

SOINS INFIRMIERS DE BASE ET SOINS PALLIATIFS

TOILETTE GENERALE DU MALADE

A- TOILETTE DU MALADE

INTRODUCTION

Le soin s'inscrit dans une prise en charge globale de la personne « prendre soinde ».

Une hygiène rigoureuse et adapté, pour ce soin, se traduira par une diminution des infections nosocomiales.

Objectifs

En lien avec la personne soignée :

- Garantir une hygiène corporelle
- Assurer le bien être physique et moral de la personne
- Permettre un moment privilégié de relation et d'observation
- Évaluer et transmettre les éléments significatifs du soin

En lien avec la prévention des infections nosocomiales :

- Appliquer les notions d'hygiène de base et les précautions standards adaptées au risque infectieux et à l'environnement de la personne.

Techniques et méthodes

I - PRINCIPES

- Proposer à la personne les différentes possibilités offertes par son environnement, selon ses habitudes : toilette au lit, au lavabo, douche...
 - en fonction de son état physique, psychologique et des prescriptions médicales
 - en fonction de ses capacités
 - en fonction d'appareillages éventuels
- Individualiser le matériel : effets personnels, matériel à usage unique
- Respecter le principe de haut en bas mais qui peut être modifié en fonction des besoins
- Être attentif à ses demandes : apparence, esthétique...
- Installer la personne de façon confortable et sûre
- Prévoir la réfection du lit
- Prévoir le matériel si autres soins à effectuer au cours de la toilette
- Prévoir le matériel pour une désinfection éventuelle du matelas

II – MATERIEL ET PRODUITS

Ils doivent tenir compte des objectifs, de la prévention du risque infectieux pour le patient et le personnel, des principes définis et être adaptés à la technique du protocole

Le linge

- gants et serviettes de toilette
- vêtements personnels ou pyjama ou chemise
- linge nécessaire pour la réfection du lit

Précautions standards

une paire de gants non stériles à usage unique pour la toilette génito-anale

Tenue de protection complémentaire en cas d'isolement protecteur ou septique

Le nécessaire à la toilette

1 ou 2 cuvettes et/ou lavabo et/ou douche, bain avec eau à la température désirée par la personne et selon son état.

- Bassin ou protection pour le lit
- Haricot, verre à dent et brosse
- Rasoir mousse à raser, miroir (compresses pour ôter les cheveux)
- Brosse à cheveux, peigne
- Ciseaux à ongles
- Tablier pour le soignant

Les produits

- savon personnel et/ou savon liquide (savon doux de toilette)
- dentifrice en solution, solution buccale (type Hextril, Eludril dilués)
- produits de beauté (parfum, crème, lotion...)
- produit pour les soins préventifs d'escarres
- produits pour désinfecter les surfaces et le matelas
- sacs poubelles selon le tri des déchets (sacs noirs ou jaunes)

III – METHODE

La méthode doit répondre aux objectifs et aux principes définis.

Précautions standards : Se désinfecter les mains avant de commencer le soin

- Toilette de la personne autonome
- Lui proposer les équipements mis à sa disposition dans le service ou à domicile
- Toilette de la personne à autonomie partielle

Mettre en place :

- Une installation et une technique adaptées à ses besoins
- Un environnement sécurisé et sécurisant.
- Toilette de la personne dépendante (au lit)

Préparer une cuvette d'eau à la température souhaitée par la personne.

Renouveler l'eau aussi souvent que nécessaire. Si le lavabo ou la douche sont proche, utiliser directement l'eau courante du robinet.

- Effectuer successivement :
 - ✓ la toilette du visage, les membres supérieurs, le thorax, l'abdomen et le dos.
 - ✓ les membres inférieurs, les organes génitaux et le siège.
- Placer une serviette (ou le drap replié) sous la partie du corps que l'on est en train de laver.
- Savonner, rincer et sécher soigneusement par tamponnements.
- Utiliser un 2ème gant de toilette et une 2ème serviette pour les membres inférieurs
- Insister sur les endroits riches en prolifération microbienne : oreilles, coudes, aisselles, pliscutanés (notamment sous les seins), ombilic, pieds
- Les soins des ongles ne doivent pas être traumatisants et les soins des pieds doivent être minutieux, chez les personnes diabétiques en particulier.
- Changer l'eau de la cuvette aussi souvent que nécessaire
- Les soins des cheveux peuvent être effectués au cours de la douche ou avec un dispositif adaptable.

Pour la toilette génito-anale :

Précautions standards

- se protéger les mains par une paire de gants à usage unique non stériles
- réaliser cette toilette en premier si la personne est souillée
- effectuer toujours cette toilette de l'avant vers l'arrière, pour la femme, pour éviter la contamination ano-génitale
- Chez l'homme, penser à recalotter
- Sécher et recouvrir la personne au fur et à mesure des étapes de la toilette.
- Se désinfecter les mains
- Penser à l'esthétique
 - ✓ crème de soin, maquillage, parfum, eau de toilette...
 - ✓ soins des mains, des ongles, des espaces interdigitaux, des pieds.
 - ✓ Coiffure

Rasage...

- Réaliser les soins d'yeux, soins d'oreilles :
- Réaliser l'hygiène bucco-dentaire : présenter le nécessaire à la personne pour le brossage des dents et/ou l'entretien de la prothèse dentaire. Procéder aux soins de bouche si besoin :
 - ✓ Installer correctement la personne
 - ✓ Désinfection des mains du patient si celui-ci est porteur de bactéries multirésistantes
 - ✓ Procéder à l'entretien et au rangement du matériel
- Se désinfecter les mains
- Transmettre le soin

B-TOILETTE ET SOINS DES ORIFICES

OBJECTIF GENERAL

Pratiquer la toilette à une malade hospitalisée dans une salle commune

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- définir la toilette
- citer sans commentaire tout le matériel nécessaire à ce soin
- énumérer en les justifiant au moins quatre buts de la toilette
- - décrire sans se tromper la technique de toilette d'un malade hospitalisé

I- DEFINITION ET BUTS

Définition

La toilette est un ensemble de soins d'hygiène qui apportés aux pores et aux orifices d'une personne, ici le malade lui confère non seulement un certain confort et une sensation de bien-être mais lui évite des infections et les accidents de cubitus comme les escarres.

BUTS : la toilette a plusieurs buts

- Nettoyage de la peau : la toilette permet d'enlever la sueur, certaines bactéries le sébum et les cellules mortes ce qui atténue l'irritation cutanée et réduit le risque d'infection
- Activation de la circulation : l'eau tiède et le massage léger favorise la circulation
- Valorisation de l'image de soi : la toilette favorise la relaxation et donne une sensation de bien être et de la fraîcheur
- Atténuation des odeurs corporelles : la sécrétion excessive de la sueur par les glandes apocrines qui se trouvent sous les aisselles, dans la région pubienne, entraînent des odeurs corporelles pouvant choquer l'entourage.

La toilette et l'utilisation des produits contre la transpiration atténuent ces odeurs.

- Amplitudes des mouvements : les mouvements des membres au cours de la toilette entraînent le bon fonctionnement des articulations.

II- MATERIELS ET TECHNIQUES

2-1 Matériels

Pour la grande toilette

Déposer sur un chariot :

- Serviette de bain
- Gant de toilette

- Cuvette remplie de l'eau tiède
- Savon
- Parfum
- Peigne
- brosse à dents
- dentifrice
- un verre ou deux si le malade n'a pas de prothèse (si le malade porte une prothèse dentaire)
- alcool
- talc
- quelques compresses
- haricots

2-2- Techniques

2-2-1- Préparation

- Prévenir
- Fermer porte et fenêtres
- Prier les visiteurs de sortir
- Placer le malade en cubitus dorsal
- Offrir le bassin ou l'urinal au malade
- Se laver les mains
- Replier drap et couvertures pour dégager le thorax
- Ouvrir la chemise pour dégager le cou
- Retirer l'oreiller, placer une serviette à la base du cou du malade

2-2-2- Toilette proprement dite :

- porter le gang de toilette, plonger le gang dans l'eau tiède, bien essorer
- laver les yeux du client sans savon en utilisant une partie différente du gant pour chaque œil, déplacer le gant du cantus intérieur vers le cantus extérieur. S'il y a des croûtes sur les paupières les humidifier 2 ou 3 mn avant de les enlever
- demander au malade s'il utilise le savon pour le visage
- Savonner rincer et sécher soigneusement le front, la joue, le nez, le cou et les oreilles
- découvrir le bras opposé à l'infirmier
- Placer une serviette en longueur sous le bras
- Savonner rincer et sécher
- talquer les aisselles ou y mettre un déodorisant selon l'usage du client
- découvrir l'autre bras et procéder comme précédemment
- Si le malade peut se laver les mains lui-même tendre la serviette devant lui et approcher la cuvette d'eau sous sa main

- couper et nettoyer les ongles en recueillant les débris sur une compresse imbibée d'alcool
- mettre les débris dans le haricot
- changer d'eau si nécessaire
- rincer sécher talquer sous les seins
- laver la poitrine avec de longs mouvements fermes. Penser à laver sous les seins des femmes. Au besoin de soulever les seins pendant qu'on lave la région sous-jacente.
- découvrir le thorax
- découvrir l'abdomen
- laver l'abdomen en accordant une attention particulière aux plis abdominaux et au nombril
- bien rincer et sécher
- recouvrir l'abdomen
- découvrir la jambe opposée
- laver de la cheville au genou à la cuisse par de longs mouvements fermes
- rincer et sécher
- nettoyer le pied et bien laver entre les orteils
- nettoyer et couper les ongles si besoin est
- bien rincer, sécher et appliquer la lotion
- découvrir l'autre jambe et procéder comme précédemment
- changer l'eau de toilette
- aider le client à se placer en décubitus latéral
- laver, rincer et sécher le dos, le cou et les fesses avec de longs mouvements fermes, s'attarder sur les plis des fesses.

2-2-3- Lavage des dents

- mettre la serviette sous le menton
- Présenter le nécessaire au malade, lui tenir le haricot
- Présenter le 2ème verre remplie d'eau pour la prothèse dentaire
- Si le malade ne le peut pas, enlever sa prothèse en la tenant dans une compresse, la mettre à tremper, la brosser avec du dentifrice et la rincer à l'eau courante

2-2-4- Coiffure

- mettre la serviette autour du cou et sur l'oreiller
- Peigner
- Enlever la serviette en veillant à ce qu'il ne reste pas de cheveux sur le malade
- Nettoyer le peigne
- Refaire le lit
- Réinstaller confortablement le malade
- Le recouvrir
- Se laver les mains
- Ranger le matériel utilisé après l'avoir nettoyé.

III- SOINS DES ORIFICES

3-1- La petite toilette ou toilette intime

3-1-1- Matériels

- Une cuvette
- Savon
- Quelques compresses
- Serviette de bain
- Une alèze en caoutchouc
- Bassin (hygiénique)
- Papier hygiénique
- Gants jetables
- Coton d'ouate

3-1-2 Technique

a) Chez la femme

- Tirer le rideau autour du lit ou fermer portes et fenêtres
- aider la cliente à s'installer
- placer la cuvette remplie d'eau tiède et le PH au chevet de la cliente sur une chaise ou une table
- mettre les compresses ou tampon d'ouate dans la cuvette
- placer l'alèze en caoutchouc sous le siège de la cliente pour protéger le drap
- placer la cliente au dessus du bassin
- aider la cliente à fléchir les genoux à ouvrir les jambes
- couvrir la cliente avec le drap de dessus ou le drap de bain
- se laver les mains et enfiler les gants jetables
- laver la partie située entre les cuisses et les grandes lèvres avec le tampon d'ouate ou de compresse dans un mouvement allant du pubis vers le rectum
- n'utiliser qu'un tampon à chaque mouvement.
- Bien rincer et sécher
- Ecarter les petites lèvres à l'aide des doigts de la main gauche
- Laver les plis cutanés
- Bien rincer et sécher

Certaines fois la cliente placée sur le bassin, l'infirmier rince le périnée en versant un pichet d'eau tiède afin d'éviter toute trace de savon.

Demander ensuite à la cliente de s'installer en dé cubitus latérale les jambes repliées :

- Si la région anale est souillée, la nettoyer d'abord avec du PH
- laver ensuite la région anale en partant du vagin vers l'anus en un seul mouvement
- jeter le tampon
- répéter jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de matière fécale sur la peau

- rincer et assécher la région avec la serviette
- retirer les gants jetables et les jeter dans le haricot
- aider la cliente à s'installer dans une position confortable
- ranger la chambre de la cliente
- se laver les mains.

b) Chez l'homme

- l'installer dans la même position que chez la femme
- saisir le corps de la verge ; si le malade n'est pas circoncis il faut rétracter le prépuce, s'il est en érection remettre le procédé à plus tard
- laver l'extrémité du pénis en commençant par le méat urinaire
- nettoyer le méat par les mouvements circulaires
- jeter le tampon et répéter jusqu' à ce que le pénis soit propre
- rincer et sécher délicatement
- replacer le prépuce dans sa position initiale (naturelle)
- laver délicatement mais fermement le corps de la verge avec des mouvements descendantes
- accorder une attention particulière à la face inférieure
- rincer et sécher le pénis
- nettoyer délicatement le scrotum, soulever doucement et laver les plis sous-jacents
- rincer et sécher.

Pour la toilette de la région anale, procéder de la même manière que chez la femme. Il faut chez la femme comme chez l'homme, noter au dossier toutes les anomalies constatées.

3-2- Nettoyages de l'oreille

But : débarrasser le conduit auditif du cérumen et des débris épidermiques en cas d'otites.

3-2-1- Matériels

- une tige porte coton
- des boules de coton stérile
- une solution antiseptique à utiliser dans l'oreille
- de l'alcool pour désinfecter.

3-2-2 Techniques

1-Préparation de la tige montée

- Se passer les mains à l'alcool
- étendre une mince couche de coton sur l'index
- placer la tige de façon que l'extrémité soit entièrement couverte par le coton
- enrouler en serrant solidement le coton autour de la tige

2-Nettoyage

- installer le malade, en position assise, la tête appuyée ou en position couchée la tête tournée sur le côté
- tenir d'une main le pavillon de l'oreille et le tirer : en arrière et en haut chez l'adulte en arrière et en bas chez l'enfant afin de redresser la courbure du conduit auditif.
- introduire la tige montée, la retirer après quelques mouvements rotatoires
- répéter jusqu'à ce que l'oreille soit propre
- le tampon peut être imbibé d'eau oxygénée au cas où il existe des sécrétions séchées adhérentes aux parois
- instiller une goutte de la solution antiseptique prescrite
- placer un tampon de coton protecteur à l'ouverture du conduit auditif sans faire pression
- se laver les mains soigneusement.

3-3 Nez

Imbiber un morceau de coton d'eau l'essorer et nettoyer soigneusement les narines.

C- PEDILUVE – CAPILUVE

Objectif general : Amener l'élève auxiliaire de 2^{ème} année à pratiquer le capiluve et le pediluve d'un patient hospitalisé.

Objectifs spécifiques

1. Définir le capiluve et pediluve chez un patient
2. Enumerer les indications et contre indications du capiluve et du pediluve chez un patient
3. Decrire la technique du capiluve et du pediluve chez un patient en precisant le materiel necessaire.

I. LE CAPILUVE

1. Définition

Le shampoing, appelé aussi capiluve (capi= cheveux, luve = laver) est un soin d'hygiène qui permet d'assurer la propreté des cheveux et du cuir chevelu. Il permet également de réaliser un soin de confort qui favorise le bien-être psychologique de la personne soignée et permet l'instauration d'une relation entre le patient et le soignant. Le capiluve est un soin d'hygiène qui peut se réaliser au lit ou au fauteuil.

