira voir les talons de vos malades. Il faut être très prudent, il faut étayer cela d'une expérimentation solide et peut-être que tous les deux jours ce pansement soit ôté, qu'un examen clinique soit fait.

C'est la seule restriction que je fais à votre produit qui est très intéressant mais lorsqu'il y a des exsudats importants, qu'il se fait une énorme bulle qui décolle sur les côtés, avec une petite fissure, le tout en ambulatoire, je ne pense pas que le fait de prélever avec une aiguille stérile va risquer de permettre une bactériostase ; on va entraîner une petite ouverture et après cela va couler, le malade remet une compresse pardessus et on arrive à des pansements "pas piqués des vers", je peux vous le dire.

Il faut bien réfléchir et bien positionner votre produit. Autant il est intéressant dans le cas de cette adhésivité opératoire que vous avez précisée, autant dans les traitements préventifs et curatifs de l'escarre il faut avoir une expérimentation plus profonde.

Dr. Fisch. - Vous parlez du Stéri-Drape ; c'est le premier produit sorti comme champ à inciser mais sachez bien que la confusion qui est entretenue entre ces produits est due à un manque de connaissance du produit, à une insuffisance de formation et aussi au fait qu'au niveau des économats des hôpitaux volontiers les deux produits sont mis dans le même sac. Quand on demande un pansement Opsite pour fixer le cathéter on lui dit: Prenez du Stéri-Strip, ça marchera aussi bien et en plus ça coûte moins cher.

Je ne suis pas sûr qu'un produit qui se décolle plus facilement, que vous changez plus souvent revienne moins cher à la collectivité. A ce sujet on a fait une étude concernant le traitement des escarres, sur le plan curatif, on a près de cent trente travaux cliniques parus sur ce

produit et je vais donner une idée du gain de temps : sur une série on a obtenu en moyenne 5,8 changements d'Opsite contre 41,2 ; le temps total de changement a été de 1,1 minutes contre 9,6. Mais à la fin du traitement on a 53 minutes pour l'Opsite et 396 minutes pour un pansement conventionnel.

Au total la différence de rapidité de cicatrisation n'était que de quatre jours en faveur d'Opsite mais vous avez gagné 396 minutes moins 53 minutes, temps non négligeable actuellement.

En ce qui concerne la surveillance des escarres on rejoint le problème d'éducation qui doit avoir lieu. Quand on prend les médecins qui sortent de la faculté, tout frais émoulus, quand on demande à beaucoup quels sont les signes de survenue d'une escarre, la surveillance à faire chez un malade, beaucoup ne sont pas au courant.

J'ai bien précisé que si vous mettez Opsite et si vous laissez le malade dessus sans soins de nursing, on l'a écrit noir sur blanc, tout à fait adaptés à ces problèmes d'escarres, vous ne supprimerez rien. Pour être plus précis il ne s'agit pas, dès qu'un malade est allongé, de mettre de l'Opsite à tout prix mais dans certains services de réanimation qui peuvent avoir des problèmes de personnel, ou pour certains malades qui malheureusement baignent trop souvent dans des draps mouillés, j'estime qu'Opsite peut être un complément pour la prévention de l'escarre en séparant la peau du malade de l'environnement humide.

Ce n'est qu'un des traitements que vous pouvez avoir pour prévenir les escarres, ce produit est à associer aux autres traitements et si vous n'avez pas un nursing attentif vous ne supprimerez pas les escarres, c'est tout à fait certain.

Au niveau de l'exsudat trop important qu'il faut ponctionner, on présente toujours les deux techniques. Mais je suis de votre avis, il vaut mieux changer d'Opsite. Je ne me suis pas étendu sur la pose du produit, qui est très importante, qui est plus un problème d'éducation pour chacun d'entre vous. Il faut garder cinq centimètres de peau saine autour de la plaie, sur une brûlure chez un gosse par exemple, c'est le cas des brûlures du second degré, on calme la douleur instantanément en posant un Opsite dessus, vous créez un phlyctène artificiel, vous allez pouvoir mettre une membrane sur les douleurs sensibles à nu et vous allez calmer la douleur du gosse avec un exsudat qui va se former. Quand l'exsudat est trop important et va changer de couleur, il faudra changer l'opsite.

On en revient à un problème d'éducation sur l'exsudat qui change de couleur au cours de son évolution. Les infirmières doivent être averties pour ne pas prendre peur, l'exsudat est jaune séreux, puis il prendra une "sale gueule", et la tendance est de l'enlever au début, elles enlèveront

les cellules sur une plaie peu importante, elles se rendront compte que ça aura épidermisé et c'est seulement après qu'elles se rendront compte de l'évolution.

M. - Une question à M. Ducel. Il nous a dit qu'il avait réussi à supprimer l'éther et à supprimer l'éosine dans son établissement alors que nous, aux Hospices civils de Lyon, nous sommes gros consommateurs et que le prétexte donné par les services c'est :

- 1°) la préparation de la peau avant la pose d'adhésif,
- 2°) le nettoyage de la peau après adhésif.

Qu'est-ce qu'on peut proposer en remplacement ?

Dr. Ducel. - C'est un mélange d'alcool et de benzine, je ne sais pas comment vous l'appellez, mais téléphonez à M. Amarel (?) que vous connaissez bien.

