COURS DE SOINS INFIRMIERS

POUR AIDES SOIGNANTS DE SANTE PUBLIQUE

Période 2ème Semestre
Volume horaire : 87 H
Semestre : 02
Coefficient : 03

OBJECTIF GENERAL : au terme de cet enseignement, l'apprenant doit être capable d'exécuter les techniques de soins infirmiers

INTRODUCTION AUX SOINS INFIRMIERS

Plan du cours :

- Définition des soins
- historique
- Les dimensions des soins infirmiers
- Définition des concepts de soins infirmiers

I/ définitions de soins infirmiers :

Le soin est une action ou un ensemble d'actions destinés à protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales, physique et psychique

Selon le Conseil International des Infirmier(e)s (CII)

" On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés Ŕmalades ou bien-portants Ŕquel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation."

Selon l'OMS :

"La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travail. Ceci exige que infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicape et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l 'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé."

II/.HISTORIQUE :

Au passé les soins étaient attachés aux pratiques quotidiennes prodiguées par les femmes et transmises de génération en génération, telles que la toilette du corps, l'alimentation, soins esthétiques…,Avec l'évolution de la société le statut de soins va connaitre de véritable changement, et la prise en charge du malade qui était avant un travail d'esclave est devenue une pratique qui rapproche plus de dieu, mais les soins restaient rudimentaires : offrir un abri, des soins d'hygiènes, réconfort…etc.

Avec l'arrivé de l'islam, la médecine et les soins infirmiers reconnaitront un grand bouleversement, toutes les anciennes conceptions erronées sur le corps humain et la maladie vont être modifiés :

- le corps humain appartient à dieu et c'est le devoir de chacun de le préservé.
- Pour chaque maladie, dieu a crée un traitement, et il appartient aux médecins de diagnostiquer la maladie et de lui trouver un traitement.
- La propreté et l'hygiène sont des actes de foi, avec comme directive : le lavage des mains avant les repas, l'ablution pluriquotidienne, hygiène du corps et du milieu, pratique de sport.

Parallèlement au développement de la médecine, la pratique des soins infirmiers a aussi suivie l'évolution de la société, citons par exemple :

- **ROFAIDA EL- ISLAMIA** qui était chargé par le prophète de s'occuper de blessés à la Médine.
- **OUM OTAYA** qui définit la pratique des soins infirmiers par triple actions : -préparer les repas,- soigner les blessés et -assister les malades.

Dans l'ère contemporaine

- **FLORENCE NIGHTINGALE** (**1820-1910**) est la première en Europe qui s'interrogea aux soins infirmiers et organisa le premier service d'infirmières de la croix rouge en 1854, à Crimée avec les troupes Britanniques. Elle fonda une école laïque d'infirmière à l'hôpital Saint-Thomas de LONDRE.

En 1859 florence Nightingale fut la première à poser une conception de la discipline infirmière pour guider la pratique, la formation et la gestion des soins infirmiers.

Elle déclara que : « soigner c'est placer le patient dans les meilleurs conditions possibles, afin que la nature puisse faire son œuvre en lui» ; autrement dit : afin que le patient mobilise son énergie vitale pour la guérison, l'infirmière veille à maintenir le patient dans un environnement propre et sain.

- **Virginia Henderson (1897-1996)**

Les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de forces, de volonté ou de savoir

EN ALGERIE :

L'exercice des soins infirmiers durant la période précoloniale était similaire au modèle existant dans le Maghreb et le machrek, par la suite cet exercice a été dévolu (acquis) d'abord aux militaires puis a l'église.

A partir de 1850, ont été créés les corps des auxiliaires médicaux indigènes, et les infirmiers visiteuses médicales .de façon générale, le système de soins était anachronique concentré dans les villes, délaissé les compagnes où vivait 90% de notre population.

La formation paramédicale était insignifiante et l'activité paramédicale dans les structures de santé assurée par les « les sœurs blanches ».durant la guerre de

libération nationale, un système de santé calqué sur l'organisation militaire a été mis sur pied au sein de l'armée de libération, un effort remarquable d'éducation sanitaire a été entrepris, des centres de formation paramédicales ont été ouverts le long des frontières .au lendemain de l'indépendance et au cours de la première décennie d'indépendance le nombre d'infirmiers diplômés passe de 250en 1962 à 12215 en 1972 grâce à la formation en cours d'emploi et à la création des écoles de formation paramédicales .

III/.DÉFINITIONS DES CONCEPTS:

Les concepts sur lesquels se fondent les soins infirmiers sont : ***l'homme, les besoins, l'environnement, la santé, la maladie, les valeurs et la compétence professionnelle***

1. L'homme :

- Est un être unique ; qui a des attentes et des besoins biologiques, sociaux, culturels et spirituels, un être en perpétuel devenir et en interaction avec son environnement, un être responsable, libre et capable de s'adapter, il forme un tout indivisible**:**
  - Des éléments physiques : aspect, pouls, tension, douleur… ;
  - Des éléments cognitifs : ce que la personne dit de sa maladie, ses représentations, ses expériences, ses croyances… ;
  - Des éléments émotionnels : anxiété, peur, colère, tristesse, joie…
  - Des éléments comportementaux : agitation, passivité, repli…..

2. le Besoin : tout ce qui est indispensable, **exemple :** le besoin de se nourrir, de dormir.

Selon VIRGINIA HENDERSON, *« chaque être humain forme un tout complet présentant 14 besoins fondamentaux d'ordre bio-psycho-socioculturel et spirituel, qu'il est nécessaire de satisfaire pour accéder à l'indépendance, et donc à un état de santé physique et psychologique maximal »*

1. Le besoin de respirer : nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante.
2. Le besoin de boire et de manger : nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus.
3. Le besoin d'éliminer : nécessité pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme.
4. Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position : nécessité pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysiologiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental.
5. Le besoin de dormir et de se reposer : nécessité pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie.
6. Le besoin de se vêtir et de se dévêtir : nécessité pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale.
7. Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normal : nécessité pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysiologiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante.

8. Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments : nécessité pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien être.
9. Le besoin d'éviter les dangers : nécessité pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.
10. Le besoin de communiquer : nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.
11. Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances : nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.
12. Le besoin de s'occuper et de se réaliser : nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.
13. Le besoin de se récréer : nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit.
14. Le besoin d'apprendre : nécessité pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.

3. La santé : **« La notion de santé concerne à la fois l'homme et le monde. »**

- La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social; elle ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité **(OMS).**

- **Virginia Henderson définit la santé comme étant «** Un état où l'être humain satisfait tous ses besoins seul et sans effort, il est indépendant **».**
- **Myra Levine (1969) enrichit cette idée par la** « capacité de mobiliser des ressources pour faire face aux changements et maintenir un équilibre ».

4. La maladie : La maladie, dans la société judéo-chrétienne, a longtemps été vécue comme une punition de Dieu.

C'est un signal d'alarme, un événement pouvant entraîner une dépendance et/ou une perte d'autonomie.

- Altération de l'état de santé qui se traduit notamment par un ensemble de rupture d'ordre physique, mental et /ou social et se manifeste par des symptômes objectifs et subjectifs.
  Cette altération peut être vécue comme une agression, une diminution de l'autonomie ou une expérience constructive.

5. L'environnement :

- Milieu dans lequel un être humain vit et se trouve engagé.
- L'environnement se référer à tous les aspects contextuels dans lesquels la personne évolue avec leur caractéristique physique, écologique, culturelles, sociales, psychologique, philosophique, économique et énergétique, cet environnement est en constante évolution, il existe un échange permanent rétroactif entre la personne et son environnement, cette interaction dynamique est essentielle au développement à l'évolution et à l'épanouissement de l'être humain.

6. Les valeurs : Trois valeurs fondamentales sont retenues :
Le respect, la dignité, et la liberté de l'être humain.

7. La compétence professionnelle :
Elle est garantit par un diplôme d'état, pour autant « l'infirmier(e)(Aides-Soignants) a le devoir de maintenir et d'améliorer ses compétences tout au long de son exercice professionnel ».

IV/.LES DIMENSIONS DES SOINS INFIRMIERS :

Les soins infirmiers sont classés en trois catégories (types) :

a).Soins préventifs : « La prévention a pour but de protéger l'individu, la famille ou la collectivité contre les différentes agressions et à éradiquer les causes de maladie ». (Elle s'exerce avant l'apparition d'une maladie ou d'un problème de santé).

b).Soins curatifs : Ils sont dispensés à une personne, une famille ou un groupe, atteints de maladie. Ils visent à la disparition des signes avant-coureurs de la maladie
(Qui précède).
Ils sont susceptibles de guérir ou de permettre l'accès à un meilleur niveau de santé. Cette catégorie de soins intègre également les trois dimensions du soin infirmier.

c).Soins palliatifs : Les soins infirmiers palliatifs visent à atténuer les symptômes d'une maladie sans qu'ils puissent agir sur la cause.
Ils visent à soulager la souffrance, et faire ce qu'il faut quand il n'y a plus rien à faire.

Chaque catégorie de soins intègre trois dimensions, qui sont :

- Dimension technique : savoir-faire du soigneur (tout acte technique ou soins que peut prodiguer l'aide-soignant).
- Dimension relationnelle : relation soignant- soigné (comment gagner la confiance et l'adhésion au traitement de la part du malade).
- Dimension éducative : information- éducation du soigné et de sa famille (comment expliquer au malade le déroulement du soin, les enjeux et les résultats souhaités).

LES RÈGLES GÉNÉRALES POUR EFFECTUER UN SOIN

9. Le besoin d'éviter les dangers

Le soin s'adapte au patient, et non l'inverse

Plan du cours :

- Introduction
- L'adaptation du soin
- Critères de soin de qualité (ECORSET)
- Respect de règles d'hygiène et/ou d'asepsie

Introduction :

Le soin ne doit se concevoir qu'après une connaissance la plus juste de la personne soignée, et ce, afin de pouvoir adapter le soin à celle-ci dans le respect et le bénéfice le plus grand

Ces notions globales sont à connaître parfaitement pour effectuer un soin adapté et de qualité

UN SOIN EST ADAPTE AUX BESOINS DE LA PERSONNE SOIGNEE

- Se documenter au sujet de la personne :
  - classer les informations par ordre de priorité,
  - déterminer les ressources de la personne, son degré de participation,
  - établir les corrélations entre les informations recueillies, les connaissances théoriques et le soin à réaliser.
- Prévoir le matériel nécessaire spécifique au soin.
- Prévenir la personne soignée :
  - vérifier la présence et son identité,
  - la prévenir du soin,
  - apprécier l'état de la personne (présence de soin annexe),
  - juger en concertation avec elle de la nécessité de faire sortir les visiteurs,
  - vérifier l'agencement de l'environnement (conditions optimum de réalisation du soin).
- Le temps du soin :
  - signaler votre présence dans la chambre (voyant lumineux),
  - fermer les portes et fenêtres,
  - installer la personne soignée / l'opérateur,
  - organiser l'environnement de travail.
- Le soin terminé :
  - réinstaller la personne dans la chambre et réaménager son environnement,
  - s'assurer du bien-être de la personne et tenir compte d'un éventuel besoin,
  - pratiquer une asepsie rapide des mains,
  - éteindre le voyant lumineux qui signale votre présence.

Le soin répond aux critères généraux des soins (la règle ECORSET)

1. La sécurité : (ne pas mettre en danger la personne)

- respecter les règles d'hygiène et d'asepsie,
- respecter les prescriptions,
- utiliser du matériel et des produits adéquats,
- accomplir des gestes sûrs et rapides,
- prévenir les chutes et les blessures.

