



GUIDE PRATIQUE

DES SOINS INFIRMIERS EN ONCOLOGIE



INTRODUCTION

Ce guide pratique des soins infirmiers en oncologie a été élaboré par le corps infirmier de l'Institut National d'Oncologie (INO) en partenariat avec la Fondation Lalla Salma- Prévention et traitement des cancers. C'est un outil qui permet d'apprendre les bonnes pratiques et de standardiser les activités de l'infirmier en particulier en oncologie.

Cette première version du guide porte un regard transversal sur les différentes pratiques communes aux soins en termes de précautions, standards d'hygiène hospitalière et de techniques utilisées régulièrement pour les soins infirmiers. La deuxième qui est en cours d'élaboration sera consacrée aux fiches techniques des pratiques spécialisées en cancérologie par discipline (radiothérapie, oncologie médicale, radiologie, chirurgie...etc).

La méthode adoptée est axée sur la recherche documentaire ainsi que le consensus disciplinaire relatif aux différents thèmes. Elargir cette démarche modélisée aux autres spécialités demeure une ouverture pour les prochaines productions scientifiques.

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION

L'élaboration du guide est articulée essentiellement sur quatre étapes : l'étape de collecte des données en s'inspirant du contenu de cursus de formation de base des infirmiers et techniciens de santé, l'étape de traitement, l'étape de validation et de diffusion et en fin l'étape de suivi et d'évaluation. Ce guide est constitué d'un ensemble des fiches techniques, qui sont des descriptions contenant la signification d'un geste, d'un soin, d'un appareil qui implique la participation de l'infirmier. Elles peuvent concerner une ou plusieurs pathologies ou pratiques et sont élaborées suivant une méthodologie précise, en vue de faciliter la prise en charge des patients.

Entre autres, elles visent à améliorer les pratiques professionnelles des soignants, à évaluer la qualité des soins prodigués et à garantir un cadre protectionniste de la pratique de soin en milieu hospitalier. Elles sont élaborées par les infirmiers impliqués dans leur mise en œuvre.

Par ailleurs, les membres du comité d'élaboration ont construit leurs parties sous l'encadrement et avec l'accompagnement des cadres infirmiers responsables de chaque thème. Plus précisément, chaque groupe de travail a synthétisé la revue de la littérature explorée sur le sujet étudié, suivant un plan relativement standardisé pour l'ensemble des thèmes.

A ce propos, les infirmiers ont bâti essentiellement les fiches techniques sur les éléments suivants, notamment les définitions, les objectifs, les indications, les contre-indications et le déroulement de la pratique. Enfin, une validation technique et scientifique du contenu a été assurée par les enseignants médecins ainsi que plusieurs cadres infirmiers qualifiés.

COMITÉ D'ÉLABORATION

NOM / PRÉNOM	FONCTION	ETABLISSEMENT / SERVICE
Dr Rachid Bekkali	Directeur Général	Fondation Lalla Salma - Prévention et traitement des cancers
Dr Mohammed Jawad Belahcen	Directeur	
Mr Rachid Ismaili	Chef du service des soins infirmiers	
Mme Hind Mimouni	Responsable de l'unité de planification et utilisation du personnel	Institut National d'Oncologie
Mme Fatima Ezzahraa Amagroude	Infirmière en oncologie médicale	
Mme Souad Achbab	Infirmière en chirurgie digestive	
Mme Imane El Haouachim	Chef projets	Fondation Lalla Salma - Prévention et traitement des cancers

COMITÉ DE LECTURE ET DE VALIDATION

NOM / PRÉNOM	FONCTION	ETABLISSEMENT / SERVICE
Dr Rachid Bekkali	Directeur Général	Fondation Lalla Salma – Prévention et
Pr Maria Bennani	Directrice Générale Adjointe	traitement des cancers
Dr Mohammed Jawad Belahcen	Directeur	Institut National d'Oncologie (INO)
Pr Hind Mrabti	Oncologue	Oncologie médicale hospitalisation (INO)
Pr Mohcine Raouf	Chirurgien	Chirurgie digestive (INO)
Pr Amine Souadka	Chirurgien	Chirurgie digestive (INO)
Pr Amine Benkabbou	Chirurgien	Chirurgie digestive (INO)
Pr Anas Majbar	Chirurgien	Chirurgie digestive (INO)
Pr Zakaria Belkhadir	Réanimateur	Réanimation (INO)
Pr Saber Boutayeb	Oncologue	Oncologie médicale hôpital de jour (INO)
Pr Hanane Kacemi	Radiothérapeute	Radiothérapie externe (INO)
Pr Noureddine Benjaafar	Radiothérapeute	Radiothérapie externe (INO)
Pr Rachida Latib	Radiologue	Radiologie (INO)
Pr Hafid Hachi	Chirurgien	Pôle gynéco-mammaire (INO)
Mme Maha Bensalem	Infirmière	Pharmacie (INO)
Mme Loubna Saidi	Infirmière chef	Oncologie médicale hospitalisation (INO)

NOM / PRÉNOM	FONCTION	ETABLISSEMENT / SERVICE
Ar Mohammed Aamoun	Infirmier chef	Chirurgie digestive (INO)
∕lr Hamid Aqnouy	Infirmier chef	Réanimation (INO)
Иr Abderrahmane Jmili	Infirmier chef	Bloc central (INO)
лте Kaoutar El Hardouz	Infirmière chef	Radiothérapie hospitalisation (INO)
/me Kawtar El Mahdaoui	Infirmière chef	Oncologie médicale hospitalisation (INC
/Ime Samira Ennougaoui	Infirmière chef	Unité de gestion du sang (INO)
Иme Ibtissam Kabassi	Infirmière chef	Unité de cardiologie (INO)
Иme Hind Bouita	Infirmière chef	Oncologie médicale hôpital de jour (INC
Иr Mahmoud El Assri	Infirmier chef	Urgences médicales (INO)
Лr Abdesslam Zeddou	Surveillant	Pharmacie (INO)
Иme Hasna Ltarche	Infirmière chef	Stérilisation (INO)
Ите Asmae Elboukhari	Infirmière chef	Hospitalisation PGM (INO)
Иme Bahia Azzouzi	Infirmière chef	Consultation PGM (INO)
⁄lr Faiçal Meddah	Infirmier chef	Consultation externe (INO)
Иr Mustapha Bekkari	Infirmier chef	Oncologie médicale hospitalisation (INC
Лr Mohammed Zelbani	Surveillant	Chirurgie digestive (INO)
⁄lr Fahd Elkhalloufi	Surveillant	Réanimation (INO)
⁄Ir Lahcen Houjr	Surveillant	Bloc central (INO)
⁄Ir Redouane Aslaoui	Surveillant	Radiothérapie hospitalisation (INO)
⁄Ir Hamid Haddar	Surveillant	Oncologie médicale hospitalisation (INC
Лme Ghizlène Talbioui	Responsable de l'unité de supervision et évaluation	Unité de gestion du sang (INO)
Лme Nadia El Orfi	Responsable de l'unité d'hygiène et nutrition	Unité de cardiologie (INO)
Лr Brahim Azzaoui	Responsable de l'unité de supervision et évaluation	Oncologie médicale hôpital de jour (INC

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION	2
COMITÉ D'ÉLABORATION	3
COMITÉ DE LECTURE ET DE VALIDATION	
GENERALITES	9
Histoire du cancer	
Etre malade du cancer	
Etre infirmier en oncologie	13
SOINS INDIRECTS	15
Accueil du patient	16
Dispositif d'annonce	
Consultation infirmière	
Visite infirmière	
Plan de soins	
Diagnostic infirmier	
Démarche de l'éducation thérapeutique	
Dossier de soins infirmiers	
Préparation d'un chariot de soins	
Entretien d'un chariot de soins	
SOINS DIRECTS	29
Pose d'une voie veineuse périphérique	30
Prélèvement sanguin	
Gestion des chambres à cathéter implantables	
Transfusion	40
Hémoculture	43
Pansements	46
Plaies tumorales	48
Soins d'escarres	50
Injections	54
Choc anaphylactique	57
Choc hémorragique	59
Détresse respiratoire	61
Oxygénothérapie	63
Prise en charge de la douleur	65
Massage cardiaque	67
Conduite à tenir devant l'exposition au sang	69
Crise convulsive	70

Chariot d'urgence	72
Colostomie, iléostomie et Jéjunostomie	73
Rôle infirmier dans la ponction d'ascite, pleurale, lombaire, sternale et la Biopsie	
ostéo-médullaire	76
Drainage thoracique	80
Pose d'une sonde gastrique	83
Pose d'une sonde vésicale	85
Soin de la trachéotomie	89
Electrocardiogramme	92
Examen cytobactériologique des urines	
Lavement évacuateur	96
Valeurs physiologiques et biologiques	98
Positions d'un patient	100
HYGIENE HOSPITALIERE	105
Hygiène des mains	106
Tenue vestimentaire	
Gestion des déchets hospitaliers	
SURVEILLANCE DES MEDICAMENTS	111
Administration et surveillance des patients sous antibiotique	112
Surveillance d'un patient sous corticothérapie	
Surveillance d'un patient sous diurétique	
Surveillance d'un patient sous traitement anticoagulant	
CONCLUSION	118
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBOGRAPHIQUES	440
REFERENCES DIDLIOGRAFFIIQUES ET WEDUGRAFFIIQUES	119
ANNEXES	125
Annexe N° 1 : Plan de soins	
Annexe N° 2 : Dossier de l'éducation thérapeutique	127
Anneve Nº 3 : Dossier de soins infirmiers informatisé	120

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:	Types de pansements	46
Tableau 2:	Techniques de traitement selon le stade d'escarres	52
Tableau 3:	Types et techniques d'injection	54
Tableau 4:	Matériel du chariot d'urgence	72
Tableau 5:	Types et techniques de stomies	73
Tableau 6:	Types et techniques de ponctions	76
Tableau 7:	Paramètres physiologiques et biologiques	99
Tableau 8:	Positions du patient	101
Tableau 9:	Hygiène des mains	106
Tableau 10:	Codes couleur recommandés pour la collecte des déchets de soins	108
Tableau 11:	Surveillance d'un patient sous corticothérapie	114
Tableau 12:	Surveillance d'un patient sous diurétique	116
Tableau 13:	Surveillance d'un patient sous anticoagulant	117
Tableau 14:	Plan de soins	126

LISTE DES FIGURES

Figure 1:	Tracé de l'électrocardiogramme	93
Figure 2:	Page d'accueil du dossier de soins infirmiers informatisé	129
Figure 3:	Exemple de pancarte de patient pour le suivi des soins infirmiers	129

GENERALITES

HISTOIRE DU CANCER

Les cancers sont de très vieilles maladies. Quelques types de cancers sont connus depuis les temps préhistoriques. Une maladie de l'os vraisemblablement cancéreuse a été retrouvée dans des os de dinosaures vieux d'environ 80 millions d'années.

Déjà dans les premiers écrits médicaux (des papyrus égyptiens datant de -3500 avant Jésus-Christ, des écrits mésopotamiens, indiens, et persans) plusieurs cas de cette maladie sont exposés.

Mais il fallait attendre le 4ème siècle avant Jésus-Christ pour qu'Hippocrate donne la première définition de ce mal, sous le nom de "carcinome" ou de "squihrre", que le latin traduira en cancer. Il se définit comme une tumeur dure, non inflammatoire, avec tendance à la récidive et à la généralisation, amenant une issue fatale.

Au 1er siècle après Jésus-Christ, Galien (129 ou 131-201 après Jésus-Christ) attribue l'étiologie du cancer à un déséquilibre de la bile noire, qui constitue avec le sang, la bile jaune, et le phlegme, les quatre humeurs du corps humain. C'est grâce à celui-ci que se construit l'idée qui durera pendant les quinze siècles suivants, que le cancer est une maladie générale dont seules les manifestations sont locales. A cette époque, pour supprimer ce mal, un régime alimentaire adéquat, des médicaments ou des saignées semblent plus appropriés qu'une intervention chirurgicale. Et tout au long du moyen âge, les chirurgiens restent divisés et sceptiques au sujet de l'intervention chirurgicale.

Au 16ème siècle, Ambroise Paré (1509-1590) explique les métastases comme des manifestations locales de l'humeur noire.

Ce n'est qu'au 17ème siècle que l'on commence à voir la maladie d'une autre façon. Tulp (1599-1674) donne des descriptions anatomiques très précises de certains cancers, et pour Descartes, suite à la récente découverte du système lymphatique, c'est la lymphe en se coagulant, et non plus la bile noire, qui est responsable de la formation des tumeurs.

Un siècle plus tard, le chirurgien anglais John Hunter (1728-1793) affirme que ce n'est pas une lymphe coagulée et inerte qui est en cause, mais une lymphe active qui "sue" hors des vaisseaux et qui est sécrétée par les tissus enflammés. Les tumeurs deviennent ainsi partie intégrante du corps.

Au 17ème siècle et ce pendant deux siècles, s'installe l'idée qu'il s'agit d'un mal contagieux, suite aux affirmations de Sennert (1572-1637). Ce qui provoque la peur envers les cancéreux, et l'exclusion ou le refus de les accueillir dans de nombreux hôpitaux. D'où l'initiative du chanoine Godinot, qui fonde en 1740, à Reims, un "hôpital des cancéreux" destiné à "recueillir les cancéreux pour soulager leurs misères physiques et morales".

Jusqu'au 18ème siècle prévaut donc l'idée que le cancer est une maladie générale, dont seules les manifestations locales peuvent être, dans certains cas, accessibles à une thérapeutique. Cette thérapeutique (médicale ou chirurgicale) a pour objectif de détruire ou de retirer la tumeur.

Avec le 18ème siècle, se structure peu à peu, scientifiquement, l'idée que le cancer est une maladie locale, grâce à la convergence des recherches, des pratiques et des savoirs différents.

Avec l'emploi du microscope le cancer devient la maladie de la cellule et du noyau cellulaire. C'est ainsi que se développe la notion d'anormalité et de mutation cellulaire. Cette mutation cellulaire serait entraînée par une irritation ou une stimulation locale. Il apparaît également possible que les tumeurs aient leur origine dans une prolifération de cellules embryonnaires qui auraient persisté à l'âge adulte.

Toutes ces recherches, à la fois contradictoires et complémentaires, convergent cependant vers une thérapeutique unique. Puisque le cancer est une maladie locale, seule la chirurgie peut y apporter une réponse efficace. On assiste alors à la succession des innovations chirurgicales.

Grâce à la découverte des rayons X en 1895 et de la radioactivité en 1898, tout bascule brusquement. Biologie, médecine et physique se rencontrent pour étudier le vivant d'une autre façon. Les rayons X ont la capacité de provoquer ainsi que de guérir les cancers. En 1903, l'institut du radium est créé, où se réalisent en un même lieu, pour la première fois dans l'histoire d'une maladie, la concentration et la coordination de spécialités médicales et de thérapeutiques différentes (rayons X, chirurgie, chimiothérapie, etc).

L'image moderne du cancer naît à partir de 1912. Le mécanisme de la formation des cancers commence à être perçu : il correspond à la tendance d'une cellule à se transformer et à se diviser de façon anarchique pour devenir maligne ou dangereuse. Quand le système immunitaire n'est plus capable de détruire ces cellules malades, leur nombre continue de croître pour former une tumeur tout d'abord bien délimitée, mais qui va envahir les tissus voisins pour les détruire progressivement. Aujourd'hui, on commence à entrevoir la possibilité de la maîtrise du cancer grâce à un diagnostic plus précoce ou plus certain et donc, à un traitement plus efficace [1].

ETRE MALADE DU CANCER

Avoir un cancer et recevoir des traitements anti-cancéreux n'est pas seulement un défi pour le corps. C'est aussi une épreuve psychologique et émotionnelle. Pendant des mois, la maladie engendre toute une série de sentiments puissants : peur, colère, tristesse, espoir, désespoir, déception... Elle pose également au patient toute une variété de questions, qui ne l'avaient peut-être jamais effleuré(e), sur la vie en général, la mort, l'amour... Ces émotions, ces questions évoluent au gré de son état de santé et sont tout à fait normales.

Les différentes étapes par lesquelles passe un patient nouvellement diagnostiqué :

- Le délai : période qui sépare la suspicion du cancer chez une personne et la prise de rendez-vous chez un médecin. Cette attente permet de mettre en place des mécanismes de défense et d'adaptation. C'est une période d'acceptation de l'idée que le quotidien va changer.
- Les craintes fondamentales : interviennent le plus souvent à l'annonce du diagnostic car toute la vie du patient s'en trouve perturbée (le côté affectif, familial, sexuel, professionnel et aussi socio-économique).
- L'adaptation à la maladie : faire face à la maladie elle-même, à tous les problèmes qu'elle engendre (perturbations psychosociales, douleurs, asthénie, etc.), s'adapter aux traitements (contraintes, effets désagréables) et développer des relations utiles avec l'équipe de soins ainsi qu'assumer sa vie modifiée par la maladie.

L'adaptation passe par des stades identifiés comme suit (choc, déni, colère, marchandage, dépression) émanant de l'annonce du diagnostic jusqu'à l'inacceptable, la mort.

Il est donc important pour tout infirmier d'identifier ces étapes. Car elles permettront de mieux cerner la phase dans laquelle se trouve le malade pour élaborer une prise en charge infirmière adéquate [2].

ETRE INFIRMIER EN ONCOLOGIE

Etre infirmier n'est pas une simple orientation professionnelle, c'est une vocation, une passion et un engagement.

Etre infirmier ne veut pas dire simplement et uniquement maitriser des savoirs faire et des pratiques de soins, mais veut dire essentiellement dispenser aux patients des soins holistiques et prendre en compte toutes les dimensions de sa vie « physiques, psychologiques, émotionnelles et sociales ».

L'infirmier « porte un visage doux et empathique. Il sait donner un sens à l'espoir et à la guérison. Il aide les patients et leur famille à franchir ce dur cap de l'hospitalisation ou de la maladie, tout ceci par des actes et des paroles réconfortantes. Il effectue aussi des gestes techniques mais son travail est principalement axé sur le soutien moral » témoignage d'une infirmière.

L'infirmer est également la personne qui se caractérise par sa proximité et sa permanence auprès des patients, en d'autres termes l'infirmier est le plus proche du patient parce qu'il est tout le temps à ses côtés. Virginia Henderson disait que « Dans la plupart des pays, l'on peut dire que l'infirmier est le seul à offrir un service de 24 heures par jour à ceux qui en ont besoin. Pour cette seule raison, elle est la mieux placée pour aider le malade à conserver le désir de vivre, à s'adapter aux inconvénients de son état ou à mourir avec dignité quand la mort est inévitable ».

L'infirmier spécialisé en oncologie a pour objectif d'améliorer ou de rétablir la santé des patients souffrant de maladies cancéreuses. Il accompagne les patients et leurs familles aux différentes étapes de la maladie (phases préventive, curative et palliative). Dans ce cadre, l'infirmier constitue un soutien essentiel et aide le patient à assumer sa maladie, à se rétablir ou, à défaut, l'accompagne face à la mort dans les meilleures conditions possibles.

L'infirmier en oncologie a également un rôle relationnel très important. Il est la personne-ressource qui informe le patient et sa famille sur les soins prodigués, les examens programmés, les traitements mis en place et leurs effets secondaires. Il est le garant du respect des décisions du patient en ce qui concerne sa propre santé [3].

Afin de mieux exercer ses missions, l'infirmier en oncologie ne doit pas :

- X Travailler avec sa propre tenue personnelle;
- X Crier dans le couloir du service;
- X Dramatiser la situation médicale du patient pour éviter son stress psychologique;
- X Parler des choses personnelles devant le patient ;
- X Divulguer le secret professionnel;
- X Travailler devant les accompagnants;
- X Effectuer un soin d'un patient devant d'autres patients afin de respecter sa pudeur et son intimité ;
- X Entrer dans la chambre du patient sans frapper à la porte ;
- X Faire preuve de négligence dans les soins et traitements prodigués aux patients ;
- X Quitter le service sans faire passer la relève clinique aux autres collègues.

SOINS INDIRECTS

ACCUEIL DU PATIENT

DÉFINITION

L'accueil est le premier soin que l'infirmier doit assurer auprès de toute personne accédant à un établissement de santé. C'est un moment important qui doit permettre à la personne soignée et à ses proches d'être écoutés, informés et ainsi de se sentir en confiance.

OBJECTIE

Appliquer les étapes de l'accueil du patient.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Formalités

- Se présenter en donnant son nom ;
- Accueillir le patient par une formule de politesse ;
- Vérifier l'identité du patient (Nom/prénom dans les deux langues arabe et française, sexe, photo, (IPP) Identifiant Permanent du Patient);
- Récupérer les documents administratifs complets, nécessaires aux formalités administratives ;
- Récupérer, le cas échéant, les documents médicaux (lettre du/des médecin(s), ordonnances, résultats d'examens biologiques et radiologiques).

Accompagnement

- Accompagner le patient vers sa chambre en lui donnant le numéro de celle-ci, l'informer sur le règlement intérieur du service (horaire de visite, droits et obligations) et éventuellement le présenter à l'équipe soignante ;
- Aider le patient à s'installer;
- Rassurer le patient et sa famille en fonction de leur état d'anxiété.

Recueil des données et informations

- Recueillir les informations concernant la personne soignée et son environnement, dans le respect de ses droits et des règles professionnelles en utilisant un langage clair et adapté ;
- Favoriser l'expression de la personne soignée par une écoute attentive ;
- Informer le patient sur le déroulement chronologique de son séjour, l'existence des soins de supports (psychologue, diététicienne, assistante sociale, socio-esthéticienne, kinésithérapeute) et les prestations hôtelières ;
- Compléter les informations manquantes au niveau du dossier patient et remplir le dossier infirmier [4,5].

IMPORTANT: L'étape de vérification de l'identité du patient fait partie du protocole de l'identito- vigilance et doit se faire à chaque fois que le patient se présente aux différents services de l'hôpital.

DISPOSITIF D'ANNONCE

DÉFINITION

Le dispositif d'annonce est un processus qui permet au patient de bénéficier des meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien. Ceci, en lui assurant un temps médical d'annonce et de proposition de traitement, un temps soignant d'accompagnement et de repérage de ses besoins ainsi qu'un accès à des soins de support.

OBJECTIF

Connaître le processus du dispositif d'annonce.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Les cinq temps du dispositif d'annonce

Le temps d'annonce de la suspicion d'un cancer : est le moment au cours duquel le potentiel diagnostic de cancer est évoqué pour la première fois au patient.

Le temps d'annonce de la confirmation du diagnostic : Cette étape fait suite aux examens complémentaires ayant permis l'obtention d'un diagnostic de certitude. Au cours de cette consultation, le médecin confirme le diagnostic de cancer et aborde, lorsque cela est pertinent ou possible, les types de traitement et options thérapeutiques pouvant être envisagés à ce stade et les éléments du pronostic.

Le temps dédié à la proposition thérapeutique : Cette consultation présente la proposition de la stratégie thérapeutique définie lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Le projet thérapeutique est présenté et expliqué au patient et le médecin peut lors de cette consultation identifier certains besoins en soins de support du patient.

Le temps d'accompagnement du personnel infirmier : Il offre au patient ou à ses proches la possibilité de s'entretenir avec un infirmier, celui-ci écoute le patient afin d'appréhender son niveau d'information, ses préoccupations. Il reformule ce qui a été dit pendant la consultation médicale, informe sur le déroulement des soins, et surtout évalue les besoins du patient en soins de support. Il peut ainsi orienter le patient vers des structures et professionnels compétents, au sein de l'établissement de santé (assistant social, psychologue, etc...).

La consultation de synthèse: Afin de garantir la continuité et la qualité des soins, il est indispensable que le médecin traitant dispose d'un accès à l'ensemble des informations relatives au diagnostic et à la proposition thérapeutique du patient. Il reste un interlocuteur privilégié du patient et doit être associé au parcours de soins. Lors de cette consultation, le médecin traitant reformule, commente, complète et répond aux interrogations éventuelles du patient et/ou de ses proches, dans la continuité de ce qui a été dit dans l'établissement où le patient est traité [6].

CONSULTATION INFIRMIÈRE

DÉFINITION

La consultation infirmière est une prestation de soins formelle, individuelle, ambulatoire ou hospitalière. Elle se déroule en interaction avec le patient et/ou son entourage, prescrite ou non par un médecin.

