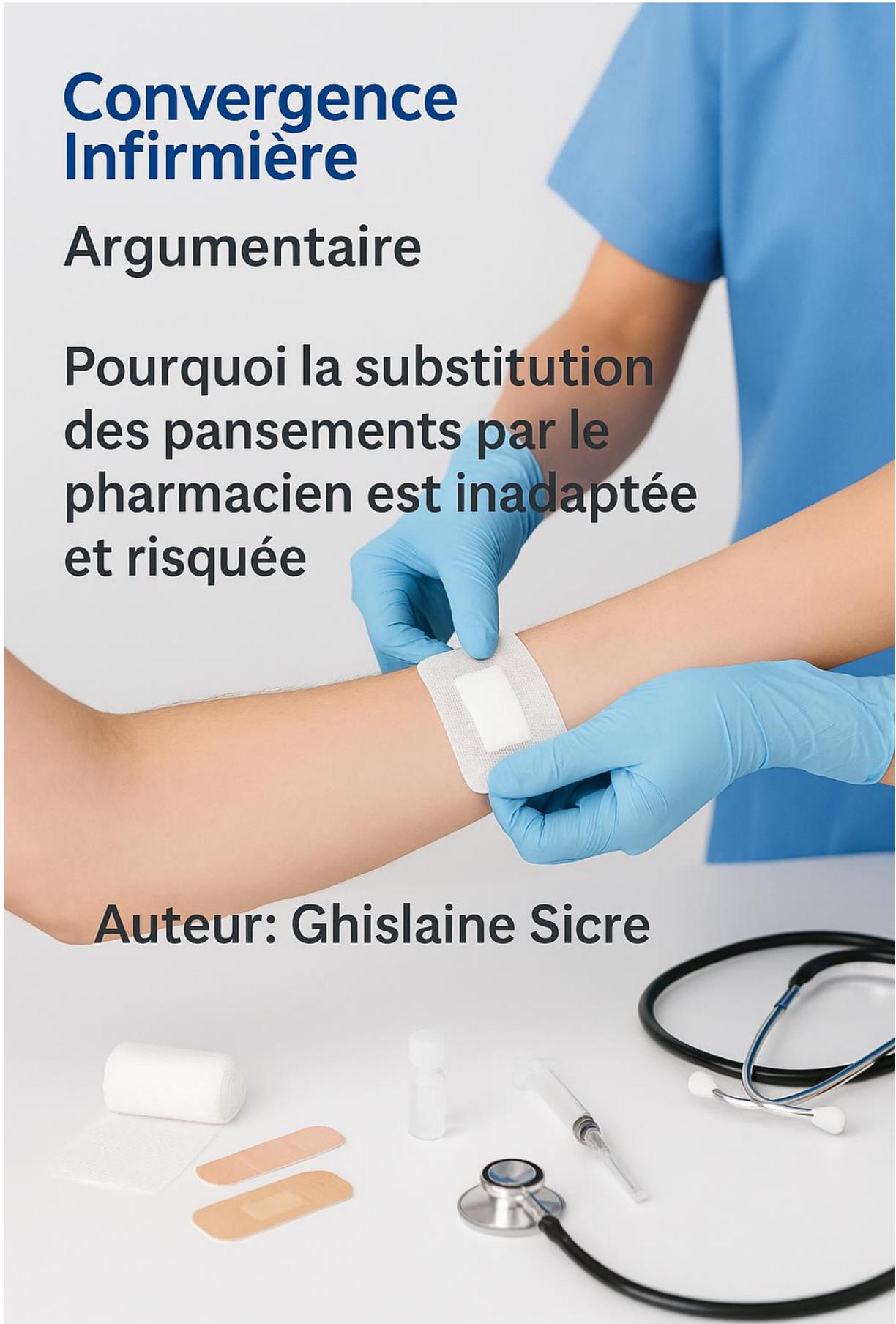


Convergence Infirmière

Argumentaire

Pourquoi la substitution
des pansements par le
pharmacien est inadaptée
et risquée

Auteur: Ghislaine Sicre



ARGUMENTAIRE

POURQUOI LA SUBSTITUTION DES PANSEMENTS PAR LE PHARMACIEN EST INADAPTEE ET RISQUEE POUR LA QUALITE DES SOINS ET LA SECURITE DU PATIENT ?