2. Indication

- Sur demande du patient plus ou moins dépendant. Avec l'autorisation de l'infirmier (ère).
- Sur proposition des soignants.
- Pour raison médicales (ex : EEG ou champ pré-op), (chirurgie de tête).

3. Contre-indication

Le soin ne doit pas être préjudiciable à la santé du patient :

- Plaies ou lésions du cuir chevelu,
- Traumatisme crânien,
- Intervention neurologique,
- Dermatoses du cuir chevelu,
- Raideur, minerve, fracture cervicale,
- Fracture de la colonne vertébrale.

NB : ERGONOMIE :

- pour le soigné, attention à l'axe tête tronc (hyperextension),
- pour le soignant : attention à la position du dos (droit).

4. MATERIEL :

Utiliser en priorité le matériel du patient. Le répertorier avant de le préparer.

➤ Sur chariot désinfecté :

- Capiluve,
- 1 ou 2 bocs d'eau,
- Un gant de toilette,
- Une serviette-éponge,
- Alèse en caoutchouc et en tissu pour protection,
- Plateau :
 - Brosse ou peigne,
 - Sèche-cheveux,
 - Miroir,
- 1 rénineforme,
- Pince à clamper,
- Shampoing pour les cheveux,
- Savon liquide avec essuie-mains à usage unique,
- Solution hydroalcoolique,
- Sac poubelle pour le linge,
- Sacs à élimination des déchets,
- Solution détergente-désinfectante et chiffonnette.

5. Technique

Soin qui peut se pratiquer au fauteuil, sur une chaise dos au lavabo et au lit en position assise ou allongée. Quel que soit l'endroit la pratique est la même.

- Convenir d'un horaire avec le patient,

- Fermer portes et fenêtres,
- Se laver les mains,
- Oter les lunettes et appareils auditifs,
- Installer confortablement le malade,
- Préparer les deux alèzes : caoutchouc et tissu,
- Les maintenir à l'aide d'une pince autour du cou
- Remplir les bocs d'eau chaude,
- Faire tester la température d'eau,
- Démêler les cheveux avant de la mouiller,
- Demander au patient de se pencher,
- Mettre le gant sur le front pour éviter de mouiller les yeux,
- Mouiller les cheveux,
- Mettre du shampooing dans une main tout en maintenant la nuque avec l'autre,
- Masser délicatement le cuir chevelu,
- Laver et rincer les cheveux,
- Recommencer si besoin,
- Essorer les cheveux avec la serviette,
- Oter la pince à clamber et faire glisser les alèzes dans le boc,
- Faire redresser le patient,
- Finir d'essuyer les cheveux correctement,
- Sécher les cheveux,
- Respecter la coiffure du patient ; lui donner un miroir,
- Réinstaller le patient tout en vérifiant l'état du dos,
- Demander au patient s'il est content du soin,
- Désinfecter le lavabo,
- Ranger le matériel,
- Se laver les mains,
- Prendre congé du patient.

II. PEDILUVE

1. Définition :

Le bain de pieds, appelé aussi pédiluve, est un soin d'hygiène qui permet d'assurer la propreté des pieds. C'est un soin de confort qui procure détente et bien-être pour la personne soignée. Il permet également l'instauration d'une relation entre le patient et le soignant. Le soin pédiluve peut se réaliser au fauteuil et au lit.

2. Indication :

- Sur demande du patient plus ou moins dépendant (bien-être),
- Sur proposition des soignants (incurie),
- Pour raison médicales (ex : chirurgie ambulatoire)

3. Contre-indication :

- Etat de fatigue du patient
- Pour le patient diabétique :
 - Eviter l'eau chaude,
 - Les serviettes rugueuses
 - Ne pas couper les ongles.
- Patient ayant des plaies aux niveaux des pieds (escarre talonnière),
- Voir les contre-indications liées à la mobilisation.

Ergonomie : pour le soignant : maintenir un dos droit ou plat.

4. Matériel

- Sur chariot désinfecté :
 - Linge :
 - Un gant de toilette,
 - Une serviette de toilette,
 - Alèse en caoutchouc,
 - Alèse en tissu pour protection,
 - Bassine ou Cuvette rempli au 2/3 d'eau tiède (recouvrir les chevilles, vérifier la température avec le coude),
 - Un savon doux liquide,
 - Brosse à ongle,
 - Solution médicamenteuse sur prescription médicale (IDE),
 - 1 ou 2 brocs d'eau tiède pour rincer,
 - Sac à linge,
 - Sur le plateau :
 - Un coupe-ongle,
 - L'alcool,
 - 4 compresses non stériles pour les espaces interdigitaux,
 - De la pommade disposée sur 2 compresses recouvertes destinées à la prévention et à la réhydratation de la peau (pommade utilisée),
 - Éviter de rentrer avec le tube de pommade dans la chambre du patient,
 - Vérifier la date de péremption,
- 1 réniforme,
- Sacs à élimination des déchets assimilés aux ordures ménagères,
- Nécessaire à l'hygiène des mains : Lavage simple des mains / Traitement hygiénique des mains par friction hydroalcoolique,
- Solution détergente-désinfectante et chiffonnette,
- Prévoir des gants à usage unique en cas de mycose.

5. Technique du soin

- Réaliser une hygiène des mains,
- Sur le sol, mettre l'alèse en caoutchouc et superposer l'alèse en tissu,
- Les pieds du patient restent sur l'alèse en caoutchouc,
- Le reste du drap est posé sur l'alèse en caoutchouc entre les jambes du patient afin de pouvoir recevoir le pédiluve,
- Veiller à ne pas marcher sur le drap,
- Poser le pédiluve sur le drap et y verser l'eau,
- Demander au patient si la température de l'eau lui convient,
- Mettre les pieds à tremper, 5 à 10 minutes selon la tolérance du patient,
- Laver la jambe puis le pied avec le gant savonné,
- Prendre un pied et le savonner avec le gant. Bien passer entre les espaces interdigitaux et au niveau du talon (massage escarres).
- Soutenir la jambe du patient au niveau de la cheville, uniquement avec la paume de la main sans serrer,
- Poser le gant sur le rebord du pédiluve,
- Quand pied est savonné, ne pas le remettre dans la bassine,
- Rincer abondamment pour éliminer tout le savon,
- Sécher rigoureusement entre les espaces interdigitaux avec le bord de la serviette de toilette,
- Poser le pied sur l'alèse propre,
- Faire de même avec l'autre pied,
- Evacuer le bain de pieds,
- Couper les ongles si besoin,
- Remettre chaussettes propres & chaussures,
- Retirer le drap et l'alèse, les mettre dans le sac poubelle,
- Réinstaller le patient,
- Réinstaller sonnette, lecture, carafe, verre....
- A proximité du patient, s'il ne veut pas se recoucher,
- Oter l'oreiller si besoin,
- Lui proposer à boire,
- Demander au patient s'il est satisfait du soin,
- Remettre tout en ordre dans la chambre,
- Se laver les mains,
- Eteindre "la présence",
- Prendre congé du patient.

D- LES ESCARRES

OBJECTIF GENERAL

Amener l'élève auxiliaire de 2^{ème} année à acquérir des notions sur les escarres de decubitus

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1) Définir l'escarre
- 2) Citer les facteurs explicatifs de survenue des escarres
- 3) Donner les stades d'évolution des escarres
- 4) Relever les soins préventifs des escarres
- 5) Expliquer le rôle des différents acteurs dans la prévention des escarres.

I- DEFINITION

Une escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique, liée à une compression des tissus mous entre les saillies osseuses internes et le plan dur du support sur lequel repose le sujet.

Localisation

Le plus souvent dans la partie basse de la taille:

- 39% au sacrum
- 36% au talon
- 18% autre
- 7% trochanter

II- FACTEURS EXPLICATIFS

Facteurs de risque locaux

- immobilité
- hyper pression
- cisaillement
- frottement
- macération

Facteurs de risque généraux :

- âge
- état physiologique général
- pathologie neurologique
- pathologies métaboliques et nutritionnelles
- pathologies vasculaire et circulatoire

III- STADES

Selon la classification européenne

Stade I: rougeur persistante sur une peau apparemment intacte, ne blanchissant pas à la pression (à partir de ce stade, il ne faut plus aucune pression sur cette escarre)

Stade II: perte de substance concernant l'épiderme voire une partie du derme, se présentant sous la forme d'une phlyctène (ampoule), une abrasion, ou une ulcération superficielle (niveau cutané abîmé)

Stade III: ulcération jaunâtre fibrineuse

Stade IV: nécrose noire sèche ou humide

Recherche d'une extension et/ou un décollement

Repercussions

Souffrance psychologique

- ☐ plaie inesthétique, malodorante, dépérissement d'une partie du corps
- ☐ dépendance vis-à-vis des soignants

Handicap

- ☐ difficulté à bouger, douleur
- ☐ problèmes sociaux, économiques, professionnels

Lourdeur des soins

- ☐ traitement curatif et des causes

IV- SOINS PREVENTIFS

Ensemble des actions menées et des moyens mis en oeuvre pour éviter la survenue ou d'escarre

- ☐ évaluer les risques
- ☐ identifier les domaines d'intervention prioritaire
- ☐ réaliser les soins
- ☐ évaluer les résultats
- ☐ réévaluer régulièrement les risques

Pour évaluer les risques, il existe des grilles qui permettent d'évaluer les domaines dans lesquels le patient est à risque.

***Hygiène / état cutané**

- ☐ toilette quotidienne
 - ☐ séchage précautionneux
 - ☐ effleurage des zones à risque avec une solution huileuse une fois par équipe et lors des changements de position.
- L'effleurage favorise la microcirculation cutanée et permet l'observation et la palpation superficielle des points d'appui
- ☐ change régulier des couches
 - ☐ toilette du siège après chaque change
 - ☐ état de la literie: propre, sans pli, sans corps étranger

***Elimination**

- mesures d'hygiène
- change de la literie
- si sonde urinaire, la fixer
- si incontinence fécale, protéger la peau de l'acidité des matières fécales

***Mobilisation**

- changements de position associés à l'effleurage
- si possible, la marche
- décharge des zones à risque
- mise en place de supports
- position assise 90° au fauteuil

***Alimentation et hydratation**

- alimentation équilibrée et adaptée: goût, texture, fractionnement, horaire, aide
- apport hydrique: au moins 1.5L/jour
- apport protidique suffisant (diététicienne)
- pesée régulière
- attention maigreur et dénutrition

Education

- le patient est impliqué à tous les niveaux
- il effectue ou participe aux soins dans tous les domaines

Transmissions

- Utiliser les documents existants

 - dossier de soins

- supports de suivi: alimentation et hydratation, de changements de position, de suivi de l'aplaie

 - feuille de liaison inter service

V- ROLES DES DIFFERENTS ACTEURS

5-1- Rôle de l'infirmière

- rôle préventif, curatif et d'éducation
- observe l'état cutané
- évalue les risques
- participe à la prévention
- réalise les soins curatifs
- informe, éduque le patient, le fait participer aux soins
- transmet

domaine du rôle propre de l'infirmière pour ce qui est de la prévention,
de son rôle surprescription pour les soins curatifs

11 réalisation des soins préventifs avec l'aide-soignante

5-2- Rôle de l'aide-soignant

- rôle dans le domaine du confort, de l'hygiène: la prévention
- observe et signale tout changement dans l'état cutané du patient
- participe aux soins d'hygiène, à l'installation du patient, à la mise en place de pansements de décharge
- participe à l'installation des supports et à leur entretien
- participe à l'alimentation à l'hydratation du patient
- utilise les documents: grille d'évaluation des risques, suivi alimentaire, changements de position

5-3- Rôle des partenaires

□ Chacun selon son domaine de compétence: diététicienne, kinésithérapeute, ergothérapeute, pharmacien, services économiques

5-4- Rôle du médecin

- pose le diagnostic
- prescrit les bilans, les supports, les thérapeutiques: antalgiques, antibiotiques, pansements
- participe aux prises de décisions d'équipe

5-5- Rôle du cadre

- motive l'équipe
- désigne le (ou les) relais infirmier (s) et aide-soignant(s)
- organise les moyens: temps et matériel
- participe aux études
- facilite l'accès aux formations, aux réunions

C'est donc une prise en charge de façon pluridisciplinaire.

E-SOINS PREVENTIFS D'ESCARRES

INTRODUCTION

Les soins préventifs d'escarres exigent une approche globale, en équipe pluridisciplinaire.

Le chapitre, qui va suivre, restera centré sur des mesures d'hygiène en lien avec la prévention du risque infectieux.

Il est nécessaire, pour une prévention des escarres de se référer à des guides types "Recommandations pour la prévention des escarres" qui s'appuient sur 5 points essentiels :

- cotation des risques avec mise en place de supports correspondants
- massage, effleurage
- changement de positions adaptées
- évaluation de l'état nutritionnel
- prise en charge de l'incontinence

Objectifs

- Prévenir les altérations cutanées chez une personne présentant un risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.
- Eviter les infections secondaires au niveau des points d'appui

TECHNIQUES ET MÉTHODES

I – PRINCIPES

- évaluer les facteurs de risque de l'état cutané du patient
- assurer une hygiène corporelle soignée et permanente
- maintenir un environnement propre auprès de la personne

II-MATERIEL ET PRODUITS

Se référer aux guides "Recommandations pour la prévention des escarres"

III-METHODE EN LIEN AVEC LA PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

- Mesures d'hygiène préventives
- pratiquer une toilette complète journalière, bien rincer et sécher la peau par tamponnements

- renouveler le soin (toilette et change de literie) dès l'apparition de souillures et de transpiration abondante
- hydrater la peau saine si elle est desséchée
- veiller à ce que la surface sur laquelle repose la personne soit propre, non traumatisante (lit, fauteuil, table d'examen...)
- assurer le nettoyage désinfectant des supports préventifs utilisés

- Technique : massage, effleurage

Pour la technique, se référer aux guides "Recommandations pour la prévention des escarres"

Se désinfecter les mains avant le soin

- effectuer l'effleurement à main nue ou à « l'huile de maïs » en fonction des produits non médicamenteux recommandés
- éviter le port de gants à usage unique non stériles qui favorise l'échauffement (ce port de gants à usage unique non stériles est seulement recommandé en cas de patients porteurs de Bactéries Multi-Résistantes)

Se désinfecter les mains après le soin

- évaluer et transmettre le soin

REFECTION DE LIT DU MALADE

OBJECTIFS

- Apporter au maximum le confort au patient,
- Assurer l'hygiène,
- Privilégier la sécurité.

QUAND ?

- Tous les jours, le matin de préférence au lever du patient,
- Deux fois par jour, le matin et en début d'après-midi,
- Plusieurs fois par jour lorsque le lit est souillé

OBJECTIF GENERAL

Amener l'élève auxiliaire de 2^{ème} année à assurer la réfection du lit non occupé et occupé du client.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin du cours l'apprenant doit être capable de :

- 1) Définir la réfection de lit non occupé et occupé;
- 2) Donner les deux buts de la réfection du lit ;
- 3) Citer au moins cinq principes généraux de réfection de lit,
- 4) Citer le matériel indispensable à la réfection de lit non occupé et occupé,
- 5) Décrire la technique de réfection de lit non occupé et occupé.

GENERALITES

Le lit du malade doit être le plus confortable possible parce qu'il reste longtemps couché. Les différentes méthodes de réfection du lit, les modifications à y apporter selon l'état du client, permettent à l'aide-soignant d'améliorer aussi le bien-être du patient. En effet, les souffrances du malade sont augmentées par des lits mal faits, des couvertures non adaptées, du linge malpropre. La réfection du lit non occupé et occupé est aussi importante que les autres soins ; car il permet de satisfaire les besoins fondamentaux de l'Homme ; notamment, éviter les dangers, être propre et protéger ses téguments, dormir et de se reposer...