OBJECTIF

Connaître le processus de la consultation infirmière.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Généralement, on distingue des moments importants de la consultation infirmière : L'annonce, l'après annonce, l'après consultation médicale, au cours du traitement et au cours du suivi.

Pendant l'annonce, après annonce et après consultation médicale

- Accueillir les patients et leurs accompagnants et répondre à leurs attentes ;
- Aider le patient et son entourage à accepter, intégrer et dépasser la crise existentielle impliquée par la maladie ;
- Reformuler ce qui a été dit pendant la ou les consultations médicales, compléter, voire réexpliquer les informations reçues ;
- Présenter l'organisation de la prise en charge, voire visiter le service ;
- Repérer les besoins psychologiques et sociaux ;
- Identifier les situations personnelles à risque pour anticiper les difficultés ;
- Aborder la question du ou des proches qui seront amenés à accompagner le patient tout au long des soins, voire les aider à mieux se situer dans cet accompagnement à venir ;
- Répondre aux questionnements et aux inquiétudes sur les thérapeutiques, les cycles, les effets indésirables et leurs moyens de prévention et de traitement, les différents dispositifs et leur fonctionnement (diffuseurs portables, dispositifs veineux centraux...;
- Éduquer le patient sur son régime alimentaire et les règles d'hygiène ;
- Consigner exhaustivement dans le recueil des données infirmières l'ensemble des manifestations, des symptômes ou des effets secondaires à un traitement ;
- Pérenniser un soutien au travers de la relation d'aide :
- Assurer une référence et un lien individualisé entre l'équipe médicale, la personne et son entourage.

Traitement et suivi : Décision ou changement d'un protocole thérapeutique avant et après une chimiothérapie/ radiothérapie ou chirurgie...)

- S'assurer de l'adhésion du patient au projet thérapeutique ;
- Assurer la cohérence et la complémentarité avec la consultation médicale et les autres consultations infirmières ;
- Préparer le patient et aider à préserver son autonomie ;
- Evaluer les connaissances du patient afin de mieux réajuster et/ou expliquer les informations déjà reçues ;

- Mettre en place des actions préventives et éducatives ;
- Créer un climat de confiance entre le patient et l'équipe soignante.

Coordination avec les autres acteurs de la prise en charge

- Orienter le patient vers la consultation de la douleur, soins palliatifs et autres services en cas de problème (douleur...);
- Orienter le patient vers le psychologue et l'assistante sociale si nécessaire ;
- Orienter le patient vers la diététicienne ou le kinésithérapeute si nécessaire ;
- Orienter le patient vers la socio-esthéticienne ;
- Voir le médecin en cas de besoin [7].

VISITE INFIRMIÈRE

DÉFINITION

La visite infirmière est une méthode de transmission basée sur l'échange et la communication avec le patient. Elle permet aux infirmiers d'être plus proches de lui et de l'impliquer dans son processus de soins.

OBJECTIF

Maîtriser le processus de la visite infirmière.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Avant la visite

- Respecter la tenue du travail;
- Faire un lavage simple des mains dès l'entrée au service ;
- Effectuer la relève clinique : Prendre les transmissions et les consignes de l'équipe soignante précédente ;
- Démarrer la visite.

Pendant la visite

- Se présenter au patient ;
- Ecouter le patient et lui donner des explications complémentaires ;
- Vérifier l'état du patient : la literie, la perfusion, les pansements, les drains...etc ;
- Poser des questions directes au patient concernant ses besoins fondamentaux ;
- Recueillir les besoins et les soins à prodiguer aux malades ;
- Désinfecter les mains avec une solution hydro-alcoolique.

Après la visite

- Prioriser les patients selon leurs besoins ;
- Etablir le plan de soin;
- Préparer le chariot et le matériel nécessaire pour débuter l'activité infirmière [8].

PLAN DE SOINS

DÉFINITION

Le plan de soin est un outil destiné aux infirmiers qui contribue à planifier les soins prodigués aux patients. Il inclut l'ensemble des actions à réaliser dans une situation précise, les objectifs à atteindre et les résultats attendus.

OBJECTIF

Appréhender les différentes étapes du plan de soin.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Etape n° 1 (Recueil d'information)

permet d'identifier les zones dans lesquelles la personne soignée présente un besoin de soin infirmier selon une grille (annexe 1).

Etape n° 2 (Analyse des informations)

permet de poser un diagnostic infirmier qui inclut l'argumentation des facteurs favorisant et les symptômes présentés par la personne.

Etape n° 3 (Planification des soins)

permet de proposer les résultats attendus face aux problèmes et d'établir les objectifs globaux de la prise en soins selon un calendrier.

Etape n° 4 (Réalisation des soins)

l'objectif des interventions est de conduire la personne vers la guérison ou un mieux-être.

Etape n° 5 (Évaluation)

l'objectif est d'évaluer l'atteinte des objectifs préétablis. Les nouvelles données recueillies au moment de l'échéance sont analysées et permettent de déterminer si le plan de soin doit être maintenu, arrêté ou modifié. Si le plan est basé sur la résolution d'un problème que la personne a résolu, le plan est arrêté. Si la personne n'a pas résolu le problème, ou si le plan de soins a été établi dans le contexte d'une affection chronique ou face à un problème récurrent, il est maintenu et donne une nouvelle échéance [9, 10, 11,12].

DIAGNOSTIC INFIRMIER

DÉFINITION

C'est l'énoncé du jugement clinique infirmier sur les réactions d'une personne ou d'un groupe de personnes à des problèmes de santé ou d'adaptation réelle ou potentielle.

OBJECTIF

Connaître le processus du diagnostic infirmier.

CARACTÉRISTIQUES DU DIAGNOSTIC INFIRMIER

Un diagnostic infirmier n'est correct que dans la mesure où les données recueillies sont fiables, précises et suffisamment complètes. Il s'énonce en 3 parties :

- Problème ;
- Cause:
- Signes.

Pour poser un problème, il faut un minimum de 3 signes qui correspondent à/aux :

- Données objectives et subjectives ;
- Manifestations de dépendance ;
- L'existence d'une perturbation dans la satisfaction des besoins de la personne soignée.

Causes

- Correspond à la source de difficulté ;
- Peut-être en lien avec un manque de connaissance, de volonté, de force physique et/ou psychologique, d'origine sociale ou culturelle ;
- L'infirmier en collaboration avec les autres professionnels de santé, va agir sur la cause pour enrayer le problème ;
- On ne met pas une cause médicale.

Signes

- Sont identifiés par l'infirmier de préférence en équipe avec la collaboration d'autres professionnels de santé lors de l'analyse des données ;
- Indiquent ce qui doit être changé chez la personne soignée ;
- Déterminent l'objectif pour évaluer l'action.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Recueil des données

- Fiches administratives, dossier médical...:
- Informations notées dans les transmissions de l'équipe soignante et les diagrammes de soins ;
- Ce que verbalise le patient, sa famille, son entourage ;
- Ce qui est observé auprès du patient (données objectives) ;
- Ce qui est entendu lors des relèves inter équipes.

Analyse des données

- Analyser la situation (ou raisonnement clinique) à l'aide du tableau des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson et d'une mise à jour régulière ;
- Détermination du ou des problèmes de santé ;
- Identifier les problèmes et/ou diagnostics infirmiers (jugement clinique infirmier).

Elaboration d'un plan d'action / projet de soins

- Etablir un plan de soin (objectif et actions à mettre en œuvre) pour mobiliser les ressources du soigné ou de son entourage ;
- Appliquer les soins relevant des dimensions curatives, éducatives, préventives, de maintenance et de réhabilitation ;
- Collaborer avec les différents acteurs de soins ;
- Evaluation et réajustement ;
- Vérifier si les faits antérieurs constatés ont disparu, sont toujours présents ou se sont aggravés ;
- Dans tous les cas, il s'agit de s'interroger sur la nécessité de maintenir, interrompre ou modifier ce plan de soin [13,14].

DÉMARCHE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

DÉFINITION

L'éducation thérapeutique est définie comme un processus continu, intégré dans les soins médicaux et centré sur le patient. Elle implique des activités organisées de sensibilisation, d'informations, d'apprentissage du traitement et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit et les soins.

OBJECTIF

Connaître les différentes étapes de la démarche éducative pour les maladies chroniques, le cancer en l'occurrence.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

La démarche éducative se fait en quatre étapes (annexe 2) :

Élaborer un diagnostic éducatif

Le diagnostic est indispensable à la connaissance du patient, à l'identification de ses besoins et attentes et à la formulation des compétences à acquérir ou à mobiliser.

Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient

Il s'agit de formuler avec le patient les compétences à acquérir ou à mobiliser au regard de son projet.

Planifier et mettre en œuvre les séances (collectives et/ou individuelles) d'éducation thérapeutique du patient

L'objectif est de proposer, selon les besoins et préférences du patient, une planification des séances d'éducation thérapeutique du patient. Cette phase passe par une sélection des contenus des séances, des méthodes et des techniques d'apprentissage.

Réaliser une évaluation individuelle

Elle permet de faire le point avec le patient sur ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire, comment il vit au quotidien avec sa maladie, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir afin de lui proposer une nouvelle offre d'éducation thérapeutique qui tienne compte des résultats de cette évaluation et de l'évolution de la maladie [15,16,17,18].

DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS

DÉFINITION

Le dossier de soins infirmiers informatisé (DSII) est une partie intégrante du système d'information de l'hôpital et constitue une version digitale du dossier de soins infirmiers. Il est unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il comporte le projet de soins qui devra être établi avec la personne soignée. Il contient, par ailleurs, des informations spécifiques à la pratique infirmière (annexe 3).

OBJECTIF

Appréhender les bonnes pratiques d'utilisation technique du dossier de soins infirmiers.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

A l'entrée du patient

- Accueillir le patient et vérifier son identité ;
- Renseigner l'admission du patient (motif d'admission, affectation de la chambre et du lit ou fauteuil ...);
- Procéder à la consultation infirmière et le remplissage du dossier (DSII).

Pendant l'admission en hospitalisation ou en hôpital du jour

- Procéder à la traçabilité de tout acte réalisé ;
- Renseigner les complications rencontrées ;
- Prescrire des soins infirmiers propres dépendamment du besoin du patient ;
- Alimenter la pancarte du patient par les paramètres de surveillance et par la traçabilité de l'exécution des soins prescrits et des soins propres ;
- Assurer le transfert des consignes à travers le renseignement des transmissions ciblées qui regroupent les cibles, les données ou la symptomatique, les actions ou actes de soins à réaliser et les résultats attendus ;
- Alimenter le volet des observations, sous formes de notes ou synthèses des consultations et des visites, pour permettre une communication fluide et complète entre médecins et personnel infirmier de l'hôpital.

A la sortie du patient

- Alimenter le panier de prestations pour la facturation du séjour du patient par l'infirmier chef.

PRÉPARATION D'UN CHARIOT DE SOINS

Etage 1

- Matériel stérile : Boîte d'instrument, plateau, tambour et cupule.
- Produits utilisés : Sérum physiologique et antiseptiques.

Etage 2

- Matériel de contention : Bande, sparadrap, coton.
- Matériel de protection : Alèse, gants propre, produits médicamenteux.
- Matériel pour les constantes.

Etage 3

- Matériel septique : Container des aiguilles, haricot [19].



ENTRETIEN D'UN CHARIOT DE SOINS

DÉFINITION

Le chariot de soins est un mobilier qui permet de rassembler dans un espace judicieusement conçu et restreint un matériel d'usage courant.

OBJECTIF

Maitriser les étapes de l'entretien d'un chariot de soin.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Chariot de soins ;
- Gants propres;
- Produit désinfectant de surface ;
- Chiffon ou lingette à usage unique ;
- Désinfectant pour les mains.

Technique

- Poser le matériel à usage multiple sur le 2ème plateau du chariot ;
- Jeter le matériel à usage unique ;
- Se désinfecter les mains :
- Mettre les gants.

Si solution désinfectante

- Tremper le chiffon dans la solution désinfectante, l'essorer, le plier en quatre ;
- Procéder à la désinfection de la façon suivante : Commencer par la partie la plus propre pour aller vers la partie la plus sale (de la partie supérieure vers la partie inferieure).

1ère face du chiffon

- Barrières supérieures ;
- Plateau supérieur ;
- Veiller à ne pas repasser plusieurs fois au même endroit.

2ème face du chiffon

- Matériel à usage multiple pouvant être désinfecté (par ex : bac à aiguille, désinfectant...).

3ème face du chiffon

- Barres verticales jusqu'au 2ème plateau ;
- Plateau inferieur, poubelle.

4ème face du chiffon

- Barres jusqu'aux roues;
- Terminer la désinfection en observant l'état des roues ;
- Jeter les gants à usage unique ;
- Se désinfecter les mains.

Désinfection des roues

- Le nettoyage et la désinfection des roues se fait habituellement une fois par semaine ;
- Le nettoyage et la désinfection des roues doit se faire chaque fois qu'une contamination importante a eu lieu : Passage dans un liquide biologique, présence de fils, de poussière collante dans les roues, chambre contaminée...

Procédure

- Nettoyer les roues afin de détacher les salissures ;
- Verser du détergent désinfectant sur les roues ;
- Laisser agir 15 à 20 minutes ;
- Eponger le surplus de produit détergent désinfectant ;
- Ne pas essuyer [20,21].

IMPORTANT: La désinfection du chariot de soins se fait avec un désinfectant pour milieu inerte et non avec un désinfectant pour les mains.

SOINS DIRECTS

POSE D'UNE VOIE VEINEUSE PÉRIPHÉRIQUE

DÉFINITION

La pose d'une voie veineuse périphérique consiste en l'introduction d'un cathéter dans une veine afin de permettre l'administration de solutés ou de produits médicamenteux quand la voie orale n'est pas possible.

OBJECTIF

Maîtriser les bonnes pratiques d'une voie veineuse périphérique.

INDICATIONS

- Hydratation;
- Administration de produits médicamenteux (parfois plus efficace que par voie orale);
- Abord vasculaire en cas d'urgence.

CONTRE-INDICATIONS

- Le bras du côté du sein opéré (cancer de sein);
- Du côté implant orthopédique ;
- Zone inflammatoire ;
- Hématome :
- Zone sale et infectée ;
- Sur une éruption cutanée ;
- Dans un œdème local;
- Dans un bras hémiplégique ;
- Dans une fistule artério-veineuse.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Chariot;
- Garrot propre ;
- Gants propres;
- Compresses stériles ;
- Solution hydro-alcoolique;
- Collecteur à aiguilles ;
- Sac à déchets jaunes ;
- Soluté de perfusion ;
- Tubulure avec robinet;
- Rampe de robinets à 2 ou 4 robinets et prolongateur ;
- Débitmètre ;

- Cathéters courts (en prévoir 2);
- Protection qui sera installé sous le membre à ponctionner ;
- Antiseptiques ;
- Sérum physiologique ou eau stérile ;
- Pansement occlusif transparent stérile.

Technique

- Vérifier l'identité du patient ;
- Expliquer le soin au patient ;
- Informer et recueillir le consentement du patient, dans la mesure du possible (En cas de refus, en informer le médecin prescripteur) ;
- Procéder à un lavage de mains antiseptique ;
- Préparer de façon antiseptique et étiqueter les solutés et médicaments à administrer ;
- Connecter les tubulures, rampes de robinets, prolongateur à la perfusion et les purger ;
- Veiller à garder l'extrémité du prolongateur stérile (le laisser dans son emballage lors de la purge) ;
- Installer le patient confortablement ;
- Poser la protection sous son bras;
- Serrer le garrot et repérer la veine ;
- Desserrer le garrot ;
- Tondre et couper les poils si besoin (afin d'assurer le maintien et l'étanchéité du pansement) ;
- Imbiber les compresses par l'antiseptique ;
- Procéder à une antisepsie de la peau ;
- Resserrer le garrot ;
- Effectuer une friction des mains avec une solution hydro-alcoolique ;
- Enfiler les gants ;
- Refaire un temps d'antisepsie en stérile ;
- Introduire le cathéter (biseau vers le haut) : dès que le sang arrive dans le mandrin, faire glisser, sans forcer, le cathéter sur l'aiguille afin de le positionner dans la veine, d'une main, desserrer le garrot (attention ! cette main n'est plus stérile !) et maintenir le cathéter de l'autre ;
- Jeter le mandrin dans le collecteur à aiguilles ;
- Raccorder le prolongateur ;
- Vérifier le débit et la perméabilité en ouvrant à grand débit la garde-veine ;
- Appliquer le pansement occlusif en couvrant bien le point de ponction, s'assurer de son hermétisme ;
- Fixer la tubulure en boucle ;
- Régler le débit de la perfusion selon la prescription ;
- Réinstaller le patient ;
- Ranger et décontaminer l'environnement ;
- Transcrire sur le dossier de soins infirmiers.

Débit de la perfusion

– On sait que 1 ml = 20 gouttes, ce qui donne 250 ml x 20 gouttes = 5000 gouttes. 1 H = 60 minutes alors 3 h = $60 \times 3 = 180$ minutes. Au final, 5000 gouttes à passer en 180 minutes soit 27.777 gouttes / minutes soit 28 / gouttes / min par excès.

Retrait du cathéter

- Se laver les mains :
- Mettre des gants non stériles ;
- Retirer le pansement transparent et le cathéter ;
- Comprimer le point de ponction à l'aide d'une compresse, s'assurer que le point de ponction ne saigne plus avant et laisser un pansement sec ;
- Noter le retrait du cathéter dans le dossier de soins.

Risques et complications

- Hématome ;
- Extravasation :
- Infection locale:
- Lymphangite;
- Septicémie ;
- Obstruction du cathéter :
- Phlébite du membre supérieur ;
- Risque d'embolie gazeuse.

Surveillance

- Surveiller l'étanchéité du pansement (à changer en cas de décollement, de fuites ou de souillure) ;
- Surveiller le point de ponction : rougeur, douleur, chaleur, œdème, écoulement purulent, cordon rouge ou induré ;
- Surveiller la présence d'un seul de ces signes (Fièvre, frissons, sueurs) ;
- Surveiller l'extravasation qui se manifeste généralement par une rougeur et un œdème en amont du point de ponction.

Recommandations générales

- Piquer de préférence les membres supérieurs ;
- Commencer systématiquement par la main puis remonter vers le pli du coude ;
- Limiter le nombre de manipulations et respecter le système clos ;
- Manipuler les rampes, les tubulures et annexes avec des compresses stériles imbibées d'antiseptique ;
- Changer les obturateurs à chaque manipulation ;
- Les rampes doivent être fixées sur le pied à sérum et ne doivent en aucun cas être en contact avec la literie du patient et rincer entre chaque injection avec du NaCl 0,9 % ;
- Ôter systématiquement les cathéters non utilisés ;

- Vérifier au moins une fois par jour le reflux sanguin et l'absence de signes locaux lors des manipulations ;
- En cas de réactions locales d'intolérance, de suspicion de phlébite, de signes cliniques infectieux locaux ou généraux, faire l'ablation du cathéter et ne pas désobstruer en force un cathéter veineux périphérique [22a].

IMPORTANT : Imposer le retrait du cathéter si les signes suivants (Fièvre, frissons, sueurs) sont en relation avec la voie veineuse.

PRÉLÈVEMENT SANGUIN

DÉFINITION

Un prélèvement sanguin est une prise de sang réalisée au niveau d'une veine en vue de récolter un échantillon de sang.

OBJECTIF

Appréhender les normes des étapes de réalisation d'un prélèvement sanguin.

INDICATIONS

- Confirmation d'un diagnostic médical;
- Surveillance de l'évolution d'une maladie ;
- Surveillance de l'efficacité d'un traitement ;
- Identification des complications dues au traitement.

CONTRE-INDICATIONS

- Le bras du côté du sein opéré (cancer de sein) ;
- Zone inflammatoire;
- Hématome :
- Zone sale et infectée ;
- Sur une éruption cutanée ;
- Dans un œdème local;
- Dans un bras hémiplégique ;
- Dans un bras perfusé;
- Dans une fistule artério-veineuse.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Chariot de soins ou plateau au préalable désinfecté ;
- Tubes sous vides selon le prélèvement prescrit ;
- Corps de pompe;
- Aiguilles adaptées au corps de pompe ;
- Garrot décontaminé ;
- Haricot;
- Compresses ou coton;
- Alcool ou autre désinfectant ;
- Gants non stériles ;
- Protection de lit :
- Containers à aiguilles ;

- Pansement adhésif:
- Étiquettes ;
- Document de recueil de données nécessaire à certains examens.

Technique

- Expliquer le soin au patient ;
- Effectuer un lavage simple des mains ;
- Vérifier l'identité du patient (identito-vigilance également avec les étiquettes) et s'il a bien respecté les conditions nécessaires pour l'examen (à jeun) ;
- Installer le patient dans une position confortable (assis ou allongé) et ergonomique pour l'infirmier (chariot à disposition, hauteur du lit adaptée...);
- Positionner ensuite le garrot sur le bras du patient afin de repérer les veines. Il est conseillé de poser le garrot 8 à 10 cm au-dessus de la veine que l'infirmier souhaite prélever ;
- Mettre les gants à usage unique après une friction à l'aide de la solution hydro alcoolique ;
- Désinfecter en deux passages la zone de prélèvement (de bas en haut ou en escargot, en respectant le temps de contact de l'antiseptique utilisé);
- Lorsque l'infirmier pique dans la veine (biseau vers le haut), respecter un angle de 45° par rapport au bras. Une fois l'infirmier est sûr d'être dans la veine, insérer les tubes un à un dans l'ordre évoqué plus haut en fonction des examens à réaliser. Le tube est plein lorsque le sang arrive jusqu'au témoin ;
- Détacher le garrot dès que le niveau de sang dans le tube est suffisant ;
- Après avoir retiré les tubes du corps de pompe, mélanger doucement en faisant des retournements ;
- Demander ensuite au patient de ré-ouvrir sa main, retirer l'aiguille et presser quelques minutes avec une compresse sèche la zone de ponction ;
- Jeter l'aiguille dans le container et le matériel usagé dans les sacs ;
- Une fois le saignement est arrêté, disposer un pansement sur le point de ponction et demander au patient de le garder une vingtaine de minutes ;
- Identifier les tubes à l'aide des étiquettes du patient et remplir le document de recueil de données si nécessaire :
- Désinfecter le matériel et le chariot ;
- Noter l'acte réalisé.

Surveillance

- Hématome au point de ponction ;
- Douleur;
- Malaise;
- Hémolyse.

Ordre des tubes

- Hémoculture aérobie ;
- Hémoculture anaérobie ;
- Tube citrate de sodium (bleu) (+/- après un tube de purge si aiguille à ailettes);

- Tube sec (rouge);
- Tube sec avec gel séparateur (jaune);
- Tube hépariné avec gel séparateur (vert) ;
- Tube EDTA (violet) [23].

IMPORTANT:

- Il est conseillé de poser le garrot 8 à 10 cm au-dessus de la veine que l'infirmier souhaite prélever.
- Veiller à ne pas laisser le garrot en place plus d'une minute lors de la préparation du soin (Il ne faut pas utiliser le garrot dans certains prélèvements).
- Un jeûn de 12h est nécessaire principalement pour le dosage de la glycémie et du bilan lipidique. La Haute Autorité de Santé recommande cependant d'être à jeûn pour les examens immunologiques, enzymatiques et le dosage en fer.

GESTION DES CHAMBRES À CATHÉTER IMPLANTABLES

DÉFINITION

Système implantable placé sous la peau permettant l'accès cutané au cathéter.

OBJECTIF

Maitriser la technique de manipulation de la chambre à cathéter implantable.

INDICATIONS

- Traitement systémique anti-cancéreux dépassant 3 mois ;
- Accès répétés au réseau veineux.

CONTRE-INDICATIONS

- Zones irradiées, infectées et brûlées ;
- Métastases cutanées :
- Troubles majeurs de la coagulation ;
- Bactériémie ;
- Antécédent de phlébite axillo-sous-clavière.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Chariot préalablement désinfecté;
- Gants et compresses stériles ;
- Solution hydro-alcoolique;
- Collecteur à aiguilles ;
- Aiguille d'huber;
- Seringue de volume égal ou supérieur à 10 ml;
- Sac à déchets jaunes ;
- Soluté de perfusion ;
- Tubulure avec robinet;
- Antiseptiques;
- Sérum physiologique ou eau stérile ;
- Sparadrap pour un pansement stérile.

Technique

Désinfection

- Expliquer le soin au patient ;
- Effectuer une détersion par savon antiseptique ;
- Rincer par du sérum physiologique unidose;
- Sécher ;
- Désinfecter par un antiseptique alcoolique (polyvidone iodée ou Chlorhexidine alcoolique) ;
- Sécher.