1. Une diversité technologique et clinique masquée par les lignes génériques de la LPP

Sous une même ligne générique de la Liste des Produits et Prestations (LPP), de nombreux pansements sont aujourd'hui regroupés selon des critères techniques limités (forme, capacité d'absorption, dimensions...). Cette classification ne reflète pas la diversité réelle des technologies utilisées, ni leurs propriétés cliniques différenciées.

Or, tous les pansements ne sont pas équivalents entre eux :

Ils intègrent des matériaux différents : mousses, hydrocellulaires, superabsorbants, interfaces siliconées, etc.

Certains sont imbibés d'agents actifs (argent, PHMB, miel...), d'autres non.

Leur comportement clinique varie : capacité d'absorption, durée de port, compatibilité avec la compression, adhésivité...

Ils sont conçus pour des indications précises : plaies exsudatives, infectées, cavitaires, chroniques, post-opératoires...

La substitution automatique entre ces produits, uniquement basée sur un intitulé générique, fait abstraction de cette complexité et met en péril la pertinence des soins.

2. Une décision thérapeutique fondée sur l'évaluation clinique personnalisée

Le choix d'un pansement repose sur une évaluation fine du patient et de sa plaie, réalisée par un professionnel de santé formé, généralement l'infirmier(ère), en lien avec le prescripteur. Ce choix tient compte :

De l'état clinique de la plaie : exsudat, inflammation, infection, état des berges, douleur.

Des caractéristiques du patient : comorbidités (diabète, dénutrition...), mobilité, autonomie, tolérances cutanées.

Du contexte de soins : environnement de vie, fréquence des passages, niveau d'hygiène, soutien familial, isolement social.

Du protocole de soin global : séquence thérapeutique, compatibilité avec d'autres dispositifs, adaptation à l'évolution.

Ce processus ne peut être remplacé par une substitution faite sans voir le patient, ni sa plaie, ni connaître son historique.

3. Le pharmacien n'est pas en capacité d'effectuer une substitution adaptée

Le pharmacien, bien que professionnel de santé, n'intervient pas directement auprès du patient en situation de soin. Par conséquent :

Il ne voit pas la plaie : il ne peut en juger la profondeur, la douleur, l'état inflammatoire ou infectieux, l'exsudation, etc.

Il ne connaît pas le patient : ni son passé médical, ni son statut nutritionnel, ni ses habitudes, ni son niveau de dépendance.

Il n'a pas accès à l'environnement du patient : hygiène, conditions de vie, capacité à changer un pansement, etc.

Il ne suit pas l'évolution de la plaie : ni les réussites ni les échecs thérapeutiques précédents.

Sans ces éléments essentiels, toute substitution revient à décontextualiser un acte de soin, et donc à affaiblir sa qualité et sa sécurité.

4. Un risque de mésusage sans bénéfice économique

La substitution prévue par le projet d'arrêté n'apporterait aucune économie au système de santé, puisqu'elle porte sur des produits remboursés au même tarif. En revanche, elle introduit :

- Un risque accru de mésusage
- Des échecs thérapeutiques liés à des pansements inadaptés
- Une dégradation de la prise en charge, allongeant la durée de cicatrisation et augmentant potentiellement les complications

5. La reconnaissance du rôle de l'infirmier(ère) dans le parcours de soins est en jeu

L'arrêté du 13 mars 2024 (sur la primo-délivrance à 7 jours) a constitué une avancée importante en reconnaissant le rôle de l'infirmier(ère) dans l'évaluation de la plaie et l'adaptation du soin. Le projet actuel de substitution va à rebours de cette évolution, en dépossédant l'infirmier(ère) d'un pouvoir d'adaptation pourtant fondé sur son expertise clinique quotidienne.