I- DEFINITION

La réfection de lit non occupé consiste à mettre un linge propre en vue d'installer un client. La réfection de lit occupé consiste à changer le linge sale du lit du client impotent (qui ne peut pas bouger) par du linge propre.

II-BUT

- Procurer un confort au client hospitalisé ;
- Assurer la sécurité du client (propreté du lit, environnement, éviter les escarres).

III- INDICATION

Tout client hospitalisé en particulier les malades impotents, incontinents.

IV- PRINCIPES GENERAUX DE REFECTION DE LIT

Ils sont communs à toutes les méthodes de réfection de lit. Quelles que soient les méthodes employées pour faire le lit. Il existe des points communs ou règles à respecter :

- Réunir le matériel ;
- Disposer le matériel ;
- Procéder avec ordre ; de dessous au-dessus en évitant tout geste brusque et tout mouvement inutile susceptible de fatiguer le client ;
- Eviter de refroidir le client, fermer portes et fenêtres, couvrir le client ;
- Enlever chaque pièce de la literie en la pliant en accordéon ;
- Repérer le milieu des draps et couvertures avant de les poser sur le lit ;
- Bien tirer sur les draps, alèzes et couvertures, ne pas trop les serrer sur le client ;
- Ne jamais laisser de linge mouillé ou souillé au contact du patient ;
- Profiter de la réfection du lit pour faire si besoin la toilette du patient et la prévention des escarres ou autre soin (pansement) ;
- Demander de l'aide ;
- Faire la CCC ;
- Ranger le matériel,

NB : La réfection de lit s'effectue dans deux sens :

- ✓ Dans le sens de la largeur : de la tête aux pieds du lit ;
- ✓ Dans le sens de la longueur : d'un côté du lit à l'autre.

V- PREPARATION DU SOIN

5-1 Préparation du client (cas de lit occupé)

- Saluer le client ;
- Se présenter au patient ;
- Apprécier l'état général du malade, conscience, l'état du siège souillé ou non ;
- Préparer psychologiquement le patient : l'informer du soin, le mettre en confiance, l'importance du soin, solliciter de l'aide.

5-2 Préparation du matériel

- Réunir le matériel ;
- Préparer le matériel ;
- Rouler les draps, couvertures aux 2/3 dans le sens de la largeur ou de la longueur selon l'état du patient.

5-2-1 Matériel standard ou en commun

- 01-lit simple ou spécial (roulant, articulé, basculant) propre ;
- 01 matelas : simple ou spécial (alternant ou alternating) propre ;
- 01 toile cirée imperméable ;
- 01 alèze propre de même dimension que l'imperméable ;
- 01 drap de dessus ;
- 01 drap de dessous ;
- 01 couverture ou plus (laine, coton) ;
- 01 couvre-lit ;
- 01 traversin ;
- 02 oreillers ;
- 01 chariot ;
- 01 paire de gants si nécessaire ;
- 02 chaises (placées dos-à-dos vers le pied du lit (25 cm) pour y poser les couvertures, les draps, les oreillers, traversin, alèze ;
- 01 corbeille ou sac à linge sale ;
- Savon, serviette.

5-2-2 Matériel spécifique (selon l'état du client)

- Accessoires du lit : cerceau du lit, dossier de lit ;
- Matériel de toilette général de prévention d'escarre, pansement ;
- Matériel d'entretien, savon, alcool.

VI- TECHNIQUE DE REFECTION DE LIT NON OCCUPE (lit inoccupé)

- Se laver les mains ;
- Réunir le matériel ;
- Disposer deux chaises dos-à-dos près du lit afin que les draps ne touchent pas la terre ;
- Placer les couvertures sur les chaises ;
- Mettre le drap de dessous et le traversin ;
- Faire les coins, recouvrir le traversin, border latéralement ;
- Placer la toile imperméable large à la hauteur du siège et sur le drap afin qu'elle puisse être bordée ;
- Mettre l'alèze sur cette toile cirée, bordée un côté puis tendre l'alèze et la toile cirée, border afin d'éviter les faux plis ;
- Disposer le drap de dessus à l'envers, l'étaler sur le lit ;
- Border au pied, faire les coins, rouler le drap jusqu'au traversin sauf s'il s'agit d'un revers brodé ou repassé pour éviter de le froisser ;
- Placer les couvertures une à une, en nombre suffisant selon les saisons ou l'état du client, assez haut ;
- Placer d'abord la couverture en laine sur le drap de dessus puis en coton ;
- Les border au pied du lit et faire les coins ;

- Mettre le couvre-lit, border au pied et faire le coin, ne pas border les côtés ;
- Disposer les oreillers sur le traversin ;
- Rabattre le revers du drap de dessus sur les couvertures, ne pas border latéralement ;
- Mettre le couvre-lit ;
- Remettre tout en ordre dans la chambre du malade ;
- Ranger le matériel ;
- Se laver les mains.

VII- TECHNIQUE DE REFECTION DU LIT OCCUPE

- Fermer portes et fenêtres ;
- Déborder les draps et couvertures de haut en bas ;
- Retirer les oreillers ;
- Enlever la couverture ;
- Plier la couverture ;
- Rabattre le drap de dessus sur le malade ;
- Tourner le malade du côté de l'aide ;
- Rouler les alèzes sales et les draps vers le malade ;
- Nettoyer le malade s'il est souillé ;
- Poser le drap de dessous sur le lit ;
- Border ce drap sur le premier côté du lit ;
- Dérouler le drap sur le lit de façon à ce qu'il divise le lit en deux dans le sens de la largeur ou de la longueur ;
- Poser les alèzes suivant l'ordre d'utilisation sur le lit de façon à ce qu'elles divisent en deux toujours dans le même sens ;
- Border les alèzes sur le premier côté du lit ;
- Dérouler ces alèzes sur le lit de façon à ce qu'il divise le lit en deux ;
- Faire pivoter le malade sur le côté du drap et alèzes propres ;
- Communiquer avec le malade ;
- Enlever les alèzes et draps sales ;
- Déposer l'ensemble dans la corbeille à linge sale ;
- Surveiller les réactions du malade ;
- Tirer vers soi le drap et les alèzes propres de façon à ce qu'il n'y ai plus de plis ;
- Border le second côté du lit ;
- Prendre le drap de dessus ;
- Mettre ce drap au niveau des pieds du malade ;
- Border le drap au niveau des pieds du malade ;
- Recouvrir le malade jusqu'au thorax ;
- Retirer le drap de dessus sale ;
- Couvrir le malade avec la couverture ;
- Border la couverture et faire les coins ;
- Rabattre le revers du drap de dessus et de la couverture ;
- Remettre les oreillers en place ;

- Réinstaller le malade dans une position confortable ;
- Ouvrir portes et fenêtres ;
- CCC du client ou sa famille ;
- Reconstituer l'environnement du patient ;
- Prendre congé du malade ;
- Amener ou faire amener les draps sales à la buanderie si possible ;
- Ranger le matériel ;
- Se laver les mains ;
- Signaler toutes les anomalies constatées chez le malade aux responsables ;
- Noter le soin.

Résumé des étapes de la réfection de lit

- Faire la préparation psychologique du malade si lit occupé
- Réunir le matériel
- Se laver les mains ;
- Préparer le matériel ;
- Disposer le drap de dessous ;
- Disposer les alèzes ;
- Disposer les draps de dessus ;
- Disposer les couvertures si possible le couvre-lit ;
- Remettre la chambre en ordre ;
- Entretenir le matériel : rendre propre, les ranger.

VIII- LES CHANGES

Le matériel du lit du malade doit être changé s'il est souillé, on peut changer :

- de taie d'oreiller ;
- d'alèze ;
- de drap de dessous ;
- de drap de dessus et même le matelas.

Les étapes sont identiques à la réfection de lit et les précautions sont les mêmes.

8-1 Change de l'alèze

Préparer le matériel : rouler l'alèze.

8-1-1 Change de l'alèze en longueur

- Tourner le malade sur le côté ;
- Rouler l'alèze sale contre le dos de la personne soignée en nettoyant l'alèze de protection ;
- Placer l'alèze propre, la border ;
- Retourner la personne malade ;
- Retirer l'alèze sale en la pliant vers l'intérieur ;
- Nettoyer l'alèze de protection avec un désinfectant ;
- Dénouer l'alèze propre ;
- Tendre l'alèze propre ;

- Border ;
- Frictionner le malade, le réinstaller.

8-1-2 Change d'alèse de haut en bas

- Demander au malade de s'asseoir si possible ou l'aider à s'asseoir au milieu du lit ;
- Oter les oreillers ;
- Rouler l'alèse sale sur l'intérieur contre le dos du malade ;
- Placer l'alèse propre ;
- Former un rouleau de l'extrémité inférieure de l'alèse ;
- Poser le ou les oreillers après avoir réajusté le traversin ;
- Demander au malade de faire le pont ;
- Faire asseoir le malade sur l'alèse propre ;
- Oter l'alèse sale en le pliant vers l'intérieur ;
- Frictionner le dos ;
- Dérouler l'alèse propre ;
- Tirer l'alèse propre de chaque côté en même temps et border sans relâcher la personne malade étant allongée ;
- Réinstaller le malade ;
- Faire la CCC.

8-1-3 Change de drap de dessus

- Déborder le lit : ôter, couvre-lit, couvertures ;
- Oter le drap de dessus en le pliant, le déposer dans le chariot ;
- Disposer le drap propre, en assurant un revers suffisant ;
- Border le pied de lit ;
- Remettre couvertures, couvre-lit ;
- Border ;
- Rabattre le revers du drap ;
- Réinstaller le malade ;
- Faire la CCC.

8-1-4 Change du drap de dessous

Mêmes précautions à observer :

- Déborder le lit : ôter couvre-lit, couvertures, oreillers, drap de dessus ;
- Tourner le malade sur le côté, maintenir par l'aide ;
- Enrouler alèse toile, alèse de caoutchouc nettoyé contre le dos du malade ;
- Enrouler le drap sale vers l'intérieur jusqu'au dos du malade ;
- Placer le drap propre, l'enrouler à moitié autour du traversin ;
- Border le pied du lit ;
- Rabattre alèse de caoutchouc puis alèse de toile ;
- Border ;
- Tourner le malade de l'autre côté, le maintenir et procéder de la même façon ;
- Frictionner le malade et le réinstaller ;

- Faire la CCC.

(Voir images d'illustration)

IX- CRITERES DE QUALITE DU SOIN

Sécurité

- Respecter les limites de mobilisation imposées par les pathologies, les traitements
- Porter le linge sale éloigné du corps
- Rouler le linge parti sale à l'intérieur, pièce par pièce
- Déposer le linge sous le sommier, sur les barres du lit
- Eviter qu'il ne touche le sol
- Changer l'alèse 1x/j
- Maintenir la literie propre, sèche et sans pli
- Remonter les éventuelles barrières
- Assurer les moyens d'appel
- Abaisser le niveau du lit à la fin du soin
- Immobiliser le lit

CONFORT

De la soignante

- Organiser le champ de travail libérer l'espace autour du lit
- Travailler à deux
- Positionner le lit à bonne hauteur
- Utiliser les ressources du bénéficiaire de soins, le matériel adapté (élévateur) et les collègues
- Respecter les principes d'ergonomie (créer les conditions idoines pour faciliter le travail de l'Aide-soignant.

Du bénéficiaire de soins

- Isoler des regards et du froid (fenêtre, rideaux, paravents, protection) ;
- Tendre et fixer les draps sans pli ;
- Evacuer les miettes d'aliments ;
- Veiller à l'emplacement du matériel, sonde, tubulure ;
- Positionner le bénéficiaire de soins au mieux (coussins de position, cerceau, oreiller sous la tête, etc.)
- Mobiliser le bénéficiaire de soins en tenant compte de ses ressources, limites, douleurs, peurs, besoin d'information ;

Efficacité

- Bien répartir et fixer les pièces de la literie et les changer selon les besoins
- Remettre en forme les coussins.

Esthétique

- Soigner
 - les angles
 - la répartition des pièces de literie en largeur et longueur
 - L'environnement (table de nuit, table du malade) propre, rangé, sans matériel superflu

Economie

- Prévoir tout le matériel nécessaire (pièces de la literie)
- Changer les pièces de la literie selon les besoins.

CONCLUSION

Il existe toujours une bonne manière de faire les choses qui soient moins nuisibles, moins contraignantes ; pour soi et pour autrui.

Vos connaissances en ergonomie devraient pouvoir vous aider à découvrir ces domaines et à les appliquer dans l'exercice de votre profession.

- Demander à la personne de faire le pont, afin de se relever dans le lit pour s'asseoir sur l'alcôve propre. Frictionner le dos (fig. 5).
- Ôter l'alcôve sale en la pliant vers l'intérieur.
 - Dérouler l'alcôve propre.
 - Tirer l'alcôve propre de chaque côté en même temps et border sans relâcher, la personne soignée étant allongée (fig. 6).

Reinstaller la personne.

Fig. 5.

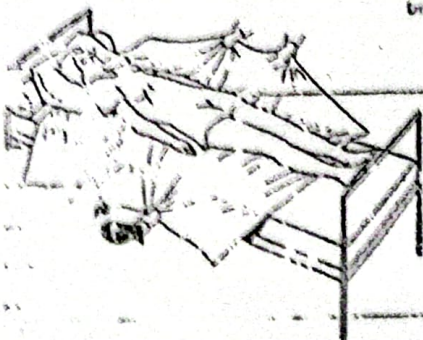
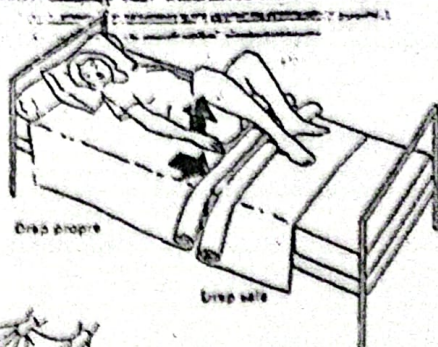


Fig. 6.

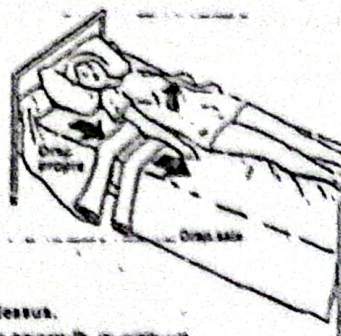
Change du drap de dessous.

- Déborder le lit ; ôter couvre-lit, couvertures, oreillers, drap de dessus.
- S'assurer que la personne soignée est couverte. La tourner sur le côté, maintenue par l'alcôve.
- Enrouler l'alcôve sale, l'alcôve de caoutchouc nettoyée contre le dos de la personne.
- Enrouler le drap sale vers l'intérieur jusqu'au dos de la personne.
- Placer le drap propre, l'enrouler à moitié autour du traversin. Border le pied du lit (fig. 7).

Change du drap de dessus.

- Déborder le lit ; ôter couvre-lit, couvertures.
- S'assurer que la personne est couverte.
- Ôter le drap de dessus en la pliant, le déposer dans chariot à l'extrémité du lit.
- Disposer le drap propre, en s'assurant d'un revers suffisant. Border de lit.
- Remettre couvertures, couvre-lit. Border. Rabattre le revers du drap.
- Reinstaller la personne.

Fig. 8.



CHANGE DE L'ALCÔVE DE HAUT EN BAS.

- Demander à la personne de s'asseoir au milieu du lit.
- Ôter les oreillers. Rouler l'alcôve sale sur l'intérieur, contre le dos de la personne.
- Placer l'alcôve propre, former un rouleau de l'extrémité inférieure de l'alcôve (fig. 4).
- Poser le ou les oreillers, après avoir réajusté le traversin.