Manipulation

- Effectuer un lavage des mains ou solution hydro-alcoolique ;
- Vérifier l'état cutané du patient ;
- Prévenir la douleur (sollicitation de prescription d'EMLA à poser 1h30 avant) ;
- Mettre un masque pour l'infirmier et le patient ;
- S'habiller d'une surblouse et d'un callot non stérile si le patient est isolé ou infecté ;
- Maintenir la chambre entre deux doigts ;
- Introduire perpendiculairement l'aiguille au centre de la chambre, traverser le septum
- Varier le point de ponction ;
- Orienter le biseau de l'aiguille vers le cathéter et rechercher un reflux sanguin ;
- Vérifier la perméabilité avec injection de chlorure de sodium isotonique (NaCL 0.9%) ;
- Brancher la ligne de perfusion ;
- Mettre un pansement stérile sur la zone désinfectée sèche ;
- Visualiser le point de ponction ;
- Refaire le pansement : Minimum 48h mais porté à 8 jours si absence de décollement ou souillure ;
- Noter l'acte réalisé.

Prélèvement sanguin

- Mettre un masque pour le soignant et le soigné ;
- Effectuer le prélèvement ;
- Mettre des gants et manipuler avec des compresses stériles imprégnées d'antiseptiques alcoolique ;
- Utiliser un système type vacutainer;
- Purger puis prélever les autres tubes et rincer avec 10ml Nacl 0,9%, 3 poussées.

Retrait de l'aiguille

- Après toute perfusion unique ;
- A la fin du traitement pour cure de chimiothérapie ;
- Tous les 8 jours en cas de perfusion continue ;
- Aiguille retirée en exerçant une pression positive.

Entretien du dispositif

- Rincer avec du sérum physiologique avant toute injection ou perfusion, entre deux solutés et à la fin du traitement pour éviter les interactions médicamenteuses et les risques de précipités dans la chambre.

Complications

- Hématome au point de ponction, pneumothorax, hématome de la poche sous-cutanée, désinsertion de chambre, déhiscence de plaie ;
- Infection ;
- Extravasation;
- Obstruction ;
- Thromboses veineuses;
- Ulcérations, nécroses cutanées.

Surveillance

- Surveiller l'état de pansement ;
- Surveiller les complications [22b].

TRANSFUSION

DÉFINITION

La transfusion est un acte thérapeutique complexe qui consiste à apporter à un patient, appelé receveur, les éléments du sang par perfusion intraveineuse. C'est un acte qui peut être réalisé uniquement par un professionnel de santé habilité, à condition qu'un médecin soit disponible lors de l'acte en cas de problème éventuel. Il existe trois types d'éléments du sang utilisables pour les transfusions sanguines qu'on appelle les produits sanguins labiles :

- Les concentrés de globules rouges ;
- Les concentrés plaquettaires ;
- Le plasma.

Les modalités de conservation des PSL dans l'unité de soins :

- Les CGR : dans les six heures suivant leur réception dans l'unité de soins ;
- Le plasma frais congelé (PFC) : dans les six heures suivant leur réception dans l'unité de soins ;
- Les plaquettes : à transfuser immédiatement dès leur réception.

OBJECTIF

Appliquer les normes de la transfusion sanguine.

INDICATIONS

- Anémie:
- Hémorragie massive ;
- Hémorragie de la délivrance ;
- Déglobulisation progressive.

CONTRE-INDICATIONS

- Hyperthermie;
- Hypotension artérielle ;
- Anémie avec concentration d'hémoglobine inférieure à 11 g/dL;
- Pathologie cardiaque : Angor instable (une crise d'angor dans les 8 jours qui précèdent) ;
- Rétrécissement aortique, cardiopathie cyanogène ;
- Artériopathie cérébrale occlusive sévère ;
- Epilepsie non stabilisée sous traitement ;
- Toute situation induisant un risque pour le patient.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Gants propres;
- Intranules:
- Sparadrap;

- Compresses stériles ;
- Antiseptique ;
- Solution hydro-alcoolique;
- Carte de contrôle ultime pré-transfusionnelle ;
- Fiche de distribution nominative :
- Différents culots:
- Transfuseur.

Technique

Vis-à-vis du sang

- Vérifier le numéro de la poche ;
- Vérifier la date de péremption ;
- Vérifier le groupage de la poche ;
- Vérifier l'aspect de la poche.

Avant la transfusion

- Expliquer le soin au patient ;
- Ecrire sur le registre de transfusion : Nom et prénom du malade, la date, le groupage phénotype du patient, le numéro des poches à transfuser et le nom du médecin prescripteur et de l'infirmier qui prennent en charge l'acte transfusionnel ;
- Assurer le contrôle ultime pré-transfusionnel est par la suite effectué au lit du patient, lors de la pose de CGR et ce afin de remplir la carte concernée ;
- Effectuer un prélèvement par ponction capillaire au niveau du doigt du patient ;
- Déposer une goutte de solution saline sur les espaces « anti-A » et « anti-B » de la carte et de faire de même avec une goutte de sang, sans mélanger les différents réactifs ;
- Toute réaction positive avec le culot à transfuser et négative avec le patient interdit la transfusion, il est alors impératif de joindre le médecin référent ;
- Une fois le test est cacheté par le médecin, on peut commencer la transfusion.

Pendant la transfusion

- Informer le patient sur le déroulement du soin ;
- Retranscrire l'état général de ce dernier avant la transfusion ;
- Assurer la prise des paramètres vitaux (température, tension artérielle, pouls, saturation en oxygène, douleur éventuelle) et elle s'effectuera 5 min après le début de la transfusion, toutes les 15 minutes pendant la première heure, à la moitié de la poche passée, puis à la fin de cette dernière ;
- Prendre une voie veineuse de bon abord veineux ;
- Durées d'administration :
 - » CGR = 30 min à 1h30 max
 - » Plaquettes = 30 min
 - » Plasma = 30 min

- Arrêter la transfusion et alerter le médecin si la température augmente, la tension artérielle diminue, frisson, douleur abdominale et douleur lombaire ;
- Noter l'acte réalisé.

- Recontrôler les paramètres ;
- Vérifier les urines (quantité, couleur);
- Surveiller l'apparition éventuelle d'un de ses signes : Malaise, angoisse, tachypnée, frisson, élévation de température ; douleur lombaire, sensation de pression thoracique et réaction cutanée ;
- Surveiller l'état clinique du patient [24, 25].

IMPORTANT:

- Eviter les solutés glucosés qui ne sont pas compatibles avec les PSL et ne pas administrer d'autres médicaments lors de la transfusion).
- Eviter l'utilisation de la chambre implantable, sauf si le patient est difficile à piquer (dans ce cas : effectuer des rinçages fréquents).

HÉMOCULTURE

DÉFINITION

L'hémoculture est un prélèvement veineux pour une étude bactériologique pour chercher et identifier un éventuel agent infectieux dans le sang.

OBJECTIF

Maitriser les bonnes pratiques de l'hémoculture.

INDICATIONS

- Fièvre d'origine indéterminée ; T° >38.5°C ;
- Hypothermie;
- Signe clinique évocateur d'infection : frissons ;
- Neutropénie fébrile ;
- Sepsis;
- Fièvre chez un patient porteur d'une voie veineuse centrale ;
- Choc septique.

CONTRE - INDICATIONS

- Sur un bras paralysé;
- Sur une fistule artério veineuse ;
- Sur un bras perfusé;
- Sur un bras présentant un plâtre ou une attelle ;
- Bras du côté d'une mastectomie.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Masque plus un 2ème pour le patient si nécessaire ;
- Set à pansement ;
- Désinfectant pour les mains ;
- Protection pour le lit ;
- Matériel de prélèvement : flacons d'hémoculture, cloche et aiguille de transfert ;
- Compresses;
- Antiseptique pour la peau ;
- Garrot:
- Gants non stériles ;
- Containers à aiguilles ;
- Petit pansement;
- Thermomètre.

Technique

Conditions de réalisation de l'hémoculture :

– Les hémocultures doivent être réalisées, de préférence au moment des pics fébriles (>38,5°C), hypothermie (<36°C) et frissons. Au niveau de la voie veineuse périphérique et voie centrale. Le prélèvement doit être répété trois fois en 24 h, à des intervalles au moins une heure. Sur milieux aérobies et anaérobies : deux flacons seront donc prélevés.

Rôle infirmier:

- Expliquer le soin au patient ;
- Vérifier l'identité du patient ;
- Informer le patient de la nécessité d'une mise en culture du sang ;
- Evaluer la présence de frissons et prendre la température ;
- Fermer la porte et fenêtre de la chambre ;
- Installer le patient au lit ou au fauteuil et glisser un coussin sous le bras afin de le mettre en extension et protéger le lit avec la protection jetable ;
- Faire tourner la tête du patient ou lui mettre un masque durant le soin ;
- Mettre le masque et se désinfecter les mains ;
- Ouvrir le set à pansement ;
- Enlever l'adaptateur monovette puis adapter l'aiguille de transfert sur la « cloche » et la visser ;
- Déposer le tout dans un coin de votre champ stérile ;
- Imbiber les compresses stériles d'alcool et enlever la capsule de protection des flacons ;
- Désinfecter les bouchons des flacons et le garrot avec un antiseptique (laisser sécher au moins 30 s) ;
- Repérer le site et desserrer le garrot ;
- Se désinfecter les mains, puis à l'aide des compresses stériles procéder à la désinfection du site de prélèvement (désinfection avec 3 tampons stériles différents dans le sens du retour veineux, attention laisser sécher l'alcool entre chaque passage) ;
- Serrer le garrot en étant attentif à ne pas contaminer le lieu de prélèvement ;
- Se désinfecter les mains et mettre les gants ;
- Fixer la veine choisie et piquer avec la même technique qu'une ponction veineuse ;
- Stabiliser la veine sélectionnée en tenant la peau avec le pouce de la main environ 5 cm éloigné du point de ponction ;
- Prélever en premier le flacon aérobie puis le flacon anaérobie jusqu'au trait pré défini ;
- Desserrer le garrot et placer une compresse sèche sur le point de ponction et de l'autre main, retirer l'aiguille, comprimer (pendant au moins une minute) la veine sans plier le bras pour éviter la formation d'un hématome :
- Jeter l'aiguille dans le container;
- Appliquer un pansement qui doit être mis plus haut ;
- Enlever les gants :
- Se désinfecter les mains ;
- Noter sur chaque flacon : Nom et prénom, identité du patient, la date et l'heure d'hémoculture ;

- Réinstaller le patient en veillant à son confort et à sa sécurité ;
- Jeter le matériel à usage unique dans la poubelle et fermer cette dernière avant de sortir de la chambre ;
- Se désinfecter les mains ;
- Procéder à la désinfection du matériel selon la procédure en vigueur dans l'établissement et acheminer sans délai le prélèvement au laboratoire ;
- Compléter le bon de laboratoire et coller les étiquettes des flacons sur celui-ci ;
- Acheminer les échantillons de sang au laboratoire ;
- Noter l'acte réalisé dans le dossier infirmier.

- Surveiller l'apparition du saignement et/ ou un hématome [26,27].

PANSEMENTS

Tableau 1: Types de pansements

	Pansement simple	Pansement compliqué	
Définition	Ensemble de manipulations exécutées aseptiquement au niveau d'une lésion des téguments dans le but préventif et curatif.		
Objectif	Connaitre les bonnes pratiques du pansement.		
Indications	- Plaie chirurgicale, plaie propre, non infectée, non inflammatoire, plaie sans écoulements, plaie sans dispositif de drainage (mèches, redons).	 Prévention des hématomes et des surinfections secondaires; Accélération de la cicatrisation; Evacuation d'une collection de sang ou de pus. 	
Matériel		es, masque, champ non stérile, sac poubelle, solution hydro ériles, sérum physiologique, antiseptique, paire de ciseaux	
	- Expliquer le soin au patient ;	Pansement avec mèche	
	- Préparer le matériel dans la salle de soins ;	- Expliquer le soin au patient ;	
	- S'assurer que le patient est propre et lui prévenir du soin ;	 Procéder comme un pansement simple mais pour le nettoyage de la plaie il faut : 	
	- Se laver les mains ;	- Humidifier la mèche avec du sérum physiologique ;	
	- Installer le patient confortablement ;	- Enlever et jeter la mèche ;	
	Mettre la protection au niveau du pansement ;	- Nettoyer l'orifice de la plaie ;	
	- Désinfecter les mains.	 S'aider de la seringue pour irriguer si la plaie est profonde; 	
	Pansement aseptique	- Remettre une mèche plus courte pour favoriser la	
	- Enfiler les gants propres ;	cicatrisation ; - Ne pas trop tasser la mèche pour ne pas faire un	
	- Oter les moyens de contention ;	bouchon;	
	- Enlever le pansement souillé ;	- Laisser dépasser un morceau de la mèche sur la	
	 Voir l'aspect, l'odeur et la couleur des exsudats; 	peau pour pouvoir le retirer facilement ;	
Technique	- Jeter le pansement avec les gants dans la	 Faire un pansement absorbant et couvrir par un bandage ou sparadrap; 	
	poubelle;	- Ranger le matériel et laver les mains ;	
	 Chercher les signes d'une inflammation, infection, saignement; 	- Noter le soin réalisé.	
	Désinfecter les mains et enfiler les gants stériles ;	Pansement avec drain	
	 Prendre une compresse stérile et verser dessus un antiseptique; 	 Procéder comme un pansement simple tout en veillant à ne pas retirer de drain en enlevant le pansement; 	
	- Nettoyer les bords de la plaie de l'intérieur vers l'extérieur ;	 Nettoyer le pourtour et le drain lui-même sans tires dessus : 	
	- Nettoyer la plaie ;	- Le mobiliser légèrement ;	
	- Presser légèrement les bords de la plaie.	 Vérifier la perméabilité du drain ; 	
	- Nettoyer la plaie ;	- Surveiller l'écoulement et prévenir le médecin en	
	- Sécher la plaie et déposer des compresses	cas d'anomalie ;	
	stériles ;	- Glisser une compresse a la base du drain ;	
	Fixer le pansement avec du sparadrap;Ranger le matériel et laver les mains;	 Terminer le pansement en plaçant une autre compresse et couvrir avec du sparadrap; 	

	- Noter le soin réalisé.	Évaluar at matar la patura du limite du draia :	
	- Noter le soin realise.	- Évaluer et noter la nature du liquide du drain ;	
	Pansement septique	 Ranger le matériel et laver les mains. 	
	- Procéder comme un pansement aseptique mais il faut :		
Technique	- Nettoyer la plaie de l'extérieur vers l'intérieur ;		
	- Presser légèrement les bords de la plaie ;		
	- Répéter le nettoyage et appliquer l'antiseptique prescrit ;		
	 Placer les compresses stériles et fixer avec du sparadrap; 		
	- Douleur (à la mobilisation) ;		
Incidents et/	- Réactions allergiques (rougeur, inflammation) ;		
ou obstacles	- Tout changement dans l'évolution de la plaie (écoulement, nécrose, infection);		
	- Altération de l'état général (hyperthermie, asthénie).		
	- Surveiller l'état externe du pansement ;	- Surveiller les paramètres vitaux surtout la température ;	
Surveillance	 Surveiller les paramètres vitaux surtout la température. 	- Surveiller la perméabilité du drain :	
	temperature.	- Éviter que le drain soit coudé ;	
		 Surveiller la quantité et la nature du liquide drainé [28,29]. 	

PLAIES TUMORALES

DÉFINITION

Les plaies tumorales sont des plaies chroniques liées aux cancers qui peuvent être des tumeurs primitives ulcérées à la peau ou des métastases cutanées, signe de récidive d'un cancer préexistant.

Caractéristiques

- Creusante:
- Fistulisante:
- Extériorisée :
- Présence de nodules ;
- Invalidante;
- Mutilante ;
- Inesthétique.

Signes des plaies tumorales

- Odeurs (bactéries);
- Saignements;
- Ecoulements :
- Nécrose ;
- Présence de fibrine ;
- Douleur.

OBJECTIF

Comprendre et appliquer la démarche de la prise en charge de la plaie tumorale.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Solution hydro alcoolique;
- Matériels du pansement simple ;
- Paravent;
- Sérum salé ;
- Eau oxygénée si besoin ;
- Xylocaine si besoin;
- Eau;
- Savon ;
- Serviette ;
- Linge pour la literie;
- Vaseline si besoin ;
- Lame de bistouri;

- Pince:
- Pansement selon les caractéristiques de la plaie ;
- Traitement antalgique sur prescription médicale.

Technique

- Prévenir et expliquer le déroulement du soin au patient ;
- Evaluer l'état de la plaie : saignements, exsudats, douleur, odeurs...;
- Effectuer un lavage hygiénique des mains ;
- Nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon ou sérum physiologique ;
- Utiliser de la vaseline ou de la Xylocaine 2 % visqueuse quelques minutes avant le soin pour éviter la douleur et le traumatisme ;
- Enlever les croutes et les tissus nécrotiques à l'aide d'une pince, lame de bistouri et de compresses et utiliser de la curette dans les plaies cavitaires pour retirer la nécrose molle ;
- Mettre et refaire le pansement en fonction de la nature de la plaie et selon la prescription médicale (plaies avec risque de saignements, plaies très exsudatives, plaies à risque infectieux, plaies malodorantes, plaies nécrotiques, plaies tumorales superficielles, plaies tumorales extériorisées, plaies cavitaires ou fistulisées);
- Procéder à la fixation du pansement : utiliser du Jersey et de la bande Velpeau et éviter les adhésifs :
- Donner des antalgiques adaptés au palier de la douleur sur prescription médicale ;
- Soutenir psychologiquement le patient et lui orienter chez un psychologue si besoin ;
- Noter l'acte réalisé.

Surveillance

- Surveiller l'état psychologique du patient ;
- Surveiller l'apparition des signes d'infection ou d'hémorragies ;
- Surveiller la couleur de la peau et sa vascularisation (risque de nécrose) ;
- Surveiller l'évolution de la plaie et ses caractéristiques afin d'utiliser le type de pansement adapté [30,31, 32,33].

SOINS D'ESCARRES

DÉFINITION

Une escarre se définit comme une nécrose ischémique des tissus comprise entre le plan du support sur lequel repose le sujet et le plan osseux. L'escarre se constitue au niveau de toutes les zones d'appui (saillie osseuse) en fonction de la position du patient au lit ou au fauteuil.

Classification des stades de l'escarre :

- STADE I : Rougeur cutanée ou érythème : C'est une rougeur qui persiste après 24 H.
- STADE II : Phlyctène ou désépidermisation : L'escarre est superficielle et se présente cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération peu profonde.
- STADE III: Nécrose.
- STADE IV: Ulcération.

OBJECTIF

Comprendre la technique de prévention et traitement des escarres.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel de prévention

- Matelas ou sur matelas spéciaux visant à diminuer les pressions ;
- Matelas et coussins : matelas à eau ;
- Sur matelas à air :
- Coussins à cellules pneumatiques.

Matériel de traitement

- Plateau de soins ;
- Sérum physiologique ;
- Gants propres;
- Seringues;
- Compresses stériles ;
- Bistouri;
- Type pansement selon le stade d'escarres ;
- Appareil VAC avec ces accessoires si besoin;
- Paravent:
- Traitement antalgique sur prescription si besoin;
- Haricot.

Technique de prévention

- Expliquer le soin au patient ;
- Maintenir une excellente hygiène pour éviter la macération ;
- Changer régulièrement la literie ;
- Changer régulièrement la position (chaque 2 à 3 heures);
- Contrôler la compression par rampes, tubulures, sondes vésicales, nasales...;
- Eviter les plis dans le lit et les objets divers avant entraîner une compression ;
- Pour les patients qui se souillent faire des changes et toilette plus souvent ;
- Au besoin protéger les zones exposées avec des hydro colloïdes minces ;
- Favoriser le lever et la marche ;
- Favoriser l'apport de protides (poissons viandes laitages...);
- Surveiller l'apport alimentaire ;
- Favoriser l'hydratation supérieure ou égale à un litre par jour ;
- Eviter la diarrhée ou la constipation ;
- Pour les alités, utiliser un matelas alternating.

Tableau 2 : Techniques de traitement selon le stade d'escarres

Stade	Technique
	En cas de rougeur persistante à la pression, il faut :
	- Mettre en décharge les zones d'appui avec des supports adaptés ;
Stade I	- Ne pas utiliser des couvertures ou des draps roulés qui seront plus néfastes ;
	- Tout érythème sera arrêté afin de ne pas poursuivre l'ischémie sous cutanée ;
	 Un pansement hydro colloïde extra-mince ou un film de polyuréthane pourra être positionné et permettra en même temps la surveillance cutanée.
Stade II	- Evacuer le contenu avec une brèche de taille suffisante avec un bistouri avec maintien du toit de la phlyctène si possible ;
	- Recouvrir par un pansement hydro colloïde ou un pansement gras afin de maintenir un environnement humide favorable aux conditions de cicatrisation ;
	- Mettre la phlyctène hors d'appui dans la mesure du possible.
	- Ramollir la nécrose : mettre un pansement hydrogel ou pansement à l'alginate imbibé de sérum physiologique recouvert d'un pansement imperméable ;
	- Déterger car les tissus nécrosés retardent la cicatrisation ;
	- Assurer une détersion mécanique en excisant la plaque de nécrose avec un bistouri ;
	- Assurer une détersion par pansement hydrocolloïde qui permet de ramollir puis décoller la plaie.
	Traitement par pression négative (TPN) :
Stade III	- Il s'agit d'un procédé non invasif de traitement des plaies aigues et chroniques du stade III et IV et aiguës par application locale d'une pression négative continue ou discontinue de 100 mmHg en moyenne 24 heures sur 24h;
	 Ce système favorise la formation du tissu de granulation et permet la détersion de la plaie par diminution de l'œdème et des exsudats formés dans la plaie;
	- Diminution de la colonisation bactérienne et amélioration de la circulation vasculaire et lymphatique et de l'oxygénation locale ;
	- Le TPN type Vaccum Assisted Closure (V.A.C) est utilisé sur une plaie dont le contenu fibrino- nécrotique a été en partie éliminé pour stimuler le processus de cicatrisation et parfaire le débridement ;
	- Evaluer la douleur : si nécessaire une antalgie peut être administrée 1h avant le changement de pansement ;
	- Stopper l'appareil 1 h avant la réfection du pansement ;
	- Noter les soins effectués.
Stade IV	- Même procédure thérapeutique du stade III.

Stade	Technique	
	Traitement d'une plaie fibrineuse non exsudative :	
	 Enlever la fibrine pour faciliter le bourgeonnement avec une curette; Mettre un pansement hydrogel pour déterger et absorber les débris fibrineux; Recouvrir d'un pansement hydrocolloïde transparent. 	
	Traitement d'une plaie fibrineuse exsudative :	
Autres : Il peut s'agir d'escarre	- Enlever la fibrine pour faciliter le bourgeonnement ;	
	– Mettre un pansement : Hydrocellulaire si exsudation modéré. A l'alginate de calcium et recouvert d'un pansement absorbant si exsudation abondant.	
stade II, III	Traitement d'une plaie bourgeonnante :	
et IV.	- Mettre un pansement hydrocellulaire dont la mousse absorbe les exsudats et forme un coussinet protecteur .	
	Traitement d'une plaie hémorragique :	
	- Mettre un pansement à l'alginate de calcium pour sa propriété hémostatique.	
	Traitement d'une plaie infectée :	
	- Mettre un pansement à l'argent pour sa propriété bactériostatique et bactéricide [34, 35, 36,37].	

IMPORTANT:

- Limiter voire supprimer l'utilisation des antiseptiques en raison du peu de bénéfice qu'ils apportent, comparé à leurs effets négatifs (sélection de souches résistantes, pénétration systémique, toxicité, sensibilisation).
- Le pansement du VAC s'effectue 2 à 3 fois par semaine selon l'état de la plaie et le volume des exsudats.
- Ne jamais arrêter l'aspiration du VAC pendant plus de deux heures par jour car risque de prolifération de germes.
- La plaie ne doit pas être asséchée.