2. L'efficacité : (atteindre l'objectif fixé au départ)

- Résultat probants du soin (ex : peau propre après une toilette)
- Respect de toutes les phases constituant le soin
- participation adaptée du patient selon ses moyens
- Attitudes favorisant l'autonomie du patient

3. Le confort : (prévoir tout élément contribuant au bien-être)

- installer confortablement la personne,
- respecter la pudeur,
- s'assurer du bien-être ressenti par la personne,
- veiller à la position de l'opérateur : règles d'ergonomie.

4. Organisation :

- Un recueil d'information complet avant de commencer un soin
- Un listage exhaustif du matériel de soin
- Une organisation logique dans le temps et dans l'espace

5. Responsabilité

- Respect des compétences de l'aide soignant
- observation complète du patient et de son environnement durant le soin

6. L'économie : (tenir compte des paramètres temps Ŕgestes -matériel)

- réaliser le soin dans un délai raisonnable,
- utiliser un matériel adapté et sans gaspillage,
- éviter les gestes inutiles ou répétitifs.

7. transmission Etape qui permet la continuité du soin :

- transmissions orales (notion de travail d'équipe),
- transmissions écrites (notion de traçabilité) : utilisation du dossier de soins ou autres documents du service.

Le soin est effectue dans le respect des règles d'hygiène et/ou d'asepsie

- fiches de recommandations du C.L.I.N. : tenue, lavage des mains, antisepsie, désinfection, …
- appliquer et faire respecter les précautions standards.

recommandations

Lavages et / ou désinfections des mains	-Après le retrait de gants, entre deux patients, deux activités. -Des fiches techniques doivent décrire la technique à utiliser dans chaque cas.
Ports de gants : Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités.	-Si risque de contact avec du sang ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, chambres implantables, prélèvements sanguins…) et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés… -Lors de tout soin, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.
Port de sur-blouses, lunettes, masques	-Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou tout autre produit d'origine humaine (aspiration, endoscopie, acte opératoire, autopsie, manipulation de matériel et linge souillés…).
Matériels souillés	-Matériel piquant / tranchant à usage unique : ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié. -Matériel réutilisable : manipuler avec précautions le matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine. -Vérifier que le matériel a subi un procédé d'entretien (stérilisation ou désinfection) approprié avant d'être utilisé.
Surfaces souillées	-Nettoyer et désinfecter avec un désinfectant approprié les surfaces souillées par des projections ou aérosolisation de sang ou tout autre produit d'origine humaine.
Transport de prélèvements biologiques, de linge et de matériels souillés	-Les prélèvements biologiques, le linge et instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être transportés dans un emballage étanche, fermé.
Si contact avec du sang ou liquide biologique	-Après piqûre, blessure : lavage et antisepsie au niveau de la plaie. -Après projection sur muqueuse (conjonctive) : rinçage abondant.

Le soin fait l'objet d'information et éducation du patient

- L'information et l'éducation sont nécessaires pour obtenir la participation du patient au soin et dans certains cas pour l'apprentissage de nouveaux comportements.

Le soin est évalué

-Définir les critères spécifiques à chaque situation avant l'exécution du soin,
-tenir compte des éléments de surveillance au cours de la réalisation du soin et des réactions de la personne,

-évaluer le résultat du soin et le degré de satisfaction du patient si possible en fin de soin,
-réajuster si nécessaire en fonction de l'évaluation, c'est à dire mesurer le résultat obtenu par rapport au résultat attendu.

Le soin termine, il faut

-Nettoyer et ranger le matériel,
-se laver les mains.

CONCLUSION :

Quel que soit le soin aide soignant à réaliser, 10 règles d'or sont à respecter, pour assurer un soin adapté

I. Recueil d'information

II. Prévoir le matériel pour se laver les mains dans la chambre du patient

III. Prévoir un détergeant désinfectant

IV. Prévoir un sac poubelle pour les détritus et le linge sale

V. Ne rentrer dans la chambre que le strict nécessaire

VI. Mettre la présence dès l'entrée dans la chambre

VII. Se laver les mains dans la chambre, avec le matériel réservé à cet effet

VIII. Laver et désinfecter en fin de soin tout ce qui a été utilisé

IX. Après le soin, installer et contrôler l'environnement du patient

X. Se laver les mains dans la chambre, avant de sortir, le soin fini

ACCUEIL DU MALADE

(10. le besoin de communiquer)

Introduction :

Dans le dictionnaire d'usage la définition accueillir est « manière de recevoir quelqu'un »,accueillir signifie donc donner l'hospitalité à quelqu'un, rendre son séjour agréable, Le premier contact entre le soignant et le malade est primordiale pour le bon déroulement de l'hospitalisation, tout séjour dans une structure de soins est vécu comme une épreuve par le patient, il est souvent anxieux par rapport au but de son séjour (opération, examen…), et sur son déroulement (diagnostic, suite opératoire…), il est primordiale de mettre le malade en confiance dés son arrivée, afin que le reste de l'hospitalisation se passe le mieux possible, toute l'équipe soignante est concernée par l'accueil.

Définition :

Il s'agit d'une entrevue avec un patient et /ou son entourage dans les premières heurs de sa prise en charge.

Cet entretien complété par l'observation du patient permet de recueillir des informations utiles à la définition des besoins en soins du patient.

Objectifs :

- Etablir une relation de confiance avec le patient.
- Rassurer et établir la communication avec le malade et sa famille.
- Répondre à ses besoins d'information.
- Veiller au respect de la dignité et des droits de la personne.
- Recueillir les informations permettant d'identifier les besoins en soins.
- Etablir la démarche de soins infirmiers.
- Programmer et organiser les soins.
- Prévenir les complications.
- Contribuer à la diminution des symptômes en particulier l'angoisse.

Accueil :

a) L'accueil par rapport au malade :

- Créer un climat psychologique favorable à un échange libre et humain (rassurer, expliquer, aider…)
- L'accueil débute par la présentation de l'accueillant, qui présente son nom et prénom, son grade et sa fonction.
- Présentation des autres membres de l'équipe soignante qui vont s'occuper du malade.
- Présenter la chambre (placard de rangement, table de nuit, cabinet de toilette, le fonctionnement du lit, moyens de divertissement).
- Présenter l'unité de soins : poste de soins infirmiers, le bureau du médecin, bureau de l'assistante sociale.
- Rappeler le respect de la tranquillité de tous.
- Eviter de l'appeler par un numéro, Eviter de le désigner par un code ou une abréviation.
- Indiquer au patient les différents horaires qui régissent le fonctionnement du service : horaire de repas, horaire de la visite médicale et horaires des visites familiales.

- Récupérer tous les médicaments pris par le malade à la maison, car l'établissement hébergeant est responsable légalement de sa sécurité physique et psychique.

b) L'accueil par rapport à la famille du malade :

- La famille est la première cellule à laquelle le malade est attaché, donc il faut être calme, compréhensif et rassurant, essayer de rendre la séparation moins pénible.

Formalités administratives :

Elaborées et validées par la direction de l'établissement, ces formalités rappellent les modalités à accomplir devant un événement, ou pour satisfaire aux règles administratives en vigueurs.

Les professionnels et les étudiants doivent se référer aux procédures en vigueurs dans le lieu d'exercice et de stage.

a) L'admission en urgence :

- L'infirmier a obligation de prendre tous les moyens nécessaires à sa disposition pour garantir les meilleures chances de survie au malade.
- Pour cela, les formalités administratives sont réduites au maximum, les urgences sont les cas où le pronostic vital est en jeu. **Ex : femme en couche, brûlé, intoxiqué….**

b) Admission hors l'urgence :

C'est l'hospitalisation normale, le malade doit avoir :

- Un certificat médical prescrivant l'hospitalisation, délivré par le médecin traitant ou le médecin de service.
- Une pièce d'identité (CNI, permis de conduire, passeport) ou livret de famille.
- Un billet de salle délivré après accord d'hospitalisation où sont mentionnés nom, prénom, et adresse du malade.
- Les bilans biologiques et radiologiques….

Les affaires personnels du malade :

- Ils font l'objet d'un inventaire signé par la malade remis à sa famille.
- Les objets de valeurs (bijoux, argent, …) faire un inventaire spécial et les déposé à l'économat de l'hôpital.
- Le malade ou sa famille peuvent reprendre ces objets contre une décharge signée où ils sont mentionnés.

L'Aide-soignant ou l'infirmier (e) ne doit accepter aucun dépôt d'argent ou d'objets de valeurs pendant le séjour du malade (risque de complications en cas de décès).

La sortie du malade :

Raccourcir le séjour d'hospitalisation du malade est une politique de tous établissement hospitalier afin :

- Que les personnes gardent leur activité salariée.
- Eviter la survenue d'infection nosocomiale, en particulier la personne âgée et l'immunodéprimé.
- Eviter l'hospitalisation des enfants et leurs séparations des parents.
- Retour à l'autonomie du patient le plus rapidement possible.

- Raccourcir l'hospitalisation afin que d'autre hospitalisation d'autres malades puissent être réalisée.

Après un séjour à l'hôpital, les éventualités de sortie peuvent être comme suit :

- Sortie temporaire (permission)
- Sortie normale : avec avis médical
- Sortie contre avis médical

Sont mentionnées sur le billet de salle.

a. **Séjour hospitalier :** un certificat de séjour est délivrée par le bureau des entrés est remis aux malades, pour justifier son absence du travail ou de l'école.
b. **En cas de décès :**

Un certificat de décès est délivré par le médecin quelle soit mort naturelle, accidentelle ou suspecte, les parents du malade décédé doivent être informés.

Critères de qualité du bon accueil :

Efficacité d'un outil de recueil de données.

- Souple laissant d'espace pour préciser ou ajouter des données.
- Evolutif selon l'état du patient.
- précis et ciblé dans un contexte d'urgence.

Qualité de l'entretien et du recueil de données.

- Systématique à l'arrivée du patient ou dans un délai défini par les professionnels de santé.
- Satisfaction du patient.
- Information adaptée au degré de compréhension du patient.

SOINS D'HYGIÈNE

8. Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments

Définition : Les soins d'hygiène et de confort sont les soins corporels de base destinés à toute personne temporairement ou définitivement dans l'impossibilité de subvenir à ses soins élémentaires.
Ils comprennent:
• Les soins d'hygiène du corps
• L'aide à la mobilisation
• L'aide à l'alimentation et à l'élimination
• La recherche du confort physique et psychologique
Ces soins prennent souvent l'appellation de « nursing ».Soin d'hygiène quotidienne, facteur de bien-être physique et moral de la personne soignée, il se révèle un moment de relation et d'observation.

Objectifs

- Maintenir une propreté corporelle optimale de la personne soignée, favorisant le rôle protecteur et sécréteur de la peau
- Recueillir des informations utiles pour juger l'état général de la personne
- Tenter de donner de bonnes habitudes d'hygiène corporelle pour la personne et sa famille
- Établir une relation privilégiée permettant une meilleure connaissance de la personne et son environnement
- Dépister les complications liées à une pathologie et / ou à l'alitement
- Restaurer /Réhabiliter une image de soi positive chez la personne.
- Développer l'autonomie physique et psychique des personnes.

Recommandations :

Respecter la pudeur et l'intimité de la personne.

Dans la chambre :

- Mettre des paravents. Tirer rideau de séparation.
- Porte fermée.
- Ne pas interrompre la toilette sans motif grave.
- Proposer la salle de bains toutes les fois que cela est possible.