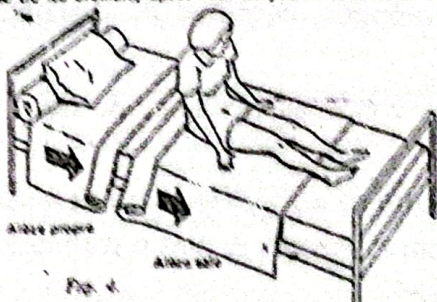


Fig. 4.



Processus pour rouler de l'alcôve au lit.



OBSERVATION ET SURVEILLANCE DES PATIENTS SOUS PERFUSION

Objectif général : Amener l'élève auxiliaire de 2^{ème} année à acquérir des notions sur la perfusion

Objectifs spécifiques :

1. Définir la perfusion intraveineuse périphérique
2. Citer le matériel nécessaire à la perfusion intraveineuse
3. Indiquer le rôle propre de l'auxiliaire devant un patient sous perfusion

1. LA PERFUSION INTRAVEINEUSE PERIPHERIQUE



La perfusion est une technique d'injection prolongée, continue ou discontinue, par voie veineuse.

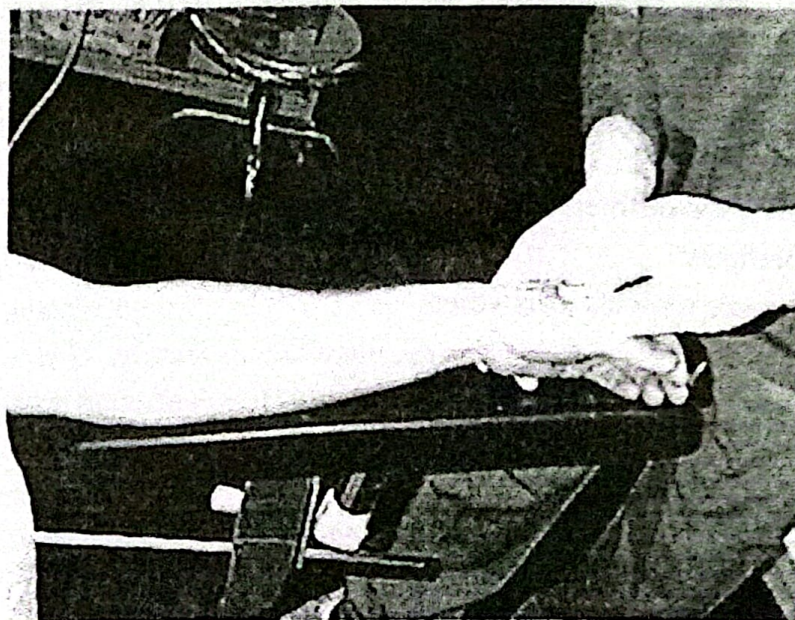
La perfusion est prescrite par le médecin. Sa pose et la surveillance de son fonctionnement relève de la compétence de l'infirmière.

L'auxiliaire au cours des soins d'hygiène et de confort qu'il dispense à la personne peut être amené à observer des anomalies ou des dysfonctionnements et doit informer l'infirmière.

La perfusion est utilisée pour :

- Véhiculer un médicament qui doit agir rapidement, qui doit être diffusé de manière permanente, ou qui ne peut être administré que par la voie sanguine.
- Réhydrater un patient par un apport de soluté et d'électrolytes nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme
- Apporter des solutés nutritifs à des patients qui ne plus s'alimenter suffisamment.
- Apporter du sang (hématies seulement) ou des dérivés du sang (concentré leucoplaquettaire) on parlera alors de transfusion.

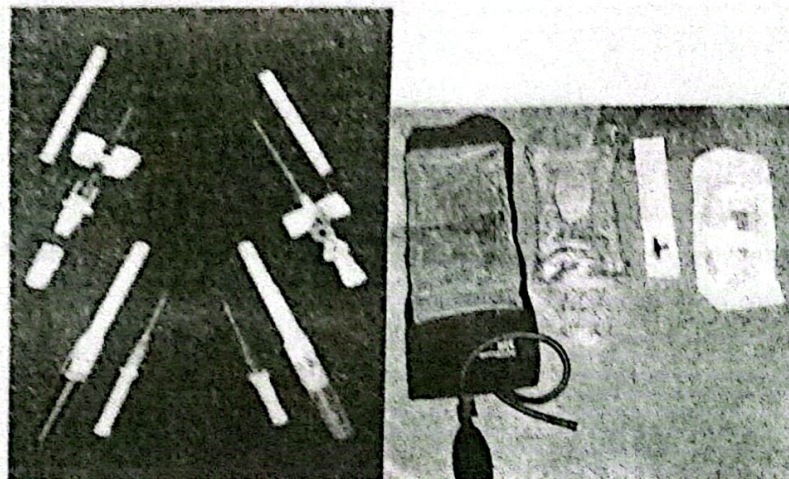
- ☛ La perfusion comporte un certain nombre de risques
 - Les accidents cardiaques : en cas de débit d'écoulement trop rapide en cas de présence d'air dans la tubulure
 - Les accidents infectieux : la pose d'une perfusion par l'infirmière n'est pas un geste anodin, c'est un acte technique « invasif »



- Les accidents allergiques :
- Les accidents sur un capital veineux très altéré : porosité de la veine (diffusion du soluté), rupture du conduit veineux.
- ☛ La perfusion veineuse est placée par l'infirmière, sur les bras du patient, et en respectant un certain nombre de règles ;
 - Le choix du bras du patient : en fonction de la latéralité du patient (un patient droitier sera perfusé sur le bras gauche) pour lui garder un maximum d'autonomie
 - Éviter les plis du coude ; position inconfortable
 - Éviter de poser une perfusion sur le bras paralysé d'un patient hémiparétique.

☛ Matériel utilisé par l'infirmière pour la pose d'une perfusion :

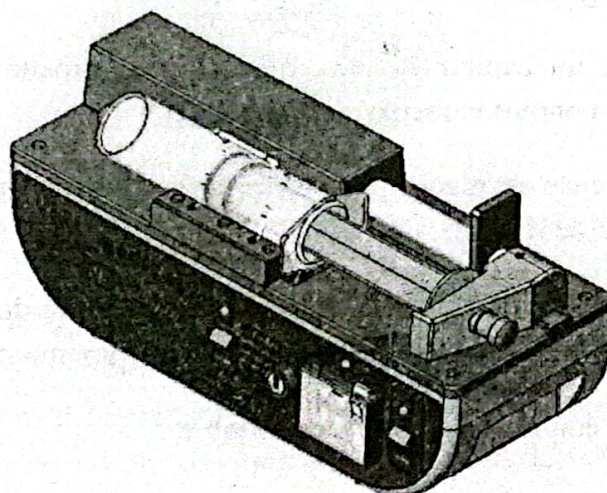
Tout ce matériel est impérativement à usage unique, en conditionnement unitaire, l'étanchéité de l'emballage ainsi que la date de péremption sont vérifiés avant tout geste technique.



- Cathéter court avec différents calibres / aiguilles à biseau court
- Tubulure à perfusion
- Prolongateurs avec robinets trois voies
- Compresses stériles
- Poche de soluté (verre ou plastique souple /rigide)

Matériel décontaminé après usage

- Pieds à sérum
- Garrot
- Gouttière capitonnée
- Pousse seringue /seringue électrique



Conduite à tenir de l'aide-soignant(e) devant un patient perfusé

L'aide-soignant(e) doit observer et alerter l'infirmière devant tout signe anormal il / elle ne doit pas essayer de remédier tout(e) seul(e) à un problème de fonctionnement.

☛ Surveillance du matériel ;

- L'écoulement doit être régulier selon le débit réglé par l'infirmière, celui-ci ne pas être modifié ni arrêté.
- La tubulure ne doit pas être coudée, écrasée et ne doit pas contenir de sang ou d'air
- La chambre compte-goutte doit être remplie à moitié
- Quand le flacon de soluté est presque vide et devant l'alarme d'un pousse seringue ou d'une pompe à perfusion (signalant la fin du soluté) il faut en informer rapidement l'infirmière.

☛ Surveillance locale ;

- Vérifier que le bras du patient est maintenu en bonne position pour permettre le bon fonctionnement de la perfusion.
- Le bras ne doit pas être œdémateux, rouge, douloureux, pas de halo inflammatoire autour du point cathétérisation
- S'assurer que le patient porte des vêtements larges

☛ Surveillance générale du patient ;

Face à un de ces signes d'alarmes informer immédiatement l'infirmière

- Présence de frissons
- de sueurs
- d'une hyperthermie
- de gêne respiratoire type dyspnée
- d'angoisse
- de tachycardie
- de démangeaison
- d'irruption cutanée

☛ Informer et avertir le patient et son entourage des éléments de surveillance et leur demander d'appeler si nécessaire (veiller à positionner la sonnette à portée de main du patient).

☛ Expliquer au patient et à son entourage de ne jamais modifier le débit de la perfusion car les conséquences peuvent être graves.

PRÉPARATION D'UNE TRANSFUSION SANGUINE

Objectif général : Amener l'élève auxiliaire de 2^{ème} année à acquérir des notions sur la perfusion
Objectifs spécifiques :

1. Définir la perfusion intraveineuse périphérique
2. Citer le matériel nécessaire à la perfusion intraveineuse
3. Indiquer le rôle propre de l'auxiliaire devant un patient sous perfusion

A- TRANSFUSION

Objectif

La transfusion de composés sanguins sous forme de plaquettes, de globules rouges, de plasma ou autres produits (y compris l'auto transfusion a pour objectif immédiat de compenser un manque essentiel d'éléments pouvant entraîner un risque vital. Il s'agit dans tous les cas d'un acte thérapeutique.

La transfusion est régie par un ensemble de textes réglementaires et législatifs dont celui des bonnes pratiques transfusionnelles qui permet d'assurer le respect de la distribution nominative effectuée par la banque de sang

Soul le plasma peut bénéficier d'un traitement par solvant détergent pour inactivation virale ou être sécurisé par contrôle du donneur à 3 mois.

Le numéro du don, inclus dans le code barre de la poche, permet d'effectuer une enquête ascendante en cas de séroconversion d'un patient transfusé lors des sérologies post-transfusionnelles à réaliser 3 mois après.

Techniques et méthodes

La transfusion est réalisée sur prescription médicale, l'infirmier(e) est autorisé(e) à pratiquer ce geste sous réserve de la présence d'un médecin joignable à tout moment, après avoir effectué :

- un contrôle de l'identité du patient
- les vérifications pré-transfusionnelles scripturales
- la réalisation et l'interprétation de la carte de contrôle ultime pré-transfusionnel pour les concentrés de globules rouges (homologues et autologues).

La transfusion est une perfusion à réaliser selon des règles strictes d'asepsie.

La transfusion est susceptible de provoquer des incidents immédiats gravissimes : choc allergique, infection immuno-hématologique par erreur de groupe ABO ou présence d'anticorps immunitaires.

Le port des gants en latex est recommandé pour éviter les accidents avec exposition au sang.

I-POSE

Percuter la poche avec la tubulure à filtre/dispositif à transfuser. Dégager l'orifice de la poche. Maintenir la poche sur une surface plane. Effectuer un mouvement de poussée rotative franche (visser).

Lors de la réalisation du contrôle ultime qui a pour but d'éviter un accident du groupe ABO: détacher un morceau de tubulure segmentée par traction puis prélever une goutte de sang provenant de cette tubulure segmentée.

Prélèvement du patient receveur :

- sur voie veineuse si celle-ci est en place, après manipulations aseptiques de la voie, rinçure et purge,
- au bout du doigt avec un système de prélèvement à glycémie capillaire.

Il est important : d'obtenir une réaction lisible, de suivre rigoureusement le mode d'emploi de la carte, d'utiliser des mélangeurs adéquats à usage unique (1 par cercle d'anticorps), de les éliminer au fur et à mesure, d'interpréter et de noter les résultats.

Iso groupe= réaction identique poche-patient par type d'anticorps. Transfusion autorisée si identité et concordance.

En cas de différence ou de doute il est obligatoire d'avoir un avis médical.

Non isogroupe = autorisée sur avis médical du prescripteur.

Incompatible=ne jamais transfuser un antigène présent dans la poche (agglutination) à un patient qui ne l'a pas (pas d'agglutination) par type d'anticorps.

II – ABLATION

Lors du débranchement de la transfusion, évacuer poche et tubulure dans un sac à déchets à risque infectieux. Dans le cadre des précautions standard, l'infirmier(e) doit porter des gants à usage unique non stériles (sauf si patient en isolement protecteur) pour effectuer cette tâche.

Tout incident ou accident survenu au cours d'une transfusion ou en rapport avec cette dernière doit être déclaré à la Banque de Sang.

Effectuer une surveillance rapprochée, rester les 10 ou 15 premières minutes auprès du patient pour dépister les incidents immédiats.

Tous les documents utilisés lors d'une transfusion seront rassemblés dans le dossier transfusionnel.

Si une poche n'a pas été utilisée, retourner la poche à la Banque de Sang:

- pour qu'elle ne séjourne pas dans l'unité (risque d'erreur d'attribution)
- pour qu'elle soit détruite informatiquement et tracée comme telle.

III - COMMUNICATION

Une information claire et simple doit être donnée au patient. Le dossier médical ainsi que le dossier infirmier doivent mentionner le soin avec les détails d'organisation pratique (date-heure-réactions éventuelles)

La prévention des infections nosocomiales. 2^eed. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, 1999, 121pages. (NosoBase n°6075)

B- FICHE TECHNIQUE D'UNE TRANSFUSION SANGUINE

Surveiller si le formulaire est correctement rempli (formulaire rempli par le médecin)	• Nom-prénom • motif de la demande • délai de livraison (avant midi) • Si patient déjà transfusé (quand-où?) • nom du médecin prescripteur+ signature +date
Prélever un échantillon de sang pour les tests de compatibilités	• Surveiller si il s'agit bien du patient concerné (bracelet+ demande du nom et prénom). • Prélèvements par deux infirmiers différents à une heure d'intervalle.(tube mauve étiqueté en son nom).
Acheminer la demande au laboratoire	• +2 étiquettes pour retracer la commande dans un document au laboratoire • S'identifier en tant que responsable+ signature.
La réception de la commande	• Surveiller le produit avant la transfusion (produit et poche). • Conformité • Date de péremption • Concordance entre l'identité du receveur et les infos de la note d'envoi • Concordance entre les éléments de la poche et le patient (groupe Rh, type produit, n° de don, n° de sac, date de péremption, volume). • Retracer les éléments dans le document de rapport de transfusion +coller étiquette du sac de sang dans le dossier. • Noter l'heure de début sur la feuille rose.
Vérification du patient avant la transfusion	• Vérifier strictement l'identité + prévenir de la transfusion. • Vérifier la fiabilité de la voie veineuse. • Prendre paramètres + surveillance de l'état préalable (maux de dos, anxiété, coloration, diurèse + noter paramètres).
Préparation poche	• Concentré G.R. Sortir du frigo au dernier moment, trousse à perf+filtre, remplir jusqu'au-dessus du filtre, faire le vide d'air.24 Gouttes/min en 2H-4Hmax • Plasma frais congelé, bain-marie, trousse à perf, faire le vide • Plaquettes, petite trousse à plaquettes, faire le vide, surveiller date de péremption car moins fréquent. Doit couler en 15 à 20 min.
Placement de la poche	• Présence du Dr. OBLIGATOIRE • Garder une autre perfusion prête à l'emploi si //transfusion • Placement de la perfusion : débit LENT les 5 premières minutes. • Reprendre paramètres de départ à 0'+5'+15': Adapter le débit + surveillance du point de ponction.+60'
Fin de transfusion	• Rincer la voie avant de faire passer une autre perfusion ou mettre un obturateur. • Noter paramètres + état du patient + heure de fin • Compléter le rapport de transfusion • Éliminer le matériel dans les conteneurs adéquats.

ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS SOUS FORME NON INJECTABLE

INTRODUCTION

L'utilisation de tout médicament expose à des risques multiples, liés au médicament lui-même (effets indésirables) ou aux conditions entourant sa préparation et son administration (erreurs, interactions, risque infectieux...).

Aussi, l'objectif de ce cours est de donner des indications sur les mesures à mettre en place pour limiter le risque infectieux lié à la préparation de l'administration des médicaments dans les unités de soins.

L'expression préparation de l'administration des médicaments dans les unités de soins désigne les étapes allant de la prise de connaissance de la prescription à l'administration du médicament au patient.

Le circuit du médicament à l'hôpital fait l'objet de réglementations abondantes, définissant les rôles et responsabilités de chaque acteur; ainsi Médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes peuvent prescrire des médicaments (dans les limites prévues pour les sages-femmes) et les administrer dans le cadre de leur exercice. Dans les unités de soins, la préparation de l'administration et l'administration des médicaments entrent dans le domaine d'activité de la profession d'infirmier.

La reconstitution et l'administration du médicament sont réalisées au vu d'une prescription médicale, ou le cas échéant, d'un protocole* écrit, daté et signé, en cas d'urgence. Cependant les aides-soignants ou auxiliaires de puériculture peuvent, dans la limite de leur compétence et leur formation, et dans le respect des règles en vigueur dans l'établissement, participer à l'administration des médicaments en collaboration avec l'infirmier(ère) et sous sa responsabilité.

Des réglementations complémentaires et spécifiques s'appliquent aux médicaments contenant des substances vénéneuses ainsi qu'aux stupéfiants et aux médicaments dérivés du sang. Ces règles fixent des exigences concernant les supports de prescription et d'enregistrement de l'administration.

I- PRÉPARATIONS ORALES (BUVABLES ET SECHES)

PRINCIPES GÉNÉRAUX

- 1/Je prends connaissance de la prescription médicale non retranscrite
- 2/Je reconstitue sur un plan de travail propre
- 3/Je regroupe l'ensemble des médicaments et matériels
- 4/Je réalise une hygiène des mains
- 5/Je respecte les règles d'hygiène et de sécurité

PRÉPARATION DES FORMES ORALES : A RETENIR

- 1/Assurer la propreté des mains de l'infirmier(ère) et du patient
- 2/Nettoyer le matériel d'administration de préférence en lave-vaisselle
- 3/Déconditionner les formes sèches sans les toucher
- 4/Ne pas effectuer d'autres soins pendant la distribution des médicaments
- 5/Pour les formes à usage multiple :

- Marquer la date d'ouverture sur l'emballage
- Respecter les modalités de conservation
- Privilégier les conditionnements à patient unique

Les conditionnements, formes et dosages adaptés à l'administration de la dose prescrite doivent être privilégiés lorsqu'ils sont commercialisés. Ils doivent être utilisés selon les recommandations des fabricants. Dans le cas contraire, il convient de demander conseil au pharmacien :

- pour connaître le volume de liquide utile pour diluer le produit,
- avant de mélanger plusieurs formes buvables,
- avant d'utiliser un autre liquide que l'eau pour diluer le produit,
- pour s'assurer de la possibilité ou non d'écraser ou de couper un comprimé, d'ouvrir une gélule.

Dans la mesure du possible, les flacons multi doses sont à patient unique. Dans certains cas où plusieurs patients ont un même traitement, un flacon multi dose peut être utilisé pour la préparation des doses de ces patients (exemple de l'Haldol® 2mg/mL, 195mL, en service de psychiatrie).

1.1-Technique de préparation dans les unités de soins

- Nettoyer et désinfecter le plan de travail (plan de travail de la salle de soins, chariot guéri don ou plateau si préparation de la dose au lit du patient),
- Rassembler le matériel nécessaire :
 - ✓ pipette, compte-gouttes, cuillère mesure, cuillère à soupe ou à café,
 - ✓ gobelet, verre, seringue.
 - ✓ si nécessaire : coupe-comprimé, mortier, pilon, paire de ciseaux

Le matériel servant à la préparation et à l'administration des médicaments est propre et sec les ciseaux utilisés pour la préparation des médicaments doivent être réservés à cet usage.

Il est nécessaire de respecter le couple médicament-Instrument de mesure (pipette, cuillère-mesure ou compte-gouttes) ; les graduations de ces dispositifs de dosage étant différentes d'un produit à l'autre

- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique

- Préparer les médicaments :

- ✓ Formes orales sèches : ne pas les déconditionner à l'avance, mais auprès du patient, pour qu'elles restent identifiables au moment de l'administration.
- ✓ Formes sèches pour administration par sonde entérale : après en avoir vérifié la possibilité (voir plus haut), écraser le comprimé ou ouvrir la gélule dans le mortier et ajouter de l'eau potable pour diluer la poudre. Le faire juste avant l'administration afin d'éviter une dégradation du produit actif par la lumière ou l'humidité ou une contamination bactérienne.
- ✓ Formes liquides : préparer les doses de manière extemporanée, au lit du patient ou en salle de soins juste avant l'administration (ou en salle à manger selon l'organisation).

Poudre pour suspension buvable :

- A l'aide d'un verre doseur ou du dispositif prévu à cet effet, prélever la quantité d'eau potable nécessaire. L'introduire dans le flacon.
- Bien agiter.
- Noter la date de reconstitution sur le flacon.
- Identifier la préparation au nom du patient si le flacon est à patient unique

Flacon multi doses :

- Prélever la dose voulue à l'aide du matériel préconisé pour le produit (pipette, cuillère). Verser la dose dans un verre ou un gobelet propre et ajouter de l'eau si nécessaire. Refermer le bouchon du flacon.
- Noter la date d'ouverture du flacon.
- Identifier la préparation ou la réaliser au moment de l'administration, en présence du patient.

Ampoule, sachet :

Casser les embouts de l'ampoule à l'aide d'une compresse.

Verser le contenu de l'ampoule ou du sachet dans un verre ou un gobelet propre. Ajouter de l'eau.

Identifier la préparation (nom du patient, nom de la préparation) ou la réaliser au moment de l'administration, en présence du patient.

- Vérifier que la préparation obtenue ne présente pas un aspect anormal : coloration différente, solution trouble... Si le casse présentait, avertir le service pharmacie.
- Éliminer les déchets (flacon vide, emballage) selon les filières en vigueur dans l'établissement
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique

1.2-Conservation

Les flacons multi doses et les suspensions buvables reconstituées doivent être datés à leur ouverture et conservés conformément aux recommandations du laboratoire (certaines préparations doivent être conservées au réfrigérateur, d'autres à l'abri de la lumière). Il est rappelé que la date de péremption notée sur le flacon par le fabricant est la limite de conservation du flacon fermé non utilisé.

Après ouverture, la durée de conservation est définie par le laboratoire.

Après emploi, le flacon doit être immédiatement refermé.

Le délai entre la préparation et l'administration au patient doit être le plus réduit possible.

1.3 Administration des médicaments

a) Administration par voie orale

Dans un but d'autonomisation et d'éducation thérapeutique, le patient assure lui-même la prise de son traitement, sous la responsabilité de l'infirmière, qui doit s'assurer de la prise effective du médicament. L'administration orale est assurée par l'infirmier(ère) quand elle estime que le patient n'est pas en mesure de prendre seul son traitement (ou, le cas échéant, en cas de doute sur l'observance).

- Utiliser le chariot de médicaments ou le plateau préalablement nettoyé et désinfecté
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une friction hydro-alcoolique avant et en cours de distribution des médicaments, si contact avec un patient.
- Proposer au patient de se laver les mains ou de réaliser une friction avec un produit hydro-alcoolique.
- Évaluer l'état du patient (possibilité ou non de déglutir).
- Administration :

- ✓ **Forme sèche** : Déposer le comprimé ou la gélule dans un gobelet propre, dans le distributeur de médicaments du patient, ou dans sa main en l'expulsant de son emballage, sans le toucher avec les doigts. Donner un verre d'eau au patient (ou un autre liquide s'il n'y a pas d'interaction avec le médicament) et lui expliquer le mode particulier de prise s'il y a lieu : exemple : laisser fondre sous la langue, ne pas mâcher, sucer

- ✓ **Forme liquide** : Agiter éventuellement avant emploi. Donner au patient le médicament préparé à l'aide d'un gobelet ou d'une cuillère
 - Vérifier autant que possible la prise effective du médicament en restant auprès du patient durant l'absorption du produit.
 - Éliminer les déchets selon les filières en vigueur dans l'établissement
 - Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique.

b) Administration par sonde entérale

Pour administrer les médicaments par la sonde, cesser temporairement l'alimentation afin d'éviter les incompatibilités physiques possibles entre le médicament et l'alimentation.

- Principes d'administration par sonde entérale
- Employer les formes liquides dans la mesure du possible. Si la forme liquide n'est pas disponible, s'assurer auprès du pharmacien que le comprimé peut être écrasé ou la gélule vidée.
- Administrer les médicaments séparément afin d'éviter les interactions médicamenteuses et l'obstruction de la sonde.
- Utiliser une seringue à usage entérale à embout conique (seringue de gavage)
- N'utiliser que de l'eau (potable) pour le rinçage des sondes.
- Administration :
 - ✓ Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique avant et après chaque manipulation de la sonde
 - ✓ Mettre des gants non stériles à usage unique s'il y'a un risque de contact avec le liquide gastrique
 - ✓ Surélever la tête du patient, l'installer en position semi-assise.
 - ✓ Vérifier la bonne position de la sonde.
 - ✓ Rincer la sonde d'alimentation avec 5 à 10ml d'eau avant administration du médicament.
 - ✓ Rincer le contour du mortier et aspirer le contenu du mortier ou du récipient ayant servi à la dilution du médicament et injecter doucement le liquide.
 - ✓ Pour l'administration de plusieurs médicaments, rincer avec 5ml d'eau entre chaque médicament.
 - ✓ Rincer la sonde d'alimentation avec 5 à 10ml d'eau potable après administration du médicament pour éviter un risque d'obstruction de la sonde par des particules de médicaments.
 - ✓ Éliminer la seringue après utilisation,
 - ✓ Laisser le patient en position assise ou sur élevée pendant 30 minutes pour éviter un reflux œsophagien.
 - ✓ Inscire la quantité d'eau utilisée pour rincer ou diluer les médicaments dans le dossier de soins.

1.4-Gestion des équipements et accessoires

Le matériel est nettoyé après utilisation (ne pas laisser sécher ou tremper dans un verre d'eau). Le lavage en lave-vaisselle après chaque utilisation est à privilégier pour tout le matériel à usage multiple ayant servi à la préparation et à l'administration des médicaments. A défaut, le laver à l'eau chaude additionnée d'un détergent à usage alimentaire ou de liquide vaisselle, puis rincer à l'eau chaude de façon minutieuse et sécher rapidement à l'aide d'une chiffonnette ou d'un papier absorbant à usage unique.

Les pipettes, les compte-gouttes sont difficiles à nettoyer en raison de leur faible diamètre et leurs composants multiples. Les pipettes sont démontées avant nettoyage.

Le matériel difficile à sécher (intérieur des pipettes) peut être séché à l'air libre à l'abri des contaminations et après évacuation d'un maximum d'eau.

Le nettoyage des piluliers pourra avoir lieu une fois par semaine, entre chaque patient et en cas de besoin. L'entretien des surfaces du chariot de distribution des médicaments est réalisé après chaque utilisation.

Le matériel nettoyé est rangé dans un endroit propre, dans la salle de préparation des médicaments à l'abri de la poussière.

II-AUTRES FORMES

PRINCIPES GÉNÉRAUX (RAPPEL)

- 1/Je prends connaissance de la prescription médicale non retranscrite
- 2/Je reconstitue sur un plan de travail propre
- 3/Je regroupe l'ensemble des médicaments et matériels
- 4/Je réalise une hygiène des mains
- 5/Je respecte les règles d'hygiène et de sécurité

PRÉPARATION DES FORMES AUTRES QU'INJECTABLES, BUVABLES ET AÉROSOLS : A RETENIR

- 1/Assurer la propreté des mains de l'infirmier(ère) et du patient
- 2/Privilégier les présentations en dose unique
- 3/Pour les formes à usage multiple :
 - marquer la date d'ouverture sur l'emballage
 - respecter les modalités de conservation
 - privilégier les conditionnements à patient unique
- 4/Si le traitement est pour suivi au domicile informer le patient des règles d'hygiène à respecter pour l'administration et le stockage

Le patient assure lui-même la prise de son traitement. L'administration du médicament est assurée par l'infirmier(ère) quand elle estime que le patient n'est pas en mesure de prendre seuls son traitement.

II.1-Collyre et gouttes auriculaires

Technique de reconstitution (si nécessaire)

- Nettoyer-désinfecter le plan de travail
- Rassembler le matériel nécessaire : kit de reconstitution fourni dans l'emballage pour certains collyres.

- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique
- Enlever l'opercule du flacon
- Reconstituer la solution selon les modalités préconisées par le fabricant
- Bien agiter et vérifier la parfaite dissolution de la poudre
- Noter sur l'emballage la date de reconstitution
- Éliminer les flacons selon les filières en vigueur dans l'établissement (cf. page 24 étape 12)

Conservation

- Privilégier les présentations en dose unique; les flacons multi doses seront à patient unique.
- Délai de conservation selon les indications de fabricant et/ou les données de la pharmacie.
- Stockage dans l'emballage d'origine dans la chambre du patient ou stockage en salle de soins en prenant soin d'étiqueter le flacon (étiquette patient) et de noter la date d'ouverture ou de reconstitution.

Administration

Collyres :

- Demander au patient de s'allonger sur le dos ou de se mettre au fauteuil tête basculée en arrière
- Oter le pansement oculaire, avec des gants si nécessaire (précautions standard)
- Si écoulement, nettoyer l'œil avec des compresses stériles et du sérum physiologique stérile en une dose en commençant par le tour de l'œil, l'angle interne de la paupière vers l'angle externe (changer la compresse à chaque passage, et à chaque œil)
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique
- Ouvrir le flacon en prenant soin de ne pas contaminer le bouchon
- Demander au patient de regarder vers le haut et en dehors
- Abaisser la paupière inférieure avec la main libre
- Instiller le collyre dans les ac conjonctival ou déposer la pommade sans contact avec l'œil
- Demander au patient de cligner les yeux afin de faciliter la répartition du collyre dans le globe oculaire
- Enlever l'excès de collyre sur la joue avec une compresse stérile, ne pas essuyer l'œil,
- Reboucher soigneusement le flacon si usage multiple

- Poser un pansement oculaire si nécessaire
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique
- Éliminer la dose et les compresses selon les filières en vigueur dans l'établissement (cf. page 24 étape 12)

Gouttes auriculaires :

- Réchauffer le médicament dans les mains (température ambiante)
- Demander au patient de s'allonger du côté opposé de l'oreille à traiter
- Si écoulement, mettre des gants et nettoyer le conduit externe avec compresse
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique
- Redresser le conduit auditif en tirant sur le pavillon de l'oreille vers le haut en arrière chez l'adulte, en bas et en arrière chez le nourrisson et l'enfant
- Appuyer la main tenant le compte-gouttes sur la joue du patient et instiller la quantité prescrite de médicament en faisant couler le produit sur le côté du conduit auditif et non sur le tympan. Éviter le contact du flacon avec le conduit auditif.
- Refermer le flacon.
- Recommander au patient de rester sur le côté durant 5 à 10 min afin de permettre la descente du produit dans le conduit auditif
- Demander au patient de maintenir une compresse sur le conduit afin d'absorber l'excès éventuel de produit
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique.

