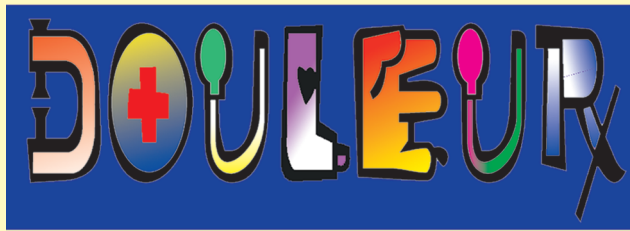


Soins et actes infirmiers douloureux

Recommandations



LIVRET DE RECOMMANDATIONS

SOINS et ACTES INFIRMIERS

DOULOUREUX

Première version élaborée par le groupe de travail
« douleur postopératoire » de la Société Francophone d'Etude de la douleur
(SOFRED) en 1999

Publiée dans le recueil des actes lors du congrès de la Société Française
d'Etude et Traitement de la Douleur (SFETD) en juin 2000

Revue et modifiée en mars 2005

par :

Agnès LANGLADE	Médecin anesthésiste.	
	Présidente du CLUD	Hôpital TENON
Marie AUBRY	IDE référente douleur	Hôpital TENON
Danièle CHAUMIER	IDE Stomathérapeute	Hôpital TENON
Monique ALAMIE	IADE	EPERNAY
Marie-Noëlle GAUTIER	IADE référente douleur	CH LAVAL
Jean-Michel GAUTIER	IADE	CHU MONTPELLIER

PRESENTATION DU LIVRET DE RECOMMANDATIONS

Prise en charge de la douleur provoquée par les soins et actes infirmiers chez l'adulte et la personne âgée

Une enquête réalisée par la SOFRES médicale auprès de patients atteints d'un cancer a montré qu'ils subissent des gestes invasifs, répétitifs, pour lesquels un patient sur trois ressent une gêne voire même une douleur.

Ce fait était confirmé par 55 % des médecins et 87 % du personnel infirmier.

Une enquête réalisée en 2001 à l'hôpital Tenon nous a permis de recenser les soins considérés comme douloureux par les soignants(*Annexe I*).

Dans les *soins infirmiers* sont cités le plus souvent :

- Les réfections de pansement, les soins d'escarres et de plaies chroniques de même que les mobilisations lors des toilettes.

Dans les *actes infirmiers* sont nommés :

- Les poses de perfusion, les prélèvements veineux ainsi que les poses de sondes urinaires

Ces gestes sont douloureux pour un bon nombre de patients hospitalisés, quelle que soit la nature de l'affection en cause.

L'intensité des douleurs provoquées par ces gestes doit faire l'objet d'une évaluation avec l'emploi d'outils appropriés à l'âge et à la faculté d'expression du patient.

Les propositions thérapeutiques doivent être adaptées à l'âge des patients et au type de douleur.

Ces douleurs sont prévisibles.

C'est pourquoi, une réflexion et un travail commun doivent être menés au sein des équipes afin d'établir des procédures de soins menant à des actions thérapeutiques préventives .

Une première version de ces recommandations a été élaborée par des membres de la SOFRED* médecins et infirmiers (ères). Elle propose quelques solutions thérapeutiques simples permettant de prendre charge les soins et actes infirmiers douloureux des patients hospitalisés.

* SOFRED SOciété FRancophone d'Etude de la Douleur

SOMMAIRE

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR TOUS LES SOINS ET ACTES DOULOUREUX

MOYENS NON PHARMACOLOGIQUES

- Techniques augmentant la détente
- Techniques augmentant la distraction
- Autres méthodes pouvant s'associer aux soins

METHODES D'EVALUATION DE LA DOULEUR

- Pourquoi et comment évaluer la douleur engendrée par les soins ?
- Facteurs influençant l'évaluation
- Tableau récapitulatif des différentes échelles d'évaluation
- Annexes : Les échelles : Dessin du bonhomme, DOLOPLUS, ECPA

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

- Recommandations et règles d'utilisation
- Tableau récapitulatif des antalgiques par voie générale chez l'adulte
- Tableau récapitulatif des antalgiques par voie locale chez l'adulte
- Annexe : Tableau du bon usage des médicaments

FICHES TECHNIQUES DE DIFFERENTS SOINS

- Fiche N° 1 : Les escarres et annexes : Evaluation des risques
- Fiche N° 2: Les sondes
- Fiche N° 3: La toilette / la mobilisation
- Fiche N° 4: Les mucites
- Fiche N° 5: Conseils pratiques pour d'autres soins et pansements

ANNEXES

- Annexe I : Méthodologie d'un protocole douleur
- Annexe II : Protocole de prise en charge des patients drépanocytaires
- Annexe III : Membres du groupe « douleur post opératoire »

RECOMMANDATIONS GENERALES

POUR TOUS LES SOINS

ET

ACTES DOULOUREUX INFIRMIERS

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR TOUS LES SOINS ET ACTES DOULOUREUX

Le respect de quelques règles simples, avant chaque soin, peut diminuer considérablement le ressenti de la douleur et faciliter son déroulement.

L'objectif est d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients.

L'information :

Que ce soit pour l'adulte ou la personne âgée, il convient de fournir des explications claires, adaptées au développement cognitif de chacun.

L'information permet de créer un climat de confiance et de sécurité.

L'entourage des patients est souvent démuni face au phénomène douloureux. Il est nécessaire de le rassurer, en apportant par exemple des informations sur les méthodes antalgiques utilisées.

L'écoute :

Ecouter c'est savoir entendre, mais aussi savoir susciter la verbalisation du patient.

Une disponibilité intégrale, sans préjugé ni a priori, est un encouragement à son expression spontanée. S'asseoir près de lui, offrir un contact de la main, un visage bienveillant, être attentif aux changements d'attitudes de sa part (ex : crispation du visage, des mains) c'est se mettre dans les meilleures conditions d'écoute.

Les soignants doivent rester à l'écoute des remarques des proches en ce qui concerne les habitudes de vie (surtout pour les patients déments et/ou handicapés ou non communicants).

Le confort :

Une bonne installation peut diminuer le ressenti de la douleur chez le patient et permet d'effectuer le soin dans de meilleures conditions pour le soignant.

Ex : - pour le patient, selon la zone considérée : poser la nuque sur l'oreiller ; caler son dos ...

- pour le soignant : penser à rehausser le lit, à s'asseoir pour un prélèvement ou la pose de perfusion ...

La pertinence des soins :

Le soignant doit s'interroger sur l'organisation des soins afin de :

- respecter au mieux le rythme et l'activité du patient,
- éviter la répétition de soins douloureux, ex : prélèvements sanguins
- favoriser un temps de récupération.

Le soin doit être effectué au moment du pic d'action des agents antalgiques utilisés pour bénéficier de la meilleure efficacité. Il faut donc savoir attendre...

Voir tableau « le bon usage des médicaments »

La disponibilité :

Un soin effectué dans la précipitation est générateur d'angoisse et majore le phénomène douloureux chez le patient.

Il est préférable de décaler le soin pour le faire dans de meilleures conditions (sauf urgence).

Dès lors, une réflexion sur l'organisation des soins des 24 heures s'impose.

L'environnement :

Favoriser un environnement calme et détendu (baisser le son de la télé), éviter une multitude de soignants autour du patient, afin de favoriser l'échange avec celui-ci .

La participation du patient :

Faire du patient un partenaire.

En fonction de ses capacités cognitives, le patient peut devenir « **acteur du soin** », si on lui laisse la place d'une négociation.

Ex : Le faire participer à la phase simple d'un soin peut aider à dédramatiser celui-ci.

Le choix du matériel :

La préparation minutieuse du matériel avant le soin permet un gain de temps et favorise un climat de confiance pour le patient.

Le matériel utilisé doit être adapté au geste, à la morphologie afin d'être le moins générateur de douleur.

Ex : choix du diamètre des sondes, du calibre des cathéters de perfusion...

Le savoir-faire du soignant :

Le patient sera d'autant plus détendu si le soignant montre une bonne maîtrise du soi, ce qui permet une relation basée sur la confiance.

Si le geste à réaliser est générateur de stress pour le soignant, celui ci doit dans tous les cas éviter de le communiquer au patient.

Le patient est dans sa chambre. Pensez à frapper avant d'entrer.

Attention au langage ; les paroles peuvent parfois être délétères.

Ex : « votre pansement n'est pas beau... » « cela ne s'arrange pas »....

Savoir associer les compétences d'autres professionnels (psychologue, médecin et infirmier référent douleur, unité mobile de soins palliatifs, stomathérapeute, kinésithérapeute ergothérapeute, ...).

MOYENS

NON PHARMACOLOGIQUES

MOYENS NON PHARMACOLOGIQUES

Certains relèvent du rôle propre infirmier.

Ils sont complémentaires aux traitements pharmacologiques et doivent être adaptés au patient en fonction de son âge mais aussi en fonction de ses attentes.

Ils s'associent aux conseils donnés dans la fiche précédente.

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR TOUS LES SOINS ET ACTES DOULOUREUX

A) TECHNIQUES AUGMENTANT LA DETENTE

- La respiration profonde
- Le relâchement musculaire
- La relaxation
- L'hypnose
- La sophrologie.

B) TECHNIQUES AUGMENTANT LA DISTRACTION

- Le détournement de l'attention (concentration sur une image, un souvenir...)
- La musicothérapie
- Les jeux informatiques, la télévision, les vidéo...