Au niveau du soin de la personne.

- Lui proposer d'effectuer seule la toilette des organes génitaux, en l'aidant si besoin dans le rinçage du gant.
- Ne jamais la laisser nue sur son lit.

Déterminer l'horaire et la durée du soin.

- Avec la personne soignée toutes les fois que cela est possible.
- Moduler la durée de la toilette avec le degré de fatigue et de dépendance de la personne.

Réunir tout le matériel Indispensable au soin.

- ✓ Matériel personnel complété par le matériel hospitalier si nécessaire
- ✓ Le linge
- ✓ Le materiel de toilette :
- ✓ Materiel environnant :

Durant le soin:

- ✓ Pour la toilette intime, proposer au patient de la faire lui même en lui préparant le gant de toilette et assurer le rinçage
- ✓ Veiller à la sécurité et au confort durant le soin
- ✓ Vérifier la température de l'eau
- ✓ Utiliser un savon liquide type gel douche ou un savon surgras (pas de produit à base d'alcool)
- ✓ Eviter de sécher la peau par frottement mais effectuer par tamponnement
- ✓ Après le bain ou la douche, utiliser un lait ou une crème émolliente pour lutter contre le desséchement cutané

Pour la personne désorientée :

- ✓ Instaurer une relation avant la toilette
- ✓ Adapter la chronologie de la toilette
- ✓ Ne pas commencer par le visage (zone d'agressivité et d'intimité)
- ✓ Lui faire prendre contact avec l'eau
- ✓ Commencer par le bras pour mettre en confiance
- ✓ Prendre son temps (se rappeler que souvent on gagne du temps à en perdre)
- ✓ Etre sûr que la personne devant nous a bien entendu
- ✓ Comprendre pourquoi la personne n'arrive pas à commencer sa toilette (amorcer le geste avec elle)
- ✓ Attention, à ne pas employer le « on » qui est dépersonnalisant et source de malentendu. Toujours dire « vous » ou « je ».

Tenue vestimentaire du personnel :

- ✓ Porter des gants uniquement en cas de souillure et pour la toilette intime
- ✓ Protéger la tenue par un tablier plastique à usage unique

Règles d'hygiène à respecter :

- ✓ Utiliser un chariot de toilette propre et ordonné
- ✓ Limiter le linge et le matériel stockés sur le chariot aux soins prévus pour une période de 24 h
- ✓ Ne rentrer dans la chambre que le matériel et le linge nécessaires au résident
- ✓ Privilégier l''usage unique qui permet une organisation plus simple et limite les erreurs : bâtonnet-mousse à usage unique pour le soin de bouche, gants
- ✓ de toilette à usage unique évitant tout échange entre résident et toute confusion entre gant « du haut » et gant « du bas »
- ✓ Utiliser en priorité le matériel de toilette du résident, si matériel collectif, le nettoyer et le désinfecter entre chaque résident
- ✓ Préférer l'utilisation de savon liquide
- ✓ Changer la literie si nécessaire et au minimum une fois par semaine
- ✓ Eviter tout contact entre le linge propre et le linge sale, ne pas poser le linge sale au sol
- ✓ Réaliser une hygiène des mains entre chaque soin et entre les résidents

- ✓ Adapter les différents types de toilette au degré de dépendance du résident
- ✓ Changer l'eau de la cuvette et rincer le gant de toilette aussi souvent que nécessaire
- ✓ Changer le gant et la serviette de toilette tous les jours et plus si nécessaire
- ✓ Nettoyer et désinfecter le matériel utilisé en fonction du type de toilette (chariot-douche, baignoire, douche, chaise-douche) entre chaque malade
- ✓ Ne pas oublier les soins d'hygiène associés : shampooing, ongles, ombilic, oreilles, dents,

PRÉVENTION DES ESCARRES

8. Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments

Définition :

C'est une nécrose (mortification) tissulaire due à une ischémie locale, consécutive à une compression prolongée.

Facteurs de risque :

- facteurs mécaniques:
  - Pression
  - Friction
  - Macération de la peau
- facteurs cliniques:
  - Immobilité +++
  - État nutritionnel
  - Incontinence
  - État de la peau
  - Baisse du débit circulatoire
  - Neuropathie

Les régions à risque d'escarre :

- Sacrum:
- L'ischion:
- Les talons
- Les omoplates
- L'occiput
- Les trochanters
- Les crêtes iliaques

Les différents stades des escarres :

Stade1:rougeur d'une zone limitée résistant à la pression digitale=érythème
Stade 2: formation des phlyctènes, seul l'épiderme est atteint
Stade 3: l'apparition de la nécrose : la région atteinte est noirâtre, dure et atone Stade 4: lésions profondes parfois jusqu'à l'os

Stade I Stade II Stade III Stade IV

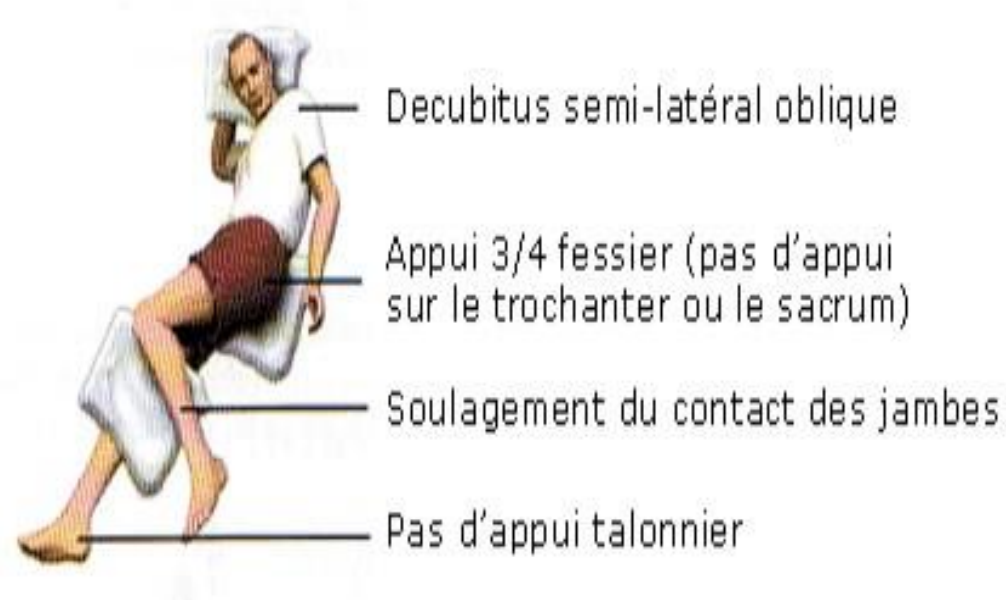
Prévention :

Principes de la prévention :

- Éviter la pression prolongée sur le même point d'appui
- Stimuler la circulation sanguine locale
- Maintenir un bon état cutané
- Éducation du patient et sa famille

Les moyens de prévention :

- **Diminuer la pression :**
  - Mobilisation
  - Utilisation de matelas anti-escarre
  - Mise au fauteuil
  - Reprise précoce de la marche
  - Changements de position toutes les 2 à 3 heures
  - Prendre des positions adaptées



- **Stimuler la circulation sanguine** : massage/effleurages :
  - masser sans appuyer sur la peau. avec les Doigts à plat ou avec paume de la main
  - sans trop appuyer
  - Sur peau propre
  - Pendant 1à2 minutes avec un produit adapté
- **Maintenir un bon état cutané**
  - Propreté et hygiène du patient alité
  - Le linge : sans plis, ni miettes, ni couture, ni matériel oublié
  - Les alèses de caoutchouc toujours recouvertes d'un drap ou d'une alèse de toile
  - Le bassin ou l'urinal
- **Maintenir l'équilibre nutritionnel :**
  - privilégier repas riches en protéine sinon complément oral, ou parentéral, courbe de poids ,dosage albumine
- **Éducation du patient et sa famille :**
  - Le maintien de l'hygiène, observation, et effleurage de chaque point d'appui
  - Change du linge et des draps
  - Gestion de l'incontinence
  - Hydratation et apport protidique
  - Changement de position et bonne installation au lit et au fauteuil.

L'APPARITION DES ESCARRES REFLÈTE UNE MAUVAISE QUALITÉ DE SOINS

LA LITERIE DU MALADE

8. Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments

généralités sur les lits :

Le lit du malade doit être disposé de façon convenable par rapport aux portes et fenêtres pour que l'air et la lumière ne frappent pas directement la personne alitée. Il doit être placé de sorte que l'infirmier puisse circuler librement tout autour.

Le lit médicalisé est un lit adapté aux besoins de patients dont l'état de santé demande de longues périodes alitées ou réduit son niveau de mobilité. Il permet au personnel soignant, au patient et à son entourage de prodiguer les soins avec moins d'efforts, tout en réduisant les risques de manipulations et de chutes.

A ces exigences, s'ajoutent celles ayant trait au malade et qui consistent en une hygiène rigoureuse du lit et de ses annexes.

La description d'un lit d'hôpital :

Le lit d'hôpital est fait de matériaux solides et d'entretien facile (acier inoxydable, métal, formica) ses dimensions sont :

1 m 90 de long ;

80 à 90 cm de large ;

70 à 90 cm de hauteur.

Il sera muni de roulette en caoutchouc permettant de le déplacer facilement et sans bruit (services spécialisés soins intensifs).

Caractéristiques: Le lit médicalisé se compose

- d'un piètement,
- d'un panneau tête de lit fixe,
- d'un panneau de pied,
- d'un relève-jambe,
- d'un relève-buste
- La hauteur variable,
- Un sommier qui est souvent en trois parties pouvant bouger les unes par rapport aux autres (monter le buste ou relever les pieds),
- De ridelles ou de barrières pour prévenir les chutes,
- Certains sont équipés de roues pour faciliter le déplacement,
- La télécommande pour les lits électriques.

Equipements complémentaires

- Un matelas pour la prévention et le traitement des escarres,
- Une potence lit médicalisé permettant à l'individu de s'asseoir et de se lever,
- Une table à manger au lit,
- Un verticalisateur permet le transfert rapide entre le lit, le fauteuil ou le toilette. Il est souvent utilisé pour les paraplégiques,
- Des accessoires facilitant les soins : tige porte sérum, porte moniteur,...
- Une pesée intégrée pour les services de soins intensifs,
- L'inclinaison sur le côté permettant la latéralisation.

Le linge :

- les alèzes : En toile ou en tissu, elles se placent sur le drap de dessous à hauteur du siège du malade alité.
- les draps :
- la couverture : en laine ou en coton.
- les taies d'oreiller : Elles doivent être en toile fine et douce.

1 : dosseret (accessoire)
2 : télécommande
3 : relève buste
4 : galerie pliante (accessoire) 4481
5 : relève jambes
6 : roues à frein
7 : poignée de manœuvre relève jambes

règles générales de la literie :

- Prendre soin de fermer portes et fenêtres sauf lors de la réfection d'un lit inoccupé ;
- Ne pas secouer la literie pour dépoussiérer ;
- Eviter le contact du linge sale avec le linge propre ;
- Toujours prévoir un sac à linge pour ne pas jeter le linge sale par terre ;
- Les éléments de la literie doivent être défaits séparément puis mis dans le sac à linge ;
- Eviter les plis en tirant sur les draps et couverture tout en évitant de serrer.