Quant à l'éosine vous avez quelqu'un qui a fait l'expérience, "l'homme de l'éosine" ; vous remplacez l'éosine par quoi ?

M. - On s'est aperçu que l'éosine contenait dix millions de pyocyaniques au millilitre. Faites l'expérience de l'éosine conservée dans les services, vous en trouverez autant. Je parle de l'éosine aqueuse.

Il y a deux solutions : la mettre en solution alcoolique, mais sur une plaie ce n'est pas recommandé, ou d'ajouter 1 % de, mercurochrome, du mercurécyll, ce qui assurera une stérilité correcte vis-à-vis de ce germe.

Dr. Girardot. - et le Milian c'est mieux ?

M. - Ce n'est pas la même chose.

Dr. Deidier. - C'est le problème de la conservation et de la fabrication extemporanée. Il faut changer le flacon tous les jours, c'est évident.

Dr. Fisch. - Concernant l'utilisation de l'éther sur les chariots hospitaliers, c'est un problème très important soulevé au niveau du ministère de la Santé et de la Pharmacie centrale des hôpitaux à Paris, en raison des problèmes de toxicomanie. On s'est rendu compte que le seul intérêt de l'éther c'était l'adhésif, avant et après.

En tant que laboratoire travaillant là-dedans on nous a interrogés, le Pr. Puisieux (?) a fait une thèse avec une de ses élèves, à la faculté de Châtenay-Malabry, testant tous les produits actuellement distribués en Europe ou en France même. On s'est aperçu malheureusement qu'aucun produit n'avait les capacités de l'éther, ce qui pose des problèmes.

D'autre part, pour le nettoyage des couveuses, en particulier dans les services des prématurés, il y a des risques d'explosion certains.

On vous donnera le nom de la thèse, vous pourrez la consulter, c'est un travail important qui a été réalisé.

D'autre part, je pose une question : si vous aviez des mini serviettes sous conditionnement individuel, imbibées d'éther, est-ce que pour vous ce serait intéressant ?

Dr. Deidier. - Ca ne suffira jamais pour certaines surfaces.

M. - J'ai posé la question aux USA, ils utilisent un mélange d'acétyl et de propanol qui sert à enlever les adhésifs et à démaquiller avant les interventions d'urgence.

Dr. Fisch. - Ces serviettes imbibées, individuel les existent. On arrive à un problème de coût au niveau de l'hôpital, est-ce qu'on a envie de continuer à acheter de l'éther plutôt que ces produits-là ? On peut utiliser ces produits venant des Etats-Unis mais mettez-vous à la place de l'acheteur hospitalier, est-ce qu'il sera d'accord ?

M. - Je voudrais dire qu'on a maintenant de très bons produits adhésifs qui n'ont pas besoin d'éther pour être enlevés, et même sur des sparadraps micro poreux fabriqués en France, on n'a pas besoin de rajouter de l'éther pour augmenter l'adhésivité.

M. - Choisissez bien votre sparadrap.

J.F. Latour. - Il faut conclure. J'ai eu une intervention tout à l'heure qui est peut-être mal passée, je m'en suis rendu compte par les conversations que j'ai eues à midi. J'ai dit que j'étais pessimiste concernant l'évolution économique de notre milieu hospitalier ; il ne faut pas prendre cette intervention comme défaitiste mais il faut bien tenir compte du fait que c'est un élément important du travail qu'on a à faire. Si on a organisé cette réunion c'est qu'on croit à ce qu'on veut faire et il est sûr qu'il faut que les médecins s'y intéressent, comme il semble que ce soit le cas. On ne pourra rien faire sans eux, comme on ne pourra rien faire sans des infirmières et des pharmaciens motivés.

Je pense que l'idée de Melle Gavrich est passionnante, on va essayer de former autour d'elle une petite équipe de travail à laquelle sont cordialement invités les gens qui veulent y participer, à condition qu'on veuille aboutir et que ce soit une équipe qui travaille, et non pas des gens qui viennent deux fois et qu'on ne voit plus. Il faut que les choses soient claires sinon ça fera cinquante commissions qu'on met sur pied et qui ne travaillent pas. On prévoit deux séances, ensuite on a des contacts quotidien ou hebdomadaires les uns avec les autres, on en profite.

Je remercie tous les participants de la table ronde, en particulier le Dr. Oucel qui m'a fait le grand honneur de venir, ainsi que les différents médecins des laboratoires, les infirmières, ainsi que M. Josserand qui nous a particulièrement intéressés en nous exposant son expérience.

Cette séance sera mise en forme avec le résumé des exposés qui ont eu lieu ainsi que le résumé des débats de cette table ronde, il sera diffusé grâce aux laboratoires Substantia qui vont nous le mettre en forme et l'envoyer aux participants de l'APHRA, de l'ACCOPRA (?), à tous ceux qui sont intéressés, il ne faut pas d'exclusive.

Nous pensons également à la rédaction de ce fichier qu'on essaiera de mettre sous forme de fiches de travail utilisables par tout le monde.

Les prochaines réunions : au mois de Janvier sur les opacifiants, fin Mars la maladie thromboembolique.

J'espère que chacun retirera de cette journée ce qu'il était venu y chercher, à savoir un peu plus de clarté quant aux produits utilisés et aux méthodes de travail, qui devraient être moins nombreux qu'actuellement

Je vous remercie.

(Applaudissements)