C) AUTRES METHODES POUVANT S'ASSOCIER AUX SOINS

LES STIMULATIONS CUTANÉES

Stimulation par le toucher

- Massages superficiels
- Toucher /massage
- Pression / massage (point d'acupuncture)
- TENS Neuro stimulation électrique transcutanée

Stimulations thermiques

- Utilisation du chaud :

Les moyens :

Coussins, couvertures chauffantes, sèche-cheveux, lampe chauffante.

Indications :

Douleurs articulaires, contractures musculaires

Contre-indications :

Saignement, œdème.

Précaution d'emploi :

Attention au risque de brûlures cutanées

Mécanismes d'action

- Détend la musculature (dos)
- Favorise le processus de maturation (abcès)
- Stimule l'activité intestinale (spasmes, paresse intestinale)
- Réchauffe (hypothermie)

- Utilisation du froid :

Moyens :

Compresse, vessie de glace, packs de gel, gants de toilette.

Indications :

Douleurs dentaires, céphalées, chirurgie orthopédique, traumatique, douleurs des intramusculaires, intraveineuses, démangeaisons.

Précaution d'emploi

Risque de gelures.

Mécanismes d'action :

- Effet d'anesthésie (cryothérapie)
- Effet anti-inflammatoire (vessie de glace)
- Effet antipyrétique
- Diminue le processus des brûlures (au minimum 15 mn d'eau froide)

METHODES D'EVALUATION DE LA DOULEUR

POURQUOI ET COMMENT EVALUER LA DOULEUR ENGENDREE PAR LES SOINS ?

A) POURQUOI ?

- Pour quantifier la douleur ressentie par le patient lors du soin, la prendre en compte afin de mieux l'anticiper.
- Pour faciliter les décisions thérapeutiques préventives
- Pour s'assurer de l'efficacité du traitement et l'adapter.
- Pour suivre l'évolution du ressenti douloureux du patient, d'où l'importance de la retranscription des résultats et des actions entreprises dans le dossier de soins.
- Pour avoir le même langage entre les équipes soignantes et le patient afin de mieux reconnaître et croire en sa douleur.
- Pour améliorer la relation avec le patient et la qualité des soins, par l'élaboration de protocoles communs.

B) COMMENT ?

- Rassembler des informations pertinentes afin de préciser le type de douleur, sa localisation, ses caractéristiques, ses répercussions et les signes d'accompagnement.
- Utiliser des outils adaptés au patient :
 - en fonction des possibilités de compréhension (cognition) et de communication (pathologie ORL...) ;
 - en fonction des habitudes du service par rapport au choix des outils proposés.
 - en gardant (pour l'infirmière ou le médecin), le même outil d'évaluation pour le même patient.
- Evaluer la douleur de façon systématique, même en l'absence de plainte du malade :
 - Avant le soin : score de douleur de référence
 - Pendant le soin : évaluation de l'efficacité du traitement préventif mis en place et adaptation si besoin.
 - Après le soin : Recherche de douleurs résiduelles.
- Prendre en compte et s'aider des remarques de l'entourage familial (surtout pour les personnes non communicantes).
- Créer des supports adaptés pour la transcription des informations recueillies. Ces documents doivent être accessibles par toute l'équipe soignante (dossier de soins, feuille spécifique...).

FACTEURS INFLUENCANT L'EVALUATION

A) Facteurs liés à l'évaluateur :

L'expérience professionnelle

Le soignant ayant exercé dans différents services de soins ou différents établissements de santé peut avoir acquis des connaissances et comparer différentes organisations de prise en charge de la douleur.

L'expérience personnelle

Toute personne, a son propre vécu de la douleur : dans son propre corps ou par l'expérience de ses proches.

La personnalité

Chaque individu détient ses propres valeurs psychologiques, sociales et ses propres croyances.

Le soignant doit parvenir à une attitude de non jugement pour rester le plus objectif possible.

La culture et l'environnement

Certaines idées préconçues sont souvent véhiculées dans la vie courante et peuvent influencer notre regard sur la douleur de l'autre.

Notre culture peut aussi nous rendre moins objectif sur l'évaluation.

Croire en la douleur d'autrui, c'est faire abstraction de nos préjugés.

La disponibilité

Elle peut être influencée et diminuée par des facteurs extérieurs tels que : fatigue, soucis personnels, conditions de travail (notion de « burn out »), place que l'on réserve à la prise en charge de la douleur (« j'ai pas le temps », « ce n'est pas une priorité », « je ne sais pas, je n'étais pas là hier »...).

La confiance accordée aux outils d'évaluation

Elle est souvent diminuée par notre manque de connaissances et de formation.

La douleur est subjective et ces outils permettent de l'objectiver, même s'ils ne sont pas parfaits.

B) Facteurs liés au patient :

Sa personnalité (extra ou introverti) :

L'expression de la douleur peut être très démonstrative ou, au contraire, cachée. Parler de sa douleur, pour certains patients, peut être perçu comme quelque chose d'intime voire même « tabou » car il nous confie les sensations ressenties.

Les origines culturelles

Elles peuvent être des facteurs influençant l'expression de la douleur. Il est donc important de pouvoir objectiver l'intensité douloureuse avec des outils d'évaluation.

Ses antécédents douloureux

Le vécu, l'histoire du patient et l'histoire de la douleur (en fonction du contexte d'apparition) sont à prendre en considération lors de sa prise en charge.

Ses capacités de compréhension ou de verbalisation

Pour les personnes démentes ou non communicantes, ou ayant des difficultés d'élocution (ex : patient ayant une pathologie ORL), il est nécessaire d'utiliser une échelle adaptée de type comportementale.

Son environnement psycho-socio-culturel.

L'influence de la famille peut être déterminante dans le ressenti de la douleur. Les membres de la famille peuvent ne pas reconnaître son existence (ex : ce n'est pas grave, c'est normal...tu ne vas pas les déranger pour cela...) ou, au contraire peuvent tendre à amplifier le phénomène.

C) Facteurs liés au contexte de la douleur :

L'urgence : le vécu douloureux est majoré par l'angoisse, la non-compréhension, la peur du diagnostic et la crainte de l'avenir (que veut dire cette douleur ?, est ce grave ?...)

La douleur chronique : dans ce contexte l'évaluation devra être globale car plusieurs facteurs peuvent influencer le ressenti douloureux. En effet le symptôme douloureux s'inscrit dans l'histoire de la maladie et son évolution.

TABLEAU RECAPITULATIF DES DIFFERENTES ECHELLES D'EVALUATION

Ce tableau représente les différentes échelles pouvant être utilisées lors des soins.

ECHELLES D'AUTO – EVALUATION	
Le patient évalue lui même l'intensité de sa douleur	
EVA (Echelle Visuelle Analogique) Réglette à deux faces avec curseur de 0 à 100	- S'utilise chez le patient comprenant la méthode - A présenter de façon horizontale ou verticale - Prendre le temps de bien expliquer la méthode
EN (Echelle Numérique) Cotation de 0 à 10	- Compréhension facile - Simple d'utilisation (absence d'outils) - Risque de mémorisation du chiffre donné
EVS (Echelle Verbale Simple) Choix d'items pré définis	- Compréhension facile - Simple d'utilisation - Importance du choix des mots. - Plus de biais dans la méthode, car l'interprétation des mots reste subjective.
DESSIN DU BONHOMME	- Localisation de la douleur sur un schéma corporel - Utilité pour le diagnostic et/ou pour suivre l'évolution de la douleur
ECHELLES D'HETERO EVALUATION	
Le soignant évalue l'intensité de la douleur du patient, lorsque l'auto-évaluation n'est pas possible Ex : patient non communicant, dément, ou ne comprenant pas les méthodes d'auto-évaluation.	
DOLOPLUS	- Utilisée chez les personnes âgées - Nécessite un temps d'observation prolongé - Peu d'items pour les soins douloureux - Evaluation nécessaire en équipe
ECPA Echelle comportementale chez la personne âgée	- Utilisée chez les personnes âgées - Item spécifique pour les soins - Evaluation avant et pendant le soin - Evaluation possible par un seul soignant
Echelle comportementale simple	- Item simple - Observation rapide (seulement 3 niveaux d'observation)

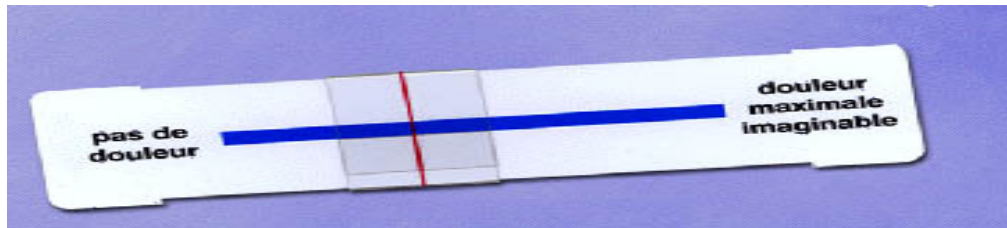
LES DIFFERENTES ECHELLES D'EVALUATION

ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE - EVA

Réglette à deux face graduée de 0 à 100

0 = aucune douleur

100 = douleur maximale imaginable



ECHELLE NUMERIQUE - EN

Cotation de la douleur par un chiffre situé entre 0 et 10

0 = aucune douleur

10 = douleur maximale imaginable

ECHELLE VERBALE SIMPLE - EVS

Choix entre plusieurs items

0 = douleur absente

1 = douleur faible

2 = douleur modérée

3 = douleur intense

ECHELLE COMPORTEMENTALE SIMPLE

Niveau 1 : patient calme sans expression verbale ou comportementale de la douleur