INJECTIONS

Tableau 3: Types et techniques d'injection

	Injection intramusculaire	Injection intraveineuse	Injection sous cutané	
Définition	 Injection d'un liquide dans une veine en général à l'aide d'une seringue et d'une aiguille. 	 Consiste à administrer un médicament dans les tissus musculaires. 	 Consiste à administrer une solution médicamenteuse dans les tissus graisseux. 	
Objectif	- Maitriser les bonnes pratiques de	- Maitriser les bonnes pratiques de l'injection S/C, IM et IV.		
Indication	 Sur prescription médicale; Nécessité d'une action rapide; Médicaments pouvant être caustiques pour les tissus souscutanés et musculaires (risque de douleur, œdème, nécrose); Action de contraste (en radiologie). 	- Administration facile d'un médicament qui diffusera rapidement dans l'organisme sous prescription médicale.	 Vaccination; Insuline; Héparine; Hormonothérapie; Anticorps monoclonaux. 	
Contre- indication	Curage axillaire;Membre plégique;Thrombose du membre;Fistule artério-veineuse.	 Troubles de la coagulation ; Traitement à l'héparine ou aux antivitamines K. 	 Infections cutanées diffuses; Mauvaise circulation périphérique; Zones œdématiée; Zones trop minces. 	
Matériel	- Seringue avec aiguille adaptée à la quantité à injecter, produit à injecter, garrot, protection, pansement sec, sac à élimination des déchets, gants et compresses non stériles, antiseptique, container à aiguilles.	- Seringue adaptée à la quantité à injecter, produit à injecter, diluant de reconstitution si le produit est lyophilisé ,gants et compresses non stériles , désinfectant, pansement sec, container à aiguilles, sac pour élimination des déchets.	- Seringue et aiguille en monobloc (anticoagulant de bas poids moléculaire ou insuline, par exemple) ou stylo injectable (insuline) ou seringue adaptée à la quantité à injecter (seringue de 2 ou 5 ml), gants et compresses non stériles, désinfectant, container à aiguilles, sac à déchets.	
Technique	 Expliquer le soin au patient; Vérifier la prescription médicale, la posologie, la voie d'administration et l'horaire d'injection; Faire un lavage antiseptique des mains; Reconstituer le produit, vérifier la limpidité, la couleur et l'absence de précipité; Adapter l'aiguille choisie; Prévenir le patient; Lui demander de s'installer confortablement ou de s'allonger; Réaliser un lavage antiseptique des mains; 	 Expliquer le soin au patient; Vérifier la prescription médicale; Prévenir le patient du soin; Pratiquer un lavage des mains antiseptique; Reconstituer le produit si nécessaire en injectant la quantité de diluant dans le flacon de manière aseptique (désinfecter le bouchon), mélanger le produit sans le secouer; Réchauffer le produit entre les mains si nécessaires; 	 Expliquer le soin au patient; Vérifier la prescription médicale; Reconstituer le produit à la dose prescrite; Prévenir le patient; L'installer en position assise ou allongé sur le dos; Effectuer un lavage simple des mains; Mettre les gants après désinfection de la zone d'injection; Pincer la peau entre le pouce et l'index afin d'apprécier l'épaisseur cutanée; 	

	Injection intramusculaire	Injection intraveineuse	Injection sous cutané
Technique	 Repérer la veine à ponctionner; Placer la protection sur le lit; Mettre le garrot; Faire serrer le point du patient; Mettre les gants non stériles; Désinfecter la zone à ponctionner; Ponctionner la veine en la fixant à l'aide du pouce et en tendant la peau; Piquer légèrement en oblique, biseau vers le haut; S'assurer en aspirant du sang, que l'aiguille est bien positionnée dans la veine; Retirer le garrot; Faire desserrer le poing au patient et injecter lentement le produit; S'assurer à plusieurs reprises de la présence d'un reflux sanguin; Surveiller le faciès du patient tout au long de l'injection; Retirer l'aiguille et comprimer la veine avec une compresse pour assurer l'hémostase; Jeter la seringue et l'aiguille dans le container à déchets contaminés piquants; Mettre un pansement; Jeter les gants; Eliminer les déchets et désinfecter le matériel utilisé; Effectuer un lavage simple des mains; Réinstaller le patient; Noter le soin réalisé. 	 Choisir la zone de ponction, habituellement le quart supéroexterne de la fesse; Mettre les gants; Désinfecter la zone de ponction choisie en un seul passage de compresse imbibée d'alcool; Piquer perpendiculairement au plan de ponction; Introduire rapidement l'aiguille jusqu'à la garde; Vérifier l'absence de retour veineux en aspirant légèrement puis commencer à injecter lentement le produit; Observer les réactions du patient dès le premier millimètre injecté; Ralentir le débit si le produit est douloureux; Retirer rapidement l'aiguille et la seringue à la fin de l'injection; Désinfecter le point de ponction en massant légèrement; Éliminer l'aiguille dans le collecteur à aiguilles; Mettre un pansement; Jeter les gants; Eliminer les déchets et désinfecter le matériel utilisé; Effectuer un lavage simple des mains ou effectuer un traitement hygiénique des mains par frictions avec une solution hydroalcoolique; Réinstaller le patient; Noter le soin réalisé. 	 Piquer perpendiculairement ou latéralement (45°) au plan de ponction selon la corpulence de la personne, la taille de l'aiguille ou la zone; Introduire l'aiguille rapidement jusqu'à la garde. Pour les stylos à insuline, appuyer sur le bouton du stylo et laisser l'aiguille en place 10 secondes sous la peau après injection; Réaliser l'injection après avoir effectué un reflux (éviter injection intraveineuse); Ne lâcher le pli cutané qu'au moment du retrait de l'aiguille; Retirer rapidement l'aiguille et la seringue à la fin de l'injection; Désinfecter le point de ponction; Éliminer l'aiguille dans le container à aiguilles; Jeter les gants; Éliminer les déchets; Désinfecter le matériel utilisé; Effectuer un lavage simple des mains ou une friction à la solution hydro-alcoolique; Réinstaller le patient; Noter le soin réalisé.
Risque et complication	Allergie;Douleur;Hématome.	 Allergie au produit; Malaise vagal; Hématome; Douleur au point d'injection; Abcès. 	Allergie;Risque d'être en intramusculaire;Abcès.
Surveillance	 Surveiller le point de ponction si apparition des signes inflammatoires à type de rougeur, chaleur, œdème; Demander au patient de vous prévenir en cas de douleur ou malaise après l'injection. 	 Surveiller le point de ponction; Surveiller l'absence d'une douleur vive après l'injection. 	- Surveiller l'apparition d'un hématome, de signes inflammatoires (chaleur, douleur, rougeur), et de lipodystrophies (inflammation du tissu cutanée). [38,39].

IMPORTANT:

- Erreur de produit.
- Erreur de posologie.
- Ne jamais préparer dans le même plateau les produits d'injection pour des malades différents.
- Ne pas faire l'injection si elle a été préparée par quelqu'un d'autre.
- Une injection se prépare extemporanément.
- Mauvaise résorption d'une substance en particulier huileuse.

CHOC ANAPHYLACTIQUE

DÉFINITION

Le choc anaphylactique est une manifestation d'hypersensibilité immédiate due à la libération de médiateurs vasoactifs chez un sujet au préalable sensibilisé.

Causes

- Causes médicamenteuses ;
- Autres : Pigûres d'insectes et causes alimentaires.

Signes cliniques

- Signes cutanés (éruptions cutanées, prurit (démangeaisons) au niveau des lèvres, de la bouche, des yeux, œdème au niveau du visage) ;
- Signes respiratoires (dyspnée, œdème de la glotte, bronchospasme, éternuements, toux);
- Signes digestifs (nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales);
- Autres : vertiges, palpitations, frissons, perte de conscience, collapsus cardiovasculaire et une hypotension.

OBJECTIF

Connaitre les bonnes pratiques de la prise en charge d'un choc anaphylactique.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Voir fiche du chariot d'urgence.

- Rassurer le patient au début du déroulement de soin ;
- Si le patient est sous un traitement il faut l'arrêter ;
- Appeler le médecin en urgence ;
- Mettre le chariot d'urgence à proximité ;
- Déshabiller la personne soignée, observer ses téguments, marbrures aux genoux, temps de recoloration cutanée ;
- Installer le patient en position déclive, les jambes surélevées ;
- Prendre les paramètres : température toutes les 3 heures, pression artérielle, fréquence respiratoire, SpO2 au moins toutes les 15 minutes (voire 5 minutes dans un premier temps) ;
- Mettre le patient sous oxygène avec un débit supérieur à 6l/min en règle générale ou selon prescription avec un masque haute concentration ;
- Poser une voie veineuse périphérique (idéal : 2 voies) avec un soluté de remplissage, prévoir un gros calibre si possible ;
- Rechercher les signes et l'étiologie de l'état de choc par l'observation clinique (observer les pansements, les redons, les drains, rechercher une hémorragie);
- Réaliser un ECG et mettre en place un moniteur cardiaque avec scope et alarmes réglées ;

- Faire un bilan selon la prescription médicale ;
- Administrer le traitement prescrit ;
- Poser la sonde urinaire avec surveillance horaire de la diurèse ;
- Noter l'acte réalisé.

- Surveiller les paramètres : pulsations, pression artérielle, fréquence respiratoire, SpO2 au moins toutes les 15 minutes ;
- Surveiller la diurèse toutes les heures ;
- Surveiller l'état de conscience ;
- Surveiller les voies veineuses et l'oxygène [40,41].

CHOC HÉMORRAGIQUE

DÉFINITION

L'état de choc hémorragique correspond à une insuffisance circulatoire aiguë, entraînant une hypo-perfusion tissulaire et donc des désordres systémiques (hémodynamiques, métaboliques et viscéraux secondaires). Elle est due à une réduction aiguë de la masse sanguine circulante (> 40 %), ce qui entraîne une chute de l'alimentation des cellules en oxygène.

Causes

- Plaies vasculaires traumatiques;
- Hémorragie digestive : hématémèse, rectorragies, méléna ;
- Epistaxis ;
- Hémorragies gynéco-obstétricales ;
- Hémothorax, hémopéritoine ;
- Rupture de gros vaisseaux;
- Fractures (bassin, fémur);
- Rupture d'anévrisme aortique ;
- Pancréatite aiguë hémorragique ;
- Contexte post-opératoire.

Signes cliniques et paracliniques

- Cardio-vasculaires : marbrures, froideur des membres, pâleur ;
- Respiratoire : cyanose, polypnée, tachypnée ou bradypnée, sueurs ;
- Neurologiques: agitation, obnubilation, convulsion, coma;
- Urinaires : oligurie, anurie ;
- Tableau digestif: nausées, vomissements, malaise;
- Hypotension artérielle systolique inférieure à 90 mmHg 80mmHG ou baisse d'au moins 30% de la pression artérielle chez une personne hypertendue connue ;
- Tachycardie (fréquence cardiaque > 100 battements par minutes);
- Bradycardie (fréquence cardiaque < 60 bpmn).

OBJECTIE

Connaitre les bonnes pratiques de la prise en charge d'un choc hémorragique.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

Voir fiche du chariot d'urgence.

- Rassurer le patient au début du déroulement de soin ;
- Avertir le médecin ;
- Mettre le chariot d'urgence à proximité ;

- Installer le patient en position déclive, les jambes surélevées ;
- Déshabiller la personne soignée, observer ses téguments, marbrures aux genoux, temps de recoloration cutanée ;
- Rechercher les signes et l'étiologie de l'état de choc par l'observation clinique (observer les pansements, les redons, les drains, rechercher une hémorragie);
- Prendre les paramètres : la température toutes les 3 heures pulsations, pression artérielle, SpO2 au moins toutes les 15 minutes (voire 5 minutes dans un premier temps) ;
- Mettre le patient sous oxygène avec un débit supérieur à 6l/min en règle générale ou selon la prescription (avec un masque haute concentration);
- Poser une voie veineuse périphérique (idéal : 2 voies) avec un soluté de remplissage, prévoir un gros calibre si possible et s'assurer de la prescription médicale ;
- Réaliser un ECG et mettre en place un moniteur cardiaque avec scope et alarmes réglées ;
- Réaliser les examens prescrits par le médecin ;
- Administrer le traitement prescrit et surveiller son effet ;
- Noter les actes réalisés.

- Surveiller l'état général du patient ;
- Surveiller les paramètres vitaux du patient ;
- Surveiller l'état hémorragique ;
- Surveiller l'état de conscience du patient [42, 43,44].

DÉTRESSE RESPIRATOIRE

DÉFINITION

Ce sont des troubles respiratoires aboutissant à une défaillance de l'appareil respiratoire compromettant l'apport d'oxygène à l'organisme pouvant aboutir à la mort par hypoxie, hypercapnie.

Causes

- Embolie pulmonaire;
- Cancer primitif ou métastases pulmonaires ;
- Insuffisance cardiaque (OAP);
- Infection (bronchite, pneumopathie, pleurésie);
- Troubles de la déglutition ou fausse route (pneumopathie d'inhalation, obstruction des voies aériennes par un corps étranger) ;
- Décompensation aiguë d'une pathologie chronique (bronchopneumopathie chronique obstructive [BPCO], etc) ;
- Alitement prolongé, chirurgie récente (embolie pulmonaire);
- Autres causes : anémie, morphine, diabète, intoxication au monoxyde de carbone (CO) ou aux fumées, pneumothorax, etc.

Signes cliniques

- SpO2 inférieure à 88%;
- Fréquence respiratoire supérieure à 30/min ou inférieure à 10/min ;
- Pouls supérieur à 120 bpm;
- Pression artérielle systolique inférieure à 80 mmHg;
- Marbrures, cyanose, polypnée, sueurs, tirage, troubles de la conscience, agitation et flapping.

Signes associés en fonction de la pathologie

- Toux;
- Expectorations sales;
- Hémoptysie;
- Confusion;
- Douleur thoracique;
- Fièvre;
- Dyspnée d'effort ou de repos.

OBJECTIF

Savoir gérer la détresse respiratoire.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

- Rassurer le patient au début du déroulement de soin ;
- Appeler le médecin en urgence ;

- Prendre les constantes suivantes : Pression artérielle, pouls, température, SpO2, fréquence respiratoire et débit expiratoire de pointe (DEP) si le patient est asthmatique ;
- Libérer les voies aériennes supérieures ;
- Mettre le patient en position demi assise ;
- Mettre le patient sous oxygène immédiatement si signes de gravité au masque à haute concentration ou aux lunettes (si < 6 l/min) ;
- Faire des aspirations trachéales si besoin ;
- Prendre une voie veineuse;
- Réaliser un bilan sanguin et des examens complémentaires en fonction de l'étiologie suspectée selon la prescription médicale ;
- Réaliser un ECG;
- Préparer le patient pour un éventuel examen radiologique (selon prescription médicale : radiographie pulmonaire, angioscanner thoracique) ;
- Faire des examens cytobactériologiques des crachats (ECBC) si crachats sales ou hémoptoïques ;
- Noter les actes faits.

- Rechercher l'amélioration ou la détérioration des signes cliniques, en particulier des signes de gravité (trouble de la conscience, saturation, pression artérielle, fréquence respiratoire, fréquence cardiaque) ;
- Surveiller la diurèse [45].

IMPORTANT: Si patient BPCO, ne pas mettre un débit supérieur à 2 l/min!

OXYGÉNOTHÉRAPIE

DÉFINITION

C'est l'apport d'oxygène dans l'arbre trachéo – bronchique à l'aide d'une sonde nasale, des lunettes ou un masque dans le but de rétablir un taux normal d'oxygène dans le sang artériel, chez une personne présentant des difficultés respiratoires. Il est fixé par le médecin et ne doit en aucun cas être modifié sans prescription médicale.

OBJECTIF

Connaître la technique de l'oxygénothérapie et comprendre les éléments de surveillance chez un patient sous O2.

Indication

- Hypoxémie ;
- Détresse respiratoire ;
- Asthme;
- Insuffisance respiratoire aiguë ou chronique;
- Pathologie cardiaque (OAP)...

Contre-indication

Oxygénothérapie normobare :

- Aucune.

Oxygénothérapie hyperbare (OHB):

- Pneumothorax non drainé/non traité;
- La thérapie est contre-indiquée chez certaines personnes et notamment chez les enfants souffrant de cardiomyopathie congénitale.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Manomètre à oxygène ou débitmètre ;
- Nébuliseur ou humidificateur à usage unique ;
- Tubulure de raccord du manomètre à la sonde (ou masque ou lunettes) ;
- Raccord, compresses non stériles et sparadrap hypo allergénique si nécessaire (en fonction du matériel utilisé) :
- Masque (simple ou à haute concentration), lunettes nasales ou sonde nasale ;
- Réniforme ou sac poubelle et mouchoirs.

- Rassurer le patient au début du déroulement de soin ;
- Appeler le médecin traitant ;
- Effectuer un lavage des mains ;

- Mettre à disposition le matériel complémentaire (lunettes ou sonde nasale, compresses non stériles, sparadrap hypo allergénique ou masque, raccord) ;
- Assurer la liberté des voies aériennes garantissant que l'oxygène délivré ira bien jusqu'aux alvéoles ;
- Détacher un col serré, la ceinture du pantalon ;
- En cas d'obstacle évident : désobstruer les voies aériennes supérieures par nettoyage buccal ;
- En cas d'inconscience : basculer la tête en arrière, tirer sur le menton en avant ;
- Expliquer à la personne le but et le déroulement du soin ;
- Veiller à l'installation confortable de la personne en position demi assise ;
- Faire moucher la personne ;
- Assurer le montage du débitmètre à la prise murale d'oxygène (couleur blanche) selon la prescription médicale ;
- Positionner le nébuliseur :
- Brancher la tubulure ;
- Laisser l'autre bout de la tubulure sur la taie d'oreiller :
- Proposer à la personne un soin de bouche régulier car l'oxygène assèche les muqueuses ;
- Ne pas placer l'obus près d'une source de chaleur (radiateur) ;
- Ne pas utiliser de graisses (vaseline, pommade), explosives au contact de l'oxygène ;
- Nettoyer le débitmètre avec une chiffonnette imbibée de détergent-désinfectant et toujours changer l'eau du barboteur avec de l'eau distillée ;
- Noter le soin réalisé dans le dossier infirmier ;
- Avertir immédiatement le médecin en cas de signes d'urgence.

- Vérifier l'absence de douleur et de dyspnée (ou son augmentation) ;
- Surveiller les signes d'alerte d'une détresse respiratoire (dyspnée avec tirage thoracique, cyanose, sueurs, somnolence ou agitation, angoisse);
- Surveiller l'état cutané : les ailes du nez et la zone en contact avec la sonde nasale (risque d'escarre) ;
- Dépister les signes de surdosage en oxygène : céphalées, état euphorique, faciès rouge ;
- Surveiller le débit en conformité avec la prescription médicale ;
- Surveiller les constantes ;
- Vérifier le bon fonctionnement du matériel, l'étanchéité du dispositif et de la mise en place des lunettes, de la sonde nasale ou du masque ;
- Vérifier que la tubulure n'exerce pas de tension ;
- Vérifier le niveau d'eau du nébuliseur [46].

IMPORTANT:

- Interdire de fumer (l'oxygène est un produit inflammable qui est également un agent de combustion).
- Le matériel doit être toujours disponible, en bon état de marche car il s'agit d'un matériel d'urgence.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

DÉFINITION

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante, potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion.

Caractéristiques de la douleur

- Aigue : douleur post opératoire, fracture ;
- Chronique, évoluant depuis trois à six mois : pathologies cancéreuses, neurologiques, rhumatologiques ;
- Spontanée ;
- Induite : provoquée par un geste potentiellement douloureux (geste thérapeutique ou de nursing : change, toilette, pansement, changement de position, habillage...);
- Purement palliative (cancérologie, phases terminales de démences ou maladies dégénératives) ;
- Susceptible d'affecter le comportement, le bien-être du patient. La grande prévalence de la douleur chez le sujet âgé est aujourd'hui prouvée par de nombreuses enquêtes (au moins 60 % des résidents, 1/3 ayant des douleurs sévères).

OBJECTIF

Appliquer les normes de la prise en charge de la douleur.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

- Rassurer le patient au début du déroulement de soin ;
- Observer la survenue éventuelle de signes de souffrance ;
- Entamer l'évaluation : demander au patient qu'elle est sa douleur de 0 à 10, 0 = aucune douleur, 10 = douleur insupportable) ;
- Anticiper une prescription médicale d'antalgique pour administrer un traitement dès la survenue de symptômes : Cette prescription est à adapter selon les signes de douleur manifestés par le patient. Les antalgiques sont facilement administrés en soins infirmiers, par voie orale ou en perfusion dans la plupart des cas. Il existe 3 paliers de traitement de la douleur : pallier 1 (paracétamol et anti-inflammatoires non stéroïdien), pallier 2 (tramadol et codéine) et pallier 3 (morphiniques) ;
- Mettre à disposition de matériel pour éviter d'avoir mal (télécommande du lit pour position antalgique, sonnette pour appeler, vessie de glace...);
- Mettre le patient en position antalgique : position foetale (recroquevillé comme un bébé), partie douloureuse maintenue... ;
- Surélever un membre, éviter l'appui du corps sur une partie du corps potentiellement douloureuse...;
- Soulager les douleurs engendrées par un état inflammatoire par le froid ;
- Si douleur provoquée à la mobilisation (nursing...) ou à la déglutition (mucite) : administrer l'antalgique 30 minutes avant ;

- Utiliser le chaud pour détendre les muscles en cas de douleurs musculaires, de crispations (cervicalgies, lombalgies...);
- Noter les actes réalisés [47, 48,49].

MASSAGE CARDIAQUE

DÉFINITION

Action de pétrir le cœur avec les mains à travers le thorax, afin de le réanimer et de rétablir ainsi la circulation sanguine lors d'un arrêt cardiaque.

OBJECTIF

Apprendre les bonnes pratique d'un massage cardiaque.

Signes cliniques

- Perte de connaissance ;
- Absence de réactivité :
- Absence de pouls carotidien ;
- Absence de ventilation : arrêt respiratoire dans les 30 à 60 secondes après l'arrêt cardiaque ;
- Absence de toux :
- Pupilles en mydriase 1 à 3 minutes après l'arrêt cardiaque.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Voir fiche du chariot d'urgence ;
- Défibrillateur.

- Rassurer le patient au début du déroulement de soin ;
- Appeler le médecin responsable en urgence et demander de l'aide ;
- Installer le patient sur un plan dur ;
- Débuter immédiatement les gestes de réanimation cardio-pulmonaire (RCP) : Le massage cardiaque externe (MCE). Il consiste à comprimer le cœur entre le sternum et le rachis dorsal (dépression sternale de 5 à 6 cm) à une fréquence de 100 à 120/min ;
- Assurer une alternance de 30 compressions thoraciques suivies de deux insufflations avec un ballon auto remplisseur à valve unidirectionnel (BAVU);
- Un relais doit être organisé toutes les 2 à 3 minutes (inefficacité du MCE) ;
- Assurer une ventilation manuelle :
- Le bouche-à-bouche n'est plus pratiqué;
- La RCP est poursuivie jusqu'à installation du défibrillateur semi-automatique ;
- Installer le défibrillateur ;
- Les manoeuvres de réanimation sont poursuivies jusqu'à l'arrivée de l'équipe médicalisée. La poursuite de la prise en charge est d'assurer la sécurité des voies aériennes (IOT), de rétablir une activité cardiaque et de traiter la cause. Puis le patient sera transféré en service de réanimation ;
- Assurer la traçabilité des actions accomplies (horaire important, intervenant);

- Il est indispensable pour tous les soignants de connaître la procédure du service en cas d'ACR (arrêt cardiorespiratoire), de connaître et répéter régulièrement les gestes de la réanimation cardio-pulmonaire, de vérifier le chariot d'urgence et de connaître la prise en charge de l'ACR.

Surveillance

- Surveiller le patient en continu ;
- Contribuer à dépister des anomalies mettant en jeu le pronostic vital en se basant sur le monitorage et l'évaluation clinique (FC, FR, TA, saturation, T°....) [50, 51,52].

IMPORTANT:

- Ne pas toucher le patient au moment de l'analyse et du choc.
- Un rasage du torse peut faciliter l'adhérence des électrodes.
- La RCP est reprise immédiatement après la délivrance du choc électrique externe.

CONDUITE À TENIR DEVANT L'EXPOSITION AU SANG

DÉFINITION

Un accident d'exposition au sang est défini comme toute exposition accidentelle au sang ou à un liquide biologique contenant du sang, survenue lors d'une effraction cutanée (coupure ou piqûre) ou une projection sur les muqueuses ou sur une peau lésée.