III. technique : voir fiches techniques

INSTALLATION DU MALADE

5. besoin de dormir et se reposer

Objectifs :

1. La sécurité :

- Prévention des escarres
- Les risques de chute
- Maintien de l'hygiène corporelle
- Lutte contre les attitudes vicieuses
- Lutte contre les œdèmes

2. confort :

- Satisfaction (dans la mesure du possible) des besoins fondamentaux du patient (boire, manger, éliminer,)
- Lutte contre les positions douloureuses

Actions AS.

- vérifier que le patient n'est pas souillé et suivant le cas, réaliser une toilette génito-anale ou complète ;
- proposer le bassin, l'urinal ou les toilettes ;
- profiter de l'installation pour réaliser une prévention d'escarres par massage des points d'appui et l'installation d'un matériel adéquat ;
- changer le linge du patient et du lit si besoin ;
- éviter les plis de tissu sous le patient et prévoir la réfection totale du lit ;
- aménager l'entourage du patient selon ses désirs et ses besoins, de façon adaptée avec le souci de préserver au maximum son autonomie
- s'assurer que le positionnement du malade ne gêne en rien les techniques de soins et de traitement mises en place (perfusions, drains, tubulures,) ;
- choisir la position adaptée pour le positionnement du patient, en respectant toutes les règles de sécurité et de confort. Le choix de la position et la durée de son maintien pouvant être soumis à l'usage d'une fiche de retournements très stricte, établie par protocole de service pour les patients à risques ;
- positionner correctement les barrières de sécurité si besoin ;
- vérifier l'apparition d'œdèmes.

Cas particulier : Installation du patient pour la nuit : En plus des règles citées plus haut :

- réaliser une toilette du dos, du visage, des mains, et brosser les cheveux ;
- proposer le bassin (ou les W-C.), et faire une toilette génito-anale ;
- faire une prévention d'escarre (ou friction de bien-être) ;
- enlever toutes les prothèses : dentiers, lunettes, appareils acoustiques, les ranger en lieu sûr et les laver si besoin ;
- régler l'éclairage en fonction des désirs du patient ;
- régler la température de la pièce ;
- fermer volets et stores (si le patient le désire) ;
- mettre hors de la chambre les fleurs et les plantes ;
- créer une ambiance calme et rassurante à l'approche de la nuit ;
- penser aux barrières de sécurité si besoin.

REPOS ET SOMMEIL DU MALADE

5. besoin de dormir et de se reposer

Définition :

Le sommeil est la suspension de l'état de conscience et/ou de l'activité, permettant la reconstitution des forces physiques et psychologiques et le maintien d'un état de confort

Sans suffisamment de sommeil et de repos, la capacité à se concentrer, à émettre des jugements et à participer aux activités quotidiennes diminue et l'irritabilité augmente. Il est important de réussir à identifier et à traiter les perturbations du rythme du sommeil des patients. Pour les aider, il faut comprendre la nature du sommeil, les facteurs qui l'influencent ainsi que les habitudes de sommeil.

Physiologie du sommeil :

Les individus vivent des rythmes cycliques du sommeil comme faisant partie de leur vie quotidienne. Le rythme le plus familier est le cycle jour-nuit de 24 heures appelé rythme diurne ou circadien (dérivé du latin : circa, « environ », et dies, « jour »).

Chaque individu possède des horloges biologiques qui synchronisent ses cycles du sommeil. Cela explique pourquoi certains s'endorment à 20 heures alors que d'autres se couchent à minuit ou tôt le matin.

Les Phases du sommeil

Le sommeil normal implique deux phases : le sommeil lent et le sommeil paradoxal.

Durant le sommeil lent, le dormeur passe par quatre phases au cours d'un cycle de sommeil typique de 90 minutes.

La qualité du sommeil de la phase 1 à la phase 4 devient de plus en plus profonde. Un sommeil plus léger est caractéristique des phases 1 et 2 et une personne peut être plus facilement stimulée. Les phases 3 et 4 impliquent un sommeil plus profond appelé « sommeil lent ». Le sommeil paradoxal est la phase qui termine chaque cycle de sommeil.

Cycle du sommeil

Le rythme de sommeil normal pour un adulte commence avec une période de pré sommeil durant laquelle la personne est seulement consciente de développer un endormissement progressif. Cette période dure normalement de 10 à 30 minutes mais si une personne a des difficultés à s'endormir, elle durera 1 heure, voire plus.

Une fois endormie, la personne passe habituellement par quatre à cinq cycles de sommeil complets par nuit, chacun se composant de quatre phases de sommeil lent et d'une période de sommeil paradoxal. Chaque cycle dure à peu près 90 à 100 minutes. Le rythme cyclique progresse habituellement de la phase 1 à la phase 4 du sommeil lent, avec ensuite un retour aux phases 4, 3 à 2, pour se terminer par une période de sommeil paradoxal

(Fig. 2). Une personne atteint habituellement un sommeil paradoxal environ 90 minutes après être entrée dans le cycle du sommeil. Le sommeil lent représente 75 à 80 % de notre temps de sommeil.

Troubles du sommeil :

- L'insomnie : difficulté à s'endormir et à rester endormi. L'insomnie est un symptôme et non une maladie
- L'hypersomnie : nombre d'heures de sommeil excessif.
- Les apnées du sommeil : arrêt respiratoire survenant durant le sommeil
- Parasomnies : incluent le somnambulisme, les frayeurs nocturnes, les cauchemars, l'énurésie nocturne, le balancement du corps et le bruxisme (grincement des dents)

III. règles élémentaires d'hygiène du sommeil :

- Bien aérer la chambre
- Literie confortable
- Bonne hygiène corporelle (préférer un bain « relaxant » le soir et une bouche « tonifiante » le matin)
- T° ambiante adéquate (16 à 18 °C)
- Réduire la luminosité au maximum
- Respecter ses rythmes de sommeil, avoir un horaire de sommeil régulier (si on dépasse l'heure du coucher, on risque fort de devoir attendre l'équivalent d'un cycle de sommeil pour s'endormir
- Eviter de faire une sieste tard l'après midi
- Eviter de trainer au lit le matin, avoir un horaire de lever régulier
- Faire du sport mais éviter les activités sportives le soir
- Eviter ou limiter la consommation d'alcool, de café, de coca, de tabac, surtout en fin de journée
- Eviter les repas trop copieux le soir
- Eviter les activités « excitantes » le soir (film d'horreur, sport de combat,…)
- Respecter les rituels d'endormissement de l'enfant, en instaurer un si nécessaire doudou, comptine, histoire
- Les gens qui travaillent la nuit ont une moins bonne qualité de sommeil
- Les gents des pays chauds dorment moins la nuit mais font une sieste l'après midi
- Eviter autant que possible les somnifères, surtout pour une période prolongée. Toujours sous contrôle médical, pas d'arrêt brutal

IV. préparation au repos et sommeil du patient : (cf. fiche technique)

Elle a pour but de réaliser toutes les conditions nécessaires au bon sommeil du malade.

Elle comprend la toilette, les soins et les rangements.

REPAS DU MALADE

2. Besoin de boire et de manger

Définition :

Le besoin de boire et de manger est la nécessité pour chaque individu d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, de maintenir et de réparer les tissus.

Les mécanismes pour satisfaire ce besoin sont l'ingestion, l'absorption et l'assimilation des nutriments.

Rôles aide-soignant dans la gestion du besoin de boire et manger :

1. A l'admission du patient : Se renseigner:

> Sur ses habitudes alimentaires (Horaires des repas, Préférences, goûts....)
> Influences philosophiques (religion, végétarien, etc.)
> Autonomie pour s'alimenter.
> État de la dentition
> Régime avant l'hospitalisation

2. Durant l'hospitalisation

> Régime (Lequel, être informé, Acceptation et respect du régime...)
> Perturbations digestifs ou du besoin de se nourrir, leurs causes.
> Le patient peut-il et est-il capable de manger ?
> Faut-il tenir compte d'un bilan hydrique ? D'une restriction hydrique ?
> Le patient doit-il recevoir des médicaments ? (Si oui : quand ?)
> Où le patient mange-t-il ? Degré d'autonomie ?

3. Favoriser le repas à table

> Veiller à ce que la table soit débarrassée, propre et placée à un endroit agréable et d'accès facile.
> Disposer la chaise au mieux pour le malade
> Aider le malade à se lever
> L'installer à table
> Si nécessaire, placer un coussin dans le dos

4. Observation de l'appétit

> Noter au vu du plateau la quantité de nourriture prise par le patient
> Si le patient n'a pas mangé ou très peu, s'informer de la raison.
> Dans certains régimes, il est important de s'assurer très exactement de ce que consomme le patient.
> Si le patient est diabétique, il faut veiller à ce qu'il respecte son régime.

Aide au repas (cf. fiche technique)

ENTRETIENT DE LA CHAMBRE DU MALADE

8. besoin d'être propre et protéger ses téguments
9. besoin d'éviter les dangers

Définition :

Dans le but de minimiser les risques infectieux c'est-a-dire la transmission et la prolifération des germes, L'entretien de la chambre est basé sur le bionettoyage, la désinfection et le rangement

Le nettoyage et la désinfection quotidienne des chambres permettent des soins dans des conditions d'asepsie correcte

Objectifs :

- Prévenir la transmission croisée des germes
- assurer le confort du patient en lui garantissant une propreté visuelle de l'environnement.
- Assurer des soins dans des conditions d'asepsie correcte

Principes de base d'entretient quotidien de la chambre du malade :

- Aérer la pièce
- Sortir les déchets
- Déplacer impérativement le mobilier
- Laisser le chariot de ménage en dehors de la chambre
- Pratiquer une hygiène des mains en fin et en début d'opération
- Manipuler les produits avec des gants, nominatifs, de ménage imperméables, résistants aux D et d, à manchettes longues à :
  - nettoyés et désinfectés entre chaque pièce
  - nettoyés à l'intérieur et à l'extérieur en fin de journée
- des gants à UU doit être réservée à des opérations de courte durée.
- la tenue du professionnel doit être complétée (surblouse et +/- masque) lors d'interventions dans la chambre relevant de précautions complémentaires.
- Nettoyer avant de désinfecter « on désinfecte que ce qui est propre »
- respecter un ordre logique dans le déroulement des opérations:
  - travailler en allant du plus propre au plus sale, de haut en bas.

Règles d'utilisation des produits d'entretien

- Ne pas mélanger les produits
- Risques de réactions chimiques dangereuses
- Risques de désactivation et d'incompatibilité des produits entre eux
- Respecter les conditions d'utilisation
- temps de contact /température de l'eau, durée de conservation des solutions
- Verser le produit dans l'eau et non le contraire
- la dose
- étiqueter les flacons pour éviter les confusions et les mélanges
- ne jamais utiliser de flacon alimentaire pour réaliser les dilutions
- vider et nettoyer quotidiennement les flacons (ne pas compléter un flacon)

Conseils et précautions d'emploi

- Verser sur les chiffonnettes et non sur les surfaces pour éviter l'aérosolisation et réduire la pénétration à l'intérieur du matériel fragile.

LA MANUTENTION DU MALADE

4. besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position

Définition :

La manutention manuelle du patient est un ensemble coordonné de procédés pratiques concernant les divers déplacements nécessités par les soins et les activités de la vie quotidienne des malades
Mobiliser des personnes nécessite pour le soignant l'acquisition de technique gestuelle ainsi qu'une contribution réelle et physique de ce dernier à mettre en œuvre dans une double perspective : faciliter la tache du soignant et favoriser l'activité du soigné.