II.2-Pommade

Technique de préparation: produit prêt à l'emploi

Rassembler le matériel nécessaire à l'administration en fonction du type de pommade et de la localisation: set à pansement/ou compresses ou gants.

Conservation

- Noter la date d'ouverture sur l'emballage ou le tube
- Conserver tout tube ou pot entamé selon les données du fabricant et/ou de la pharmacie
- Stockage dans l'emballage d'origine dans la chambre du patient ou stockage en salle de soins en prenant soin d'étiqueter le tube (étiquette patient)

Administration

- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique
- Ouvrir le tube en prenant soin de déposer le bouchon à l'envers

- Ne pas toucher l'embout du tube
- Eliminer la 1ère pastille de crème à l'aide d'une compresse
- En cas de plaie : utilisation d'un set à pansement :
 - ✓ déposer la quantité de pommade nécessaire dans une cupule du set
 - ✓ monter la compresse sur la pince et prélever la dose de pommade
 - ✓ appliquer la pommade ; si une nouvelle dose est nécessaire, changer de compresse pour prélever à nouveau
- Sur peau saine: application à main nue, à l'aide de compresse, ou main gantée selon le type de pommade, l'état infectieux du patient (port de gants si isolement contact)
- Prendre une compresse pour essuyer l'orifice et le tube si nécessaire
- Refermer immédiatement le tube
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique.

11.3-Collutoire buccal/spray

Technique de préparation: Prêt à l'emploi

Conservation

- Conservation: obligatoirement à patient unique. Selon les indications du fabricant
- Stockage dans l'emballage d'origine dans la chambre du patient ou stockage en salle de soins en prenant soins d'étiqueter le flacon dans les deux cas (étiquette patient).

Administration

- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique
- Mettre en place le pulvérisateur sans toucher l'embout
- Demander au patient d'ouvrir la bouche
- Vérifier l'hygiène buccodentaire du patient
- Administrer la dose prescrite
- Remettre le capuchon et/ou dévisser l'embout et l'essuyer avec une compresse
- Pour les sprays à base de corticoïdes (traitement de l'asthme), demander au patient de se rincer la bouche avec de l'eau (se référer au RCP)
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique

II.4-Gouttes nasales

Technique de préparation (si nécessaire)

- Nettoyer-désinfecter le plan de travail
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique
- Enlever l'opercule du flacon
- Reconstituer la solution selon les modalités préconisées par fabricant
- Bien agiter et vérifier la parfaite dissolution de la poudre
- Noter sur l'emballage la date de reconstitution et le nom du patient (étiquette).
- Éliminer les flacons selon la filière en vigueur dans l'établissement (cf page 20 étape 12)
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique

Conservation

- Conservation: obligatoirement à patient unique. Selon les indications de fabricant et/ou les données de la pharmacie
- Stockage dans l'emballage d'origine dans la chambre du patient, ou stockage en salle de soins en prenant soins d'étiqueter le flacon (étiquette patient).

Administration

- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique
- Se munir de mouchoir jetable (papier essuie-mains)
- Demander au patient de se moucher ou lui nettoyer les narines avec des compresses imprégnées de sérum physiologique stérile, en portant des gants (précautions standard)
- Demander au patient de se placer en décubitus dorsal ou assis
- Instiller les gouttes nasales, tête du patient renversée vers l'arrière ou assis tête droite s'il s'agit d'une pulvérisation nasale
- Presser le flacon et demander au patient d'inhaler en même temps
- Essuyer le nez si nécessaire, demander au patient d'éviter de se moucher juste après l'administration
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique
- Éliminer les déchets selon les filières en vigueur dans l'établissement

II.5-Suppositoires

Technique de préparation: prêt à l'emploi

Rassembler le matériel nécessaire à l'administration: gants à usage unique non stériles, compresses non stériles.

Conservation

Selon les préconisations du fabricant, à l'abri de la chaleur, en général au réfrigérateur réservé au stockage des médicaments

Administration

- Sortir le suppositoire du réfrigérateur juste avant son administration afin d'éviter un ramollissement rendant difficile son administration
- Installer le patient en position latérale, jambes fléchies, genoux ramenés sur la poitrine
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique
- Mettre des gants à usage unique non stériles
- Peler l'emballage sans toucher le suppositoire
- Soulever la fesse du patient pour exposer l'anus
- Prendre le suppositoire dans une compresse
- Demander au patient de respirer profondément pour relâcher l'anus
- Introduire le suppositoire et le pousser de quelques cm
- Conseiller au patient de rester allongé
- Eliminer les gants, la compresse et l'emballage selon les filières en vigueur dans l'établissement
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique

II.6-Administration par voie vaginale

Technique de préparation: prêt à l'emploi

Rassembler le matériel nécessaire à l'administration: gants à usage unique non stériles, compresses non stériles

Conservation

Selon les préconisations du fabricant:

- Ovules: à l'abri de la chaleur, en général au réfrigérateur réservé au stockage des médicaments
- Pommade vaginale : à patiente unique, stockage dans l'emballage d'origine dans la chambre du patient ou stockage en salle de soins en prenant soins d'étiqueter le tube (étiquette patient)

Administration

- Privilégier une administration avant le coucher
- Demander à la patiente d'uriner
- Demander à la patiente de s'allonger à plat sur le dos les genoux repliés les pieds à plat sur le lit
- Réaliser une toilette vulvaire
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique
- Mettre des gants à usage unique non stériles
- Ouvrir l'emballage de l'ovule ou prendre une dose de pommade (cf pommade)
- Si utilisation d'un applicateur pour administrer le médicament : à patient unique
- Ecarter les lèvres avec la main non dominante et introduire doucement l'ovule par son embout arrondi en le poussant le long de la paroi du canal vaginal le plus loin possible
- Essuyer les lèvres et l'orifice vaginal si nécessaire avec une compresse
- Proposer une serviette hygiénique pour éviter à la patiente de se souiller
- Conseiller à la patiente de rester allongée
- Eliminer les gants, compresses, emballage selon les filières en vigueur dans l'établissement
- Se laver les mains (lavage simple) ou réaliser une désinfection par friction hydro-alcoolique.

OUVERTURE DU MATERIEL STERILE

1- GENERALITES

L'organisation du secteur opératoire doit être précisée et consignée dans un document prévu à cet effet, qui précise/

- Les modalités d'établissement du programme opératoire ;
- Les procédures et modalités d'entrée, de déplacement et de sortie des instruments, matériels et linges, ainsi que celles des patients et du personnel.

Plusieurs types de dispositifs médicaux (DM) sont utilisés au bloc opératoire, on distingue :

- les DM à usage unique,
- les DM piquants, coupant, tranchants, à usage unique, éliminés dans les collecteurs prévus à cet effet ; boîte de sécurité (BS),
- ainsi que les instruments chirurgicaux réutilisables, triés et démontés après utilisation et avant prétraitement.

Tous les dispositifs médicaux (DM) à haut risque (entrant en contact avec le système vasculaire ou les cavités stériles) utilisés doivent être stériles (ou à défaut avoir subi une désinfection de haut niveau) et le rester jusqu'à leur utilisation.

L'arsenal

L'arsenal stérile est un local :

- Situé à l'intérieur du bloc opératoire qui est destiné à recevoir les DM stériles à l'exclusion de tout autre type de dispositifs ou de matériel biomédical.
- Il est à l'abri de la lumière directe et du soleil.
- Il est régulièrement entretenu (plan de bio nettoyage et traçabilité)
- Les rayonnages sont de préférence en inox, en excluant le bois et tous les matériaux produisant des particules
- L'arsenal stérile peut accueillir aussi les DM stériles à usage unique dans leur emballage secondaire, le carton de transport ayant été enlevé.
- D'une manière générale : absence de carton ondulé dans ce local.
- Traitement d'air recommandé.

CONTRÔLE / RECEPTION ET RANGEMENT DU MATERIEL

Pour tout matériel emballé venant de l'extérieur :

- Le dé cartonnage et le déconditionnement initial de tout matériel entrant au bloc doit être réalisé ;
- Ne pas stocker de matériel en salle d'intervention ;

- Assurer une rotation des stocks a la réception de l'armoire (du chariot ou des bacs) venant du service de stérilisation, des précautions sont prises lors de la préparation et du transport pour réduire au minimum les risques d'altération.
- Vérification de l'intégrité des emballages : pour les emballages à usage unique (sachets ou feuilles), il est nécessaire de vérifier l'absence de perforations ou de déchirure ; pour les conteneurs, les vérifications portent sur la présence d'un « plomb » assurant qu'il n'y a pas eu d'ouverture intempestive du couvercle pendant le transport ou le stockage et sur l'absence de trace de choc.

PREPARATION DE SOINS ASEPTIQUES NECESSITANT UN CHARIOT

Pour tous les actes de l'auxiliaire de santé, le chariot de soin doit être dans le couloir.

OBJECTIF

Permettre à l'auxiliaire de santé de préparer le matériel nécessaire à la réalisation d'un soin.

DEFINITION DE QUELQUES CONCEPTS

Soin Aseptique : c'est un soin simple, stérile exempt de germes ou de souillure ;

BUTS

Nettoyer et désinfecter une plaie ou un traumatisme en vue de protéger la peau contre les souillures, les frottements externes, aider à la cicatrisation et assurer le confort du patient.

LES PRINCIPES :

Où : Dans tous les lieux en fonction de la structure, l'essentiel c'est de penser au confort du patient.

Quand : Après la toilette, après la réfection du lit, après le ménage et dans une pièce bien aérée. Faire le pansement du plus propre vers le plus sale, en respectant la prescription, en fonction des examens et de la visite du médecin.

Avec qui ? Le pansement peut être fait seul ou avec l'aide (Patient/Soignant).

Technique

- Se laver les mains ;
- Réunir le matériel adapté au pansement.
- Prévoir son espace pour être bien installée.
- Préparer psychologiquement le patient et solliciter sa collaboration,
- Avoir un bon éclairage.
- Mettre un rideau ou un paravent, si chambre à deux lits.
- Respecter la prescription.

Sécurité

- Éviter les fautes d'asepsie.
- Risque d'allergie (Bétadine, sparadrap...).

Efficacité

- Un bon nettoyage de plaie et autour.
- Respect de ce qui est stérile/date de péremption.

- Pas de mélange d'antiseptique.
- Plaie propre, partir de la cicatrice au pourtour.
- Plaie sale, partir du pourtour à la plaie.
- Faire un pansement adapté à la plaie.

Relation

- Expliquer ce que l'on fait au patient.
- Lui dire comment évolue la plaie.

Économie

- De tout le matériel.
- Des mouvements.

Confort

- Installer confortablement le patient (barrière, protection, oreiller...)
- Tenir compte de l'état physique et mental du patient.
- Douleur, faire faire une prescription d'antalgiques si besoin et attendre que ce soit efficace.

Les soins de plaie simple

- se laver simplement les mains.
- vérifier la prescription.
- préparer le chariot et vérifier les dates de produits.
- se laver les mains.

Chariot de soin : C'est un mobilier mobile pourvu d'un plan de travail ayant la capacité de stocker du matériel de soins.

Il existe plusieurs types de chariots, chaque type de chariot a une utilisation et une gestion. L'exemple d'un chariot à deux étages pour pansement simple.

Organisation du chariot :

- l'organisation comme la désinfection du chariot dépend du CLIN (Comité de Lutte contre les infections Nosocomiales) ;
- le chariot est préparé en salle de soins ;
- désinfecter le chariot avant de le préparer pour le soin.

L'étage supérieur

1. Matériel stérile et propre ;
2. Linge (alèze, drap...) ;
3. Désinfectant

L'étage inférieur :

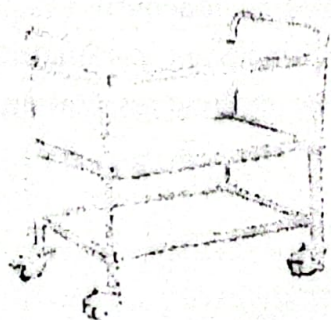
1. Haricot ;
2. Sac poubelle ;
3. Sac de décontamination pour les instruments (en cas de pansement avec l'Infirmière) ;
4. Sac pour récupérer le linge sale.

A la fin du soin :

- Lavage,
- Décontamination de tout le matériel du chariot ;
- Désinfection entière du chariot, le chariot doit être rapidement utilisable ;
- Ne pas laisser du matériel dessus.

NB : les flacons réutilisables sont sources d'infections nosocomiales (de chambre en chambre), préférer le matériel à usage unique.

L'équipe soignante est souvent jugée à la tenue de son chariot de soin.



PARAMETRES VITAUX

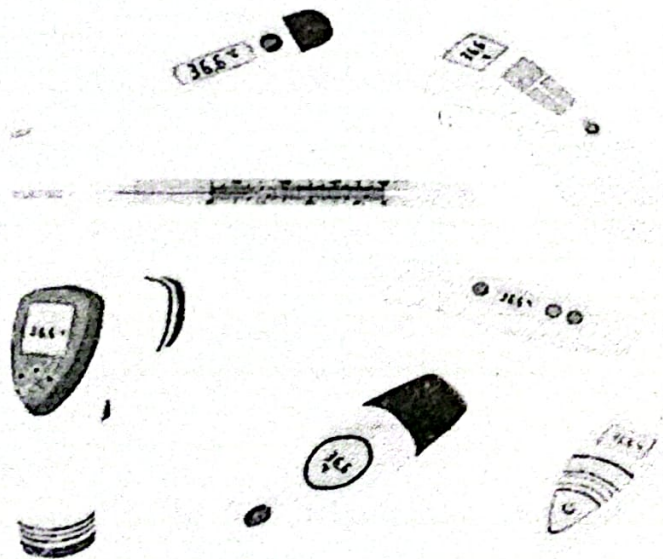
OBJECTIF GENERAL : Amener l'élève auxiliaire de santé à acquérir des notions sur les paramètres vitaux de l'homme enseignés au cours.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Définir chaque paramètre vital de l'homme en précisant son instrument et unité de mesure.
- Enumérer les indications de la mesure de chaque paramètre vital.
- Décrire les variations physiologiques et pathologiques de chaque paramètre vital.
- Décrire la technique de la prise de chaque paramètre en insistant sur le matériel utilisé à cet effet.

INTRODUCTION

Dans le cadre de son rôle propre, l'auxiliaire de santé accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage. Il recueille des observations de toute nature, susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et apprécie les principaux paramètres servant à la surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de diurèse, poids, mensurations.



I. DEFINITION

La température (ou thermie) est le degré de chaleur d'un organisme.

II. GENERALITES

L'homme est homéotherme c'est à dire qu'il a la faculté de maintenir une température corporelle intérieure constante quelle que soit celle du milieu extérieur.

La thermorégulation est l'ensemble des mécanismes physiologiques qui assurent le maintien constant de la température de l'homme.

La température corporelle est maintenue entre 36°1 et 37°8, condition optimale pour les physiologiques.

Particularités du nouveau-né

Chez le nouveau-né le frisson n'existe pas encore et la vasoconstriction cutanée est limitée. Il est donc important de maintenir le nouveau-né dans une ambiance « chaude » pour éviter qu'il ne se refroidisse.

III. OBJECT DE LA MESURE DE LA TEMPERATURE

Mesurer à l'aide d'un instrument la température périphérique pour avoir une appréciation de la température centrale. Cette mesure s'exprime en degrés CELSIUS au moyen d'un instrument de mesure : le thermomètre.