OBJECTIF

Connaitre la conduite à tenir devant une exposition au sang.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Technique

- Urgence médicale :
 - » Interrompre la tâche en cours ;
 - » Nettoyer l'endroit exposé à l'eau et au savon ;
 - » Rincer et pratiquer une antisepsie pendant 5 minutes au minimum ;
 - » En cas de projection sur les muqueuses (œil notamment), rincer abondamment au sérum physiologique ou à l'eau pendant 5 à 10 minutes ;
 - » Le plus rapidement possible (au maximum dans les 4 heures), se présenter aux urgences ou à un médecin référent spécialisé dans ce type de prise en charge.

- Suivi:

- » L'évaluation du risque infectieux se fait en fonction des circonstances : type d'aiguille, profondeur de la plaie, projection, statut sérologique du patient source...;
- » Si le patient source est connu comme négatif et n'a pas de comportement à risque : pas de chimioprophylaxie mais suivi sérologique ;
- » Si le patient source est séropositif : chimioprophylaxie et suivi sérologique ;
- » Si le statut sérologique du patient source est inconnu : il est souhaitable d'obtenir rapidement la sérologie de ce patient source avec son consentement, une chimioprophylaxie peut être proposée en attendant le résultat du statut sérologique du patient source.
- Démarche médico-légale :
 - » La déclaration de l'accident de travail faite auprès du cadre de service dans les 48h suivant l'accident :
 - » Le certificat médical initial doit bien mentionner le risque biologique ;
 - » Un recours au service de médecine du travail pour s'assurer de l'immunité vis avis de l'hépatite B (Ac anti HBs) et la mise en place du suivi sérologique de l'accidenté [53,54].

CRISE CONVULSIVE

DÉFINITION

Contractions musculaires involontaires et subites, occasionnant des mouvements plus ou moins localisés ou touchant parfois l'ensemble du corps, d'origine cérébrale ou médullaire.

Causes

- Tumeurs cérébrales primitives ou secondaires ;
- Epilepsie;
- Atteintes du cerveau comme les encéphalopathies toxiques ou métaboliques, l'anoxie cérébrale ;
- Hypoglycémie sévère ou hypokaliémie sévère ;
- Traumatisme cérébral ;
- Accident vasculaire cérébral :
- Méningite;
- Provoquées volontairement et sous anesthésie générale avec les électrochocs ou électroconvulsivothérapie/sismothérapie pour des dépressions très sévères et résistantes aux traitements.

Les phases de la crise convulsive

- Première phase : phase dite "tonique" ou perte de connaissance brutale, raidissement du corps qui le fait tomber, le patient peut produire un cri, il peut se mordre la langue car tout se bloque et se raidit, sa respiration est également bloquée et il devient cyanosé.
- Deuxième phase : phase dite "clonique" avec apparition de secousses, contractions musculaires généralisées et irrégulières qu'on appelle des clonies.
- Troisième phase : phase de relâchement, le patient respire très bruyamment, ronfle, son corps, se relâche, il peut perdre ses urines.
- Quatrième phase : c'est "l'après crise", le patient se réveille progressivement mais il met du temps et est souvent perdu et confus pendant de longues minutes, et il ne se rappelle de rien.

OBJECTIF

Comprendre et appliquer la démarche de la prise en charge de la crise convulsive.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

- Rassurer le patient au début du déroulement de soin ;
- Appeler le médecin responsable en urgence ;
- Protéger le patient et éloigner tout objet dangereux ;
- Ne pas chercher à maitriser les mouvements ;
- Ne rien mettre dans la bouche (sauf canule de Guédel) : il n'y a pas de risque que la personne avale sa langue ;
- Faciliter la respiration (cravate, ceinture...);
- Protéger la tête (coussin, vêtements...);

- Mettre le patient en position latérale de sécurité après la phase tonico-clonique ;
- Surveiller la respiration, canule de Guédel et aspirer les sécrétions ;
- Couvrir la personne, la rassurer ;
- Prendre les paramètres vitaux : pouls, tension artérielle, saturation, température et glycémie ;
- Évaluer la conscience et des fonctions neurologiques ;
- Prendre une voie veineuse périphérique avec un sérum physiologique (pas de sérum glucosé car risque d'œdème cérébral) ;
- Après la crise, mettre le patient dans un lit car ressent une grande fatigue ;
- Effectuer un soin de bouche si morsure de langue, changer si perte d'urines et faire un pansement si blessures ;
- Effectuer un bilan sanguin et un ECG selon la prescription médicale ;
- Préparer le patient pour EEG;
- Administrer le traitement anticonvulsivant prescrit ;
- Expliquer l'intérêt du traitement et le respect des horaires ;
- Transférer le patient en soins intensifs ou réanimation si son état s'aggrave ;
- Noter les actes réalisés.

- Surveiller les effets secondaires du traitement ;
- Surveiller les constantes [55, 56,57].

CHARIOT D'URGENCE

DÉFINITION

Le chariot d'urgence comporte le matériel approprié pour permettre la prise en charge d'une urgence tant cardiovasculaire que respiratoire ou neurologique, et ce, quel que soit le lieu.

Principes : Le chariot est toujours accessible et l'emplacement est connu de tous :

- Fiabilité : opérationnel 24 h/24 h, vérification régulière (fonctionnement matériels, matériel adapté au patient, remplissage, péremption) et remise à jour dès l'urgence terminée et traçabilité) ;
- Ergonomie: utilisation facile du chariot et des annexes (tiroirs, accessoires);
- Mobilité : chariot à roulettes ;
- Rationalité : juste ce qu'il faut, rangé là où il faut.

OBJECTIF

Connaître les bonnes pratiques de l'utilisation d'un chariot d'urgence.

Matériel (voir tableau ci-dessous) [58,59]

Tableau 4 : Matériel du chariot d'urgence

Tiroir 1: Anes	thési	ie							
Lidocaïne 2%	1	Midazolam	5	Etomidate	2	Piles pour	2	Dextro +	1
Propofol	2	Rocuronium	2	Ltomidate	۷	laryngo	2	Appareil	1
Tiroir 2 : Médi	cam	ents d'urgence							
Nicardipine	5	Furosémide	20	Amiodarone	6	Atropine	10	O2 pour nébulisation	5
Ephédrine	10	Adrénaline	20	Noradrénaline	2	Dobutamine	0	Méthyl prednisolone 120	6
Tiroir 3 : Abord vasculaire									
Sparadrap	1	Lame bistouri	5	Kit bilan	1	Electrodes	5/1	Fil	3
CVC G20	5	CVC G18	5	CVC G16	5	CVC G14	5	Robinets	5
Tiroir 4: Dispositifs									
Seringues 50	2	Perfuseurs	5	Compresses	10				
Seringues 20	5	Prolongateurs	2	Bande de gaze	2				
Seringues 10	5	Gants stériles			5				
Tiroir 5 : Abore	d res	piratoire							
Lunettes à O2 / M Concentration	lasque	e Haute	3/3	Canules de Guedel / Pince de Magill			4/1		
Sondes d'aspiratio	n		5	Circuit accessoir	ire de ventilation avec masque facial				1
Sondes d'intubation	n		5	Masques larynge	ées				3
Laryngoscope + K	it de l	ames	1	Nébuliseur			2		
SG 30% 500	1	Poche de surpression	1	Drain de Joly	1	Kit de Mini Trachéo	1	Mandrin d'Eishmann	1
Potence	1	Boite à aiguilles	1	Poubelle	1	Défibrillateur	1	Planche de massage	1
Manomètre O2	1	Manomètre Vide	1	Kit d'aspiration	1				

COLOSTOMIE, ILÉOSTOMIE ET JÉJUNOSTOMIE

Tableau 5 : Types et techniques de stomies

	Colostomie	lléostomie	Jéjunostomie
Définition	 Aboucher un viscère creux à la peau par dérivation de l'appareil digestif (entérostomie). 	 Ouverture à la peau de l'iléon, segment distal de l'intestin grêle. Elle permet une dérivation des liquides digestifs. 	 Opération chirurgicale qui permet d'alimenter le patient grâce à une sonde d'alimentation placée au niveau du jéjunum.
Indication	 Cancers recto sigmoidiens; Cancers oesophagiens; Cancers coliques; Péritonites; Ingestions caustiques. 	 Sténoses coliques; Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin telles la maladie de CROHN, et la RCH; Colectasie aigue, les lésions hémorragiques sur RCH existante; Entérocolite nécrosante; Plaies iléo-caecales ou du côlon droit; Prévention des complications coliques au cours des pancréatites aigues nécrosantes; Colites ulcéreuses (CROHN, RCH); Polypose adénomateuse familiale; Traumatismes colorectaux; Carcinomes multiples du côlon. 	 Certains cancers digestifs; Anorexie qui correspond à un trouble du comportement alimentaire; Affaiblissement ou de vieillissement pathologique; Lésions au niveau de la partie supérieure du tube digestif.
Matériel	 Compresses non stériles non tissé Dispositif d'appareillage une pièce stomie à+/- 2mm); Eau tiède du robinet - pâte, annea Sac poubelle, ciseaux; Miroir si éducation. 	e ou deux (support découpé à la taille de la	 Essuie-mains; Savon liquide et solution hydroalcoolique; Eau; Gants à usage unique; Bétadine scrub et dermique; Compresses non stériles; Pansement adhésifs; Bandelettes adhésives.

Technique	 Expliquer le soin au patient; Coller le nouveau dispositif du bas vers le haut sur la peau; 2 pièces: changement de support 48h à 72h - 1 pièce: changé 1/jour; Soins d'hygiène pur lorsque la stomie est complètement cicatrisée; Nettoyer avec de l'eau du robinet et un savon doux, et un gant de toilette ou éponge, mais rien d'irritant; Mettre des gants jetables; Lors du retrait de poche, enlever le surplus de selles avec du papier WC; Bien rincer et sécher en taponnant. Surtout pas de sèche-cheveux ou éther; Positionner le filtre vers le haut, la vidange en bas; Surveiller la peau péri stomiale; Eduquer le patient sur les différentes modalités d'hygiène de vie; Informer le patient sur le régime alimentaire approprié; Transmettre par écrit les informations nécessaires pour une bonne continuité des soins. 	 Expliquer le soin au patient; Vérifier le pansement et la fixation de la sonde; Connecter la sonde de la jéjunostomie avec un sac a urine et la mettre en siphonage; Surveiller les paramètres vitaux du patient et administrer le traitement prescrit; Enlever le sac à urine et connecter la sonde avec une tubulure et un sérum glycosé de 500cc; Faire passer le sérum glycosé 24h après l'opération en surveillant toujours la réaction du patient; Laver les mains et mettre les gants non stériles; Injecter 30 ml d'eau pour vérifier la perméabilité de la sonde; A la fin de l'alimentation, rincer la sonde en injectant 30 ml d'eau; Éliminer les déchets et désinfecter le matériel utilisé; Éduquer le patient et sa famille de la technique d'alimentation par la sonde de jéjunostomie; Effectuer un lavage simple des mains; Noter le soin réalisé.
Complications	 Nécrose; Rétraction; Éviscération; Éventration; Prolapsus sténose: Dermite. 	 Péritonite; Perforation digestive; Hémorragie; Troubles cardiovasculaires; Obstruction de la sonde; Chute de la sonde.
Surveillance	 Observer l'aspect de la stomie : couleur, forme, œdème ; Observer les points de suture, la peau péristomiale ; Surveiller la reprise du transit : aspect, consistance, volume, couleur et odeurs. 	 Surveiller le poids; Évaluer la tolérance du patient; Vérifier qu'il n'y a pas de signes de déshydratation ou de trouble du transit; Surveiller et comparer les entrées et les sorties; Surveiller les constantes; Surveiller l'état du pansement; Surveiller la fixation et la perméabilité de la sonde; Surveiller l'aspect de l'orifice de sonde [60, 61, 62, 63,64].

IMPORTANT:

- Eviter l'utilisation de l'éther, alcool, dakin, antiseptiques divers, éosine.
- Ne pas utiliser la crème, le lait éponges/lavette/serviettes/alèses/ rasoir/crème dépilatoire.
- Ne pas faire de découpe trop large.
- Ne pas oublier la prise en charge psychologique.

RÔLE INFIRMIER DANS LA PONCTION D'ASCITE, PLEURALE, LOMBAIRE, STERNALE ET LA BIOPSIE OSTÉO-MÉDULLAIRE

Tableau 6: Types et techniques de ponctions

	Ponction d'ascite	Ponction pleurale	Ponction lombaire	Ponction sternale	Biopsie ostéo- médullaire
Définition	- Acte médicale consiste à introduire une aiguille dans la cavité péritonéale, pour en prélever le contenu, à des fins diagnostiques ou thérapeutique.	- Acte médicochirurgical consistant à introduire une aiguille dans la cavité pleurale, pour en prélever le contenu, à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.	- Introduction d'une aiguille (de Laborde) dans l'espace sous- arachnoïdien du canal rachidien entre la 4ème et la 5ème vertèbre.	- Prélèvement de la moelle osseuse effectué avec une aiguille résistante sur la partie bossue du sternum, l'os qui relie les côtes sur le devant du thorax. À cet endroit, l'os est spongieux, et le bon endroit pour le prélèvement est très superficiel, ce qui rend relativement facile la pénétration de l'aiguille.	- Prélèvement de la moelle osseuse à l'aide d'un trocart d'une carotte osseuse au niveau de l'épine iliaque ostéosupérieure ou latérale en vue d'un examen histologique du tissus myéloïde.
Objectif	Appréhender les éléments	de prise en charge et de survei	illance des ponctions et biopsies.		
Indications	 Diagnostiquer l'étiologie de l'ascite; Rechercher une surinfection bactérienne; Vérifier l'efficacité d'un traitement antibactérien et soulager le patient. 	 Soulager le patient ; Diagnostiquer l'étiologie. 	 Visée diagnostique, radiologique, thérapeutique (ex : injection corticoïde) et anesthésique. 	 Trouble de la production ou de la maturation des cellules sanguines; Envahissement myéloblastique; Baisse de l'état général; Maladie de Hodgkin; Pour une surveillance d'un traitement myéloaplasant (chimiothérapie, radiothérapie); Evolution de certaines leucémies. 	 Bilan d'extension des lymphomes (HODGKIN ou non) Diagnostic (recherche d'une aplasie médullaire que peut avoir plusieurs origines; Recherche des syndromes myéloprolifératiques

Contre- indications	- N'existe pas de contre- indication à la ponction d'ascite.	-Ne présente pas de contre-indications majeures, cependant elle est déconseillée en cas d'anticoagulation efficace, de faible quantité de liquide pleural d'infection cutanée au niveau de la zone de ponction, d'insuffisance respiratoire aigüe sauf si l'épanchement est la cause principale de celle-ci, de malformation des côtes ou d'allergie au produit d'anesthésie locale (le plus souvent de la lidocaïne à 1 %); - Chez les patients sous ventilation artificielle.	-Hypertension intracrânienne ; -Risque d'engagement cérébral ; -Infection localisée cutanée.	- Antécédent de fracture sternale peuvent fausser les résultats.	e. Les zones irradiées
Matériel	- Plateau, aiguille à ponction, compresses stériles, antiseptique, tubes de prélèvement pour analyse biologique, cytologique et histologique, tubulures pour évacuation, bocal d'évacuation, anesthésie locale à la xylocaïne.	- Compresses et gants stériles, antiseptique, champ stérile troué, matériel pour anesthésie locale si besoin, matériel pour la ponction et le prélèvement (plateau stérile, cathéters à ponction pleurale, sérum physiologique, seringue, flacons de prélèvement stériles), bocal propre en verre gradué pour les ponctions évacuatrices et tubulure, matériel pour réaliser un pansement sec, collecteur à aiguille et poubelle.	- Antiseptique, compresses stériles, masques, gants stériles, callot et blouse, kit à pansement pour la ponction : 2 aiguilles à ponction lombaire de tailles adaptées, un champ stérile, 3 tubes secs (bactériologie, chimie, hématologie), porte-tube, matériel pour anesthésie, collecteur à aiguille, autres : réniforme ou poubelle, pansement sec, sachet, bons de laboratoire, étiquette d'identification.	- Trocart de ponction, antiseptique, compresses et gants stériles, pansement stérile un peu compressif, seringue 20ml à usage unique, 5 à 6 lames dégraissées à éther et des lamelles pour les étalements, matériel pour anesthésie locale; - Bon laboratoire et étiquettes.	- Trocart de biopsie, champ stérile troué, parfois un bistouri, seringue de 20ml, flacon liquide de Bouin, gants stériles, compresses stériles, aiguille IM, xylocaïne 1 %, pansement compressif.

- Demander au patient s'il veut aller aux toilettes ;
- Informer et expliquer l'acte au patient et lui installer confortablement en décubitus dorsal ;
- Respecter les règles d'asepsie;
- Prendre une voie veineuse ;
- Lors de l'évacuation de l'ascite : Regarder le liquide prélevé, prendre les constantes (TA, pouls) et observer la réaction du patient :
- Clamper l'évacuation au bout de quelques litres et mesurer l'abdomen avant et après la ponction.

Technique

- Demander au patient s'il prend un traitement anti-coagulant ou s'il a une allergie aux anesthésiques;
- Lui expliquer le déroulement et répondre à ses guestions ;
- S'assurer de l'hygiène corporelle du patient ;
- Installer la personne soignée : assise au bord du lit; torse nu; en position dos arrondi, les épaules en avant, entourant un oreiller ou en position décubitus latéral, côté opposé au point de ponction et bras relevé audessus de la tête :
- Prendre une voie veineuse;
- Assister et servir le médecin lors du l'acte ;
- Surveiller le patient et lui demander de ne pas tousser et d'éviter de parler pendant le geste, et surtout ne pas bouger;
- Soutenir le patient pendant la ponction et lui demander de ne pas respirer juste le temps d'introduction du cathéter;
- Veiller à l'acheminement des prélèvements et des bons au laboratoire ;
- Réaliser les transmissions (liquide: aspect et quantité et état du patient).

Avant la ponction:

- Expliquer le soin au patient ;
- Préparer le patient de préférence à jeun ;
- Faire une prémédication.

Pendant la ponction :

- Laver les mains ;
- S'asseoir le patient dos rond ;
- Appuyer sur un oreiller ou installer le patient en décubitus latéral ;
- Faire une première antisepsie (lavage, rinçage antiseptique) jusqu'aux crêtes iliaques;
- Présenter les gants et blouse au médecin ;
- Déposer tout le matériel sur le plateau ;
- Surveiller le patient en permanence (coloration, respiration, position);
- Parler, expliquer, rassurer le patient ;
- Mettre un pansement sec.

Après la ponction

- Allonger le patient à plat, sans oreiller ;
- Identifier le prélèvement ;
- Prendre les constantes du patient régulièrement toutes les deux premières heures (pouls, tension);
- Noter l'acte réalisé.

Avant l'examen :

- Prévenir le patient et lui expliquer en quoi consiste l'examen, son intérêt, le déroulement :
- Rassurer la personne sur ses craintes et ses appréhensions ;
- Prendre les constantes: pouls, tension artérielle, température ;
- Placer la personne en décubitus dorsal strict.

Pendant l'examen:

- Veiller à ce que la personne ne bouge pas ;
- Assister le médecin .

Après l'examen:

- Comprimer le point de ponction avec un pansement compressif ;
- Acheminer les lames ou les tubes au laboratoire ;
- Noter l'examen dans le dossier de soins avec l'heure et le type de prélèvement ;
- Réinstaller confortablement le patient.

Avant l'examen :

- Prévenir et expliquer le déroulement au patient ;
- Préparer le matériel et le patient ;
- Prendre les constantes ;
- Faire une prémédication ;
- Bien expliquer le geste et dire qu'il s'agit d'un examen douloureux :
- Installer le patient en décubitus ventral ou latéral

Pendant l'examen :

- Surveiller le patient, son faciès, veiller à ce qu'il ne bouge pas ;
- Assister le médecin ;
- Mettre un pansement au niveau du point de compression ;
- Noter l'acte réalisé.

Risques et complications	- Fuites de liquide au point de ponction, infection au site de ponction, perforations d'un organe interne.	- Elles sont rares, elles dépendent de l'expérience du médecin, du matériel et de l'abondance du liquide : pneumothorax, toux ; - Douleurs : malaise vagal chez le patient stressé, saignements ou un hémothorax en cas de ponction de l'artère intercostale, du foie ou de la rate, infection secondaire du liquide pleural, œdème de réexpansion pulmonaire ; - Exceptionnellement, une ponction d'un épanchement d'origine cancéreuse peut entraîner des métastases sur le trajet de l'aiguille.	- Échec ou piqûre d'une racine nerveuse (douleur membre inférieur), d'un vaisseau sanguin, céphalées, vomissements : boire ++, voir pour antiémétique ; - Fuite persistante de liquide céphalorachidien au point de ponction : refaire le pansement, infection ; -Si hypertension intracrânienne méconnue : engagement du bulbe par le trou occipital (troubles neurovégétatifs concernant le système nerveux autonome, avec hypotension, baisse de la vigilance, arrêt respiratoire).	- Perforation sternale et plaie avec éventuellement atteinte des vaisseaux sous-jacents ; - Complications sont surtout hémorragiques.	
Surveillance	- Peser avant et après ; - Surveiller le débit, la couleur (claire, trouble, hémorragique) ; - Noter le volume sur le dossier infirmier ; - Prendre les constantes ; - Quand la ponction est terminée, retirer le tout et le jeter dans le dépôt sale ; - Poser un pansement sec sur le point de ponction ; - Dire au malade de se reposer et de rester couché.	- Surveiller attentivement la douleur, les mimiques, le faciès, la respiration; - Si ponction pleurale évacuatrice, surveiller de près le patient pendant l'écoulement et change de bocal si le 1er est plein; - Surveiller également le pansement et l'ôter le lendemain; - Surveiller les constantes (pouls, TA, respiration et T°).	- Le patient reste à plat sans oreiller pendant 4 heures strictes si autorisation peut boire et manger 2 heures après la ponction lombaire; - Surveiller les signes de nausée, céphalée, conscience; - Signaler tout signe anormal (somnolence), doubleur, trouble respiratoire).	- Surveiller dans les heures qui suivent les constantes et l'état du pansement : si saignement ; - Conseiller le repos au lit si le patient présente des troubles de la coagulation ; - S'enquérir de recueillir les résultats.	- Surveiller si écoulement; - Surveiller les constantes régulièrement : pouls et tension artérielle; - Se lever une heure plus tard, si prémédication : 4 heures après; - Prévoir l'ablation des sutures 5 à 6 jours après [65,66, 67, 68,69].

DRAINAGE THORACIQUE

DÉFINITION

Le drainage thoracique est l'introduction d'un drain dans l'espace pleural pour évacuer tout épanchement gazeux (pneumothorax), hémorragique (hémothorax) ou liquidien (pleurésie), ce qui permet de rétablir une pression négative dans la cavité pleurale pour ramener la surface du poumon à la paroi thoracique.

OBJECTIF

Maitriser la pratique d'un drainage thoracique.

INDICATIONS

- Épanchement dans la cavité pleurale ;
- Pneumothorax;
- Hémothorax ;
- Pleurésie ;
- Pyothorax : épanchement purulent dans la cavité pleurale ;
- Chylothorax : épanchement de chyle (lymphe essentiellement issue du tube digestif) dans la cavité pleurale ;
- Chirurgie thoracique.

CONTRE-INDICATIONS

- Il n'existe aucune contre-indication absolue à la thoracostomie par tube, les contre-indications relatives comprennent : la coagulopathie ou le trouble de la coagulation (peuvent nécessiter des produits sanguins ou des facteurs de coagulation).

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Cathéter pleural ou drain pleural de type et de diamètre selon prescription ;
- Tuyau stérile ;
- Manomètre de contrôle de niveau d'aspiration ;
- Source d'aspiration;
- Champ troué stérile;
- Champ de table stérile ;
- Bistouri stérile ;
- Fil de suture non résorbable ;
- Compresses stériles ;
- Produits pour l'antisepsie ;
- Seringues stériles de 10 ml;
- Seringue de 60 ml à gros embout ;

- Eau distillée stérile :
- 2 pinces Kocher (clamp);
- Pansement:
- Bandes adhésives :
- Matériel pour l'anesthésie locale ;
- Tenue du médecin : casaque stérile, gants stériles à usage unique, bavette et callots ;
- Tondeuse ;
- Réniforme (haricot).