Niveau 2 : le patient exprime sa douleur verbalement ou par son comportement

Niveau 3 : manifestations extrêmes de douleurs (cris, pleurs, agitation majeure non contrôlée, prostration, immobilité et repli du patient sur lui-même)

ANNEXES

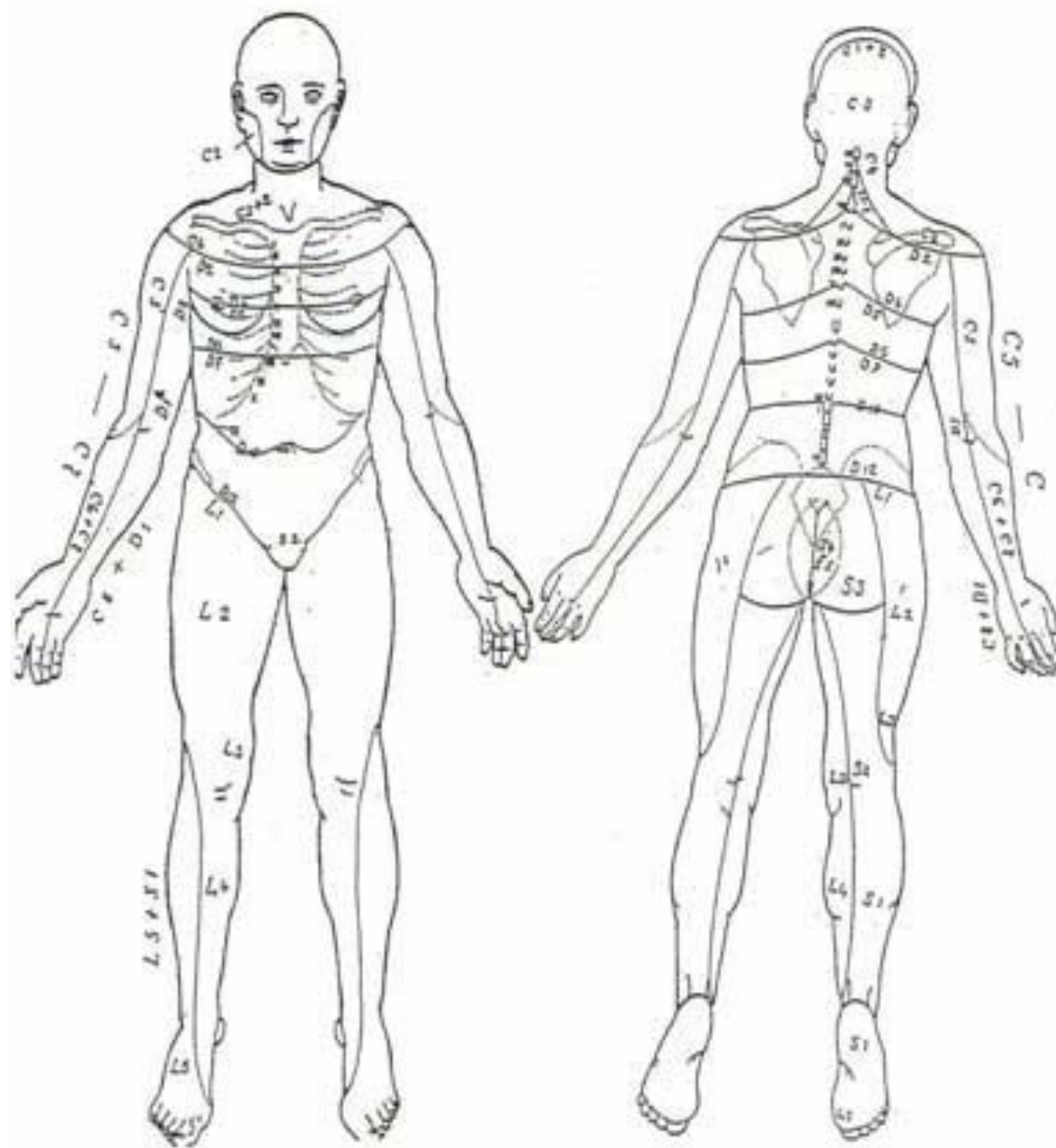
Le Dessin du bonhomme : le patient peut colorier les zones douloureuses du corps.

L'échelle DOLOPLUS : Utilisée pour les patients non communicants. Les soignants cochent en équipe les items correspondant à leur observation.

L'échelle ECPA : Utilisée chez les patients non communicants. Avantage : observation lors des soins

MODELES DES ECHELLES D'EVALUATION

- **Dessin du bonhomme**
- **Echelle DOLOPLUS**
- **Echelle ECPA**



ECHELLE DOLOPLUS - 2

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE

NOM :		Prénom :		Service :		DATES			
Observation Comportementale									
RETENTISSEMENT SOMATIQUE									
1• Plaintes somatiques	- pas de plainte - plaintes uniquement à la sollicitation - plaintes spontanées occasionnelles - plaintes spontanées continues	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2
		3	3	3	3	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	- pas de position antalgique - le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle - position antalgique permanente et efficace - position antalgique permanente inefficace	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2
		3	3	3	3	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	- pas de protection - protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins - protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins - protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2
		3	3	3	3	3	3	3	3
4• Mimique	- mimique habituelle - mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation - mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation - mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2
		3	3	3	3	3	3	3	3
5• Sommeil	- sommeil habituel - difficultés d'endormissement - réveils fréquents (agitation motrice) - insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2
		3	3	3	3	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR									
6• Toilette et/ou habillage	- possibilités habituelles inchangées - possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) - possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels - toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2
		3	3	3	3	3	3	3	3
7• Mouvements	- possibilités habituelles inchangées - possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) - possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) - mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2
		3	3	3	3	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL									
8• Communication	- inchangée - intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) - diminuée (la personne s'isole) - absence ou refus de toute communication	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2
		3	3	3	3	3	3	3	3
9• Vie sociale	- participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) - participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation - refus partiel de participation aux différentes activités - refus de toute vie sociale	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2
		3	3	3	3	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	- comportement habituel - troubles du comportement à la sollicitation et itératif - troubles du comportement à la sollicitation et permanent - troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2
		3	3	3	3	3	3	3	3
COPYRIGHT						SCORE			

E.C.P.A. : ECHELLE COMPORTEMENTALE D'EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE NON COMMUNICANTE
SCORE TOTAL de L'ECHELLE :

I- OBSERVATION AVANT LES SOINS :

1- EXPRESSION DU VISAGE : REGARD et MIMIQUE

- 0 Visage détendu
- 1 Visage soucieux
- 2 Le sujet grimace de temps en temps
- 3 Regard effrayé et/ou visage crispé
- 4 Expression complètement figée

2- POSITION SPONTANEE AU REPOS (Recherche d'une attitude ou position antalgique)

- 0 Aucune position antalgique
- 1 Le sujet évite une position
- 2 Le sujet choisit une position antalgique
- 3 Le sujet recherche sans succès une position antalgique
- 4 Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur

3- MOUVEMENTS (OU MOBILITE) DU PATIENT (Hors et/ou dans le lit)

- 0 Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*
- 1 Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements
- 2 Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*
- 3 Immobilité contrairement à son habitude*
- 4 Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle.

4- RELATION A AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...

- 0 Même type de contact que d'habitude*
- 1 Contact plus difficile à établir que d'habitude*
- 2 Evite la relation contrairement à l'habitude*
- 3 Absence de tout contact contrairement à l'habitude*
- 4 Indifférence totale contrairement à l'habitude*

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II- OBSERVATION PENDANT LES SOINS :

5- Anticipation ANXIEUSE aux soins

- 0 Le sujet ne montre pas d'anxiété
- 1 Angoisse du regard, impression de peur
- 2 Sujet agité
- 3 Sujet agressif
- 4 Cris, soupirs, gémissements

6- Réactions pendant la MOBILISATION

- 0 Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière
- 1 Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins
- 2 Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins
- 3 Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins
- 4 Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins.

7- Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

- 0 Aucune réaction pendant les soins
- 1 Réaction pendant les soins, sans plus
- 2 Réaction au TOUCHER des zones douloureuses
- 3 Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses
- 4 L'approche des zones est impossible.

8- PLAINTES exprimés PENDANT le soin

- 0 Le sujet ne se plaint pas
- 1 Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui
- 2 Le sujet se plaint dès la présence du soignant
- 3 Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée
- 4 Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée.

PATIENT

Nom : Prénom :

Sexe : Age(ans) :

Date : Heure :

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

POUR TRAITER ET PREVENIR

LA DOULEUR AIGUE

PROVOQUEE PAR LES SOINS

RECOMMANDATIONS et REGLES D'UTILISATION

- Pour chaque spécialité :
 - Préférer la forme orale et les formes à libération immédiate.
 - Bien connaître le délai d'obtention du pic plasmatique* et la durée d'action*. Voir tableau « le bon usage des médicaments »
 - Connaître les contre-indications et s'informer des interactions médicamenteuses.
 - Connaître les effets secondaires et les rechercher chez le patient.
- Penser à diminuer les doses chez le sujet âgé ou chez un patient ayant un état général précaire et les adapter par la suite.
- Rechercher les antécédents du patient avant de faire le choix d'une molécule. En particulier pour les traitements morphiniques, évaluer l'état cardio-respiratoire, hépato rénal...
- Se méfier des effets secondaires des médicaments et toujours penser au rapport bénéfice/ risque pour le malade.
- Avant de réaliser le soin, respecter les posologies, les intervalles et les délais d'efficacité.
- Pour les soins répétitifs, donner le traitement préventif de manière systématique, même en absence de plaintes formulées, si le score de douleur était élevé les jours précédents pour le même soin.
- L'évaluation de l'intensité de la douleur se fait en fonction du délai d'action* des agents antalgiques et du délai d'obtention du pic plasmatique** (voir tableau des médicaments)
- Adapter le traitement par une évaluation régulière et chiffrée en la notant sur le dossier de soins.
- Penser à expliquer le traitement aux familles, surtout lors de l'utilisation de morphinique. Ces explications doivent être d'autant plus claires et identiques (entre soignants) qu'on est en phase critique ou palliative. Pour le grand public, l'utilisation de la morphine est souvent synonyme de gravité voire même de fin de vie.