IV. VARIATIONS PHYSIOLOGIQUES

Le rythme circadien (rythme biologique dont la périodicité est d'environ 24 heures), la température varie :

- Minimum le matin : 36°7 à 37° (degré Celsius)
- Maximum le soir : 37° à 37°3

Les états émotionnels augmentent avec le stress, les pleurs, la colère...

L'activité physique ou physiologique : à l'effort, avec l'activité musculaire, le travail intellectuel, la digestion...

Chez la femme, la T° est plus élevée au cours de la 2^{ème} partie du cycle menstruel et lors des 3 premiers mois de la grossesse (sécrétion de progestérone).

V. INDICATIONS

- Connaitre la température corporelle pour avoir des données initiales, faire un constat
- Surveillance état général du patient
- Rechercher un syndrome infectieux
- De participer à une recherche ou la pose d'un diagnostic
- De surveiller et évaluer l'efficacité d'un traitement
- Suivi du cycle menstruel.

VI. QUAND PRENDRE LA TEMPERATURE

- Le matin avant le lever
- Avant le bain chez le nouveau-né
- Le soir
- Lors de toute suspicion d'un état fébrile

VII. TERMES MEDICAUX / CAUSES / SIGNES CLINIQUES

7.1. Homotherme

- Se dit d'un organisme dont la température interne est à peu près constante.

7.2. Apyrique

- Absence totale de fièvre (autour 37°C).

7.3. Fébrile (fébricule) ou Subfébrile

- Élévation peu importante entre 37,5 et 38°C.

7.4. Hyperthermie

- Augmentation de la température au-dessus de la normale ($>38^{\circ}\text{C}$)

7.5. Hypothermie

- Diminution de la température au-dessous de la normale ($<36^{\circ}\text{C}$).

VIII. LOCALISATIONS ANATOMIQUES DE PRISE DE TEMPERATURE

- Orale
- Axillaire : sous le bras
- Inguinale : dans le pli de l'aîne
- Tympanique : mesure infrarouge de la température du tympan frontale
- Rectale

IX. DEROULEMENT DU SOIN

- Dépend du matériel utilisé - 4 techniques

9.1. Thermomètre à dilatation métallique (étain : gallium /indium) : remplace le thermomètre au mercure interdit depuis 1999

- Faire descendre le niveau de gallium
- Voie axillaire et inguinale 5 min de pose, membres serrés sur axe du corps (rajout de 0,5/10ème = 0,5°C)
- Voie rectale 1 min de pose puis lecture
- Nettoyage avec détergent désinfectant, rinçage à l'eau froide, séchage

9.2. Thermomètre électronique à embout buccal ou tympanique (Embouts jetables : usage unique)

- En buccal : pas de mesure à proximité de la prise de liquide chaud ou froid, mesure bouche close, sonde bloquée sous la langue. Dangereux pour l'enfant
- En tympanique : pas de mesure sur oreille d'appui ou si oreille infectée ou lésée. Introduction dans l'axe du conduit auditif

- 10s de pose
- Pour l'enfant de moins de 1 an : tirer l'oreille vers l'arrière
- Pour l'enfant plus grand et l'adulte : vers le haut et vers l'arrière
- Entretien de l'extérieur avec Hexanios® et étalonnage + changement de batteries au biomédical

9.3. Thermomètre frontal et temporal

9.4. Capteur thermique : en réanimation et en néonatalogie

X. OBSERVATION DE LA TEMPERATURE

Mode d'apparition : brusque, après une intervention chirurgicale.

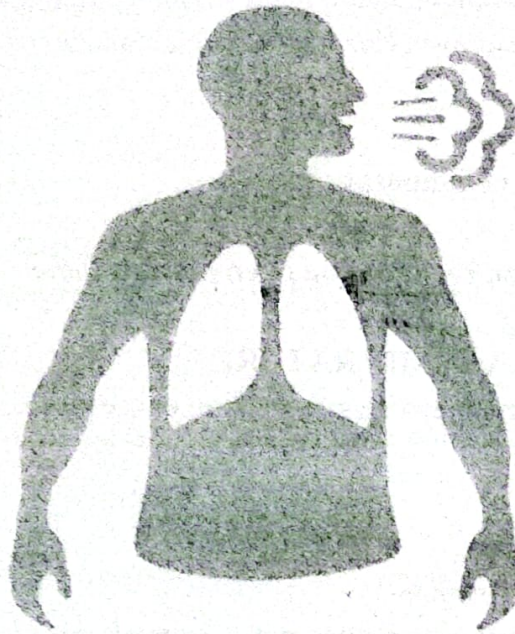
Son horaire dans la journée

Son Intensité

Son Type - aspect de la courbe :

- Intermittente : 2 ou 3 fois/jour
- Rémittente : accès très rapprochés entre lesquels la T° ne redevient pas normale, mais baisse
- En clocher ou hectique : grandes oscillations de T°
- Ondulante : périodes égales d'accès fébriles et de périodes de repos
- En plateau : T° constamment élevée pendant plusieurs jours
- Inversée : plus forte le matin que le soir
- Ascension : T° montante progressivement
- Lysis : retour à la normale sur plusieurs jours.

MESURE DE LA FREQUENCE RESPIRATOIRE



I- DEFINITION

C'est l'observation clinique du patient qui permet de prendre en compte :

- Le rythme ou fréquence respiratoire = mesure du nombre de mouvements respiratoires d'une personne par minute
- L'amplitude respiratoire = la mesure de l'écart entre la capacité maximum et minimum du poumon lors d'une inspiration et d'une expiration

II- GENERALITE

- La respiration est un phénomène biologique automatique et reflexe
- La respiration normale d'un adulte au repos est et non bruyante. Elle comprend 2 temps
- Inspiration
- Expiration
- Elle permet l'échange de gaz (O_2 & gaz carbonique) entre l'organisme et le milieu extérieur.

Les normes de la fréquence respiratoire

- Pour le nouveau-né : environ 40 à 50 mouvements complets/minute (respiration par le nez et non par la bouche, attention à dégager le nez, éternue pour se moucher, ne sait pas se moucher avant 2ans $\frac{1}{2}$ -3ans)
- Pour l'enfant de 1 an : environ 35 mouvements complets/minute
- Pour l'enfant de 3 ans : 20-30 mouvements complets/minute
- Pour l'enfant de 6 ans : 18-25 mouvements complets/minute

- Pour un adulte : la fréquence respiratoire normale est comprise entre 12 et 20 mouvements complets/minute
- Pour la personne âgée : la fréquence respiratoire est plus basse que chez l'adulte.

III- OBJECTIF DE LA MESURE DE LA FREQUENCE RESPIRATOIRE

- Surveiller le rythme, la fréquence et l'amplitude de la respiration de l'enfant ou de l'adulte.

IV. VARIATIONS PHYSIOLOGIQUES

- Âge
- Stress
- Émotion
- Douleur
- Température ambiante
- Activité musculaire récente.

V. INDICATIONS

- Avoir une valeur de référence à l'entrée du patient
- Surveiller l'état clinique d'un patient
- Les patients présentant une détresse respiratoire quelle qu'en soit la cause
- Suivre l'évolution d'une pathologie
- Contrôler l'efficacité d'un traitement
- Les personnes en per- et post-opératoires
- Les patients sous assistance respiratoire ou sous oxygénothérapie...

VI. QUAND MESURER LA FREQUENCE RESPIRATOIRE ?

- Le patient doit être au repos depuis au moins 10 minutes

VII. TERMES MEDICAUX / CAUSE / SIGNES CLINIQUES

7.1. Dyspnée

- Difficultés à respirer qui s'accompagne d'une modification du rythme et de l'amplitude.

7.2. Tachypnée

- Accélération de la fréquence respiratoire

7.3. Apnée

- Pause plus ou moins prolongée des mouvements respiratoires

7.4. Polypnée

- Augmentation de la fréquence avec diminution du volume respiratoire.

7.5. Bradypnée

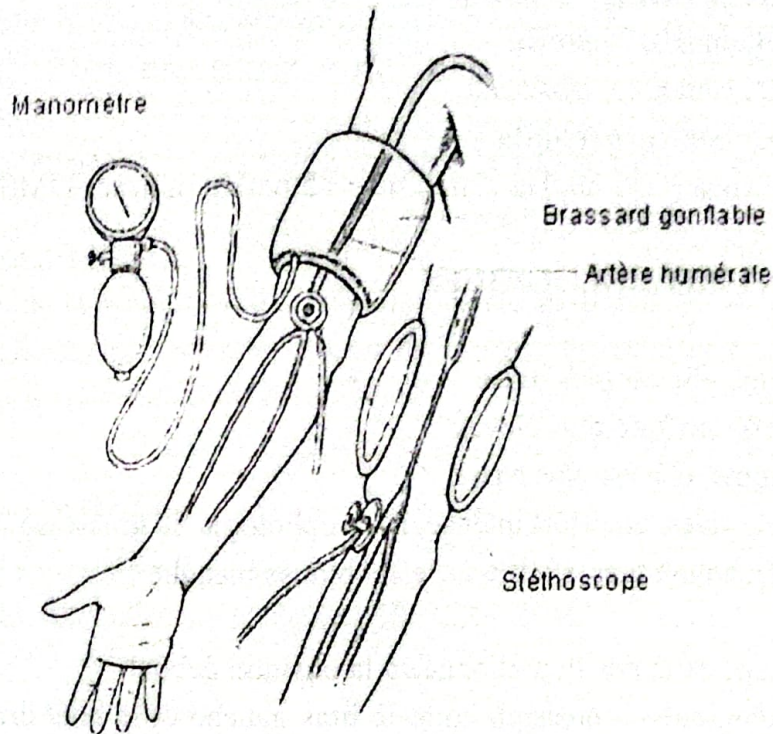
- Ralentissement de la fréquence respiratoire

VIII. DEROULEMENT DU SOIN

IX. OBSERVATION DE LA FREQUENCE RESPIRATOIRE

- F : Fréquence de la respiration
- R : Rythme
- A : Amplitude des mouvements, tirage intercostal et sus-sternal
- S : Symétrie
- C : Coloration des téguments
- M : Mouvement, des muscles du cou, un battement des ailes du nez.

MESURE DE LA PRESSION ARTERIELLE



I- DEFINITION

La pression artérielle est la force ou la pression exercée par le flux sanguin sur les parois des artères.

II. GENERALITES

A chaque contraction cardiaque, le cœur envoie une certaine quantité de sang à une certaine force. La pression artérielle dépend :

- Du débit cardiaque (fonctionnement du cœur)
- Des résistances vasculaires (élasticité de la paroi des artères)

Elle évolue en deux phases :

- La première phase = La systole qui correspond à la contraction du muscle cardiaque et temps d'éjection du sang dans les artères. C'est le premier bruit perçu = la pression systolique ou maxima
- La deuxième = La diastole est le relâchement du cœur au moment de l'afflux sanguin. C'est le dernier bruit perçu = la pression diastolique ou minima

La pression artérielle s'exprime en mm ou en cm de mercure : mm Hg ou cm Hg

Exemple: 13/7cm Hg ou 130/70mm Hg

- La pression systolique et la pression diastolique sont liées par la formule suivante
La pression diastolique = la pression systolique / 2 + 10 mm Hg.

Normes de la pression artérielles Normes artérielles

- Nouveau-né : 75 mmHg/55 mmHg
- 1 à 12 mois : 85 mmHg/55 mmHg
- 1 à 6 ans : 95mmHg/55mmHg
- 7 à 10 ans : 110mmHg/ 60mmHg
- > 11 ans : 120mmHg/ 65mmHg
- Adulte : maxima < 130 mmHg et minima < 85mmHg (normes OMS).

IV. VARIATIONS PHYSIOLOGIQUES

L'âge :

- Chez l'enfant, elle est plus basse
- Chez la personne âgée plus élevée
- Chez la femme, elle est plus basse

Les conditions physiques, un effort intense, la morphologie, la grossesse (volémie)

Les conditions psychologiques, le stress, l'effet blouse blanche

L'heure

La position : passage de la position allongée à la position debout

Différence physiologique de pression entre le bras gauche et le bras droit de l'ordre de 5 mmHg : Gauche > Droit.

V. INDICATION

- Avoir une valeur de référence à l'entrée du patient
- Évaluer l'état clinique du patient
- Surveiller l'efficacité des thérapeutiques et aussi l'apparition d'effets secondaires de certains médicaments
- Permet d'orienter le diagnostic médical
- Suivre l'évolution d'une pathologie
- Indications de la prise de TA
- Détecter des complications post examens

VI. QUAND MESURER LA PRESSION ARTERIELLE ?

- Le matin avant le lever
- Après un temps de repos de 15 minutes
- Lors de toute suspicion d'une HTA ou d'une hypotension

Contre-indication

- Pas de prise de tension artérielle sur un bras :
- Coté d'une chirurgie du sein +/- curage ganglionnaire
- Qui est hémiplégie
- Où il y a une fistule artério-veineuse
- Où il y a une voie veineuse (perfusion)

VII. TERMES MEDICAUX / CAUSES / SIGNES CLINIQUES

7.1. L'hypertension artérielle

Est une élévation de la pression systolique (la maxima) au-dessus de 140 mm Hg et /ou de la pression diastolique (la minima) au-dessus de 95 mm Hg Une seule mesure ne suffit pas à porter le diagnostic (consultations et examens)

7.2. L'hypotension artérielle

Est une de la pression systolique (la maxima) en dessous de 90 mm Hg et la pression diastolique (la minima) inférieure ou égale à 50mmHg

7.3. L'hypotension orthostatique

Est une baisse de la tension artérielle entre la position couchée et la position debout. Elle n'est pas toujours pathologique.

VIII. DEROULEMENT DU SOIN

Préalables

- Hygiène des mains
- Prévenir le patient
- Laisser le patient au repos pendant au moins 10 à 15 minutes
- Repérer les valeurs antérieures
- Tenir compte du contexte (inquiétude...)
- Le bras doit être de toute entrave vestimentaire pour éviter une possible compression en amont du brassard qui modifierait les chiffres=Dénuder le bras du patient
- Adapter la taille du brassard à la morphologie du patient : si la taille du brassard n'est pas adaptée=risques de sous ou sur évaluations, risque de marques sur la peau
- Vérifier que l'aiguille du manomètre soit positionnée sur 0.

8.1. Tensiomètre (brassard et manomètre) + Stéthoscope

Le brassard gonflable est relié à une poire et à un manomètre gradué en mm de Hg qui mesure la pression. La poire de gonflage est munie d'une valve permettant à l'air du brassard de s'évacuer... et un stéthoscope servant à ausculter le pouls artériel.

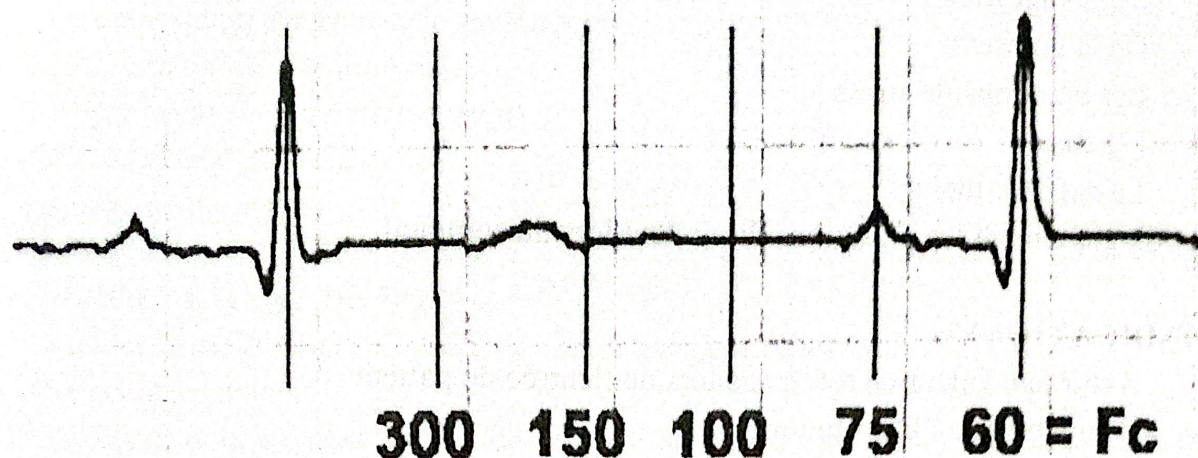
8.2. Appareils à lecture électronique : le dynamap, MAPA, scope...