Il est aujourd'hui impératif de conforter et étendre ce rôle, notamment à travers la consultation infirmière de plaie, qui permet une prise en charge personnalisée, intégrée et sécurisée.

Exemples de plaies illustrant la nécessité d'un choix de pansement adapté

1. Ulcère veineux chronique (plaie exsudative)

L'évaluation clinique infirmière donc la consultation infirmière en plaie est un pilier central dans la prise en charge des ulcères.

La prise en charge des ulcères – qu'ils soient veineux, artériels, mixtes, d'origine diabétique ou traumatique – repose avant tout sur une évaluation fine de la plaie, de son évolution et des caractéristiques propres au patient. Dans ce cadre, l'expertise clinique de l'infirmier(e) à domicile prend tout son sens. Elle ne peut être remplacée par une simple délivrance de dispositifs médicaux en officine, sans examen visuel ni analyse contextuelle.

L'infirmier(e) à domicile dispose d'une approche globale du patient. Il ou elle évalue la plaie dans son ensemble : type d'ulcère, stade de cicatrisation, présence d'exsudat, douleur, état cutané péri-lésionnel, signes d'infection, comorbidités, et environnement social. Cette observation permet une adaptation précise et dynamique des soins, en lien avec les recommandations professionnelles ou sur prescription médicale. Ce regard clinique se renouvelle à chaque passage, permettant des ajustements en temps réel.

À l'inverse, le pharmacien délivre les pansements et dispositifs prescrits, sans avoir vu la plaie, ni toujours comprendre son évolution. Il ne peut évaluer si le protocole reste adapté, ni proposer une modification. Or, deux ulcères d'apparence similaire peuvent nécessiter des traitements très différents, notamment selon leur étiologie (par exemple : une compression peut être bénéfique dans un cas, contre-indiquée dans un autre).

Le rôle du pharmacien reste néanmoins essentiel : conseil, approvisionnement, alerte en cas de doute ou d'incohérence. Mais il ne peut se substituer à l'évaluation clinique de l'infirmier(e), qui demeure la référence pour l'adaptation des soins à domicile en cas de plaies chroniques. La collaboration interprofessionnelle est indispensable, mais dans le respect des compétences de chacun.

Études de cas cliniques

Photo 1 :



Prescription initiale : compresses et bandes.

Plaie très exsudative, avec écoulement important, atteignant le pied et le chausson. Les compresses adhéraient à la plaie, provoquant de fortes douleurs au retrait, sans aucun bénéfice pour la cicatrisation. L'évaluation infirmière a permis une réorientation vers des dispositifs absorbants et adaptés, améliorant à la fois le confort du patient et l'évolution de la plaie. En quelques semaines, la douleur a nettement diminué, de même que la taille de la lésion.

Photo 2 :



La cicatrisation a progressé grâce à un ajustement précis de l'interface : le choix d'@Algostéril en remplacement d'@Aquacel s'est révélé plus adapté, notamment en prenant en compte l'état de la zone péri-lésionnelle, souvent négligée mais pourtant essentielle dans l'évolution de la plaie.

Conclusion

L'observation clinique infirmière est indispensable pour adapter les dispositifs médicaux aux besoins du patient. Elle permet d'accélérer la cicatrisation tout en tenant compte de l'ensemble de son environnement : habitudes de vie, alimentation, mobilité, alitement prolongé, etc.

L'expérience de terrain permet également de réagir rapidement face aux intolérances (colles, douleurs iatrogènes, etc.) et d'ajuster les soins en conséquence.

Le pharmacien reste un acteur clé dans la chaîne de soins, mais il ne peut se substituer à la présence clinique de l'infirmier(e), ni à sa connaissance approfondie du patient. L'efficacité des soins passe par une coopération interprofessionnelle harmonieuse, chacun dans le cadre de ses compétences.