* **délai d'action** : intervalle entre la prise et le début d'efficacité.

** **pic plasmatique** : période où la concentration du produit est la plus élevée dans le sang

TABLEAU DES ANTALGIQUES
PAR VOIE GENERALE
SELON LES PALIERS DE L'OMS*

* Organisation Mondiale de la Santé

TABLEAU RECAPITULATIF DES ANTALGIQUES PAR VOIE GENERALE

	NOMS DE SPECIALITE	VOIE	POSOLOGIE UNITAIRE	POSOLOGIE JOURNALIERE	EFFETS SECONDAIRES à court terme CONTRE INDICATIONS
<u>PALIER I</u>					
<u>Paracétamol</u>	Ex : Dafalgan® Doliprane® Efferalgan® Géluprane®...	Per os Cp à 500 mg	1000 mg	4 g	- Allergie rare
	Perfalgan®	Intraveineux 1 g de paracétamol	1 g	4 g	- Hypotension - Douleur au site d'injection
AINS					
Ac. Propionique	Ex : Profénid®	Per os Cp à 50 mg Gél à 100 mg	100 mg	200-300 mg	Troubles : - rénaux : diminution de la perfusion rénale
		Intraveineux Amp à 100 mg	100 mg	200-300 mg	- digestifs : gastrite => ulcère
Ac.Anthralinique	Ex : Nifluril®	Per os Gel à 250 mg	250 mg	750-1000 mg	- allergiques
Ac.Acétique	Ex : Voltarène®	Per os Cp à 50mg	50 mg	100-150 mg	- hémostase : potentialise l'effet des AVK
Oxicams	Ex : Feldène®	Per os Cp à 20mg	20 mg	20-40 mg	

TABLEAU RECAPITULATIF DES ANTALGIQUES PAR VOIE GENERALE

	NOMS DE SPECIALITE	VOIE	POSOLOGIE UNITAIRE	POSOLOGIE JOURNALIERE	EFFETS SECONDAIRES à court terme CONTRE INDICATIONS
<u>PALIER II</u>					
Association Paracétamol + Morphiniques Faibles - codéine, - dextropropoxyphène	Ex :Algésidal® Efferalgan codéiné® Co doliprane® Diantalvic®	Per os Paracétamol à 500 mg Codéine à 30 mg Dextropropoxyphène à 60 mg	1 cp	4-6 cp	- Allergie rare - Somnolence - Nausée - Vomissement - constipation si prise au long cours
Tramadol	Ex: Topalgic® Contramal® Zamudol®	Per os Gel à 50 mg Intraveineux Amp à 100 mg	50 mg 100 mg	250 mg 250 mg	- Allergie rare - Nausée - Vomissement
Néfopam	Ex :Acupan®	Intraveineux Amp à 20 mg	20 mg	80 mg	- Malaise - Nausée - Vomissement - Hypotension
<u>PALIER III</u>					
Morphine	Morphine® Sévrédol® Actiskénan® OxyNorm®	Sous-cutanée Per os Cp à : 10-20 mg Per os Cp à : 5-10-20-30 mg Per os Cp à : 5-10-20-mg	10 mg 10 ou 20 mg 10 à 20 mg 10 à 20 mg	60 mg 60-80 mg 60-80 mg 60-80 mg	- Nausée - Vomissement - Somnolence - Constipation si prise au long cours de morphine PO

TABLEAU DES ANTALGIQUES

PAR VOIE LOCALE

LES ANESTHESIQUES LOCAUX

Les produits présentés dans ce tableau ont des indications spécifiques (urologie, ORL).

Leur utilisation pour d'autres soins semble être efficace, mais leur utilisation est hors AMM. (Autorisation de Mise sur le Marché).

Ex : Pulvérisation d'anesthésique local sur des plaies avant réfection du pansement.

TABLEAU DES ANTALGIQUES PAR VOIE LOCALE

ANESTHESIQUES LOCAUX				
MOLECULE et NOMS DE SPECIALITE	PRESENTATION	POSOLOGIE DELAI D'ACTION MODE D'UTILISATION	PRECAUTION S D'EMPLOI	INDICATIONS
prilocaine + lidocaïne <i>EMLA</i>	Patch à 5 % Pommade tube de 5g	1 patch par site une dose de 1 à 3 g recouverte de film transparent type Tegaderm® délai d'action : 1h de pose => 3 à 4 mm d'anesthésie 2 h de pose 5 mm d'anesthésie durée d'action : 1 à 2 h après le retrait de la crème	Après 4 heures de pose l'effet anesthésique diminue Dans l'indication des ulcères ne pas dépasser 8 applications par épisode ulcéreux. =>Réservé pour la détersion.	Prélèvement veineux ou artériel Pose de perfusion périphérique Ponction dans un site implantable Ponction fistule artério veineuse Ulcère cutané nécessitant une détersion mécanique longue et douloureuse
Lidocaïne <i>Xylocaïne 5 %</i>	Nébuliseur	10 à 25 pulvérisations		Anesthésie locale des muqueuses bucco pharyngées et/ou des voies aériennes supérieures par pulvérisations
<i>Xylocaïne visqueuse</i>	Gel oral à 2 %	1 cuillère à soupe au moment des douleurs maxi 3 par / j	Eviter toute alimentation pdt 2h. Risque de résorption plus rapide en cas de lésion des muqueuses Risque de morsure grave de la langue et des joues Fausses routes	Traitement symptomatique de la douleur buccale ou œsophagique
<i>Xylocaïne Gel stérile</i>	Gel pour usage urétral à 2% Récipient uni dose de 15 g	1 flacon uni dose (chez l'homme 1 tube, chez la femme quelques grammes)	Prudence en cas de muqueuse urétrale traumatisée ou inflammatoire	Exploration en urologie Pose de sonde vésicale
<i>Xylocaïne 5 % solution</i>	Flacon de 24 ml	Dose maxi 4 ml de solution Tamponnement avec coton imprégné	Fausse route Eviter toute alimentation pdt 2h. Diminuer la dose en cas de lésion des muqueuses	Exploration ORL Stomatologie

TABLEAU DES ANTALGIQUES PAR VOIE LOCALE

ANESTHESIQUES LOCAUX				
MOLECULE et NOMS DE SPECIALITE	PRESENTATION	POSOLOGIE DELAI D'ACTION MODE D'UTILISATION	PRECAUTIONS D'EMPLOI	INDICATIONS
Pramocaïne <i>Tronothane</i>	Tube canule de 30 g Gel pour application locale	Voie rectale application directe (canule) ou à l'aide d'une compresse		Douleurs anales
Parethoxycaine <i>Maxicaïne</i>	Cp à sucer de 0,75 mg	6 à 12 cp / j à distance des repas (ne pas croquer)	Fausse routes Engourdissement passager de la langue	Irritation de la gorge
CRYOTHERAPIE THERMOTHERAPIE				
Urgofroid	Flacon spray réfrigérant sous pression	1 à 2 pulvérisations à 10 cm de la zone à traiter Arrêter la pulvérisation dès l'apparition de givre	Pas de pulvérisation sur : - peau lésée yeux muqueuse	Douleur d'origine traumatique Oedème et hématome (limite leur diffusion)
Cold hot	Coussin thermique réutilisable	Application de froid ou de chaud selon les indications		Cryothérapie : entorse, hématome, migraine, douleur dentaire, fièvre légère Thermothérapie : lombalgies, cervicalgies

ANNEXE

TABLEAU

LE BON USAGE DES MEDICAMENTS

LA DOULEUR N'EST PAS UNE FATALITÉ

Soins douloureux Le bon usage des médicaments au bon moment

*Le meilleur moment pour exécuter un soin se situe quand l'agent antalgique déploie son plein effet (approximativement entre le pic plasmatique et la 1/2 vie).
Ce tableau a été élaboré en fonction des données pharmaceutiques disponibles.*

On peut faire le soin.
Maximum d'efficacité.

On ne doit pas faire le soin.

On peut commencer à faire le soin.
Début d'action, mais elle n'est pas à son maximum.