Les facteurs de risque liés à la manutention des patients:

1. Risques liés à la tâche

- La force: l'effort physique nécessaire pour effectuer la tâche (comme lever, retourner et pousser une charge lourde) ou pour maîtriser la manœuvre de l'équipement et des outils
- La répétition: le fait d'effectuer continuellement ou fréquemment le même mouvement ou la même série de mouvements au cours de la journée de travail
- Les positions inconfortables: adopter des positions qui mettent le corps sous tension, par exemple se pencher sur un lit, se mettre à genoux ou effectuer une torsion du tronc tout en soulevant une charge

2. Risques liés au patient:

- Les patients ne peuvent pas être tenus près du corps
- Les patients ne présentent pas de prises
- Il est impossible de prévoir ce qui peut se passer au cours de la manipulation d'un patient
- Les patients représentent un certain volume

3. Risques liés à l'environnement :

- Risques de glissade, de faux pas et de chute
- Surfaces de travail inégales
- Espaces restreints (petites pièces, nombreux équipements)

4. Autres risques

- Manque d'assistance disponible
- Matériel inadéquat
- Chaussures et vêtements inadaptés
- Manque de connaissance ou de formation

Principes de base des techniques de manutention des patients :

Principe 1

- Avant le déplacement analyser la trajectoire (prendre la plus courte possible) e
- Toujours demander l'aide d'assistants lorsque cela est nécessaire
- Évaluer les capacités d'aide de la personne soignée (mode passif= aucune aide ou mode aidé)
- Évaluer les contraintes liées à l'environnement (taille des locaux, mobilier..)

- expliquer la façon de procéder au patient tout en l'encourageant à coopérer autant que possible au cours de la manœuvre.

Principe2

- La prise sur le corps doit être effectuée sur des zones fermes (ischion, crête iliaque...

Principe3 : Ne pas avoir de gestes traumatisants :

- Ne pas pincer, ni serrer.
- Respecter la rectitude du corps de la personne soignée.
- Eviter les torsions entre le tronc et le bassin.
- Ne pas tirer sur les membres.
- Ne pas faire heurter le lit par le patient.
- Avant, pendant et après le déplacement, gérer les contraintes liées aux thérapeutiques mise en place (longueur des drains, des perfusions, des sondes, des poches, des plâtres etc.) afin de les intégrer au déplacement.

Principe 4

- Se tenir le plus près possible de la personne soignée afin de diminuer le bras de levier donc les efforts.

Principe 5

- Assurer son équilibre. Rappel du principe : la verticale passant par le centre de gravité du corps situé dans la région du bassin, doit passer par le «polygone de sustentation» du corps qui doit être le plus grand possible (surface au sol comprise entre les pieds, pieds inclus) Dans le cas contraire, il y a déséquilibre.

Principe 6

- Se placer les pieds écartés pour éviter les porte-à-faux
- utiliser les muscles des jambes et des bras. Pour éviter des lésions à la colonne vertébrale

Principe 7

- Se déplacer par glissements latéraux du bassin, une jambe tendue et l'autre fléchie pour maintenir le « verrouillage » du dos et éviter les torsions du bassin

Principe 8

- Pivoter d'un seul bloc en faisant suivre les pieds dans un même mouvement.

Principe 9

- Assurer le «verrouillage» du dos :
    - en fixant sa position anatomique ;
    - en bloquant la bascule du bassin ;
    - en éliminant toute torsion ;
    - en travaillant le dos parfaitement droit ;
    - en évitant les secousses dans les bras ;
    - en utilisant la force des cuisses, genoux pliés.

Principe 10

- lors des déplacements, utiliser :
    - le poids de son corps ;

- le poids du corps du patient ;
- la vitesse acquise lors du mouvement.

Principe 11

- Porter des vêtements et des chaussures adaptés.

principe12

- Associer sûreté gestuelle et aisance par la parfaite connaissance de la technique choisie pour le déplacement.

Quelques Postures de base

➢ **La fente latérale :** permettant de se déplacer de droite à gauche et inversement
- Debout pieds écartés (assurant l'équilibre du corps)
- Poids du corps sur la jambe d'appui qui sera fléchie, l'autre est tendue.
- Puis extension de cette jambe fléchie (lors d'une manœuvre) avec changement du poids du corps sur l'autre jambe qui devient fléchie.

➢ **La fente médiane:** permettant de porter une charge de bas en haut et inversement
- Debout pieds écartés.
- Poids du corps centré entre les pieds.
- Flexion des jambes, genoux écartés, puis extension des jambes.

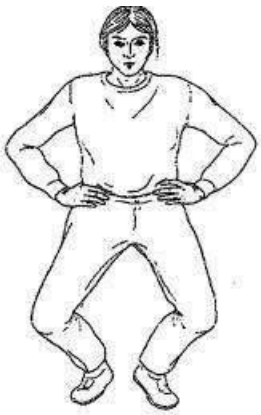


Fig. 2. Fente médiane.

➢ **Prise en repose-tête :** permettant de maintenir tête-cou-épaule avec le bras du soignant
- Le patient est en décubitus dorsal.
- Bras croisés.
- Le soignant glisse son avant-bras sous le cou du patient, sa main se place sous l'épaule.

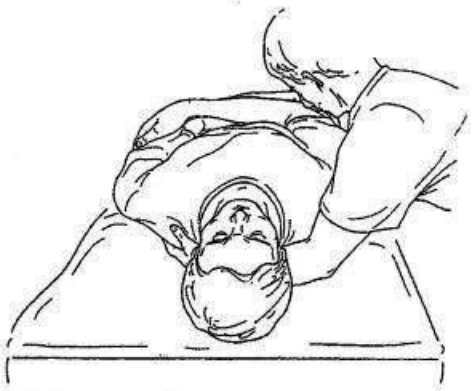


Fig. 4. Prise en repose-tête.

- **Prise thoracique :** Permettant de stabiliser l'équilibre d'un patient qui est debout en assurant une prise de soutien en prévention d'une chute.

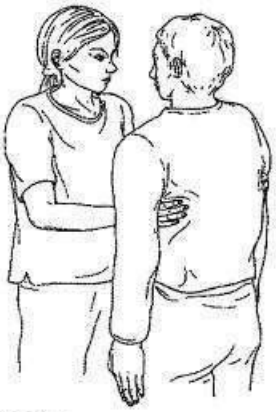


Fig. 6. Prise thoracique.

- **Prise en barre des poignets :** Permettant de renforcer la force et la sécurité d'une prise : deux soignants s'accrochent par leurs poignets.

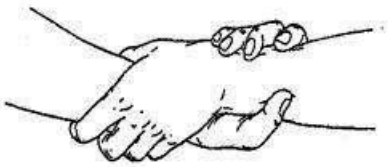


Fig. 5. Prise en barre de poignet.

- **Prise en plateau:** Permettant de porter une charge proche de son buste.
  - Le soignant place ses avant-bras à l'horizontale, paumes tournées vers le plafond.
  - Les coudes sont proches du buste pour rapprocher le plus prêt possible la charge du corps du soignant.

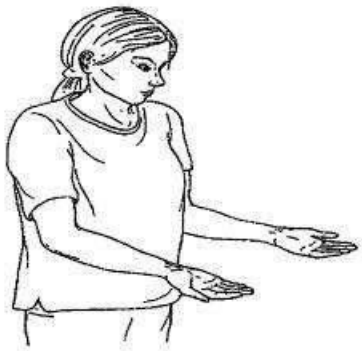


Fig. 7. Prise en plateau.

- **Prise en bretelles :** Permettant de soulever le patient qui ne peut prendre appui sur ses jambes.
  - Le patient est assis, bras croisés.
  - Le soignant se place derrière le patient et glisse ses mains entre le thorax et les bras du patient.
  - Il place ses mains sur les avant-bras du patient assurant une prise.
  - Le buste du soignant et le dos du patient sont collés l'un contre l'autre.

Fig. 8. Prise en bretelles.

Les différentes mobilisations du malade : (cf. Fiches techniques)

TRANSPORT DU MALADE

9. besoin d'éviter les dangers

Définition :

Transporter un malade ou un blessé d'un point à un autre dans le respect des règles d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie.

Pendant le transport, le patient doit être entouré des mêmes soins que ceux effectues en salle.

Matériel :

- Chariot mobile : muni de tiroirs latéraux où est rangé un matériel élémentaire de réanimation. les roues doivent être fonctionnelles de manière parfaite et munies d'un système de freinage.
- Des menottes ou des sangles accompagnent toujours le chariot.
- Fauteuil roulant : pour le transport en position assise
- Couverture et draps doivent toujours accompagner le chariot.
- Potence fixée à l'un des quatre pieds du chariot et facilement détachable.

Recommandations préalables :

- bien maitriser la technique de manutention.
- Savoir parfaitement la destination précise.
- le trajet le moins long, le plus sécurisant et le moins traumatisant.
- Prendre avec soi du service d'origine les documents nécessaires :.
- s'assurer que les services d'origine et d'accueil sont avertis.
- respect de l'axe Tête-Cou-Tronc ; particulièrement chez les accidentés.
- veiller à ce que le malade bénéficie durant tout le trajet d'une même surveillance qu'en salle :
  - Conscience
  - Troubles digestifs
  - Débit de perfusion
  - Perméabilité d'un cathéter, préalablement couvert
  - Drain pleural bien clampé

Malade conscient

La fonction respiratoire et circulatoire sont normales et l'état neurologique correct, les risques encourus sont minimes : Le malade doit être transporté en décubitus dorsal sans traversin, ni oreiller. Il est enveloppé dans le drap ou dans une couverture, les membres supérieurs étant couverts. Seule la tête reste découverte.

S'il s'agit d'un cardiaque : le thorax peut être relevé.

Malade inconscient :

- Intubé : le malade en décubitus dorsal, la tête entre deux sacs de sable, mains attachées, pas de sangle de la ceinture ou la cage thoracique.
- Non intubé : le malade est mis en position latérale de sécurité

Cas des nouveau-nés :

Cette tranche d'âge peut être transportée, soit dans les bras d'une infirmière, soit dans une coque isotherme. Dans ce dernier cas, la caisse est mise sur un chariot.

ENTRETIEN DU MATÉRIEL DE SOIN

9. besoin d'éviter les dangers

Introduction :

La sécurité des patients et du personnel vis à vis du risque infectieux est une exigence essentielle pour toute structure de soins

A ce titre, le traitement des dispositifs médicaux réutilisables est essentiel dans la prévention des infections nosocomiales

Quel traitement pour quel matériel ? Stériliser, nettoyer, désinfecter ?

Définitions :

1. dispositif médical (DM):

On entend par Dispositif Médical tout ***instrument, appareil, équipement, matière, produit***, ou autre article utilisé seul ou en association, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales

2. pré-désinfection (décontamination) (cf. fiche technique)

« C'est le premier traitement à effectuer sur les objets et matériels souillés dans le but de diminuer la population de micro-organismes et de faciliter le nettoyage ultérieur.

La décontamination a également pour but de protéger le personnel lors de la manipulation des instruments.

Elle permet également d'éviter la contamination de l'environnement.

3. Désinfection : (cf. fiche technique)

« Opération au résultat *momentané* permettant d'éliminer ou de tuer les microorganismes et/ou d'inactiver les virus indésirables supportés par les milieux contaminés.

Le résultat de cette opération est limité aux micro-organismes et/ou virus présents au moment de l'opération. »

3.1. Désinfection de bas niveau : bactéricide

3.2. Désinfection de niveau intermédiaire : bactéricide, fongicide, virucide, mycobactéricide

3.3. Désinfection de haut niveau : bactéricide, fongicide, virucide, mycobactéricide et sporicide

4. stérilisation : (cf. fiche technique)

« Il s'agit de la mise en œuvre d'un ensemble de méthodes et de moyens visant à *éliminer par destruction* tous les micro-organismes vivants de quelque nature et sous quelque forme que ce soit, portés par un objet parfaitement nettoyé. »

5. asepsie

Absence de germes microbiens susceptibles de causer une infection.