2. Pied diabétique

Observations cliniques – Suivi de plaies post-amputation chez un patient diabétique



Exemple 1 :

Début de la prise en charge en post-opératoire, à domicile, suite à deux amputations : gros orteil et orteil central. Le protocole de sortie prévoyait l'utilisation de pansements @EXUFIBER, compresses et bandes.

Évaluation clinique et adaptation des soins :

Dès les premières interventions, l'évaluation infirmière met en évidence que l'interface @EXUFIBER n'est pas adaptée à la plaie : comme le montre la photo 1, les berges et la plaie macèrent, ce qui freine la cicatrisation. Une quantité importante de fibrine est également observée.

L'interface @EXUFIBER, très absorbante, devient gélatineuse une fois saturée en exsudats, maintenant une humidité excessive et empêchant un bon décollement de la fibrine. Par ailleurs, la détersion est inefficace, et une hyperkératose est présente en périphérie.

Le pansement est réalisé quotidiennement au domicile. Connaissant les habitudes de vie du patient et assurant également le suivi de son diabète, nous avons adapté le protocole en remplaçant @EXUFIBER par @ALGOSTERIL. Ce choix s'appuie sur notre expérience clinique : @ALGOSTERIL permet une détersion efficace, l'assèchement des berges et une amélioration visible de la cicatrisation (photo 2), avec en prime un coût inférieur à l'interface initialement prescrite.



Évolution clinique :

Le chirurgien avait initialement hésité entre amputer l'avant-pied entier ou se limiter aux deux orteils.

Peu de temps après, de nouvelles plaies à tendance nécrotique apparaissent (photo 3). Une alerte est envoyée au service hospitalier. Il faudra trois semaines pour obtenir un retour, en raison de boîtes mails saturées et non consultées. Cette lenteur entraîne un retard d'un mois dans la reprise chirurgicale, malgré notre compréhension rapide de la nécessité d'une nouvelle amputation.



Nouveau protocole et priorités révisées

Face à cette nouvelle situation, nos objectifs évoluent :

- Maintenir propres et saines les plaies d'amputation existantes ;
- Ralentir l'évolution des plaies nécrotiques, en attendant l'hospitalisation.

Nous mettons alors en place une stratégie avec @INTRASITE GEL pour ramollir les nécroses, avant de revenir à @EXUFIBER une fois le tissu prêt (photo 4).



Deux types de plaies, deux stratégies distinctes :

- Plaies post-amputation : objectif cicatrisation ;
- Plaies nécrotiques nouvelles : objectif de ralentissement évolutif.

L'adaptation des soins est quotidienne, en fonction de l'évolution des plaies, avec une surveillance biologique (CRP), du diabète (insulinothérapie) et un temps de pansement d'environ 40 minutes.

Concernant @ALGOSTERIL, nous avons utilisé ce que le patient avait déjà à son domicile.

Conclusion :

L'expertise infirmière a permis une prise en charge ajustée, en temps réel, des plaies selon leur évolution.

Contrairement au pharmacien, qui ne dispose ni d'un suivi quotidien, ni d'une connaissance du contexte clinique et environnemental, l'infirmier à domicile adapte ses soins à la réalité du patient.

De plus, certaines pharmacies ont des partenariats préférentiels avec des laboratoires, rendant parfois difficile l'obtention du produit nécessaire, ce qui soulève la question du compérage.

Seul l'œil clinique infirmier, fondé sur l'observation continue et l'expertise terrain, permet une adaptation optimale des soins. Le pharmacien, bien que compétent dans son domaine, ne peut répondre à cette exigence de réactivité et de personnalisation dans le cadre du domicile.

3. Escarres

Les escarres font partie des plaies complexes à prendre en charge. Leur évolution peut être rapidement défavorable ou, au contraire, s'améliorer selon le contexte. Elles exigent une vigilance constante de la part de l'infirmier(e), tant dans la prise en charge directe que dans l'attention portée à l'environnement du patient : lit, dispositifs de décharge, supports de positionnement, changements réguliers de position.