	Molécules	Spécialités	Voie d'administration	Prise Méd.	15 mn	30 mn	45 mn	1 h	15 mn	30 mn	45 mn	2 h	15 mn	30 mn	45 mn	3 h	4 h
Palier 1	Paracétamol	Doliprane®, Efferalgan® gel. à 500 mg	per os														
		Perfalgan® amp. à 1 g	IV														
	Kétoprofène	Profénid® gel. à 100 mg	per os														
		Profénid® amp. à 100 mg	IV														
Palier 2	Nefopam	Acupan® amp. à 20 mg	IV														
	Dextropropoxyphène	Di-Antalvic® 1 gel	per os														
	Codéine	Efferalgan codéiné® 1 cp.	per os														
	Tramadol	Topalgic®, Contramal®, Zamudol®, gel. à 50 mg LI*	per os														
		Topalgic®, Contramal®, Zamudol®, Ampà 100 mg	IV														
Palier 3	Morphine	Morphine à 10 mg	SC														
		Sevredol® (cp.) 10-20 mg, Actiskénan® (cap.) 5-10-20 mg	per os														

*(LI : Libération immédiate)

FICHES TECHNIQUES

DE

DIFFERENTS SOINS

FICHES TECHNIQUES DE DIFFERENTS SOINS

- **Fiche N° 1. LES ESCARRES**

- I - Définition
- II - Classification des stades de l'escarre
- III - Mesures de prévention générale
- IV - Recommandations pour la réfection des pansements
- V - Annexes :
 - Tableau des différents stades de l'escarre
 - Tableau des produits utilisés dans le traitement
 - Tableau des laboratoires fabricants des pansements
 - Fiches de surveillance pour les soins d'escarres

- **Fiche N° 2. LES SONDES**

- I - Recommandations générales
- II - La sonde à oxygène
- III - La sonde gastrique
- IV - La sonde urinaire

- **Fiche N° 3. TOILETTE / MOBILISATION**

Recommandations générales

- **Fiche N° 4. LES MUCITES**

- I - Définition
- II - Conséquences de la mucite
- III - Classification O.M.S.
- IV - Les mucites et leur traitement

- **Fiche N° 5. CONSEILS PRATIQUES POUR AUTRES SOINS**

Tableau de conduite à tenir à visée préventive pour la réalisations des soins suivant :

- Réfection de pansement
- Soins de stomie
- Ablation de matériel de drainage
- Ablation de dispositifs adhésifs
- contrôle de la glycémie

I DEFINITION

L'escarre est une ischémie tissulaire liée à une diminution de l'apport sanguin par pression prolongée de la peau entre deux plans durs : le support sur lequel le malade repose et le plan osseux.

Cette lésion atteint la peau. L'escarre constituée entraîne le plus souvent une plaie profonde avec perte de substance.

ESCARRE = TISSUS MORTS

II CLASSIFICATION DES STADES DE L'ESCARRE
du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)**Stade I :**

Erythème cutané sur une peau apparemment intacte ne disparaissant pas après la levée de la pression, accompagné ou non d'œdème ou d'induration.

Stade II :

Perte de substance impliquant l'épiderme et en partie le derme se présentant comme une phlyctène une abrasion ou une ulcération superficielle (désépidermisation).

Stade III :

Perte de substance impliquant le tissu sous cutané avec ou sans décollement périphérique.

Stade IV :

Perte de substance atteignant et dépassant le fascia et pouvant impliquer os ,
articulation, muscle ou tendon.

Cliniquement, les plaies des stades III et IV sont, profondes, fibrineuses et/ou nécrotiques

III MESURES DE PREVENTION GENERALES

Adaptées d'après les recommandations de nov 2001 de l'ANAES
(Agence nationale pour l'accréditation des établissements de santé)

➤ *L'évaluation des risques*

- Doit être faite systématiquement à l'arrivée du patient, à l'aide d'échelles spécifiques.
- Ex : Echelle de BRADEN : recommandée par l'ANAES, complète, validée et simple.
Echelle des Peupliers-Gonesse : Adaptée de Norton, moins détaillée mais classement en trois niveau de risque
Echelle de NORTON : Validée chez la personne âgée
Vous trouverez ces échelles en annexe de ce chapitre

➤ *Changement de position*

- Toutes les deux à trois heures de jour comme de nuit. Si retournement impossible, modifier les points d'appuis par de petites modifications de postures. Ex : oreiller sous le matelas
- Massage doux à type d'effleurement des points d'appuis à l'aide de produits spécifiques (Sanyrene®) à chaque changement de position.
- Pas de position en décubitus latéral à 90° Risque important d'escarre du trochanter, préférer le décubitus latéral oblique à 30°.

➤ *Utilisation systématique de support anti-escarres,*

- Au fauteuil comme au lit (matelas et sur-matelas, coussin, cerceau...)
- Le support doit être adapté au stade de l'escarre et à l'état du patient

➤ *Mesures d'hygiène générale*

- Toilette quotidienne, bien sécher les plis et hydrater la peau. Attention au moment de la toilette, des changes, enlever tous objets(miettes, pli...) dans le lit pouvant favoriser les points de compressions et les frottements.

➤ *Effectuer des changes fréquents*

- Pour les patients incontinents afin d'éviter toute macération : utiliser des palliatifs à l'incontinence (étui pénien, collecteur foecal)
- Lors des repositionnements du patient, éviter les frottements et les cisaillements par une manutention adaptée (utiliser un lève malade, le remonter à l'aide des draps...)

➤ *Alimentation et hydratation correctes.*

- Ne pas hésiter à demander les conseils de la diététicienne.

IV RECOMMANDATIONS POUR LA REFECTION DES PANSEMENTS

Ne jamais masser une escarre constituée

- C'est à dire à partir du stade I (voir classification).
Risque d'aggravation de l'escarre et de majoration de l'effet douloureux

➤ ***Respecter l'écosystème naturel de l'escarre***

- Pas d'antiseptique systématique : risque de sélection de souche résistante, ceux-ci n'ont pas d'efficacité prouvée sur peau lésée et leur utilisation peut entraîner des phénomènes douloureux (picotements, brûlures)
- Nettoyage de la plaie au sérum physiologique par projection directe plutôt que par tamponnement Ne pas l'assécher, sécher uniquement le pourtour.

➤ ***Le maintien d'un milieu humide*** est indispensable à la cicatrisation.

Choisir des pansements favorisant le milieu humide mais évitant la macération

➤ ***Le temps de pose des pansements spécifiques doit être respecté.***

- Ne pas les changer systématiquement tous les jours.
- préférer un pansement pouvant rester en place plusieurs jours et protéger les berges de la plaie

➤ ***Choisir un pansement qui adhère peu à la plaie***

➤ ***Choisir un moyen de contention le moins agressif possible***

- filet, bandage de préférence à un adhésif

➤ ***Feuille de surveillance dans le dossier de soins***

- Noter l'évolution des pansements

ANNEXE 1 TABLEAU DES DIFFERENTS STADES DE L'ESCARRE

- Définition des différents stades de l'escarre.
- Attitudes à proscrire.
- Attitudes conseillées.
- Produits à utiliser.
- Recommandations spécifiques à chaque stade.

ANNEXE 2 TABLEAU DES PRODUITS UTILISES DANS LE TRAITEMENT

- Classe des différents pansements
- Actions
- Mode d'emploi
- Indications selon le stade d'évolution de l'escarre.

ANNEXE 3 TABLEAU REPERTOIRE DES LABORATOIRES

- Liste des laboratoires
- Produits commercialisés par classes de pansements

ANNEXE 4 FEUILLE DE SURVEILLANCE DES ESCARRES

Echelle de NORTON

Echelle des Peupliers-Gonesse

Echelle de BRADEN

ANNEXE 1

TABLEAU DES DIFFERENTS STADES DE L'ESCARRE

**LES DIFFERENTS STADES DE L'ESCARRE
DE LA CONSTITUTION A LA CICATRISATION**

	DEFINITION	ATTITUDES A PROSCRIRE	ATTITUDES CONSEILLEES	PRODUITS A UTILISER	RECOMMANDATIONS
	Pas de lésion cutanée				
D E L A C O	Risque potentiel	Alitement prolongé Frottement des draps	Retournement régulier Changement des points d'appuis Mise au fauteuil si possible Utilisation de matériel de prévention adapté Effleurage doux	Massage doux de la zone à risque au Sanyrene	Evaluer les risques à l'aide d'échelles => Protocole de prévention Prévention au moment de la toilette, des changes: enlever tous objets, miettes, plis dans le lit = facteurs favori- sant la création d'escarre Veiller à une bonne hydratation et à une alimentation suffisante
N S T I T U T I	Erythème Rougeur, plaque oedémateuse Stade réversible si traitement limité à l'épiderme et au derme superficiel	Massage énergique et vigou- reux, frictions => aggravation du décollement des plans profonds Utilisation d'alcool, de colorant Laisser sur un plan dur de façon prolongée	Pas de massage sur des lésions constituées Examiner la peau une fois par équipe Lever les points d'appuis Changement de posture Protéger la peau	Plaque d'hydrocolloïde transparente ou film semi perméable => évite les frottements et protège la peau	Retournement toutes les 3 heures de jour comme de nuit Changes fréquents pour les patients incontinents
O N A	Phlyctène Soulevement de l'épiderme rempli de sérosité => phlyctène blanche ou de sang => phlyctène nécrotique	Excision du toit de la phlyctène blanche Utilisation de glaçons et air chaud en alternance	Phlyctène blanche : évacuer le contenu maintenir le toit de la phlyctène et la protéger Phlyctène nécrotique :l'exciser et la traiter ensuite comme une nécrose	hydrocolloïdes extra mince ou hydrocolloïdes épais ou interfaces	Le temps de pose des pansements peut être de 1 à 3 jours : le respecter Evaluer l'évolution du pansement régulièrement sur une feuille de soins Choisir le mode de contention le moins agressif pour la peau
L A	désépidermisation Plaie superficielle, rouge et douloureuse	Assécher la peau avec des colorants			
C I C A T R I S A T I O N	Nécrose et détersion Nécrose noire, sèche et dure épaisse et peu douloureuse Nécrose jaune molle après ouverture profonde et lorsque la détersion est en cours	Découper la nécrose trop précocément, l'assécher, faire saigner les tissus Gratter la nécrose Utilisation de produits anti septiques, agressifs	Ramollir la plaque de nécrose par des pansements créant un milieu humide Attendre que la zone à découper se délimite ; enlever les tissus morts en respectant la zone saine Excision prudente	Nécrose noire : hydrogel + hydrocol loïdes extra mince Nécrose molle : hydrocolloïdes ou alginate de calcium si plaie exsudative ou hudrocellulaire si plaie très exsudative	Prudence lors de l'excision si patient diabétique, sous traitement anticoagulant, artéritique... En cas de nécrose profonde, prendre un avis chirurgical
	Bourgeonnement Epidermisation Phase de cicatrisation, formation de tissus de granulation : le bourgeon	Gratter la plaie Réfection des pansements trop fréquente Nettoyage à la compresse Utilisation de pinces, de curettes	Irriguer la plaie avec une douchette ou à la seringue... Laisser le pansement en place plusieurs jours	Bourgeonnement : Hydrocolloïdes Corticotulle si bourgeonnement trop important hydrocellulaire Epidermisation : hydrocolloïdes extra mince ou interfaces	La cicatrice des escarres est une zone fragile qui peut être un site privilégié de reconstitution de l'escarre Continuer à protéger la peau après la cicatrisation