Le terme de faute d'asepsie désigne toute manœuvre risquant de souiller ce qui est aseptique

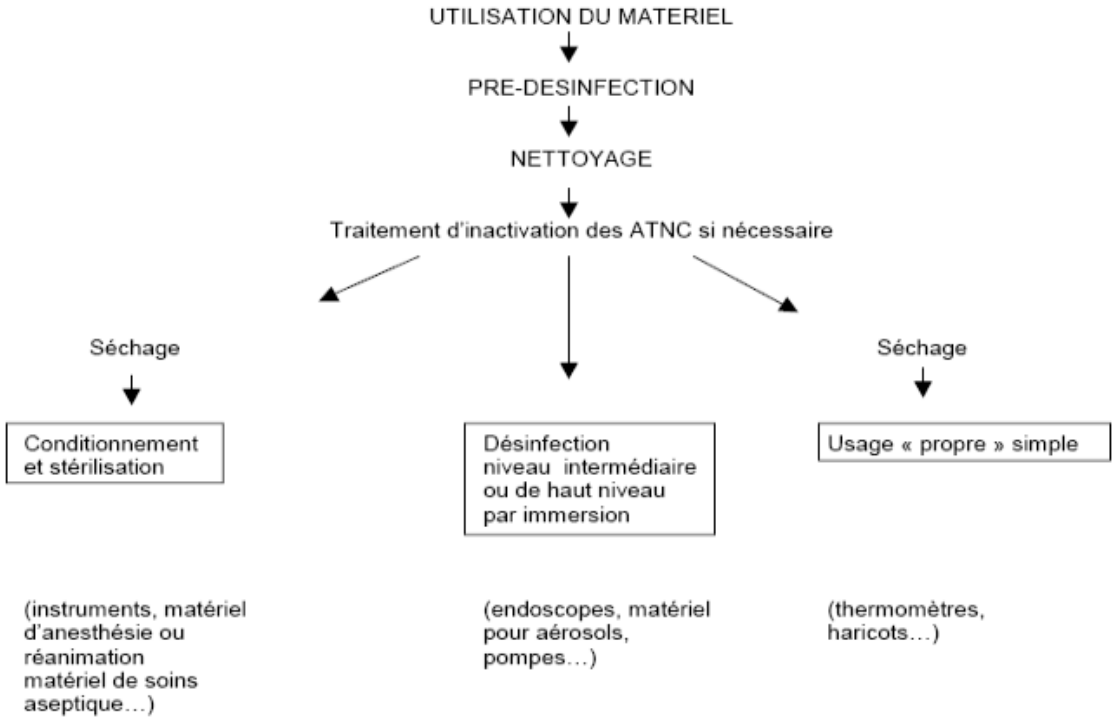
6. Biofilm = communauté de micro-organismes adhérant entre eux, fixée à une surface, et caractérisée par la sécrétion d'une matrice adhésive et protectrice

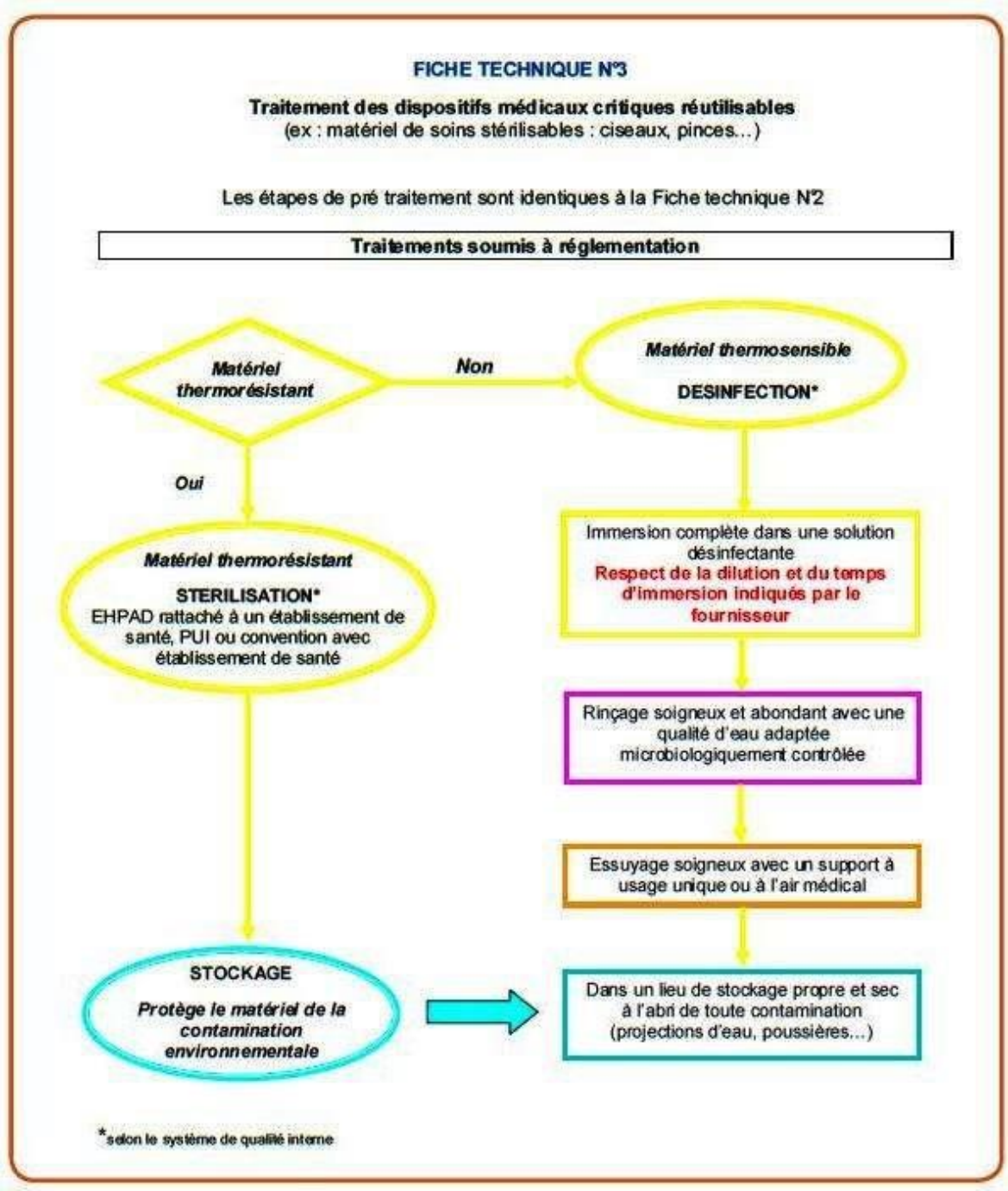
Classement des Dispositifs médicaux

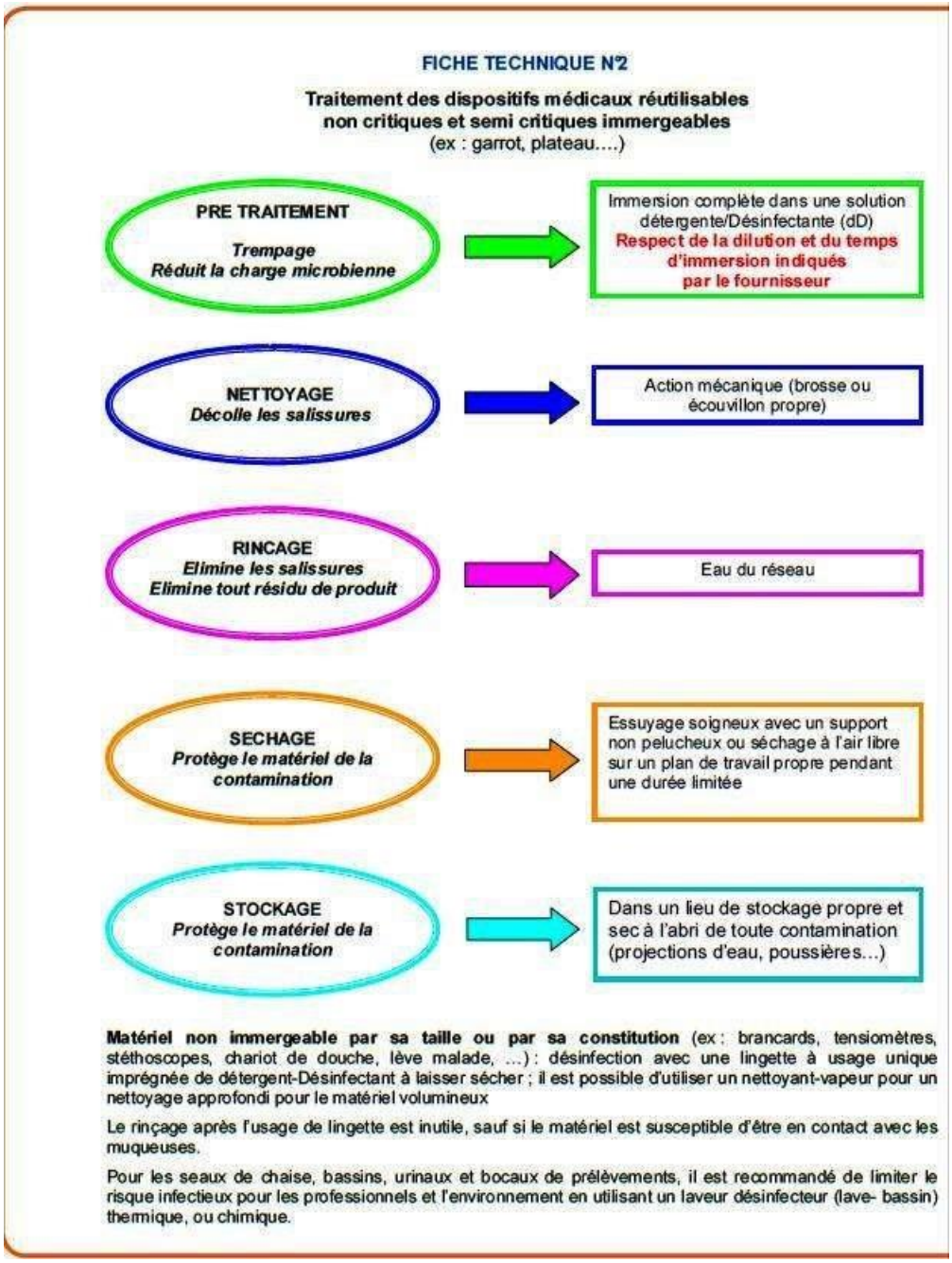
Classement des dispositifs médicaux et niveau d'entretien requis

Destination du matériel	Niveau de		
	classement	risque infectieux	traitement requis
Introduction dans un système vasculaire ou dans cavité ou tissu stérile	critique	haut risque	- usage unique ou, - stérilisation ou, - désinfection de haut niveau. ex : petit matériel médico-chirurgical (pinces, curettes..).
En contact avec muqueuse ou peau lésée superficiellement	semi critique	risque médian	désinfection de niveau intermédiaire ex : bassin de lit urinal, chaise percée, matériel ORL…
En contact avec la peau intacte du résident ou sans contact avec le résident	non critique	risque bas	désinfection de bas niveau ex : tensiomètre, stéthoscope, appareil à ECG, barrières de lit, matériel de rééducation, …