- Pose du brassard identique,
- Contrôler que l'appareil soit fonctionnel
- Permet une surveillance plus rapprochée
- Les MAPA (monitoring ambulatoire de la pression artérielle) ou Holter tensionnel permettent de prendre plusieurs mesures sur 24h.

IX. OBSERVATION DE LA PRESSION ARTERIELLE

- Recherche de signes cliniques en lien avec une HTA, une hypotension
- Noter tout ce que vous observez lors de la prise de la pression artérielle
- Préciser si elle est prise avant ou après la prise d'un traitement qui modifie la pression artérielle.

MESURE DE LA FREQUENCE CARDIAQUE



I. DEFINITION

C'est la sensation de choc que perçoivent les doigts lorsqu'ils dépriment légèrement une artère superficielle contre un plan osseux = c'est la traduction des battements du cœur dans les artères.

II. GENERALITES

Perception tactile d'une onde vibrante déclenchée par chaque systole ventriculaire. A chaque pulsation correspond un battement cardiaque.

Normes de la fréquence cardiaque

- Fœtus : 140 - 160 pulsations / min
- Nouveau-né : 100 - 150 pulsations / min
- Nourrisson : 100 - 130 pulsations / min
- Vers 1 an : 110 - 120 pulsations / min
- Enfant : 90 - 100 pulsations / min
- Adolescent : 80 - 90 pulsation / min
- Adulte : 60 - 80 pulsations / min
- PA souvent plus basse.

III- OBJECTIF DE LA MESURE DE LA FREQUENCE CARDIAQUE

La mesure de la fréquence cardiaque est le reflet de l'activité cardiaque et circulatoire et permettent d'évaluer la fréquence de contraction du cœur, le rythme cardiaque (régulier, irrégulier) et l'amplitude de l'onde artérielle (la force, l'intensité : pouls frappé, faible, filant, imperceptible)

IV. VARIATIONS PHYSIOLOGIQUES

Physiologiquement les pulsations augmentent quand le débit cardiaque augmente, c'est-à-dire lors :

- D'un effort physique
- De la digestion
- De la grossesse
- Les émotions, le stress
- L'heure
- La caféine, théine

Physiologiquement les pulsations diminuent lors du sommeil.

V. INDICATIONS

- Avoir une valeur de référence lors de l'entrée du patient
- Évaluation de l'état clinique
- Surveillance d'un traitement : efficacité, effet secondaire
- Appréciation de la vascularisation à la recherche d'une maladie des artères
- Appréciation du ralentissement d'une cardiopathie
- Aide au diagnostic
- Détecter des complications post examens, post chirurgie...

VI. TERMES MEDICAUX / CAUSES / SIGNES CLINIQUES

6.1. La tachycardie

Est l'élévation de la fréquence cardiaque au-delà de 100 pulsations / min

6.2. La bradycardie

Est la diminution de la fréquence cardiaque en dessous de 60 pulsations / min

6.3. Arythmie

Rythme irrégulier

Le chiffre ne suffit pas, le pouls doit être régulier (rythme) et bien frappé (intensité).

VII. LOCALISATIONS ANATOMIQUES DE MESURE DE LA FREQUENCE CARDIAQUE

7.1. L'artère radiale (poignet) et humérale :

- Site de palpation le plus fréquent
- Permettent d'évaluer la vascularisation du membre supérieur

7.2. Les autres sites :

- L'artère carotide (trois doigts sur la ligne médiane du cou)
- L'artère temporale
- Artère humérale (bord interne du biceps),
- Directement au cœur avec le stéthoscope
- Artère fémorale (pli inguinal)
- Artère poplitée (derrière le genou)
- Artère tibiale postérieure
- Artère pédieuse...

VIII. DEROULEMENT DU SOIN

- Laisser le patient au repos assis ou couché pendant 10 à 15 min.
- Se laver les mains
- Appuyez délicatement le bras de la personne sur le plan du lit ou l'accoudoir du fauteuil
- Repérer la gouttière radiale à l'aide de la pulpe de l'index et du majeur (stéthoscope si difficultés)
- Déprimer l'artère
- Compter les pulsations à l'aide d'une trotteuse pendant 1 minute entière. (Si le pouls est régulier uniquement et en dehors de tout traitement cardiaque 30 secondes suffisent)
- Évaluer la régularité du pouls et sa force : Régulier, frappé, filant, irrégulier
- Noter le résultat sur la feuille de surveillance
- Prendre toujours le pouls avant la TA

Pour les patients qui présentent un trouble du rythme, ou qui ont un traitement, il est impératif de réaliser manuellement la prise de la fréquence cardiaque.

Consignes, conseils :

- Ne jamais utiliser le pouce
- Ne jamais prendre le pouls
- Si hémiplégie
- Si pathologie vasculaire : angiome
- Si compression (chirurgie du sein)

Autres moyens de détecter le pouls

- Méthode auscultatoire (écoute du cœur par stéthoscope)
- L'électrocardiogramme ou scope permet par l'enregistrement cyclique du cœur de signaler la fréquence cardiaque
- L'oxymétrie à l'aide d'un capteur au bout d'un doigt analyse le sang et synchrone du rythme

- La mesure des pressions internes ou hémodynamique à l'aide d'un cathéter de cap, les cycles cardiaques
- Le doppler utilise une petite sonde permettant ainsi de calculer en temps réel la vitesse de filtration d'une artère superficielle et vérifier sa perméabilité

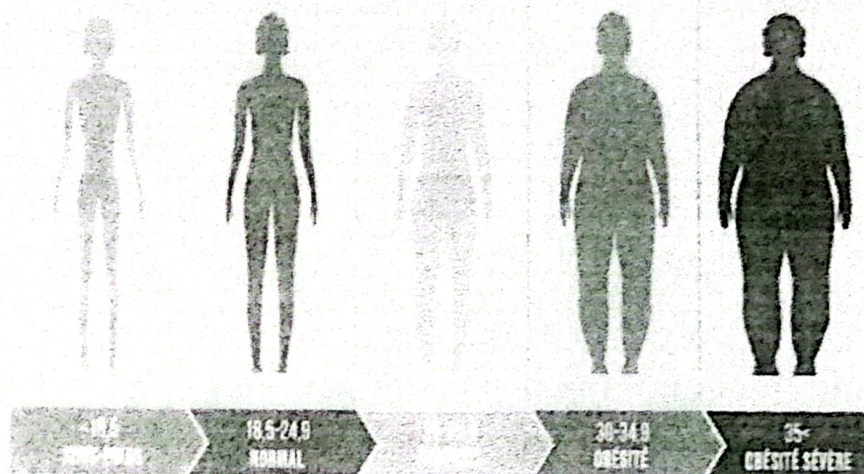
IX. OBSERVATION DE LA FREQUENCE CARDIAQUE

- Rythme : la régularité
- Amplitude : la force
- Fréquence : le nombre
- Ex. : fort et régulier (bien frappé) faible et régulier (frappé faiblement) irrégulier (rythme inégal) filant : (très faible, difficile à sentir).

CALCUL DE L'INDICE DE MASSE CORPORELLE

IMC = INDICE DE MASSE CORPORELLE

CALCUL : POIDS EN KG / TAILLE EN M²



I. DEFINITION

- Poids : mesure de la masse corporelle
- Taille : hauteur du corps humain, debout et droit mesurée du sol au sommet du crâne
- IMC : L'indice de masse corporelle

GENERALITE

Classification en fonction de l'indice de masse corporelle	
Insuffisance pondérale	< 18.5
Éventail normal	18.5 - 24.9
Surpoids	≥ 25.0
Préobésité	25.0 - 29.9
Obésité	≥ 30.0
Obésité, classe I	30.0 - 34.9
Obésité, classe II	35.0 - 39.9
Obésité, classe III	≥ 40.0

III. OBJECTIF DE LA MESURE DU POIDS ET DE LA TAILLE

3.1. Poids

- Paramètre précieux
- Connaitre le poids pour la mise en place de thérapeutiques et de régimes et contrôler leurs effets.
- Bilan à l'entrée
- Surveillance de l'évolution des œdèmes chez l'adulte
- Surveiller chez l'enfant la croissance staturopondérale et l'évolution certaines maladies.

3.2. Taille

- Utilisées en rhumatologie, en cancérologie, en pédiatrie pour suivre le développement staturopondéral de l'enfant
- Se réalise grâce à une toise, l'enfant est en sous-vêtements, la tête le dos et les talons doivent toucher la toise
- Baisser progressivement la tige verticale de mesure jusqu'au sommet de la tête de la personne et noter la mesure

3.3. L'indice de masse corporelle

- L'indice de masse corporelle ou de corpulence, reflet de l'adiposité, est le meilleur critère diagnostique et pronostique de l'obésité
- Permet d'évaluer la corpulence à partir de deux paramètres
- Le poids (kg)
- La taille (cm)

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (m)}}$$

IV. INDICATIONS

- Prévenir les complications liées au surpoids et à l'obésité
- Retentissement sur :
 - les articulations (arthrose des genoux, des hanches)
 - La respiration, surtout la nuit (apnées du sommeil)
 - Le cœur et les artères
 - La peau (irritation et mycose des plis)
 - Le sommeil et l'état de vigilance dans la journée (existe-t-il des épisodes de fatigue, de somnolence diurne ?)
- L'état psychique : baisse des activités, épisodes dépressifs...

Bilan lors certaines anomalies métaboliques comme le diabète, l'augmentation du cholestérol dans le sang et aussi sur le plan cardiovasculaire.

V. DEROULEMENT DU SOIN

5.1. Poids

- Plusieurs techniques possibles : choix par état de la personne.
- La personne est pesée le matin à jeun sans chaussure en sous-vêtements sauf besoin urgent de la mesure
- Respect des règles d'hygiène et du mode l'emploi des appareils

5.2. Taille

- Se réalise grâce à une toise, l'enfant est en sous-vêtements, la tête, le dos et les talons doivent toucher la toise
- Baisser progressivement la tige verticale de mesure jusqu'au sommet de la tête de la personne et noter la mesure.

5.3. La feuille de surveillance

- Elle permet la transcription de l'ensemble des informations concernant les signes vitaux à constitue un élément important du dossier de soins.
- Compte-tenu de la confidentialité des informations transcrites, elle fait partie intégrante du dossier de soins ou est placée dans un classeur consultable dans le poste de soins.

5.4. La feuille de température

- Elle doit être lisible
- Contenir l'essentiel
- Permettre de trouver l'élément recherché du premier coup d'œil
- Etre comprise par tous ceux qui ont besoin des informations.

Chaque unité à son propre code, se conformer aux usages du service

Les indications de la feuille de température

- Nom du centre hospitalier, nom du service ou de l'unité
- Le jour de l'entrée
- Le numéro de la chambre et/ou du lit.
- La date, mois, jour, année de l'hospitalisation
- Nom, prénom, parfois âge du patient (ou étiquette patient)
- Signes vitaux sous forme de chiffres et/ou de courbes selon les habitudes du service :
 - ✓ La TA (représentée en colonne) est notée en bleu ou noir
 - ✓ Les pulsations sont en rouge graduées de 4 en 4
 - ✓ La diurèse en jaune
 - ✓ L'évaluation de la douleur en vert
 - ✓ La fréquence respiratoire et la température graduée en bleu ou en noir.
- Le poids

- La taille
- Le PC pour l'enfant
- Les allergies en rouge
- Le traitement per os, parentéral, en injections (triangles de différentes couleurs, flèches pour arrêt)
- La chirurgie (drains, fils)
- Les examens complémentaires
- Les thérapeutiques par voie orale et/ou parentérale
- Le régime alimentaire
- En chirurgie, le jour de l'intervention matérialisé par une flèche rouge et les jours post-opératoire notés en rouge : J0, J1, J2...

CONCLUSION

- Nécessité de mesures fiables et précises
- Dans le respect de la formation de la personne et de son confort
- Dans le respect des règles d'hygiène
- Transmettre toute anomalie : règle de sécurité.

FEUILLE DE TEMPERATURE

OBJECTIF GENERAL

Être à mesure de comprendre l'importance et l'utilisation de la Feuille de Température.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Définir la Feuille de Température ;
- Décrire les caractéristiques de la Feuille de Température ;
- Retranscrire les constantes sur la Feuille de Température.

I- DEFINITION

Les principales observations d'un malade hospitalisé sont notées sur une feuille spéciale ; la FT°. Sa tenue régulière facilite le diagnostic, permet de suivre l'évolution de la maladie et de faire un pronostic..

II- DESCRIPTION D'UNE COURBE

Sur une FT°, on distingue deux sortes de traits :

- Les traits verticaux ;
- Les traits horizontaux.

II- DESCRIPTION D'UNE COURBE

2.1 Les traits verticaux

Les gros traits verticaux délimitent pour chaque jour une colonne. Les petits traits verticaux divisent chaque colonne en deux. La partie de gauche désigne le matin (M) et celle de droite le soir (S).

2.2 Les traits horizontaux

Les gros traits marquent le point de chaque degré de T°. Les petits traits forment une rangée de 5 carreaux à l'intérieur de deux gros traits. Chaque carreau représente 2% de T°.

III- PRESENTATION DE LA FEUILLE

3.1 En haut de la feuille

Sur la 1^{ère} ligne est notée le Nom, le Prénoms, et le nom du service.

Sur la 2^{ème} et la 3^{ème} le nom, les prénoms, le sexe, l'âge, le domicile et la région d'origine du malade. On marque également le numéro du dossier.

3.2 Dans la partie médiane

Il y a une place réservée pour le traitement le régime et la date d'entrée et autre pour le bilan et les différentes courbes (TA, Urines, Pouls, T°).

3.3 La partie inférieure

Elle est réservée à la surveillance.

IV- DIFFERENTES COURBES DE TEMPERATURE

4.1 Accès de fièvre

C'est une élévation brusque et courte de T°.

4.2 Fièvre intermittente

Une succession d'accès fébriles qui survient tous les 3 jours : fièvre Tierce, tous les 4 jours fièvre quarte.

4.3 Fièvre rémittente

Accès fébrile rapprochés avec la T° ne revenant pas à la normale.

4.4 Fièvre en clocher

C'est une élévation brutale et irrégulière de la T° au cours de l'infection.

4.5 Fièvre continue ou en plateau

C'est une hyperthermie régulière plus ou moins élevée se maintenant pendant plusieurs jours avec peu de différence entre le matin et le soir (Fièvre typhoïde).

4.6 Fièvre inversée

La Température est plus élevée le matin que le soir (Tuberculose).

4.7 Fièvre ondulante ou récurrente

C'est une courbe de T° caractérisée par des périodes d'accès fébriles séparés par des périodes d'apyrexie (T° normale) de durée sensiblement égale (Fièvre de Malte, typhus récurrent).

4.7 Fièvre hectique

Elle désigne les grandes oscillations de T° (T° très haute le M 41,5° et en bas le soir 37°,5).

4.8 T° en Lysis

C'est une défervescence lente et progressive qui s'opère en plusieurs jours (la F. typhoïde) ; c'est l'étape de la convalescence.