ANNEXE 2

TABLEAU DES PRODUITS UTILISES DANS LE TRAITEMENT DES ESCARRES

TYPES de PANSEMENTS

NOMS des PANSEMENTS	ACTIONS	MODES D'EMPLOIS	INDICATIONS
HYDROCOLLOÏDES			
Pansement absorbant à base de carboxymethylcellulose (CMC) substance semi-synthétique formant un gel au contact de l'humidité de la plaie sous forme de pâte, poudre, plaque épaisse ou mince	Protecteurs des frictions et des cisaillements Création d'un milieu hypoxique favorable à la cicatrisation Maintien d'un milieu humide par occlusion ou semi occlusion Absorption des exsudats	Nettoyer la plaie avant Appliquer directement sur la plaie en dépassant de 2 à 3 cm et laisser en place plusieurs jours Ne le changer que quand il est saturé	Tous les stades de la cicatrisation sur plaie peu exsudative et non surinfectée Prévention et rougeur : plaque fine, transparente Autres stades : hydrocolloïde sous forme de plaque épaisse En association pour les plaies profondes avec poudre et pâte
HYDROGELS			
Polymère insoluble de CMC contenant au moins 75% d'eau pansement transparent hydroactif	détersion des tissus nécrotiques réhydratation des plaies sèches fort pouvoir d'hydratation et bonne capacité d'absorption	Appliquer directement sur la zone lésée et recouvrir d'un pansement secondaire (compresse ou hydrocolloïde mince) protéger les tissus sains et renouveler le pst tous les 2 jours	Stade nécrose noire ou plaie très sèche en phase de détersion
HYDROCELLULAIRES ET MOUSSE			
Pansement absorbant adhésif ou non en trois couches => pouvoir absorbant élevé	Absorption des exsudats jusqu'à 10 fois leur poids en maintenant un milieu humide Permet les échanges gazeux Barrière aux germes extérieurs à la plaie	Appliquer la plaque +/- associée à un pansement secondaire si plaque non adhésive Laisser en place de 72 h à 4 jours	stade de bourgeonnement dans les plaies chroniques très exsudatives de la fin de la détersion jusqu'à l'épidermisation finale
FILMS SEMI-PERMEABLES			
Membrane de polyuréthane enduite d'un adhésif hypo-allergénique	Bonne occlusion des pansements Maintient l'humidité de la plaie Protection physique contre frottement (draps) et souillures extérieures Pas de propriété d'absorption	Appliquer directement sur la peau en protection ou pour fermer un pansement afin de garder le milieu humide (pst secondaire) Au retrait tirer le film parallèlement à la peau pour limiter la douleur	En prévention ou au stade de rougeur

TYPES de PANSEMENTS

NOMS des PANSEMENTS	ACTIONS	MODES D'EMPLOIS	INDICATIONS
ALGINATES DE CALCIUM			
Pansement d'origine végétale à base d'algues sous forme de plaque, mèche ou ruban existe seul ou associé au CMC	Pouvoir détersif, cicatrisant Absorbe les exsudats et maintien un milieu humide Pouvoir hémostatique et utilisation possible sur les plaies surinfectées	Nettoyer la plaie exclusivement au sérum physiologique Déposer la feuille du produit en une seule couche Renouveler le pst tous les jours si : exsudat important ou plaie surinfectée sinon tous les 2 jours	Plaie avec perte de substance ou avec trajet fistuleux moyennement à très exsudative du stade de détersion au stade de cicatrisation Stade de nécrose molle +++, fibrine Plaie infectée Plaie hémorragique
HYDROFIBRES			
Fibres hydrocolloïdes de CMC	Fort pouvoir d'absorption (30 fois leur poids) Se transforme en gel au contact des exsudats	Appliquer directement sur la plaie en dépassant de 2 à 3 cm Recouvrir d'un pst secondaire Renouveler le pst dès saturation	Plaie en phase de détersion et bourgeonnement sur plaie très exsudative Nécrose molle +++ Fibrine
PST INTERFACE			
Pst d'isolation de la plaie constitué soit de silicone, d'émulsion de vaseline emprisonnée dans des hydrocolloïdes, soit de vaseline	Non adhérents à la plaie N'ont pas de propriétés cicatrisantes en soi mais permettent une isolation de la plaie et le maintien du milieu humide	Appliquer la compresse en une seule épaisseur (ne doit pas être pliée) Recouvrir d'un pansement secondaire A renouveler tous les 2 à 3 jours	Stade d'épidermisation Fin de bourgeonnement Peut être utilisé sur les excoriations, et dermabrasions et pst de prise de greffe
PST AU CHARBON			
Pst contenant du charbon activé	Capte les bactéries et les odeurs Action bactéricide, Diminue les odeurs	Appliquer le pst de préférence mouillé au sérum physio Recouvrir d'un pst secondaire Ne pas le couper, le plier, le rouler	Plaies surinfectées où l'odeur et l'infection doivent être traitées

ANNEXE 3

TABLEAU REPERTOIRE DES LABORATOIRES ET DES PANSEMENTS

TABLEAU DES PANSEMENTS ET LABORATOIRES

LABORATOIRE	CLASSES DES PANSEMENTS							
	HYDRO COLLOIDE	HYDROGEL	HYDRO CELLULAIRE	FILM SEMI PERMEABLE	ALGINATE	HYDROFIBRE	INTERFACE + * Pst Gras Neutre	CHARBON
B-BRAUN	Askina biofilm	Askina gel	Askina thin site AskinaTouch transorbent	Askina derm	Askina sorb (+ CMC)			
BROTHIER					Algosteril (Sans CMC)			
COLOPLAST	Comfeel	purilon	Biatain		Seasorb soft AMIVIA (+CMC)		*Physiotulle	
CONVATEC	Duoderm	Duoderm hydrogel	Combiderm	Epiview		Aquacel		Carboflex
HARTMANN	Hydrocoll	Hydrosorb	Permafoam	Hydrofilm Visulin			*Grassolin	
JOHNSON & JOHNSON		Nu gel	Tielle				*Adaptic	Actisorb +
MOLNLYNCKE			Mepilex				Mepitel	
SETON HEALTHCARE GROUP			Lyomousse					
SMITH & NEPHEW		Intrasite gel	Allewin	Opsite	Algisite M		*Jelonet	Carbonet
3 M SANTE				Tegaderm				
URGO FOURNIER	Algo plaque	Urgo hydrogel			Urgo sorb (+ CMC)		Urgotul	

ANNEXE 4

ECHELLES D'EVALUATION DES RISQUES D'ESCARRES

- Echelle de NORTON
- Echelle des PEUPLIERS-GONESSE
- Echelle de BRADEN

ECHELLE DE NORTON

état général *	état mental	activité autonomie	mobilité alité	incontinence
BON : 4	BON : 4	SANS AIDE : 4	TOTALE : 4	AUCUNE : 4
MOYEN : 3	APATHIQUE : 3	AVEC AIDE : 3	DIMINUEE : 3	PARFOIS : 3 **
MAUVAIS : 2	CONFUS : 2	ASSIS : 2	TRES LIMITE : 2	URINAIRE : 2
TRES MAUVAIS : 1	INCONSCIENT : 1	TOTALEMENT ALITE : 1	IMMOBILE : 1	URINAIRE ET FECAL : 1

1- Condition physique : -Bon : Etat clinique stable, paraît en bonne santé et bien nourri. -Moyen : Etat clinique généralement stable, paraît en bonne santé. -Pauvre : Etat clinique instable, en mauvaise santé. -Très mauvais : Etat clinique critique ou précaire.	4- Mobilité : Degré de contrôle et de mobilisation des membres -Totale: Bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser. -Diminuée : Capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position. -Très limitée : Incapable de changer de position sans aide, offre peu d'aide pour bouger, paralysie, contractures. -Immobile : Incapacité de bouger, incapable de changer de position
2- Etat mental : Niveau de conscience et orientation - Alerte : Orienté, a conscience de son environnement. -Apathique : Orienté (2 fois sur 3), passif. -Confus : Orienté (1 fois sur 2) conversation quelquefois inappropriée. -Inconscient : Généralement difficile à stimuler, léthargique.	5- Incontinence : Degré de capacité à contrôler intestins et vessie -Aucune : Contrôle total des intestins et de la vessie, a une sonde urinaire et aucune incontinence. - Occasionnelle: A de 1 à 2 incontinenes d'urine ou de selles par 24 heures, a une sonde urinaire ou pénilex mais a une incontinence fécale. - Urinaire : A de 3 à 6 incontinenes urinaires ou diarrhéiques dans les dernières 24 heures. - Urinaire et fécale : Ne contrôle jamais intestins ou vessie, a de 7 à 10 incontinenes par 24 heures.
3- Activité : Degré de capacité à se déplacer -Ambulant : Capable de marcher de manière indépendante (inclut la marche avec canne). -Marche avec aide : Incapable de marcher sans aide humaine. -Assis au fauteuil : Marche seulement pour aller au fauteuil. -Totalemeant aidé : confiné au fauteuil à cause de son état et/ou sur prescription médicale.	