Technique

- Prévenir le patient, lui expliquer le processus du soin et ces objectifs ;
- Installer le patient en :
 - » Position demi-assise, bras en abduction : site d'introduction du drain sur la ligne axillaire moyenne : épanchement gazeux ;
 - » Décubitus dorsal : site d'introduction du drain sur la ligne médioclaviculaire : épanchement liquidien.
- Effectuer un lavage simple des mains ou frictionner avec une solution hydro-alcoolique ;
- Installer le matériel après vérification des dates de péremptions et de l'intégrité des emballages ;
- S'habiller : bavette, casaques et callots ;
- Si besoin, dépiler la zone à perfuser avec une tondeuse ou aux ciseaux, ne pas raser;
- Imbiber les compresses avec le savon antiseptique (mettre un peu de sérum ou eau sur le savon antiseptique afin de le diluer), le sérum physiologique, l'antiseptique dermique ;
- Installer un champ troué;
- Assister le médecin lors de son acte médical ;
- Mettre un pansement et renforcer avec des bandes adhésives ;
- Enrouler l'autour du drain par des compresses stériles pour assurer une étanchéité ;
- Entretenir le plan de travail ;
- Effectuer un lavage simple des mains ;
- Préparer le patient pour une radiographie pulmonaire si besoin pour vérifier la position du drain ;
- Noter l'acte réalisé.

Risques et complications

- Lors de la pose :
 - » Malaise vagal;
 - » Douleur;
 - » Hémorragie:
 - » Perforation d'un organe : poumon, foie, rate ;
 - » Embolie gazeuse.
- Lors du drainage:
 - » Hypotension: drainage trop rapide;
 - » Œdème pulmonaire;

- » Déconnexion du drain :
- » Ablation accidentelle du drain.

Surveillance

- Durant la pose :
 - » Évaluer l'état clinique du patient : malaise, état de choc ;
 - » Surveiller la fonction respiratoire : fréquence, amplitude, saturation en oxygène, couleur des téguments ;
 - » Surveiller la fonction cardio-circulatoire : pression artérielle, fréquence cardiaque, couleur et chaleur des téguments ;
 - » Surveiller la douleur.
- Durant le drainage :
 - » Surveiller la quantité, l'aspect du liquide pleural recueilli (hémorragique, purulent, clair) ;
 - » Faire un bilan entrées/sorties : compenser les pertes ;
 - » Surveiller la fonction respiratoire;
 - » Effectuer une gazométrie artérielle selon la prescription médicale ;
 - » Surveiller la symétrie de l'auscultation des champs pulmonaires.
- Précautions particulières :
 - » Ne jamais clamper un drain qui bulle ;
 - » Ne jamais clamper un drain si le patient est ventilé en pression positive ;
 - » Ne jamais mettre en aspiration un drain d'un malade opéré d'une pneumonectomie ;
 - » Si le débit >200 ml/h, avertir le médecin [70].

POSE D'UNE SONDE GASTRIQUE

DÉFINITION

C'est l'introduction d'une sonde dans l'estomac par les voies aéro-digestives supérieures (nasale). Il s'agit d'un acte médicale et infirmier sur prescription médicale.

OBJECTIF

Apprendre les bonnes pratiques de la pose de la sonde gastrique.

INDICATIONS

- Hydratation, alimentation;
- Aspiration.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Solution hydro-alcoolique pour les mains ;
- Boîte à prothèses dentaires si nécessaire ;
- Protection pour le patient ;
- Gants non stériles ;
- Compresses stériles ;
- Sonde gastrique (selon indication);
- Gelée lubrifiante :
- Tampons non stériles ;
- Verre d'eau et une paille ;
- Seringue de 50 ml à embout conique ou seringue à usage orale ;
- Stéthoscope;
- Pansement spécifique de fixation pour sonde naso-gastrique ;
- Système d'aspiration mural installé et prêt à l'emploi ;
- Matériel nécessaire à la nutrition entérale si besoin.

Technique

- Expliquer le soin au patient ;
- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique ;
- Informer le patient et lui installer de préférence en position assise ou semi-assise ;
- Enlever les prothèses dentaires s'il y a lieu et faire moucher le patient et mettre la protection et le bassin réniforme devant lui ;
- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique et mettre les gants ;
- Mesurer la longueur de la sonde : nez-oreille (1er repère) et oreille-appendice xyphoïde (2ème repère) ;
- Lubrifier la sonde avec la gelée;

- Introduire la sonde dans la narine du patient (en maintenant la tête du patient légèrement inclinée vers l'avant) 2 cm en hauteur puis en direction du conduit auditif externe ;
- En cas d'obstacle ou de résistance, ne pas insister et changer de narine ;
- Faire déglutir le patient après avoir atteint le 1er repère (s'il n'y a pas de contre-indication lui donner une gorgée d'eau à avaler à l'aide de la seringue ou directement au verre (ou avec une paille) et glisser la sonde en même temps ;
- Faire progresser la sonde jusqu'au 2ème repère, en mouvements synchrones avec la déglutition du patient ;
- Contrôler la bonne mise en place de la sonde : injection d'air par la sonde en contrôlant les bruits perçus au niveau de l'estomac avec le stéthoscope ;
- En cas de doute et sur prescription médicale, effectuer un contrôle radiologique ;
- Enlever les gants et se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique ;
- Fixer la sonde sur l'aile du nez préalablement nettoyé ou sur la joue avec le pansement spécifique de fixation pour sonde naso-gastrique ;
- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique ;
- Noter l'acte réalisé.

Prévention et précautions

- En cas d'obstacle ou de résistance lors de la pose de la sonde gastrique : ne pas insister et faire appel au médecin ;
- Vérifier la position de la sonde avant chaque utilisation ;
- Rincer la sonde avec 20ml d'eau minimum, avant et après l'administration de médicaments et/ou de solution nutritive ;
- Le changement de la sonde est à effectuer selon l'évaluation infirmière avec l'accord médical ;
- Effectuer les soins de nez au minimum 1 fois par jour ;
- Changer le pansement quand celui-ci se décolle ;
- Eviter tout pincement entre la sonde et la paroi nasale lors de la fixation de l'adhésif (risque d'escarre de l'aile du nez) ;
- Assurer une mobilisation légère de la sonde une fois par jour ;
- Réaliser les soins de bouche au minimum trois fois par jour.

Risque

- Obstruction de la sonde gastrique ;
- Déséquilibre de la volémie et des électrolytes ;
- Perforation digestive.

Surveillance

- Surveiller la perméabilité de la sonde et sa position ;
- Surveiller l'apparition des signes des escarres de l'aile de nez [71].

POSE D'UNE SONDE VÉSICALE

DÉFINITION

Le sondage urinaire est un acte médical et infirmier (sur prescription médicale) consistant à introduire aseptiquement une sonde par le méat urinaire et remontant jusqu'à la vessie en suivant le trajet de l'urètre pour permettre l'écoulement des urines.

OBJECTIF

Apprendre les bonnes pratiques de la pose de la sonde vésicale chez la femme et l'homme.

INDICATIONS

- Rétention urinaire temporaire ou partielle chronique ou aiguë (raison neurologique, coma...);
- Incontinence urinaire invalidante ;
- Anesthésie générale ;
- Intervention chirurgicale (prostatectomie, intervention sur la vessie...);
- Traumatisme de la moelle épinière (paraplégie) ;
- Surveillance des entrées et des sorties de liquides dans les services de soins intensifs.

CONTRE-INDICATIONS

- Traumatisme de l'urètre :
- Sténose de l'urètre ;
- Présence d'une prothèse urétrale ou prostatique ;
- Prostatite aiguë.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

Matériel pour la toilette génitale hygiénique :

- Savon doux:
- Gant de toilette :
- Serviette ;
- Gants à usage unique ;
- Bassin si besoin ;
- Alaise en tissu.

Matériel pour la toilette génitale antiseptique :

- Antiseptique ;
- Compresses stériles : 8 chez la femme, 5 chez l'homme ;
- Gants stériles.

Matériel pour la pose de la sonde :

- Set de sondage (sonde calibre en principe : charrière 14-18 pour femme - charrière 12-14 pour

homme, des compresses stériles, un champ stérile troué, une seringue de 20 ml, une cupule pour recueillir l'eau stérile et remplir la seringue, des tampons);

- Gants stériles ;
- Sérum physiologique, champ de table stérile ;
- Lubrifiant hydrosoluble ou gel anesthésiant pour l'homme ;
- Poche collectrice d'urine vidangeable équipée d'une valve anti-reflux ;
- Support de sac pour la poche ;
- Sac à élimination des déchets ;
- Container à déchets contaminés piquants et tranchants pour l'ampoule ;
- Nécessaire à l'hygiène des mains.

Technique

- Expliquer le soin au patient ;
- Vérifier la prescription médicale ;
- Prévenir le patient ;
- Mettre le patient en décubitus dorsal ;
- Ouvrir du champ stérile à usage unique sur support (table ou chariot de soin préalablement désinfecté);
- Ouvrir et déposer de façon aseptique sur le champ stérile à usage unique tout le matériel stérile à usage unique préparé pour le sondage ;
- Mettre en place la protection à usage unique ;
- Effectuer un lavage antiseptique des mains ou solution hydro alcoolique ;
- Informer et éduquer le patient sur les soins et la surveillance à réaliser ;
- Signaler les anomalies dépistées au médecin.

Chez la femme

- Installer la patiente en position jambes écartées sur le bassin ;
- Effectuer une toilette uro-génitale avant le sondage :
 - » Savonner d'avant en arrière en commençant par les grandes lèvres, puis les petites, et en terminant par le méat urinaire ;
 - » Changer de compresses entre chaque zone ;
 - » Ôter le surplus de savon antiseptique ;
 - » Rincer à l'eau stérile :
 - » Essuyer en tamponnant, ne pas frotter;
 - » Enlever le bassin et réinstaller la patiente sur son lit propre et sec ou sur une alèse sèche.
- Appliquer la solution antiseptique avec des compresses stériles selon la même technique que pour le savonnage, puis laisser une compresse imbibée d'antiseptique sur le méat ;
- Ôter les gants ;
- Effectuer un lavage antiseptique des mains ou solution hydro alcoolique ;
- Enfiler un gant stérile ;
- Remplir la seringue de 20 ml d'eau stérile ;

- Enfiler le 2ème gant stérile ;
- Vérifier l'étanchéité du ballonnet ;
- Connecter la sonde vésicale sur le sac collecteur ;
- Lubrifier la sonde ;
- Disposer le champ troué ;
- En maintenant les lèvres écartées avec des compresses stériles, introduire la sonde sans forcer ;
- Vérifier l'écoulement des urines ;
- Gonfler le ballonnet (quantité marquée sur la sonde) ;
- Retirer la sonde délicatement (le ballonnet s'appuie sur le col vésical) ;
- Enlever le champ troué, en le déchirant ou en le coupant, sans désadapter le système de drainage ;
- Vérifier l'installation : tuyau de drainage sans repli, collecteur d'urines en position déclive. Le sac ne doit pas toucher le sol ;
- Éliminer les déchets ;
- Ôter les gants ;
- Fixer la sonde, si possible sur la cuisse ;
- Réaliser un lavage simple des mains ou solution hydro alcoolique ;
- Noter le sondage sur le dossier de soins.

Chez l'homme

- Faire une toilette uro-génitale avant le sondage :
 - » Savonner de l'avant à l'arrière :
 - » Décalotter et nettoyer l'anneau préputial en finissant par le méat urinaire ;
 - » Changer régulièrement de compresses ;
 - » Oter le surplus de savon antiseptique ;
 - » Rincer à l'eau stérile et essuyer.
- Appliquer la solution antiseptique avec des compresses stériles selon la même technique que pour le savonnage, puis laisser une compresse imbibée d'antiseptique sur le méat;
- Ôter les gants ;
- Faire un lavage antiseptique des mains ou solution hydro alcoolique :
 - » Enfiler un gant stérile ;
 - » Remplir la seringue de 20ml d'eau stérile ;
 - » Enfiler le 2ème gant stérile ;
 - » Vérifier l'étanchéité du ballonnet ;
 - » Connecter la sonde vésicale sur le sac collecteur ;
 - » Lubrifier la sonde ;
 - » Disposer le champ troué ;
 - » Saisir la sonde avec la main dominante en « cor de chasse » : faire une boucle en l'air ;
 - » Saisir la verge avec la main non dominante en maintenant une traction légère et la tenir en position verticale pour faire disparaître la courbure antérieure ;
 - » Introduire la sonde par le méat urinaire dans l'urètre jusqu'à la butée ;

- » Lorsque l'on butte, abaisser la verge à l'horizontale pour terminer l'introduction de la sonde, c'est le passage de la deuxième courbure de l'urètre ;
- » Poursuivre l'introduction, un écoulement d'urine atteste de la bonne position de la sonde;
- » Recalotter pour éviter l'œdème ;
- » Le reste idem que pour la femme.
- Retrait de la sonde vésicale :
 - » Informer le patient ;
 - » Réaliser une friction hygiénique des mains avec une solution hydro alcoolique ;
 - » Mettre des gants de soins à usage unique ;
 - » Vider le sac :
 - » Dégonfler le ballonnet ;
 - » Retirer la sonde urinaire et le sac collecteur, en maintenant le système clos ;
 - » Eliminer le sac collecteur et la sonde ;
 - » Réaliser une friction hygiénique des mains avec une solution hydro alcoolique ;
 - » Noter la date de l'ablation de la sonde dans le dossier infirmier.

Risques et complications

- Infection nosocomiale:
- Rétraction de la vessie ou hémorragie en cas de vidange trop rapide ;
- Traumatisme de l'urètre ou de la prostate au passage de la sonde ;
- Une gêne importante peut demander de reporter le soin.

Surveillance

- Surveiller la couleur des urines ;
- S'assurer de l'absence du saignement, ni de douleur lors de la pose ;
- S'assurer de la bonne tolérance au matériel [72,73].

IMPORTANT:

- Ne jamais déconnecter intentionnellement le système clos.
- Lors de la pose ne pas insister si la sonde ne progresse pas dans l'urètre.
- Clamper la sonde et vider la vessie par étapes.
- Ablation ou le changement de la sonde : si infection, endommagement de la poche, urines troubles ou malodorantes, ou l'obstruction à l'écoulement des urines (sur prescription médicale).
- Si l'orifice vaginal est cathétérisé, changer impérativement la totalité du système (sonde et sac) avant le deuxième essai.

SOIN DE LA TRACHÉOTOMIE

DÉFINITION

La trachéotomie est une incision chirurgicale pratiquée dans la trachée dans le but de rétablir le passage de l'air. La trachéotomie peut être pratiquée de manière chirurgicale ou percutanée.

OBJECTIF

Apprendre la technique d'un soin de trachéotomie.

INDICATIONS

- Obstruction des voies respiratoires due à une tumeur au niveau de la gorge ;
- Chirurgie au niveau du nez, du pharynx ou du larynx;
- Paralysie des cordes vocales ;
- Larynx non fonctionnel;
- Troubles de la déglutition ;
- Insuffisance respiratoire aiguë;
- Encombrement bronchique;
- Assistance ventilatoire de longue durée.

CONTRE-INDICATIONS

- Trouble de la coagulation ;
- Opérateur non expérimenté;
- Infection locale, fracture cervicale, impossibilité de palper les repères ;
- Obésité morbide.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Solution hydro alcoolique;
- Masque, lunettes, sur blouse et gants à usage unique ;
- Plateau avec pansement de trachéotomie ;
- Paire de ciseaux non stérile ;
- Seringue;
- Sonde d'aspiration souple de diamètre adapté ;
- Stop vide plus un en réserve ;
- Eau distillée stérile (100ml);
- Aspiration murale fonctionnelle et matériel en réserve (tuyaux et bocal) ;
- Flacon de bicarbonate de sodium :
- Sérum salé;
- Canule neuve identique à celle du patient ;
- Système d'oxygénothérapie si besoin.

Technique

- Informer le patient sur le déroulement du soin ;
- Se frictionner les mains avec la solution hydro alcoolique ;
- Réaliser le soin au minimum 2 fois par jour ;
- Mettre les lunettes, le masque, la sur blouse et les gants à usage unique ;
- Faire un soin de bouche ;
- Stimuler à l'inspiration et à l'expiration forcée pour inciter le patient à se moucher par sa canule ;
- Retirer les gants à usage unique et désinfecter les mains ;
- Se frictionner les mains avec la solution hydro alcoolique ;
- Mettre des gants non stériles ;
- Retirer la compresse fendue en Y souillée ;
- Retirer la canule interne du patient :
 - » Si canule interne réutilisable, désinfecter pendant 10 min ;
 - » Si canule interne à usage unique, la jeter dans le gant .
- Enlever les gants ;
- Se frictionner les mains avec la solution hydro alcoolique ;
- Mettre des gants non stériles ;
- Désinfecter le pourtour de la trachéotomie avec des tampons et des bâtonnets montés ;
- Enfiler les nouveaux lacets et les fixer en faisant 3 nœuds avant de retirer les anciens ;
- Nettoyer et désinfecter la canule interne réutilisable qui trempe à l'aide de la brosse ;
- Privilégier un mouvement de rotation, moins néfaste ;
- Sécher la canule avec la compresse et déplier une compresse pour sécher l'intérieur ;
- Remettre la canule interne en place en la verrouillant ;
- Placer la compresse fendue en Y sous la plaque cervicale de la canule ;
- Enlever les gants ;
- Se frictionner les mains avec la solution hydro alcoolique ;
- Entretenir le matériel et ranger le chariot utilisé ;
- Noter le geste effectué.

Risques et complications

- Décanulation accidentelle :
- Obstruction de la canule par un bouchon muqueux ;
- Infection:
- Plaie autour de l'orifice de la trachéotomie ;
- Escarre due à la collerette ;
- Fausses routes:
- Lésion de la trachée (ballonnet gonflé en permanence sur le long terme, canule non adaptée);
- Pneumonie nosocomiale;
- Hémorragie;

- Saignement;
- Fausse route ;
- Pneumothorax ;
- Obstruction des voies aériennes ;
- Sténose trachéale.

Surveillance

- Surveiller l'état général du patient ;
- Surveiller l'état hémodynamique et ventilatoire ;
- Surveiller la température ;
- Surveiller la pression du ballonnet;
- S'assurer de la perméabilité de la canule ;
- Éviter l'obstruction de la canule par des aspirations systématiques ;
- S'assurer de la présence du matériel d'aspiration ; recanulation ; ventilation...etc [74, 75, 76,77].

ELECTROCARDIOGRAMME

DÉFINITION

Un électrocardiogramme (ECG) est un test qui permet d'étudier le fonctionnement du cœur en mesurant son activité électrique. Il correspond à la dépolarisation et la repolarisation du myocarde.

OBJECTIF

Savoir réaliser un ECG.

INDICATION

- Douleur thoracique;
- Etablir un diagnostic;
- Cas d'urgences;
- Bilan préopératoire ;
- Surveillance cardiaque.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Appareil d'électrocardiogramme ;
- Gel;
- Papier ;
- Gants propres.

Technique

Installation du patient :

- Expliquer le soin et rassurer le patient ;
- Assurer un repos strict du patient ;
- Déshabiller le patient et enlever tous les accessoires et bijoux ;
- Mettre le patient en position décubitus dorsale, yeux fermés, jambes décroisées, mains à plat et bras étendus ;
- Respecter la pudeur du patient.

Gestion de l'environnement :

- Débrancher le lit électrique ;
- Eloigner les téléphones portables ;
- Retirer les draps humides ;
- Ne pas toucher le patient ;
- Ne pas parler ni au patient ni aux collègues ;
- Régler l'appareil à ECG (Vitesse papier : 25 mm / sec, amplitude enregistrement : 10 mm / Mv et filtres de fréquence : 0.05 à 75-100Hz);
- Noter l'acte réalisé.

Emplacement des électrodes périphériques : normes internationales

- Poignet droit: (R) pour Right (Rouge);
- Cheville droite: (N) pour Neutre (Noire);
- Poignet gauche: (L) pour Left (Jaune);
- Cheville gauche: (F) pour Foot (Verte).

Position aux racines

- R et L aux épaules ;
- N et F crête iliaque.

La position aux racines est indiquée dans :

- Tremblements;
- Amputés ;
- Trauma poignet;
- Trauma cheville ;
- Epreuve d'effort;
- Transport.

NB: Le QRS modifiés par les racines.

Emplacements précordiales standards :

- V1: parasternale, 4ème EIC droite;
- V2 : parasternale, 4ème EIC gauche ;
- V3: entre V2 et V4;
- V4 : 5ème EIC, ligne médico claviculaire gauche ;
- V5 : entre V4 et V6 ;
- V6 : ligne axillaire, même hauteur que V4 .

Emplacements précordiales droites et postérieures :

- V4R: 5ème EIC, ligne médico claviculaire droite;
- V3R: entre V1 et V4R;
- V7 : entre V6 et V8;
- V8 : même hauteur que V6, pointe omoplate ;
- V9 : entre V8 et la colonne vertébrale [78,79, 80].

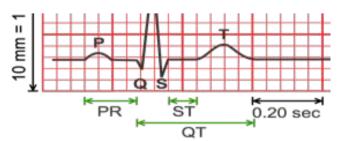
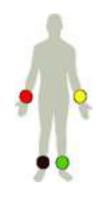
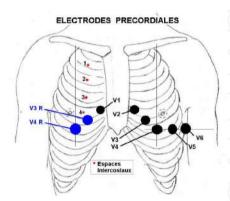


Figure 1: Tracé de l'électrocardiogramme





EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

DÉFINITION

L'examen cytobactériologique des urines (ECBU) consiste en un prélèvement aseptique des urines dans un récipient stérile, afin d'en effectuer une analyse cytologique et bactériologique quantitatives et qualitatives.

OBJECTIF

Appréhender les techniques de l'ECBU.

INDICATION

- Symptomatologie d'infection urinaire (brûlure mictionnelle, hyperthermie, douleurs pelviennes, lombaires, urines troubles, foncées, nauséabondes ;
- Dépistage des infections urinaires de la grossesse ;
- Surveillance des infections urinaires récidivantes ;
- Surveillance des suites de l'ablation d'une sonde à demeure ;
- Bilan préopératoire ou avant les examens complémentaires en urologie (KT sus pubien, cystographie);
- Surveillance post opératoire.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Flacon stérile;
- Compresses stériles ;
- Nécessaire à la toilette génito-urinaire ;
- Antiseptique;
- Bassin si besoin ;
- Etiquettes du patient ;
- Bon de laboratoire avec des renseignements cliniques (but, hyperthermie, antibiotiques en cours, pathologie, ...);
- Gants.

Technique

ECBU sans sondage:

- Prévenir et expliquer le soin au patient ;
- Installer le patient ;
- Se laver les mains;
- Effectuer une toilette (large et de haut en bas) au savon doux ;
- Prendre les urines du deuxième jet ;
- Réinstaller le patient, étiqueter le flacon.

ECBU avec sondage:

- Réaliser un lavage antiseptique des mains ;
- Enfiler des gants propres ;
- Clamper le tuyau du sac collecteur d'urines en aval du site ;
- Désinfecter le site de prélèvement avec une compresse stérile imprégnée d'un antiseptique alcoolique ;
- Prélever aseptiquement les urines avec une seringue et une aiguille ;
- Re-désinfecter le site de prélèvement ;
- Transférer aseptiquement les urines dans le contenant ;
- L'ECBU doit partir rapidement au laboratoire si non le mettre au frigo à 4°C (entre 6 et 12 h);
- Noter l'acte réalisé.

Surveillance

- Surveiller l'aspect des urines [81,82].

LAVEMENT ÉVACUATEUR

DÉFINITION

C'est un acte qui se réalise sur prescription médicale, et qui consiste à instiller une solution dans le rectum et dans le colon sigmoïde.

OBJECTIF

Maitriser la pratique d'un lavement évacuateur.

INDICATIONS

- Préparation à un examen radiologique ou à une intervention chirurgicale ;
- Fécalome ou occlusion intestinale basse.

CONTRE-INDICATIONS

- Douleurs avec fièvre;
- Symptôme appendiculaire;
- Suspicion de péritonite ;
- Perforation intestinale;
- Occlusion;
- Traumatisme intestinal;
- Fissures anales;
- Recto-colite hémorragique ;
- Poussées hémorroïdaires.

DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

Matériel

- Protection de lit;
- Bassin:
- Sac ou broc à lavement ;
- Tubulure ou tuyau en caoutchouc;
- Sonde rectale à usage unique ;
- Système de clampage ;
- Lubrifiant hydrosoluble;
- Compresses et gants non stériles ;
- Potence;
- Eau.