Traitement du matériel de soin réutilisable :




FICHE TECHNIQUE N°3
Traitement des dispositifs médicaux critiques réutilisables
(ex : matériel de soins stérilisables : ciseaux, pinces...)
Les étapes de pré traitement sont identiques à la Fiche technique N°2
Traitements soumis à réglementation
Matériel thermorésistant
Non
Matériel thermosensible
DESINFECTION*
Oui
Matériel thermorésistant
STERILISATION*
EHPAD rattaché à un établissement de santé, PUI ou convention avec établissement de santé
Immersion complète dans une solution désinfectante
Respect de la dilution et du temps d'immersion indiqués par le fournisseur
Rinçage soigneux et abondant avec une qualité d'eau adaptée microbiologiquement contrôlée
Essuyage soigneux avec un support à usage unique ou à l'air médical
STOCKAGE
Protège le matériel de la contamination environnementale
Dans un lieu de stockage propre et sec à l'abri de toute contamination (projections d'eau, poussières...)
*selon le système de qualité interne



Principes de stockage des dispositifs médicaux

1. le matériel stérile est stocké uniquement avec du matériel stérile. Placer le matériel avec date limite d'utilisation la plus récente en arrière
2. le matériel propre est stocké uniquement avec du matériel propre
3. rien ne doit être stocké dans le local avec le linge sale et les déchets.
4. une fois propres, les dispositifs médicaux de bas niveau de risque sont stockés dans des locaux propres dédiés à leur stockage

LES PARAMÈTRES VITAUX

I. LA TEMPÉRATURE

7. besoin de maintenir la T° du corps dans la limite de la normale

Définition :

La température est le degré de chaleur du corps humain. La température corporelle d'un individu résulte de la différence entre la production de chaleur (thermogenèse) et la perte de chaleur de l'organisme (thermolyse).

Pour un adulte, la température normale se situe autour de 37° Celsius (plus ou moins 0,5°C).

Les variations de la température

La température est régulée par l'hypothalamus grâce à la **thermorégulation**

1. Les variations physiologiques : la température subit habituellement de légères variations de un demi à un degré par vingt-quatre heures. Ces variations sont reconnues comme étant physiologiques, et dépendent de différents facteurs :

- L'activité physique (effort musculaire, travail physique) ou physiologique (digestion, travail cérébral intensif) : provoque une élévation thermique de 1 à 1.5° C.
- Le sexe : différent chez l'homme et la femme. Chez la femme, la température subit certaine fluctuations durant le cycle menstruel.
- L'âge : la température varie facilement chez le nouveau-né, elle est plus basse chez la personne âgée.
- Le climat : la température corporelle des individus vivant en pays tropicaux est de 1° plus élevée que pour les habitants des pays nordiques, où elle est au-dessous de la normale d'environ 1°C.
- La région anatomique : la température périphérique est plus basse d'environ 1°C que celle des organes internes. Certains organes internes sont plus chauds que d'autres (cerveau, fois, cœur environ 39.6°C, car ils travaillent le plus).

• Les variations pathologiques :

Au-delà d'un certain seuil, la température corporelle devient soit :

- ***Hyperthermie*** : sup à 37.5 : fièvre ; pyrexie ; hyper pyrexie (sup à 40°C).
- ***Hypothermie*** : inf. à 36°C
- ***Apyrexie, apyrétique*** : absence de fièvre
- ***Fébricule ou sub-febrile*** : T° entre 37.5° et 38°
- ***Fébrile*** : hyperthermie

La prise de température (cf. fiche technique)

- la température corporelle centrale : elle est mesurée, uniquement, dans certaines interventions chirurgicales.
- La température corporelle périphérique : elle est mesurée habituellement au niveau :

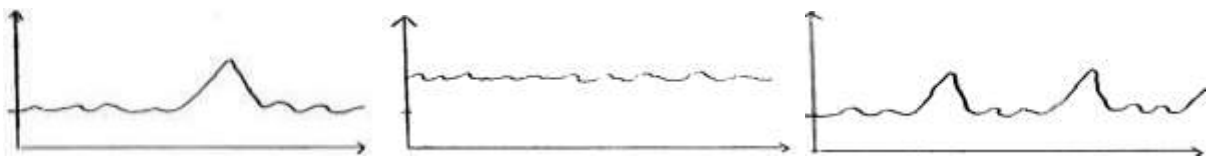
• Du rectum : température rectale
• Du creux de l'aisselle : température axillaire

- Du vagin : température vaginale
- De la bouche : température buccale.

Thermomètre : Il est basé sur le principe de la dilatation des métaux(le mercure) à la chaleur.il est gradué en degré Celsius de 35 à 42.
L'étranglement au niveau supérieur du réservoir de mercure empêche celui-ci de redescendre une fois la dilatation du mercure atteinte. Il existe :

- Des thermomètres à usage unique.
- Des thermomètres buccaux.
- Des papiers testes frontaux, à indication sommaire de présence de fièvre.
- Des sondes thermiques électroniques, qui collées à la peau, donnent en permanence sur écran, la température cutanée.

La courbe thermique :
La représentation thermique est la représentation graphique sur une feuille spéciale quadrillée des variations de la température du malade, elle résulte de l'enregistrement de la température à des heures déterminées de la journée, ce qui peut fournir des renseignements précieuses pour poser un diagnostic et suivre un traitement.



Fièvre en cloché en plateau interméttente

Inverse **Ondulante** **Rémittente**

II.LA PULSATION (LE POULS)

1. besoin de respirer
2. besoin de boire et manger
3. besoin d'éliminer

Définition.

Le pouls est la sensation de soulèvement que l'on perçoit en déprimant une artère superficielle sur un plan osseux, et qui correspond à l'arrivée de l'onde du sang dans l'artère.

Le nombre de pulsations comptées en une minute est égal au nombre de battements cardiaques dans le même temps.

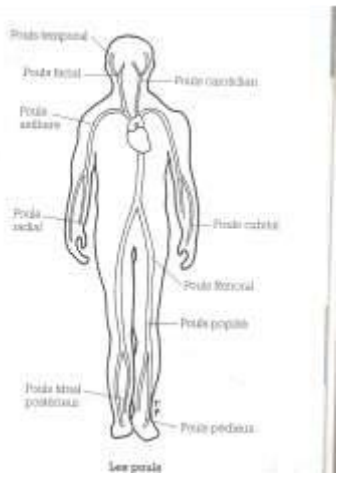
Variations physiologiques.

- Pour un adulte, entre 60 et 80 pulsations ou battements par minute.
- chez la personne âgée : 55 à 60
- Le nouveau-né (< 7 jours) en moyenne à 120 pulsations par minute.
- Un enfant (1 à 8 ans) a un rythme cardiaque égal à 100 pulsations par minute.
- Les sportifs ont souvent un rythme cardiaque au repos < 60 ppm (exemple le coureur cycliste Eddy Merckx : 48 ppm au repos).
- Efforts physiques : augmentation du pouls.
- Emotivité, stress : augmentation ou diminution du pouls.
- Digestion : augmentation du pouls.
- Plus rapide le soir que le matin.
- Le pouls est normalement inversement proportionnel à la tension artérielle : il est plus rapide si la tension artérielle est basse.

Variations pathologiques.

- Tachycardie : augmentation du nombre de pulsations : > 100/mn.
- Bradycardie : diminution du nombre de pulsation : < 60/mn.
- Arythmie : battements irréguliers.
- Tachy-arythmie (irrégulier et rapide),
- Brady-arythmie (irrégulier et lent). v
- Pouls intermittent : présence de pauses sans battements, puis reprise.
- Pouls alternant : une pulsation faible suivie d'une pulsation plus forte.
- Pouls bigéminé : deux pulsations très

Rapprochées suivies d'un intervalle
plus ou moins long.



La prise de pulsations. La prise de pulsations
Permet l'appréciation de plusieurs paramètres
- la fréquence : nombre de pulsations à la minu
- l'amplitude : forte, faible, imperceptible,
Bien frappé, filant ;
-la régularité : régulier, irrégulier, intermittent.
(cf. fiche technique)

III. LA PRESSION ARTÉRIELLE :

1. besoin de respirer
2. besoin de boire et manger
3. besoin d'éliminer

Définition :

La tension artérielle est la pression sous laquelle circule le sang dans les artères

La pression artérielle est fonction de deux paramètres :

• débit cardiaque : le volume de sang déplacé par le cœur dans une unité de temps (généralement exprime en litres de sang/minute). Ce débit est donc fonction de la volémie (Quantité totale de sang présente dans l'organisme)

• Les résistances périphériques : les vaisseaux qui reçoivent le sang

La pression artérielle est définie par l'équation : débit cardiaque x résistance périphérique

Variations physiologiques

- Lorsque le cœur se contracte la pression est maximale (pression systolique).
- Lorsque le cœur se relâche, au repos, la pression est minimale (pression diastolique).
- La pression artérielle s'exprime en millimètres ou en cm de mercure (mm Hg ou cm Hg).
- Pour un adulte, les chiffres normaux de la pression artérielle sont :
    - Pression systolique ou maxima : 100 à 150 mm Hg (10 à 15 cm Hg)
    - Pression diastolique ou minima : 50 à 80 mm Hg (5 à 8 cm Hg)
- Une pression supérieure aux chiffres normaux est une hypertension,
- une pression inférieure aux chiffres normaux, une hypotension.
- Normalement la pression artérielle doit rester constante (au cours d'un effort, par exemple, l'élévation du débit cardiaque s'accompagne par une baisse des résistances périphériques)

Les systèmes de régulation de la pression artérielle.

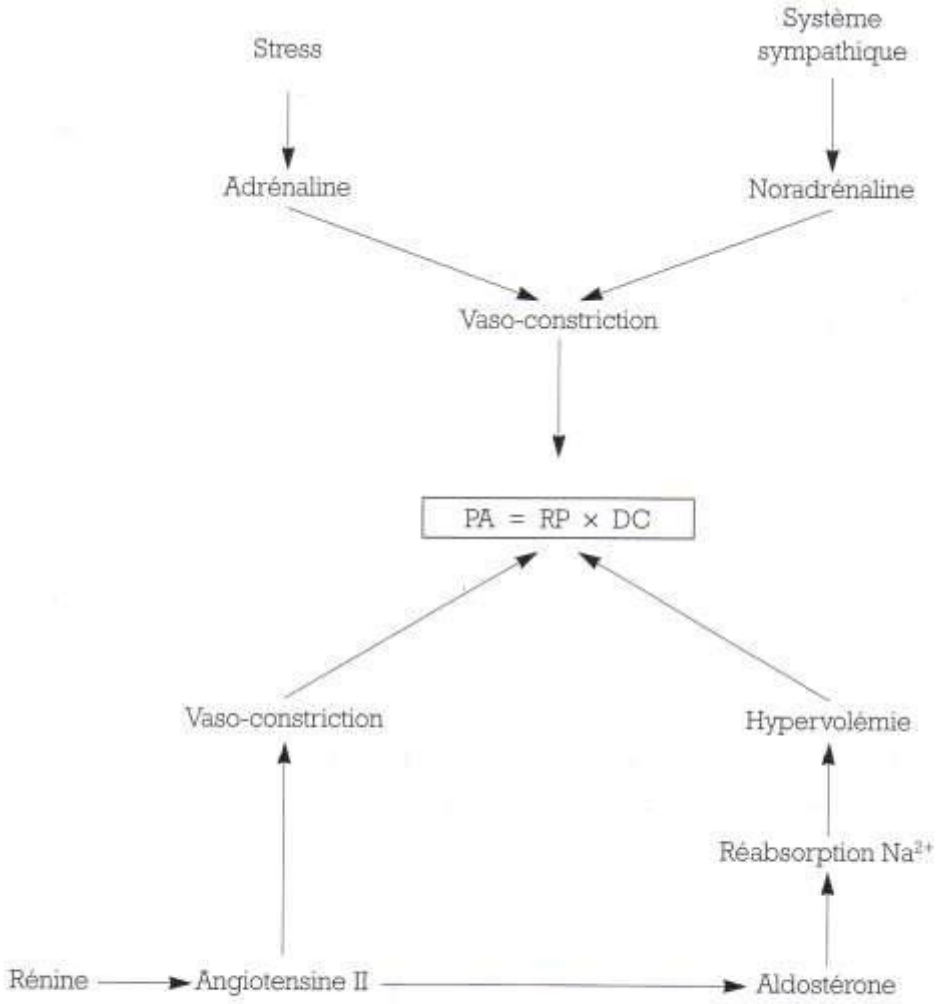
1. Système de contrôle de l'élimination du sodium, donc de l'eau et par voie de conséquence de la volémie :