INTERPRETATION DU RESULTAT

TOTAL DES POINTS

< 11 : Risque très élevé

12 à 14 : Risque élevé

> 15 : Risque Faible

ECHELLE DE BRADEN

Perception sensorielle	Humidité	Activité
1. Complètement limitée 2. Très limitée 3. Légèrement limitée 4. Non altérée	1. Constante 2. Très humide 3. Parfois humide 4. Rarement humide	1. Alité 2. En chaise 3. Marche occasionnelle 4. Marche fréquente
Mobilité	Nutrition	Friction - cisaillement
1. Complètement immobile 2. Très limitée 3. Légèrement limitée 4. Pas de limitation	1. Très pauvre 2. Probablement inadéquate 3. Adéquate 4. Excellente	1. Problème 2. Problème potentiel 3. Pas de problème apparent

INTERPRETATION DU RESULTAT

Un score total de 23 points est possible ; plus le score est bas, plus l'individu a de risque de développer une escarre.

- Un score de Braden compris **entre 23 et 18** correspond à un **risque nul à faible**
- Un score de Braden compris **entre 17 et 14** correspond à un **risque faible à moyen**
- Un score de Braden compris **entre 13 et 9** correspond à un **risque moyen à élevé**
- Un score de Braden compris **entre 8 et 6** correspond à un **risque élevé**

ECHELLE DE GONESSE

Grille des peupliers

NOTE	ETAT GENERAL	ETAT NUTRITIONNEL	ETAT PSYCHIQUE	CAPACITÉ DE MOBILISATION	INCONTINENCE	ETAT CUTANÉ
0	BON Pas de pathologie à haut risque	BON Apports nutritionnels et liquidiens suffisants	BON Participe aux activités de la vie quotidienne. Accepte sa maladie	INDÉPENDANT Marche seul (avec ou sans déambulateur ou canne). Se lève seul. Se mobilise	INDÉPENDANT seul dans son lit.	BON Continent ou appareillé.
1	MOYEN Pathologie à haut risque ou cachexie ou obésité	MOYEN ou LIMITE Apports : -nutritionnel limité en calories, en protéines -liquidien < 1 litre / 24 heures	MOYEN Déprimé, non motivé. Besoin de stimulation pour les activités de la vie quotidienne.	SEMI-DEPENDANT Assistance pour la marche et les activités de la vie quotidienne. Moins d'une fois par jour.	INCONTINENCE IRRÉGULIÈRE	DÉSHYDRATATION CUTANÉE Peau vieillissante.
2	MAUVAIS - Pathologie neurologique : perte de la sensibilité - association de pathologies à risque.	MAUVAIS Apport nutritionnel insuffisant (malgré compensation). Alimentation parentérale.	MAUVAIS Confus ou agité (doit être totalement surveillé pour participer aux activités de la vie quotidienne.)	DEPENDANT Mobilisation au lit ou au fauteuil avec ou sans aide. Ne peut être qu'au lit ou au fauteuil.	INCONTINENCE URINAIRE	PEAU QUI MARQUE A LA PRESSION
3	TRÈS MAUVAIS Soit pathologie neurologique: perte sensibilité et motricité. Soit stade terminal.	TRÈS MAUVAIS Ne se nourrit plus. Alimentation palliative.	TRÈS MAUVAIS Semi-conscient, coma. Etat léthargique.	ALITÉ Ne quitte pas le lit plus d'une heure par jour. Ne bouge pas.	INCONTINENCE URINAIRE et FÉCALE	DOULEUR AUX POINTS D'APPUI

INTERPRETATION DU RESULTAT

Score : risque modéré de 6 à 8, important de 9 à 12, très important de 13 à 18.

I RECOMMANDATIONS GENERALES

- Il est important d'expliquer au patient la pertinence du sondage à effectuer afin d'obtenir sa parfaite coopération lors de la pose mais aussi pour la tolérance de cette sonde qu'il va souvent conserver.
- Les gestes de pose doivent être précis et rapides, non brusques, non traumatisants, et la surveillance infirmière des sondes doit être rigoureuse.
- Le choix du matériel est important. Il doit être adapté au patient (taille de la sonde, calibre...) et à l'indication (sonde gastrique siliconée pour l'alimentation entérale, sonde type Salem pour l'aspiration gastrique, sonde urinaire siliconée).
- Le risque de nécrose sur sonde est toujours présent, d'où l'importance de la mise en place de mesures de prévention

II LA SONDE A OXYGENE

- Fixer la sonde de manière efficace avec un adhésif hypoallergénique, effectuer une boucle de sécurité avec le tuyau à oxygène pour ne pas provoquer une tension sur la narine.
- Mobiliser et re fixer la sonde tous les jours. Protéger la narine par une petite plaque hydrocolloïde mince.
- Si la sonde est mal tolérée, utiliser des lunettes à oxygène ou un masque.

III LA SONDE GASTRIQUE

- Lubrifier ou humidifier la sonde, utiliser de la lidocaïne : Xylocaïne® à 5 % en spray dans la narine (1 pulvérisation = 9 mg de lidocaïne). Protéger la narine avec une petite plaque hydrocolloïde et fixer efficacement la sonde avec un adhésif hypoallergénique. Effectuer une boucle de sécurité pour éviter la tension de la sonde ou utiliser un système de fixation spécifique pour sonde*.
* certaines sondes "Drip" disposent de système de fixation et certains laboratoires commercialisent ces dispositifs

- Traitement médicamenteux pour sonde gastrique à demeure sur prescription médicale :
Lidocaïne : Xylocaïne® visqueuse (2g pour 100 ml)
Gel aromatisé pour anesthésie de contact des voies digestives supérieures
- Posologie chez l'adulte : 1 cuillère à dessert à 1 cuillère à soupe, sans dépasser 3 par jour
Attendre 1 heure avant toute ingestion (risque de fausse route)
Paréthoxycaine : Maxicaïne®
Pastilles, anesthésique local
- Posologie : 6 à 12 pastilles par jour à sucer, maxi 10 par jour

IV LA SONDE URINAIRE

- Lubrifier la sonde avec du gel d'eau : Ky® ou de l'huile de vaseline stérile
- Effectuer une anesthésie locale de l'urètre avec de la lidocaïne : Xylocaïne gel® (2g pour 100 ml) seringue prête à l'emploi.
 - Chez l'homme, appliquer une goutte du gel au niveau du méat puis introduire la canule montée sur le tube et injecter lentement le contenu du tube dans l'urètre en pinçant le méat sur la canule.
 - Chez la femme, appliquer quelques millilitres du gel dans l'urètre puis imprégner un petit bâtonnet de gel et le placer dans l'orifice urétral.
- Fixer efficacement la sonde et suspendre la poche de recueil en évitant toute tension, vider régulièrement la poche de recueil.
- Traitement médicamenteux En cas de poussée sur sonde :

Phloroglucinol : Spasfon®, Spasfon lyoc®

- Antispasmodique non atropinique, lève le spasme des fibres musculaires lisses et calme la douleur.
 - Présentations : comprimé de 80 mg, lyophilisat oral de 80 mg (Spasfon lyoc®), suppositoire de 150 mg, ampoule injectable de 40 mg.
 - Posologie
Per os => 6 cp par jour ou 2 lyophilisats oraux à dissoudre dans un verre d'eau ou à faire fondre sous la langue pour obtenir un effet rapide, renouvelable.
Voie rectale => 3 suppositoires par jours
Voie injectable => 1 à 3 ampoules par jour en intraveineux

Oxybutinine : Ditropan®, Driptane®

- Antispasmodique de type anticholinergique, diminue la contractilité du détrusor et ainsi diminue l'amplitude et la fréquence des contractions vésicales ainsi que la pression intra vésicale Utilisation hors AMM.
 - Présentation : comprimé sécable de 5 mg
 - Posologie : Chez l'adulte => 3 comprimés par jour, à répartir dans la journée
L'instauration progressive de la posologie est préconisée.
 - Effets indésirables : de type atropinique (sécheresse de la muqueuse buccale, troubles de la vision, mydriase, ralentissement du transit intestinal, hallucinations visuelles et auditives, agitation, cauchemar, tachycardie)
 - Contre-indications : glaucome par fermeture de l'angle, syndrome dysurique, adénome prostatique, myasthénie grave, bronchite chronique grave, atonie intestinale, enfant de moins de 5 ans.

Ces soins sont particulièrement basés sur la relation de confiance qui se sera instaurée entre le patient et la personne soignante.

Le respect de la pudeur doit faire l'objet d'une attention particulière de la part du soignant.

La proximité des corps lors de ces soins peut induire des attitudes de réserve voire de tensions importantes (de la part du patient, mais aussi du soignant) majorant le ressenti douloureux ou inconfortable de la situation.