Technique

Avant le soin:

- Expliquer le soin au patient ;
- Vérifier la prescription médicale et le nom du produit ;
- Préparer le patient et lui informer sur le déroulement du soin ;
- Demander au patient de faire uriner avant ;
- Effectuer un lavage des mains ;
- Protéger le lit;
- Respecter la pudeur du patient.

Pendant le soin:

- Utiliser de l'eau entre 35° et 37° C maximum ;
- Suspendre à la potence et purge de la tubulure ;
- Enfiler les gants;
- Mettre la sonde dans l'anus sur environ 8 à 10 cm en douceur ;
- Lui dire de se détendre le plus possible et de signaler toutes douleurs ou sensations anormales ;
- Brancher la sonde à la tubulure et régler le débit, il doit se faire entre 10 à 15 minutes ;
- Si le patient ne se sent pas bien diminuer le débit, voir l'arrêter et attendre que ça aille mieux, puis remettre en route ;
- Une fois que tout le liquide a été instillé, retirer tout ;
- Demander de rester allonger pour que le lavement soit efficace ;
- Le patient doit le garder le plus longtemps possible, minimum 10 à 15 mn ;
- Evaluer la quantité et la qualité des selles ;
- Noter l'acte réalisé.

Incidents et accidents :

- Irritation de la muqueuse rectale ;
- Lésions de l'intestin liées à une température trop élevée ou à des lavements répétés ;
- Crampes abdominales à cause d'une eau trop froide.

Risques:

- Syncope réflexe ;
- Arrêt cardiaque par stimulation du réflexe vagal;
- Perturbation électrolytique.

Surveillance:

- Surveiller l'état du patient ;
- Surveiller l'absence de la douleur :
- Surveiller la tolérance au lavement ;
- Vérifier l'action efficace du lavement (expulsion des matières fécales) [83].

VALEURS PHYSIOLOGIQUES ET BIOLOGIQUES

Tableau 7 : Paramètres physiologiques et biologiques

Définition	La valeur considérée statistiquement comme normale d'un dosage ou d'une mesure permettant d'apprécier le fonctionnement d'un organe, d'un appareil ou d'un organisme. Pour chaque organe, il est possible de mesurer plusieurs valeurs ou constantes.
Objectif	Connaitre les différentes valeurs physiologiques et biologiques et savoir déceler les anomalies.
Les constantes ventilatoires	Fréquence respiratoire: C'est le nombre de va et vient respiratoire ou cycle mesuré sur une minute. Un cycle correspond à une inspiration et une expiration. Elle est d'environ 12 à 20 par minute chez l'adulte. Plus l'âge diminue, plus la fréquence est rapide: Enfant: 20 à 30 /mn; Nourrisson: 30 à 40 /mn; Nouveau-né< 1 semaine: 40 à 60 /mn. Elle se mesure par la vue de la respiration, c'est à dire les mouvements du thorax et/ou de l'abdomen qui se soulève. Volume pulmonaire: Une inspiration fait entrer 1/2 litre d'air (soit 500 ml). C'est l'amplitude ventilatoire ou volume courant. En pratique quotidienne, la mesure est approximative et donc subjective. Saturation en oxygène: La saturation correspond au taux d'oxygène dans le sang. Elle est supérieure à 95 %, donne une couleur rose à la peau et est mesurée au bout du doigt avec une pince et un appareil appelé oxymètre de pouls.
Les constantes cardio- circulatoires	Fréquence cardiaque: Le cœur se contracte 50 à 100 fois par minute - Enfant: 70 à 140/mm; - Nouveau-né <1 semaine: 120 à 160/mn; - Nourisson: 100 à 160/mn. Pression ou tension artérielle: C'est la pression ou tension exercée par le sang contre les parois des artères. Elle varie en fonction des battements cardiaques. La tension ou pression habituelle est d'environ 14/8 ou 140/80, mais elle varie d'un patient à l'autre et selon les activités. Elle doit être mesurée au repos et plusieurs fois en prenant la moyenne.
Autres constantes	Température: Elle est constante vers 36°-37°, malgré les variations de la température extérieure. Urines (diurèse): L'élimination d'urines ou diurèse varie entre 1 et 2 litres environ. On utilise des réactifs sur des bandelettes pour détester une anomalie. Selles: Elles sont solides. Lorsque la vitesse de sortie augmente (transit intestinal) les selles sont plus liquides. Crachats d'expectoration: Ils sont recueillis dans un crachoir afin d'analyse comme la recherche du bacille de la tuberculose.

Glycémie:

C'est le taux de sucre dans le sang.

NFS (Numération formule sanguine):

C'est le comptage du nombre des globules rouges, globules blancs et plaquettes. La recherche d'une anémie ou manque de globules peut se faire aussi en dosant l'hémoglobine ou l'hématocrite (pourcentage entre le nombre de cellules et le plasma).

Groupe sanguin : Sa détermination est indispensable pour toute transfusion. Il nécessite deux prélèvements faits par deux personnes différentes. On refait toujours le groupe sanguin avant une transfusion.

Dosages sanguins

Coagulation:

L'analyse est faite avant une intervention chirurgicale, mais aussi régulièrement chez les personnes prenant des médicaments pour fluidifier le sang, appelés anticoagulants. On mesure des valeurs appelées TP et surtout INR.

lonogramme : Le "iono" mesure le sodium, le potassium et bien d'autres éléments.

Urée, créatinine :

Ce sont des déchets passant dans le sang avant d'être éliminés dans les reins puis dans les urines.

Gaz du sang:

Seul prélèvement fait dans une artère (artère radiale du pouls).

Il mesure l'oxygénation du sang (taux d'oxygène et de gaz carbonique) et le degré d'acidité.

Autres dosages : On peut mesurer et analyser bien d'autres paramètres [84,85].

POSITIONS D'UN PATIENT

Tableau 8 : Positions du patient

	Décubitus dorsal	Décubitus semi latéral	Décubitus ventral	Position demi assise et assise au lit
Définition	Le changement de position est une tech	nique de positionnement du corp	s d'un patient, compatible avec sa maladie	, ou son handicap.
Objectif	Connaitre les différentes positions d'un	patient.		
Indications	 24 heures en postopératoire; Malformations rachidiennes; Antécédents de sciatique ou de lombalgie; Mise au repos de la colonne vertébrale (paraplégie, poliomyélite); Chez un opéré de la colonne vertébrale; Irrigation du cerveau et du bulbe rachidien; Après un prélèvement de liquide céphalo-rachidien (PL); En cas d'hémorragie, de collapsus ou de choc. 	 Hémiplégie; Escarre sacrée d'évolution défavorable, escarre sacrée de constitution rapide, escarre sacrée entraînant des douleurs en décubitus dorsal; Chez les malades sous anesthésie générale et ceux ayant perdu le réflexe de déglutition, coma. 	 Syndrome de détresse respiratoire aiguë; Escarre fessière; Hémoptysie massive; Traumatisme facial ou chirurgie maxillo-faciale récente; Chez un opéré de rectum ou chez un brulé de la région fessière et dorsale. 	 Insuffisance respiratoire, et cardiaque; Patient porteur de drain pleura ou sonde nasogastrique; Patients dont le décubitus dorsal strict est contre-indiqué.
Contre- indications	 Insuffisance respiratoire et cardiaque; Coma; Escarre sacrée de constitution rapide, escarre sacrée entraînant des douleurs en décubitus dorsal; Porteurs de sonde nasogastrique; Chez un patient au réflex de déglutition aboli. 	 Insuffisance respiratoire et cardiaque; Patient porteur de sonde nasogastrique. 	 Lésions rachidiennes instables; Lésions cérébrales avec hypertension intracrânienne non contrôlée; Insuffisance respiratoire et cardiaque; Personne âgée et la plupart des patients ayant subi des interventions chirurgicales en orthopédie. 	Fracture du rachis ;Patient inconscient.
Matériel	Oreillers, traversin, cerceau, potence, sa	c de sable, matelas alternating et	coussins.	

- Mettre le lit totalement à plat ;
- Allonger le patient sur le dos et placer la tête sur un oreiller plat ;
- Mettre un oreiller sous les jambes, talons dans le vide ;
- Disposer un oreiller ou un traversin à la plante des pieds pour les maintenir à 90° afin d'éviter des complications telle que le pied équin et varus (tourné en dedans);
- Installer les barrières de lit afin d'éviter une chute chez le patient ayant des troubles de la conscience;
- Mettre des coussins au niveau des bras et mains (droite et gauche) ;
- Mettre un oreiller entre les jambes pour éviter un appui ou un frottement au niveau des genoux ;
- Placer un coussinet ou une serviette roulet sous la hanche entre le grand trochanter et la surface du matelas (pour éviter la rotation externe de la hanche.

- Prévenir le patient ;
- Mettre le lit totalement à plat ;
- Coucher le malade sur le côté et mettre un oreiller plat sous la tête ;
- Placer un oreiller ou un traversin derrière le dos et devant le thorax pour obtenir un bon maintien de la position ;
- Positionner I e membre inférieur situé dessous en légère flexion, le membre inférieur situé dessus en flexion et reposant sur un oreiller (pour éviter un appui et/ou frottement au niveau des genoux);
- Placer éventuellement un coussin "anti-escarres" supplémentaire sous les talons et malléoles :
- Replier le bras et placer la main au même niveau que le coude en plaçant un oreiller sous le bras pour éviter que le poids du bras ne tire sur les ligaments de l'omoplate et comprime le thorax, entrainant une gêne respiratoire;
- Chez le patient hémiplégique: le placer uniquement sur le côté non atteint, alterner entre position latérale, dorsale ou assise.

- Allonger le malade sur le ventre et placer la tête sur le côté droit ou gauche, sans oreiller ou un oreiller plat pour ne pas augmenter l'hyper extension de la colonne vertébrale;
- Positionner un bras en abduction avec rotation externe, coude protégé par un coussin;
- Placer un coussin sous le thorax et un autre au-dessus des hanches;
- Garder l'autre bras allongé, main en supination ;
- Placer un coussin sous les genoux, et un traversin sous les jambes au niveau des chevilles.

- Eviter de maintenir le malade en position assise à 90 ° plus de 30 minutes;
- Relever la tête du lit (en fonction des possibilités du patient);
- Disposer un oreiller plat derrière la tête et surélever la tête du lit;
- Mettre deux petits oreillers des deux côtés droit et gauche sous les bras, afin d'éviter les chutes latérales :
- Placer un oreiller sous les jambes, talon dans le vide ;
- Disposer un traversin à la plante des pieds pour éviter le risque d'équin du pied et de glissement du patient vers le bas du lit :
- Placer un oreiller ou un coussin entre les jambes pour éviter un appui et un frottement au niveau des genoux ;
- Mettre les barrières de sécurité si risque de chute.

	Proclive	Déclive	Assise	Position de Fowler
Indications	 Certaines interventions chirurgicales; Extensions continues dans les fractures du rachis cervical; Chez un patient ayant une minerve plâtrée afin de lui permettre de mieux voir. 	 Malaise d'hémorragie ou hypotension; Choc, collapsus; Après un prélèvement de liquide céphalo-rachidien important; Œdèmes des membres inferieures. 	- Gêne respiratoire d'origine cardiaque ou pulmonaire.	 Détresse cardiaque et respiratoire; Alimentation d'un patient; La radiologie (besoin de prendre un type spécifique de rayons X au chevet du patient); Difficultés à respirer; Drainage dépendant après la chirurgie abdominale, toilettage
Contre- indications			 Coma, au cours d'une anesthésie, en cas de vomissements (ceux-ci reviennent dans la trachée). 	
Technique	 Allonger le patient sur une table inclinable; Placer ses membres inférieurs bas de sa tête. 	 Mettre les pieds du lit surélevé à 10 ou 20 cm du sol; Placer le malade en décubitus dorsal; Mettre un oreiller pour maintenir la tête en bonne position et combler la courbure cervicale; Mettre un traversin à la tête du lit, afin d'empêcher le malade de glisser. 	Sur un fauteuil: - Installer le fauteuil à côté du lit, du côté sain et bloquer les roues du lit; - Mettre un coussin anti-escarre avant d'asseoir le patient si celui-ci est un patient à risque; - Faire pivoter le patient et le faire assoir au bord du lit, puis l'aider à se lever et l'installer au fauteuil ou le porter avec une aide; - S'assoir le patient au fond du siège; - Placer un coussin au niveau des cervicales et des lombaires, pour respecter la courbure naturelle de la colonne vertébrale; - S'assurer que les pieds sont à plats sur le sol réglé de façon à ce que l'angle entre les hanches et les genoux fasse 90° et qu'il n'y ait aucune compression au niveau des cuisses; - Eviter les pieds dans le vide, pour limiter le glissement du patient en avant;	 Placer la tête du lit élevée à 45°; Placer un oreiller au niveau de la tête et l'épaule; Placer les coussins sous les bras droit et gauche; Placer les genoux légèrement fléchis au moyen de coussins ou en élevant le pied du lit.

- Si le patient est paralysé d'un côté, mettre des coussins du côté paralysé afin d'éviter les chutes latérales;
- Positionner le bras paralysé dans le champ de vision du patient pour prévenir tout risque d'exclusion du membre atteint .

Sur un fauteuil roulant :

- S'assurer que le patient est assis au fond du siège ;
- Mettre une ceinture de sécurité afin d'aider au positionnement ou en cas de risque de chute ;
- Placer les pieds sur les cales pieds (bien réglés) [86,87].

IMPORTANT : La sonde urinaire et les drains ne doivent pas être mis sous la cuisse dans la position décubitus dorsal.

HYGIENE HOSPITALIERE

HYGIÈNE DES MAINS

Tableau 9: Hygiène des mains

Hygiène des mains	Indications	Recommandations
Lavage simple	 A la prise et au départ du service; Après chaque geste contaminant; Avant chaque activité ou soin au malade; Lors des soins d'hygiène, de confort; Apres les soins infirmiers non invasifs. 	 Le port de gant n'exclut pas le lavage simple des mains; Durée minimale 30 secondes.
Lavage antiseptique	 Geste invasif; Soin ou technique aseptique: sondage urinaire, cathétérisme périphérique; Préparation et reconstitution alimentaire en restauration collective et office alimentaire; Après deux séquences de soins à risque de contamination chez un même patient ou entre deux patients. 	 Effectué avant la réalisation de soin avec le point d'eau le plus proche; Durée minimale une minute.
Lavage chirurgical	 Acte à haut risque infectieux en service de soins nécessitant une technique chirurgicale (pose d'un dispositif invasif, cathétérisme central, ponction lombaire); Acte chirurgical / Port de masque et de coiffe couvrante ajusté. 	Lavage en 3 temps: - Prélavage, 1er lavage, 2ème lavage; - Après 2 heures, nécessité de renouveler l'hygiène des mains; - Durée minimale > 5 minutes.
Friction avec la solution hydro- alcoolique	 Chez un même patient, entre 2 séquences de soins, dont la 1ère contaminante ou les 2 à risque; Entre deux patients sans risque particulier; En urgence, en l'absence de point d'eau. 	 La friction n'est applicable que sur des mains propres, non poudrées; Durée totale de la friction est de 30 ou 60 secondes [88,89].

TENUE VESTIMENTAIRE

- La tenue doit être complète (haut et bas);
- La tunique à manches courtes avec un système d'ouverture permettant de faciliter le retrait et d'éviter tout contact de la tenue avec le visage; avec une longueur suffisante pour couvrir le haut des cuisses;
- Cheveux propres et totalement attachés ;
- Lunettes de vue maintenues propres ;
- Le pantalon droit et de longueur adaptée ;
- Les chaussures réservées au travail propres, non bruyantes et lavables :
- La tenue professionnelle entretenue par le personnel, à un rythme régulier (minimum une fois par semaine) en machine à laver à 40°C minimum.





- Pas de faux ongles, ni gel, ni résine, pas de bijoux (y compris alliance) ;
- Les mains : ongles longs !
- A proscrire le stock de matériel dans les poches: gants, huile de massage, sparadrap!
- Pas de vêtement personnel sur la tenue [90,91].

GESTION DES DÉCHETS HOSPITALIERS

DÉFINITION

Selon l'OMS (1999), les déchets médicaux ou déchets de soins, sont ceux issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine des laboratoires d'analyse et de production industrielle dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire sont aussi assimilés aux déchets de soins à risque.

Typologie des déchets de soins :

- Les déchets biologiques et/ou infectieux ;
- Les déchets piquants ou coupants;
- Les déchets chimiques ;
- Les déchets pharmaceutiques ;
- Les déchets radioactifs ;
- Les containers pressurisés.

Le processus de gestion des déchets des établissements de soins comprend 5 étapes : le tri et le conditionnement, la collecte, le stockage, le transport, le traitement et l'élimination.

OBJECTIF

Connaitre les bonnes pratiques de la gestion des déchets hospitaliers.

Tableau 10 : Codes couleur recommandés pour la collecte des déchets de soins

Type de déchet	Couleur du container	Caractéristiques des récipients
Déchets hautement infectieux	Rouge ou jaune marqué "hautement infectieux "	Sacs en plastique ou containers résistants, étanches et autoclavables et portant le symbole de risque biologique
Déchets infectieux	Rouge ou jaune marqué "infectieux "	Sacs en plastique ou containers résistants, étanches et autoclavables et portant le symbole de risque biologique
Déchets anatomiques	Rouge ou jaune	Sacs en plastique ou containers résistants et étanches et portant le symbole de risque biologique
Déchets piquants coupants	Rouge ou jaune marqué "hautement infectieux, déchets piquants et/ou coupants"	containers résistant à la perforation, étanche au liquide résiduel et portant le symbole de risque biologique
Produits chimiques et pharmaceutiques	Marron	Sacs en plastique ou containers portant la mention "toxique"
Déchets radioactifs		containers en plomb et portant le symbole de radioactivité
Déchets ménagers et assimilables	Noir	Sacs en plastique

NB : la couleur jaune est la couleur recommandée par l'OMS pour le conditionnement des déchets infectieux et/ou biologiques.

Rôle de l'infirmier chef du service

- Encadrer le personnel exerçant au service et l'initier à respecter les règles de gestion des différents types de déchets de soins ;
- S'assurer que le personnel soignant respecte les pratiques du tri et du conditionnement des déchets dans leurs postes de travail ;
- Veiller à la dotation régulière du service en matériels nécessaires pour la gestion des déchets (sacs, poubelles, containers, ficelles, etc....);
- Veiller à l'inscription du nom du service sur l'étiquette à mettre sur les sacs utilisés ;
- Contrôler le stockage intermédiaire des sacs remplis avant leur évacuation ;
- Fermer et remettre au responsable de la collecte des déchets d'activités de soins les containers des piquants et tranchants une fois remplis aux 3/4 de leur volume ;
- S'assurer de l'évacuation des sacs remplis par l'agent chargé de cette tâche ;
- S'assurer de la vaccination du personnel du service.

Rôle du personnel soignant

- Vérifier avant toute activité la disponibilité en matériel nécessaire pour le tri, le conditionnement et la collecte des déchets de soins (poubelles, sacs, containers) ;
- Respecter le tri sélectif et le conditionnement correct des déchets ;
- S'assurer que les sacs sont remplis aux 3/4, sont convenablement fermés, portent des étiquettes avec le nom du service et stockés au dépôt intermédiaire [92].

SURVEILLANCE DES MEDICAMENTS

ADMINISTRATION ET SURVEILLANCE DES PATIENTS SOUS ANTIBIOTIQUE

DÉFINITION

C'est une substance élaborée par un micro-organisme capable de tuer (effet bactéricide) ou d'inhiber (effet bactériostatique) la multiplication d'autres micro-organismes. Les antibiotiques agissent, au niveau des structures bactériennes, sur des sites d'action (paroi, membrane cytoplasmique, chromosome et ribosome).

OBJECTIF

Appréhender les normes d'administration et de surveillance des antibiotiques.

Rôle infirmier

Avant l'administration des antibiotiques

- Expliquer le soin au patient ;
- Vérifier tous les paramètres de la prescription médicale (Nom du patient, nom du médicament, voie d'administration, posologie par prise et nombre de prise par 24h);
- S'assurer que tous les prélèvements bactériologiques ont été réalisés ;
- Rechercher les antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité ;
- S'assurer que la voie d'administration est adaptée au patient.

Pendant le traitement

- Ne pas hésiter à consulter le VIDAL (site de référence des professionnels de santé) si besoin pour vérifier les modes d'administration, les types de dilution (solvant rigoureusement adapté au produit...);
- Vérifier si l'administration doit se faire avant, pendant ou après le repas ;
- Respecter les horaires d'administration ;
- Respecter les espaces entre les différents prises ou injections ;
- Observer les réactions du patient ;
- Effectuer la transmission écrite sur le dossier infirmier (doses administrées, réactions du patient et observations diverses).

Après l'administration du traitement

Surveillance de l'efficacité :

- Observer l'aspect général du patient ;
- Observer l'évolution des symptômes (normalisation de la courbe thermique (48 72h après le début du traitement), disparition des frissons, des sueurs...);
- Observer l'évolution des signes locaux ;
- Vérifier les signes biologiques (NFS, VS, CRP);
- Refaire l'examen bactériologique qui avait permis de mettre en évidence le germe incriminé (doit se négativer) ;
- Faire le dosage de l'antibiotique dans le sang.

Surveillance de l'innocuité

Accidents d'intolérance et d'allergie :

- Très fréquents ;
- Indépendants de la dose administrée ;
- Surviennent chez des sujets sensibilisés ;
- Allergies localisées ou généralisées ;
- Choc anaphylactique et œdème de Quincke.

Accidents toxiques:

- Effets secondaires connus.

Accidents:

- Atteinte cochléo-vestibulaire (Oreille : vertiges, trouble de l'équilibre, atteinte cochléaire avec bourdonnements d'oreille et perte de l'audition non réversible).

Accidents sanguins:

- Accidents sanguins à type d'insuffisance médullaire (aplasie : chute de tous les éléments figurés du sang) ;
- Hématurie, albuminurie;
- Oligurie (diminution du volume urinaire);
- Surveillance des urines (test avec bandelettes);
- Diurèse des 24h;
- Prescription d'un ionogramme sanguin ;
- Surveillance de la créatine et de l'urée.

Accidents hépatiques :

- Surveillance avec bilan hépatique sanguin (transaminases).

Accidents microbiens:

- Accident par lyse microbienne (destruction : libération d'endotoxines) ;
- Accident digestif avec modification de la flore (glocite, œsophagite, stomatite, troubles de la déglutition, nausées, diarrhées, entérocolites).

Education du patient:

- Ne pas interrompre le traitement même si les signes infectieux ont disparu, sauf en cas d'intolérance :
- Ne pas utiliser les antibiotiques restant d'une prescription antérieure ;
- Un antibiotique ne fatigue pas, c'est la lutte contre l'infection qui fatigue (repos, alimentation équilibrée, boissons en quantité suffisante) [93, 94,95].

SURVEILLANCE D'UN PATIENT SOUS CORTICOTHÉRAPIE

Tableau 11 : Surveillance d'un patient sous corticothérapie

Définition	Le traitement par des médicaments corticoïdes ou par la corticostimuline (ACTH, hormone stimulant la production de glucocorticoïdes) ayant en commun une action anti-inflammatoire, anti-allergique et atténuant les réactions immunitaires, mais dont l'emploi prolongé présente des effets secondaires.
Objectif	Appréhender les normes de surveillance des corticoïdes.
Indications	 Rhumatologie: sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme articulaire aigu, arthrose Inflammation: laryngite aiguë, otite séreuse, œdème cérébral, uvéite Dermatologie: psoriasis, eczéma Pneumologie: asthme, fibrose pulmonaire interstitielle, sarcoïdose Gastro-entérologie: maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, hépatite chronique. Transplantation d'organes: traitement curatif ou prophylactique du rejet de greffe. Allergie: urticaire, choc anaphylactique, oedème de Quincke, rhinite allergique. Prémédications avant et après un traitement par chimiothérapie.
Contre- indications	 Infections non contrôlées; Hémorragies digestives, ulcères gastroduodénaux en évolution; Psychoses graves; Hypertension artérielle sévère; Diabète décompensé; Allaitement.
Effets secondaires fréquents	 CEdème (cou, visage, membres inférieur); CEdème aigu du poumon (OAP); Hypertension artérielle; Oligurie; Fuite de potassium; Crampes musculaires; Anomalie de la fréquence cardiaque voire arrêt cardiaque; Céphalées; Fatigue (asthénie); Inhibent l'absorption du calcium par l'intestin; Troubles osseux: tassement, osté oporose; Hyper glycémie/diabète; Retard de cicatrisation; Troubles du comportement (agitation, euphorie); Insomnie; Nausées; Ulcération de la muqueuse gastrique; Baisse des défenses immunitaires; Le taux de corticoïdes circulant arrête la sécrétion de l'ACTH: En cas d'arrêt brutal du traitement, il y a des signes de la maladie d'Addison (tuberculose des glandes).