Une organisation pluriprofessionnelle est indispensable pour une prise en charge globale et coordonnée pendant les soins.

Selon le stade de l'escarre, différents dispositifs peuvent être utilisés : gels de détersion, pansements hydrocolloïdes, hydrofibres, hydrocellulaires, au charbon, voire thérapie par pression négative (VAC).

Une attention particulière doit également être portée à l'alimentation, à l'hydratation, à la mobilité, et aux soins d'hygiène. L'apport de protéines au niveau nutritionnel est indispensable. Les changes réguliers sont Primordiaux.

Etudes des cas cliniques

Photo 1



Photo 2 :

Plaie en cavité profonde.

Prescription initiale : pansement sec @Cosmopore et interface inadaptée (mèche se désagrégant dans la plaie). Résultat : douleurs récurrentes à chaque soin. Grâce à l'expertise infirmière, la prescription a été révisée rapidement avec un dispositif approprié, favorisant une amélioration notable de la cicatrisation. Le pharmacien, sans vision clinique, ne pouvait proposer cette adaptation. Il a également été nécessaire d'insister pour obtenir le matériel requis, non disponible dans la pharmacie habituelle.



4. Plaies postopératoires

Plaie consécutive à un body lift et à une reconstruction mammaire, nécessitant une prise en charge post-opératoire complexe avec plusieurs pansements. Le temps de soin excède 40 minutes.

Photo 1

Plaie consécutive à un body lift



La prescription post-opératoire prévoit un nettoyage au sérum physiologique, suivi de l'application exclusive de pansements Mépiléx. Ces pansements sont adaptés à la fois en termes de dimensions modulables et de capacité d'absorption, ce qui permet de gérer d'éventuels écoulements. Ils offrent également un réel confort au patient, tout en préservant son autonomie : la douche reste possible sans compromettre le soin.

Cependant, malgré une prescription adaptée, l'étendue et la taille des plaies peuvent engendrer certaines complications, notamment infectieuses. Une surveillance quotidienne rigoureuse s'impose pour prévenir ces risques.

Photo 2

Plaie post opératoire étendue désunie



Comme l'illustre la photo, une désunion d'une des plaies est visible — une complication fréquente dans le cas de plaies étendues. L'expertise infirmière est alors déterminante : elle permet d'adapter immédiatement la prise en charge. En l'occurrence, un méchage humide s'avère nécessaire.

Dans ce type de situation, seule l'expérience de l'infirmière permet d'évaluer précisément les besoins de la plaie, de suivre son évolution et d'ajuster le type de pansement en fonction des différentes phases de cicatrisation.

Conclusion

Permettre au pharmacien de substituer un pansement ou un set de soin sans évaluation clinique directe du patient n'est ni pertinent médicalement, ni justifié économiquement. Cela dévalorise le rôle des infirmiers(ères), met en péril la qualité des soins, rallonge les temps de soins et a donc des conséquences néfastes pour le patient avec des retards de cicatrisation, des complications, parfois des hospitalisations, a donc de facto un coût pour la société du au recours plus important au médecin et à la pharmacie, et contrevient aux principes fondamentaux d'une médecine individualisée.

C'est la proximité clinique avec le patient qui permet à l'infirmier(e) d'adapter les soins aux différentes phases de la cicatrisation, en choisissant le dispositif le plus adapté et en le réévaluant en cas de complication.

Le pharmacien, sans une connaissance approfondie de ces paramètres et sans suivi clinique direct, ne peut à lui seul substituer un dispositif de soin. Il ne peut pas non plus évaluer avec précision les besoins en absorption, détersion ou méchage d'une plaie sans observation quotidienne.

Nous demandons donc l'exclusion explicite des pansements, compresses et sets de soins du champ de la substitution prévue par le projet de texte relatif à l'article 60.