Ex : la peur d'être porté par une autre personne... ou la gêne engendrée par le corps dénudé...

Informar le patient.

- Surtout chez les personnes âgées, penser à les prévenir avant de les toucher, car l'effet de surprise majeure la peur et le ressenti de la douleur.
- « M. X ou Mme Y..je vais vous laver le dos maintenant... » ou « ... nous allons vous tourner ...est-ce que vous êtes prêt ? » ... et on fait le geste.

Favoriser le bien-être

Le moment de la toilette est un moment privilégié pour mettre en pratique des techniques de massage et de confort

Rassurer le patient en lui montrant comment on le tient.

- Prendre le temps de décrire le geste que nous allons faire avant de l'effectuer sur le patient. Le patient a besoin d'avoir confiance en la personne qui le mobilise ou le lave afin de se décontracter.
- « M. X ou Mme Y..je prendrai vos jambes au niveau des genoux et des chevilles et je les ferai basculer au bord du lit ...est ce que vous êtes prêt ? »...et on fait le geste

Tenir compte du délai d'action des produits

- Après l'administration d'un antalgique, s'informer du délai d'action afin de réaliser les soins au moment du pic d'efficacité du produit.

Lors de la mise au fauteuil

- Veiller à ce que les perfusions, les drains, les sondes soient fixés correctement, c'est-à-dire qu'il n'y ait ni tension ni gêne pour le patient, le risque de désadaptation ou d'arrachage reste toujours présent.

Favoriser la participation du patient

- Le patient peut accompagner le mouvement en posant ses mains sur la plaie.
- Penser à lui apprendre les techniques de déplacement (retournement dans un lit, s'asseoir au bord du lit...)

Utiliser des techniques d'ergonomie

- Le soignant doit aussi utiliser des techniques lui permettant de réaliser le soin dans les meilleures conditions possibles (maintenir le dos droit, s'aider de la force des jambes, éviter les torsions ...)
- Aménager un espace suffisant pour réaliser le geste Ex : ne pas hésiter à déplacer le lit, la table de chevet...)

Adapter le degré de mobilisation (Etat du patient, facultés cognitives...)

- Le patient peut se sentir diminué et vulnérable si on lui demande quelque chose qu'il ne comprend pas ou qu'il se sent incapable de réaliser.

Assurer des soins méticuleux et précis à la bouche des patients c'est :

- Conserver la possibilité de s'alimenter et de communiquer
- Prévenir une surinfection locale
- Prévenir l'apparition de douleurs liées aux pathologies buccales

I DEFINITIONS :

MUCITE : Ensemble de lésions (inflammation, ulcération...) symptomatiques de la muqueuse buccale, résultant de la toxicité d'un traitement par radio et/ou chimiothérapie

Les radiomucites : lésions d'une muqueuse induites par une irradiation

Les chimiomucites : lésions d'une muqueuse induites notamment par les médicaments anticancéreux (méthotrexate, bléomycine...).

STOMATITE : Inflammation de la muqueuse buccale (rougeur, vésicule) le plus souvent liés à un virus ou une réaction médicamenteuse.

XEROSTOMIE : diminution de la salive responsable d'une sensation de sécheresse buccale, consécutive à une atteinte des glandes salivaires.

SOINS DE BOUCHE : Ensemble de soins

Visant à garder une bouche propre et une muqueuse saine (couleur et humidité normale) et indolore.

visant à corriger un état lésionnel constaté et à ramener la bouche dans son état antérieur

II CONSEQUENCE DE LA MUCITE

- Une douleur parfois intolérable
- Une gêne importante à la nutrition
- Une gêne à la communication venant brouiller la relation et la vie sociale
- Une désorganisation de la flore buccale : développement du Candida et multiplication des germes agressifs

III CLASSIFICATION OMS

Grade 0 : Muqueuse intacte, alimentation normale

Grade 1 : Erythème, pâleur muqueuse, gêne en mangeant

Grade 2 : Ulcération, douleur, alimentation solide toujours possible.

Grade 3 : Lésions multiples, dysphagie aux solides, alimentation liquide possible.

Grade 4 : Lésions et ulcérations rendant la mastication et l'alimentation impossibles.

IV LES MUCITES ET LEUR TRAITEMENT

Règles générales

- Prise en compte et réduction des facteurs favorisants et iatrogènes
- Bonne hydratation par voie orale
- Humidification de la cavité buccale : pulvérisations d'eau minérale
- Les solutions alcoolisées sont à éviter car elles assèchent les muqueuses
- Toute alimentation acide est à proscrire
- Favoriser l'alimentation froide. Eviter le chaud
- Les préparations sont instables. Les solutions médicamenteuses pour les bains de bouche doivent être préparées au dernier moment
- La réalisation des bains de bouche se fait au moins 6 fois par jour, 15 min après les repas et à distance d'une prise alimentaire

Produits pouvant être utilisés pour la réalisation du soin

- Antifongique et / ou antiseptique (Mélange pouvant être avalé)
Exemple
Bicarbonate 14°/00 (2 vol = 20 ml) + Glycothymol (1 vol = 10 ml) (500 ml / 80 ml)
ou
Sérum physiologique (1 vol = 5 ml) + Fungizone suspension (1 vol = 5 ml)
- Eau oxygénée Effet mécanique de nettoyage, de détersion. Faiblement bactériostatique et hémostatique (mucite à tendance hémorragique)
Exemple
Eau tiède (1 petit verre) + eau oxygénée à 10 vol (3%) soit 1 cuil à café)
- Bétadine buccale Action antiseptique et antifongique
Exemple
Eau tiède (1 verre) + bétadine (1 cuil à soupe)
- Glycérine boratée à 10 % ou huile végétale à appliquer dans la bouche pour le confort
- Sulfarlem 25 3 cp/ jour diminue la sécheresse buccale

Produits à utiliser comme sédatifs locaux et antalgiques

- Application locale Xylocaïne visqueuse à 2 % à appliquer sur les lésions
- Antalgiques locaux Xylocaïne 1 à 2 % à ajouter aux solutions pour les bains de bouche
- Antalgiques généraux Après l'utilisation des paliers I et II* La morphine reste le moyen le plus efficace pour le traitement des douleurs intenses (bolus avant les soins de bouche) * Classification des antalgiques par l'O.M.S.

CONSEILS PRATIQUES
POUR
AUTRES SOINS
et
PANSEMENTS DOULOUREUX

SOINS	ADULTE	PERSONNE AGÉE	REMARQUES
Pansement - d'abcès - de plaies ouvertes - d'ulcère - d'amputation Ablation de mèches, de compresses, de mickulicz...	- Humidifier les compresses avant le retrait du pansement - Irriguer avant les soins lors des ablations de méchage et pour le nettoyage des plaies profondes. - Prévoir, selon le soin, une prémédication avant le geste - Choisir le matériel le moins traumatisant possible (gants plutôt que pinces pour certains pansements) - Utiliser les curettes avec modération (ne pas gratter systématiquement) et avec précaution (geste le moins traumatique possible)		- Utilisation de spray, gel ou crème d'anesthésique local systématiquement - Avant le 1 ^{er} pansement : prendre le temps d'informer et de rassurer le patient - Prévoir un temps d'absorption des compresses suffisant avant le retrait - Utiliser des pansements adaptés pour la fermeture(filet, bandage ...)
Soins de stomie sur peau irritée	- Traiter la plaie exclusivement avec du sérum physiologique ou eau - Adapter le diamètre de découpe de la poche à la taille de la stomie afin de préserver la peau péri stomiale - Appliquer une pâte de protection sur les lésions. L'application de cette pâte (sous forme de pommade) est douloureuse car contient de l'alcool=>privilégier les formes en barrettes ou en anneau => La poche adhère sur ces préparations		- Faire ces soins en prévention de la lésion péristomiale - Utiliser cette pâte sur les iléostomies systématiquement. L'application n'est pas douloureuse sur peau saine.
Ablation de fils , d'agrafes	- La dextérité et la maîtrise du geste sont capitales - Utilisation d'anesthésiques locaux en gel, en spray ou analgésie par le froid		- Lors de ce soin, la confiance du patient pour le soignant peut modifier le ressenti de la douleur.
Ablation de matériel de drainage (drain de Redon, crin de Florence, lame...)	- Faire participer le patient par la respiration (expiration forcée lors du retrait) - Positionner le patient de façon confortable. - Pour les lames : adapter le diamètre de découpe de la poche à la taille de la plaie afin de préserver la peau saine (contact des sécrétions irritantes)		- L'effet de surprise pour ces soins est souvent délétère => prévenir le patient avant
Ablation de sparadrap , film transparent adhésif...	- Préférer les pst type Mépore® chaque fois que cela est possible et le décoller en « couvercle de boîte de sardine » maintenir la peau lors du retrait - Utiliser un produit type Remove® pour favoriser le décollement - Pansement type Tégaderm® décoller en étirant de chaque côté parallèlement à la peau.		- Lorsque cela est possible, préférer une fixation par bandage ou filet élastique - Enlever les poils avant la pose de pansement adhésif
Contrôle de la glycémie capillaire	- Réchauffer la région choisie, main en déclive - Choisir un matériel adapté : auto piqueur. Proscrire micro lance, lancette, aiguille =>traumatisantes et douloureuses - Choix du lieu de piqûre : face interne et externe du majeur et de l'annulaire - Proscrire l'index, le pouce, la pulpe et l'auriculaire		- La crème EMLA est peu efficace sur ce geste