- Informer et éduquer le malade et son entourage sur les effets secondaires possibles lors de la corticothérapie ;
- Dépister l'apparition des œdèmes et des signes de diabète (soif, faim, amaigrissement) lors du traitement ;
- Peser le malade une fois par semaine et surveiller la diurèse ;
- Surveiller la T.A; le pouls; la température; la fréquence cardiaque;
- Conseiller un régime hyposodé ; riche en potassium ; pauvre en glucide ; hyper protidique et riche en calcium ;
- Administrer le traitement protecteur prescrit à base de calcium, vitamine D ; antidiabétique ; pansement gastrique ...etc ;

Surveillance et rôle infirmier

- Effectuer le bilan de la surveillance biologique : bilan lipidique régulier ; la glycémie...etc ;
- Faire arrêter le tabac, le café, le thé, l'alcool et les épices ;
- Pas de mélange de médicaments sans avis médical ;
- Vérifier les vaccinations du patient ;
- Conseiller une hygiène rigoureuse pour éviter le risque de transmission de germes ;
- Surveiller tous les signes d'infection : fièvre, toux, brûlures mictionnelles, plaies cutanées, douleurs dentaires... :
- Surveiller la muqueuse buccale (dépister une candidose);
- Déconseiller la prise des corticoïdes après 16H;
- Etre vigilant avec le patient et dépister les signes des troubles psychiques ;
- Éviter l'arrêt brutal du traitement et suivre avec le médecin l'arrêt progressif des corticoïdes [96,97].

SURVEILLANCE D'UN PATIENT SOUS DIURÉTIQUE

Tableau 12: Surveillance d'un patient sous diurétique

Définition	-Les diurétiques sont des substances qui entraînent une augmentation de la sécrétion urinaire et qui sont utilisées pour traiter différentes pathologies. Ils agissent en inhibant la réabsorption du sodium à différents niveaux du néphron.
Objectif	- Appréhender les normes de surveillance des antibiotiques.
Indications	- Hypertension (artérielle ou portale) ; - Insuffisance cardiaque ; - Œdèmes ou l'hyperkaliémie ; - Insuffisance rénale.
Contre- indications	 Allergie aux sulfamides; Insuffisance rénale par obstruction urinaire; Grossesse; Toxémie gravidique.
Effets secondaires fréquents	 Déshydratation; Hypokaliémie (diurétiques de l'anse et thiazidiques); Hyponatrémie; Hyper uricémie (diurétiques de l'anse et thiazidiques peuvent provoquer des crises de gouttes); Hyperglycémie et perturbation du bilan lipidique (Thiazidiques); Impuissance, aménorrhée; Réaction allergique.
Surveillance et rôle infirmier	 Savoir dans quel but le traitement a été donné; Informer et éduquer le malade et son entourage sur les effets secondaires possibles à cause des diurétiques; Administrer le traitement diurétique prescrit; si le traitement est oral: conseiller le patient de prendre le traitement le matin pour éviter les levers brutaux nocturne; Connaître les effets cliniques souhaités chez le patient: » Augmentation importante de la diurèse: les 3 à 4 premiers jours 1 à 1,5 litres par jour; » La tension artérielle doit baisser; » Disparition des œdèmes des membres inférieurs; » Disparition de l'ascite; » Disparition de l'OAP; » Régression de la dyspnée si OAP. Savoir dépister les signes de la déshydratation: » Persistance du pli cutané; » Baisse de la tension artérielle; » Langue sèche; » Nausées. Dépister les signes d'hyponatrémie: asthénie, crampes, étourdissement; Dépister les signes d'hypokaliémie: rien de spécifique, sinon les palpitations (trop tard); Dépister les signes d'hyperkaliémie: anxiété, crampes, vomissement; Effectuer les bilans sanguins de contrôle surtout: lonogramme sanguin, glycémie, urée, créatinine; Réaliser l'ECG de contrôle sous prescription médicale; En cas de déséquilibre, prévenir le médecin pour corriger les pertes (surtout la kaliémie); Administrer le traitement supplément prescrit avec les diurétiques comme le potassium; Surveiller particulièrement les personnes âgées et les patients qui ont un traitement digitalique associé; Surveiller la pression artérielle; le poids; la diurèse; Conseiller un régime alimentaire hyposodé voir sans sel (sur prescription); Conseiller toujours l'arrêt du tabac [98, 99, 100,101].

SURVEILLANCE D'UN PATIENT SOUS TRAITEMENT ANTICOAGULANT

Tableau 13: Surveillance d'un patient sous anticoagulant

Définition	– Un anticoagulant est un facteur naturel ou une substance pharmacologique qui s'oppose à l'initiation ou au développement de la coagulation.			
Objectif	- Appréhender les normes de surveillance des anticoagulants.			
Indications	 Prévention des thromboses; Traitement des thromboses; Pathologie coronarienne: infarctus du myocarde, angor instable, angioplastie, stents; Coagulation intra-vasculaire disséminée; Circulation extra-corporelle; Chirurgie vasculaire. 			
Contre- indications	 Grossesse et allaitement; Allergie connue aux produits; Troubles de l'hémostase; Syndromes hémorragiques: lésion, geste invasif; Ulcère gastro-duodénal évolutif; Hypertension artérielle; Intervention neuro-chirurgicale; Intervention oculaire récente; Accident vasculaire cérébral; Insuffisance rénale ou hépatique; Antécédents de thrombopénie induite par l'héparine. 			
Effets secondaires	 Hémorragie : gingivorragie, épistaxis, hématurie, méléna, Thrombopénie ; Nécrose cutanée au site d'injection ; Réactions allergiques. 			
Surveillance et rôle infirmier	 Informer et éduquer le malade et son entourage sur les effets secondaires possibles des anticoagulants; Surveiller la T.A, le pouls, la température, la fréquence cardiaque; Administrer le traitement prescrit; Effectuer les bilans sanguins de contrôle (ex; le temps de céphaline activée (TCA); l'anti Xa, l'héparinémie anti-lla); Surveiller l'efficacité du traitement; Surveiller l'absence d'effets secondaires; Surveiller les plaquettes [102, 103, 104,105]. 			

CONCLUSION

Ce guide pratique des soins infirmiers en oncologie est un outil de travail opérationnel pour le personnel infirmier qui vise l'amélioration de la qualité des services et des soins. Il a pour ambition d'être un outil de référence, source de dynamisme et de laisser aux professionnels infirmiers l'innovation nécessaire dans les démarches qualité. Son utilisation facilite le regroupement des pratiques qui font consensus, la diminution des variations dans les pratiques, le contrôle des dépenses en santé et la réduction de l'usage inapproprié ou inefficace de certaines interventions.

En effet, il sera réajusté en fonction de l'implantation de nouvelles techniques et de l'évolution de la science infirmière en général.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBOGRAPHIQUES

- [1]. E. Barthelmé (2019). Histoire de la notion du cancer ». Pp 167-A72.
- [2]. M. Vanessa (2007). Infirmière en oncologie : un huis-clos derrière la porte. Sion,page 17.
- [3]. D. Heidrich (2007): Langhorne Dans ME, Fulton JS, Otto SE., editors. Oncology Nursing. 5th ed. St. Louis: Elsevier; p. 603 [Google Scholar].
- [4]. Standards, options et recommandations pour une prise en charge optimale du patient cancéreux (2002). La consultation infirmière tend à se développer ; réf ; soins n° 663.
- [5]. Recommandations pour l'accueil d'un patient et de sa famille en hospitalisation (2014). www. infirmier .com. Consulté le 12/12/2019.
- [6]. L'Institut national du cancer (INCa) (2019). Evolution du dispositif d'annonce d'un cancer : recommandations et référentiels.
- [7]. P. Borrero, N. Fraile, L G. Guillaume Perrenoud, A. Groz, C. Guéguéniat, Dupessey, F. Hof, M L. Noszkowicz, B. Victor, S. Vincent-Suter, O. Voutaz (2016). La consultation infirmière, comment la créer ? Proposition d'un modèle.
- [8]. A. Christina Diez, C. Firat (2016). Rôle infirmier/la visite infirmière au lit du patient/relation soignant-soigné. Page 14.
- [9].https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/50148-plan-de-soins-infirmier-definition; Consulté le 16/05/2020.
- [10]. F. Belal (2009). Le plan de soins guide. Revue de l'infirmière Vol 58, N° 148 mars pp. 29-31. Doi : REVI NF-03-2009-58-148-1293-8505-101019 200900729.
- [11].https://www.em-consulte.com/en/article/203119.Consulté le 16/05/2020.
- [12].https://bonne-assurance.com/mutuelle/lexique/plan-de-soins.Consulté le 16/05/2020.
- [13].https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsiinfirmier/diagnostics-infirmiers-interventions-et-resultats.Consulté le 04/06/2020.
- [14]. B. Galibert (2019). Le diagnostic infirmier/raisonnement et démarche clinique infirmière.
- [15]. Geneviève. T (2003). L'éducation du patient : structuration, organisation et développement.
- [16]. Haute autorité de santé-INPES (2007). L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses.
- [17]. Haute autorité de santé-INPES (2007). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique.
- [18]. Haute autorité de santé-INPES (2007). Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ?
- [19]. Santé et soins infirmiers (2014). La préparation du chariot de soins.
- [20]. Centre de formation professionnelle berne francophone ceff santé-social version (2015). Consulté le 15/05/2020.
- [21]. www.cclin-sudouest.com. Supports mobiles de soins cclin sud-ouest coordination région Guadeloupe (2004).
- [22a,b].https://guide-ide.com/pose-dune-voie-veineuse-peripherique/ 2014. Consulté le 03/06/20.
- [23]. Jonathan (2017). Entraide ESI IDE entre étudiants et infirmiers UE 4.4 : La ponction veineuse.
- [24]. Ferroudi, Nekkala, Belhani (2014). Rôle de l'infirmier dans la transfusion sanguine.
- [25]. Jonathan (2017). Entraide ESI IDE, l'acte transfusionnel.
- [26]. M. Tazerout, Y. Galinier (2019). Manuel d'aide à la formation en transfusion sanguine. Les clés de l'hémovigilance.
- [27]. L. Pilly (2002). Association des professeurs de pathologies infectieuses et tropicales (2002)., maladies infectieuses et tropicales. Ed. 2m2 18ème, 654 pages.
- [28]. https://guide-ide.com/les-pansements-simples.Consulté le 03/06/2020.
- $[29].\ https://bronchite.ooreka.fr/astuce/voir/569931/drain-medical.\ Consult\'e le \ 03/06/2020.$
- [30]. https://www.actusoins.com/265907/plaie-tumorale-quelle-prise-en-charge.html.Consulté le 23/05/2020.
- [31]. http://www.mcocongres.com/OUT/newsletter/jcd/JCD-EMC/SOINS-INFIRMIERS-23-11/23-11-LUCCHESI.pdf. Consulté le 23/05/2020.
- [32]. https://guide-ide.com/amputation.Consulté le 23/05/2020.
- [33].https://www.oiiq.org/archives/congres2013.oiiq.org/sites/congres2013.oiiq.org/files/pdf/ateliers/A6.pdf .Consulté le 24/05/2020.

- [34]. https://guide-ide.com/les-escarres. Consulté le 14/05/2020.
- [35]. https://guide-ide.com/prevention-traitement-escarres. Consulté le 19/05/2020.
- [36].https://www.actusoins.com/283993/la-prise-en-charge-des-escarres-chez-la-personne-agee.html.Consulté le 19/05/2020.
- [37].https://www.actusoins.com/283993/la-prise-en-charge-des-escarres-chez-la personneagee.
- html#:~:text=Stade%201%20de%20l'escarre,poursuivre%20l'isch%C3%A9mie%20sous%20cutan%C3%A9e.Consulté le 19/05/2020.
- [38].https://guide-ide.com/injection-intra musculaire. Consulté le 16/05/2020.
- [39].https://pharmacie.hug-ge.ch/infomedic/utilismedic/medic_voieSC.pdf .Consulté le 08/06/2020.
- [40]. Marion (2018). Entraides ESI IDE entre étudiant et infirmiers UE 4.4. Consulté le 12/05/2020
- [41].https://www.different.land/comprendre/letre-humain/fonctionnement-corps-humain. Consulté le 12/05/202.
- [42].https://www.different.land/comprendre/letre-humain/fonctionnement-corps-humain. Consulté le 15/05/2020.
- [43].http://entraide-esi-ide.com/les-etats-de-choc.Consulté le 15/05/2020.
- [44].https://guide-ide.com. Consulté le 14/05/2020.
- [45]. Monique (2017). Dyspnée aiguë: une fiche de soins infirmiers elsevia.
- [46]. Europharmat -Fiche bon usage-http://www.euro-pharmat.com/fiches-bon usages.aspx. Consulté le 20/05/2020.
- [47]. E. Masson (2012). Soins infirmiers et douleur.
- [48]. Sciences et avenir (2018).
- [49]. L. Manet (2012). Douleur en soins infirmier.
- [50]. Soins infirmiers en réanimation C.H.R.A (2005).
- [51]. Protocole du massage cardiaque et soins infirmiers (2018).
- [52]. Piquard. L (2015). Prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire intra hospitalier chez l'adulte.
- [53].https://www.urps-infirmiere-paca.fr/les-bonnes-pratiques/les-accidents-dexposition-au-sang-aes. Consulté le 27/05/2020.
- [54].https://guide-ide.com/accident-dexposition-au-sang. Consulté le 27/05/2020.
- $[55]. https://www.doctissimo.fr\ 2018.\ Consult\'e\ le: 31/05/2020.$
- [56]. Bien réagir en cas de crise convulsive (2019). Par la rédaction d'Allodocteurs.fr.
- [57]. L'épilepsie, récapitulatif IDE (2014).
- [58]. https://guide-ide.com/chariot-durgence.Consulté le 27/05/2020.
- [59]. Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières [archive]
- (2014). Conférence d'experts Texte court société française d'anesthésie et de réanimation.
- [60]. Association nationale Spina Bifida handicaps associés (2015). Les stomies digestives et urinaires.
- [61]. Les stomies, Euro-Pharmat (2013). La rousse médicale/oesophagostomie, jéjunostomie.
- [62]. Prise en charge de patients colostomisés de la période post-opératoire à la sortie (2011).
- [63]. https://www.infirmier.net/memo/la-nutrition-enterale.Consulté le 23/05/2020.
- [64].https://digestion.ooreka.fr/astuce/voir/592331/jejunostomie. Consulté le 23/05/2020
- [65].https://www.infirmiers.com/p//df/cours-en-vrac/pctiascite.pdf. Module digestif; la ponction d'ascite. Consulté le 18/05/2020.
- [66]. C:/Users/User/Desktop/ponction Pleurale. //pdf. Participation infirmière lors de la ponction pleurale et la biopsie pleurale. Consulté le 18/05/2020.
- [67].https://guide-ide.com/la-ponction-lombaire.Consulté le 18/05/2020.
- [68].https://www.infirmiers.com/pdf/cours-en-vrac/examens-hematologie.pdf.Les examens en hématologie. Consulté le 18/05/2020.
- [69].https://www.infirmiers.com/pdf/cours-en-vrac/examens-hematologie.pdf.Les examens en hématologie. Consulté le 18/05/2020.

- [70]. Mémo infirmier, le drain thoracique (2018). Le drainage pleural.
- [71]. Gresi.R, Alvarez.J, Alvarin. M, Ferreira.S, Marcionetti, Tarppin.M, Lyonnet, S, Ageron-Blanc.
- J,Fossard.L,Merkli.S,Dayer.P (2017). Pose de sonde gastrique chez l'adulte ; service gastro-entérologie et d'hépatologie.
- [72].https://guide-ide.com/sondage-urinaire. Consulté le : 14/05/2020
- [73]. B. Turcan (2016). Les hôpitaux universitaires de Strasbourg, équipe opérationnelle d'hygiène- UF 1301 Rédacteur :- Validation CLIN V3.
- [74].https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/tracheotomie.pdf . Consulté le 15/05/2020.
- [75].https://www.europharmat.com/media/documents/1tracheotomie introduction mpt.pdf. Consulté le 15/05/2020.
- [76].http://frankpaillard.perso.infonie.fr/anesthesie_tracheotomie.htm .Consulté le 15/05/2020.
- [77].https://www.hug-ge.ch/procedures-de-soins/soins-au-patient-tracheotomise-ou-porteur-dune Consulté le 15/05/2020.
- [78].http://biolog3000.com.Consulté le 30/05/2020.
- [79].http://infirmiers.com.Consulté le 30/05/2020.
- [80].http://e-cardiogram.com.Consulté le 30/05/2020 [81] P. Dieusaert (2015).Guide pratique des analyses médicales, 6e édition Editions Maloine.
- [82]. P. Dieusaert (2009). Guide pratique des analyses médicales, 5e édition Editions Maloine.
- [83].https://guide-ide.com/lavement-colique.Consulté le 21/05/2020
- [84].https://www.formationambulancier.fr/1_cours/105_clinique/105_outil%20mesure_4.htm. Les mesures des constantes vitales. Consulté le 20/05/20202.
- [85].https://www.formationambulancier.fr/1_cours/102_physiologie/102_physio_007_constantes.htmPhysiologie. Consulté le 20/05/2020.
- [86].https://infirmiers-fr.blogspot.com/2019/01/les-differentes-positions du malade. html. Consulté le 18/05/2020 : Les différentes positions du malade (fiche technique).
- [87].https://formationsantetube.blogspot.com/2016/05/les-differentes-positions-du-malade-au.html.Consulté le 03/06/2020.
- [88]. Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (2010).
- [89]. Premier défi mondial pour la sécurité des patients (2010). Un Soin propre est un Soin plus sûr.
- [90].http://nosobase.chulyon.fr/recommandations/cclin_arlin/cclinSudOuest/1998_personnel_CCLIN.pdf.Consulté le 03/06/2020.
- [91].https://guide-ide.com/tenue-de-travail.Consulté le 03/06/2020.
- [92]. Guide de gestion des déchets des établissements de soins édité avec l'appui du centre régional des activités d'hygiène du milieu de l'organisation mondiale de la santé (2004).
- [93].https://www.infirmiers.com/pdf/les-antibiotiques.pdf .Consulté le 20/06/2020.
- [94].https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/AntibiotiquesCours2Annee.pdf.Consulté le 20/06/2020.
- [95].http://charlie-fox-ifsi.over-blog.com/article-1989326.html.Consulté le 20/06/2020.
- [96].https://www.doctissimo.fr/sante/dictionnaire-medical/corticotherapie.Consulté le 28/05/2020.
- [97].http://frankpaillard.perso.infonie.fr/infirmier_pharmaco_surveillance_ttt_corticoides.htmlConsulté le 28/05/2020.
- $[98]. http://frankpaillard.perso.infonie.fr/infirmier_PHARMACO_DIURETIQUES.htm.\\$
- Consulté le 13/08/2020.
- [99].http://www.fiches-ide.fr/cours/ue-2-sciences-biologiques-medicales/ue-2-11-pharmacologie-therapeutiques/les-diuretiques.Consulté le 13/08/2020.
- [100].http://entraide-esi-ide.com/les-diuretiques. Consulté le 13/08/2020.
- [101].https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsiinfirmier/diuretiques consulté le 13/08/2020.

[102].https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien/2524509-medicaments-anticoagulants-definition-surveillance-indication-risques. Consulté le 16/08/2020.

[103].https://www.pourquoidocteur.fr/Traitement/1-Anticoagulants-eviter-la-thrombose-sans-trop-de-risque-hemorragique/p-5-Quand-les-eviter-Anticoagulants.Consulté le 16/08/2020.

[104].https://www.aucoeurdelavc.fr/effets-indesirables-anticoagulants.Consulté le 16/08/2020.

[105]. https://www.soins-infirmiers.com/pratique/pharmacologie-therapeutiques/anticoagulant. Consulté le 16/08/2020.



ANNEXE N°1: PLAN DE SOINS

Tableau 14 : Plan de soins

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière	Résultats attendus	Argumentations théoriques et fondements théoriques

ANNEXE N° 2 : DOSSIER DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Renseignements personnels:					
Date :					
Nom et prénom :		 N° Tel :	N° Tel :		
Adresse:					
N°dossier :					
Age:		Antécédents			
Taille :		Poids:			
Situation familiale :					
Marié(e)		Seul(e)			
Enfants :	Oui		Non		
Avez-vous des problèmes familiaux ?	Oui		Non		
Si oui lesquels :					
Situation professionnelle :					
Activité professionnelle Oui		Non	Nature d'activité :		
Ressources financières Salaire mensu	el		Aide familiale		
Autres:					
Maladie					
Etes-vous gêné par rapport à votre maladie dans l'exercice de votre profession ?			Non		
Précisez					
Rencontrez-vous des problèmes liés à votre maladie ?					
Problèmes de présence					
Problème d'activité sportive					
Problème de qualité et quanti	Problème de qualité et quantité de repos				
Autres :					

Déroulement de l'éducation thérapeutique :					
Projet d'éducation thérapeutique (ET) :					
- Identification des besoins et attentes du patient par rapport au projet d'ET : ce qu'il est, ce qu'il fait, ce qu'il a, ce qu'il sait, ce qu'il ressent, ce qu'il croit, ce dont il envie : (connaissance de la maladie/projet d'ET, connaissance du traitement, efficacité du traitement, faisabilité du traitement, conséquences de la maladie, représentation, expérience :					
- Formulation des compétences à acquérir ou à mobiliser chez le patient par rapport au projet d'ET (objectifs d'apprentissage et de sécurité) :					
- Planification des séances et la mise en œuvre du programme éducatif :					
Nombre et durée de séances :					
Contenu des séances :					
Ce qu'il a compris : la mémorisation, l'interprétation des données, l'organisation des connaissances :					
Ce qu'il sait faire : le savoir-faire, un geste, une procédure :					
Comment il vit avec sa maladie : les représentations, les attitudes, le comportement et la prise de décision :					

Annexe N° 3 : Dossier de soins infirmiers informatisé

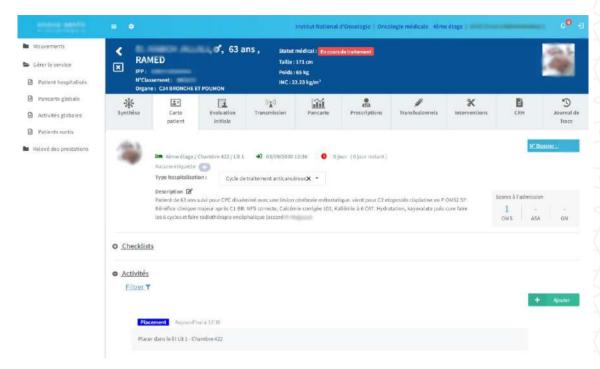


Figure 2: Page d'accueil du dossier de soins infirmiers informatisé

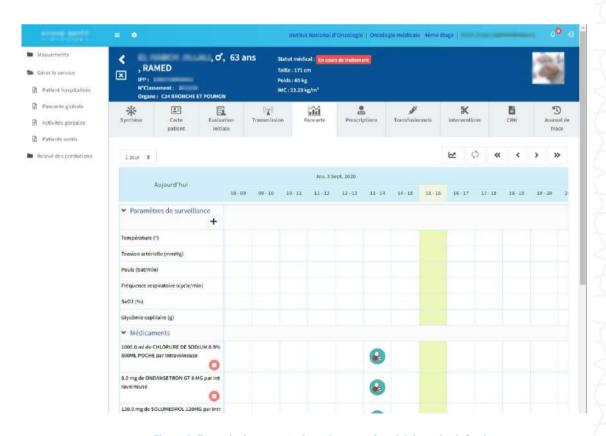


Figure 3: Exemple de pancarte de patient pour le suivi des soins infirmiers



Ce guide est édité par :

La Fondation Lalla Salma-Prévention et traitement des cancers

Villa nº 1, Touarga Fouaka, Méchouar Saïd, Rabat. CP 070 10 - Maroc Tél. : +212 (0) 537 66 10 00 / 55 - Fax : +212 (0) 537 66 10 66