- la rénine : substance sécrétée par le rein, elle stimule la production d'angiotensine (action de constriction sur les artérioles), et celle d'aldostérone ;
- l'aldostérone : substance qui stimule la réabsorption du sodium (donc d'eau) et l'élimination du potassium par l'organisme. Elle contribue donc au maintien de la volémie (exemple s'il y a baisse de la PA, par baisse de la volémie, il y a augmentation de la sécrétion d'aldostérone et donc augmentation de la rétention d'eau par l'organisme, pour augmenter par conséquent la volémie).

2. Le système nerveux :

- le cortex cérébral (action du stress sur la pression artérielle);

- le système sympathique : il reçoit des informations de structures nerveuses sensibles aux variations de pression (situées dans le système artériel) : les barorécepteurs. En fonction des données reçues (baisse ou augmentation de
la PA), ce système va provoquer une va constriction ou une vasodilatation des vaisseaux afin de maintenir la PA dans les limites de la normale.



PA : pression artérielle
RP : résistance périphérique
DC : débit cardiaque

Les Variations pathologiques :

L'hypertension : augmentation de la tension selon l'O.M.S., on parle d'hypertension à partir de 14 de systolique pour les adolescents et de 16 de systolique pour les adultes

L'hypotension c'est lorsque le maxima est inférieur à 10.

Prise de la pression artérielle (cf. fiche technique)

IV. LA FRÉQUENCE RESPIRATOIRE :

1. besoin de respirer

Définition :

La fréquence respiratoire correspond au nombre de mouvements respiratoires (inspiration et expiration) comptabilisés sur une minute. Les mouvements respiratoires sont réguliers et silencieux.

Variations physiologiques :

La fréquence respiratoire varie selon l'âge :

- 16 à18 mvts/mn environ chez l'adulte.
- 26 à 30 mvts/mn chez l'enfant.
- 40 à 45 mvts/mn chez le nouveau-né.

Variations pathologiques :

On repère les variations sur :

- Un ralentissement traduit une bradypnée.
- Une accélération traduit une polypnée.
- Des pauses traduisent une apnée
- Le rythme : irrégulier ou régulier.
- L'amplitude ; raccourcie ou profonde.
- Les bruits de la respiration : sifflement, encombrement….

Méthode de surveillance : (cf. fiche technique)

L'évaluation est réalisée par l'observation visuelle directe du thorax. La fréquence sera simplement évaluée sur 30 secondes pour une respiration régulière et sur une minute entière si cette dernière est irrégulière.
L'observation attentive va permettre de qualifier la respiration. Celle-ci peut être normale (eupnée) ou anormale (dyspnée).

Paramètres à évaluer :

- Fréquence : Elle doit être comprise entre 12 et 20 cycles par minute. Si elle est supérieure, on parle de ***Tachypnée;*** si elle est inférieure, on parle de ***bradypnée***. S'il y a absence de ventilation, on parle ***d'apnée.***
- Amplitude : Elle doit être symétrique. Elle doit être évaluée pour les deux poumons. Si l'amplitude est trop importante, on parle de ***polypnée***. Si elle est faible, on parle ***d'oligopnée.***
- Rythme : Il doit être régulier. Certaines irrégularités peuvent être constatées avec des pauses respiratoires ou des variations d'amplitude.
- Autres signes : bruits, toux, efforts respiratoires, sueurs, cyanose, tachycardie
- ou bradycardie, inconscience.

V. LA DIURÈSE

3. Besoin d'éliminer

Définition :

La diurèse est le volume d'urine émise en 24 heures. La diurèse s'élève de 1200 à 1800 ml/24 heures

Pour un litre d'urine :

- 900g d'eau
- 50 g de matières dissoutes
- 20 g de sels minéraux (CL, Na, K)
- 30 g de matières organiques (urée, acide urique, créatinine) pour la plupart des déchets d'utilisation des protides

A l'état normal, l'urine ne contient aucune trace de sucre, lipides, sang, protéines, acétone

Facteurs qui influencent la fonction urinaire :

- Le froid provoque l'envie d'uriner.
- La chaleur a tendance à diminuer la diurèse par augmentation de la sudation.
- Il existe des aliments diurétiques : salades, poireaux, certaines boissons (thé, café, eau)
- Les émotions psychiques provoquent l'envie d'uriner.
- Un choc émotif violent peut provoquer un blocage de la miction.

Dysfonctionnement urinaire :

a) Anomalies de la diurèse.

• Oligurie ; baisse de la diurèse normale.
• Polyurie : augmentation de la diurèse normale.
• Anurie : absence totale d'émission d'urines.

b) Anomalies de la miction.

• Pollakiurie : mictions très fréquentes et peu abondantes à chaque fois.
• Dysurie : difficultés à la miction.
• Incontinence urinaire.
• Énurésie : incontinence urinaire nocturne exclusivement (enfant).

c) Anomalies de la couleur.

• Foncée (urines concentrées en cas de fièvre importante).
• Brun acajou (en cas d'atteintes hépatiques ou des voies biliaires).
• Rouge (présence de sang).
• Floconneuse (dépôt de phosphates ou d'urates).
• Troubles (présence de pus).

d) Anomalie de l'odeur.

• Forte (en cas de fièvre).
• Odeur d'ammoniaque (infection).
• Odeur acide.
• Odeur putride.

Mesure de La diurèse : (cf. fiche technique)

VI. LE POIDS ET LA TAILLE

4. besoin de mouvoir et maintenir une bonne position

1. La taille

Généralités :

La taille s'accroit pendant toute la durée de la croissance mais d'une façon irrégulière, progression plus rapide dans les premières années et pendant la puberté, elle est stable à partir de 22 à 25 ans, puis elle diminue lentement à partir de 40 ans (entre 40 et 60 ans elle diminue de 1 cm, entre60 et 80 ans elle diminue de 4 à 5 cm). Chez les sujets normaux la diminution est due essentiellement au tassement des disques.

Quelques chiffres normaux :

- A la naissance 50 cm
- A un an 80 cm
- A deux ans 90 cm
- A quatre ans 110 cm
- Age adulte : Femme 155 cm, Homme 170 cm

Variations pathologiques :

A/ Ralentissement de la croissance : Le retard est défini par une taille de 7 % inférieure à la taille normale, Causer Par :

- Malnutrition protéines-caloriques
- Affections aigues ou subaigües répétées ou trainantes
- Si le retard dépasse les 15 % on l'appel nanisme qui est généralement permanent et s'observe dans :
    - Troubles endocriniens : hypothyroïdie ou insuffisance hypophysaire
    - Affections viscérales : cardiopathies ou néphropathies

B/ Excès statural : C'est le gigantisme, il est rare est souvent due à des troubles neuro-endocriniens

2. Le poids :

Définition :

Somme des poids des divers éléments de l'organisme : masse grasse, ou tissu adipeux, masse maigre (tissu conjonctif, muscles), squelette et eau.

Chiffres normaux :

- Nouveau-né : 3000 à3250 grammes en moyenne, ce poids double à 5 mois, triple à 1 an et quadruple à2 ans.
- Adulte : le poids s'exprime en kilogramme par rapport à la taille (le chiffre qui dépasse le un mètre est égal au poids de l'individu : exemple 1 mètre 50 cm = 50 kg).

Variation pathologique :

A/ Augmentation du poids : Obésité causée par :

- Suralimentation.
- Stimulation du centre de la faim
- Œdèmes (augmentation du poids par rétention hydrique) causer par :
    - Atteintes : Rénal, Cardiaque, Hépatique

B/ Diminution du poids : Amaigrissement dont les causes peuvent être :

- Anorexie mentale
- Maladies chroniques
- Diabète insulino dépendant.
- Malnutrition
- Hyperthyroïdie

3. L'indice de masse corporelle (IMC) : est une grandeur qui permet d'estimer la corpulence d'une personne. Celui-ci est calculé en divisant le poids (en kilogrammes) par le carré de la taille (en mètres).
Selon la valeur obtenue, le sujet entre dans l'une des catégories suivantes :

IMC (kg.m-2)	Interprétation (d'après l'OMS)
moins de 16,5	Dénutrition
16,5 à 18,5	Maigreur
18,5 à 25	Corpulence normale
25 à 30	Surpoids
30 à 35	Obésité modérée
35 à 40	Obésité sévère
plus de 40	Obésité morbide ou massive

OBSERVATION DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE

10. Besoins de communiquer

Définition :

Est la Capacité du patient à comprendre et à penser sur lui-même ou sur son environnement

Il s'évalue suite à un accident, un malaise ou une maladie = 1ère étape de L'évaluation neurologique.

- Les atteintes neurologiques sont parfois temporaires ou chroniques, d'origines accidentelles ou dues à une dégénérescence cérébrale

Objectif de I évaluation de I état de conscience : repérer la qualité de la transmission des messages sensitifs et cognitifs entre le cerveau et la réponse musculaire, motrice, verbale ou comportementale.

Evaluation de la conscience et du comportement

1. Fonction mentale

- capacités à répondre à des questions simples
- A se situer dans le temps et dans l'espace (identité, éphéméride, adresse...)

2. Fonction sensorielle et vigilance

- Evaluer les capacités sensorielles champ visuel, audition : langage...
- Evaluer les capacités comportementales : agitations, plaintes, agressivité
- Observer les troubles de la vigilance :
- obnubilation.
- syndrome confusionnel : hallucination, troubles de l'attention, anxiété, apathie...

3. fonction motrice et sensibilité douloureuse

- Evaluer et qualifier les réactions sensitives aux stimulations douloureuses
- La fonction motrice : tonus musculaire, réflexes, réactions aux ordres moteurs.

Technique : (cf. fiche technique)

BAIN MÉDICAMENTEUX

8. besoin d'être propre et de protéger ses téguments

Définition :

Les bains médicamenteux sont des soins thérapeutiques prescrits par le médecin et réalisé le plus souvent en service hospitalier spécialisé, ils s'appliquent à l'ensemble du corps ou à certaines régions cutanées localisées telles que pieds, mains, jambes, cuir chevelu.

Objectifs :

- restaurer les fonctions sécrétrices de la peau en évitant son dessèchement,
- protéger contre les agents pathologiques, les agressions mécaniques, chimiques et lumineuses,
- réguler la température du corps,
- lutter contre l'infection,
- rétablir les sensations, la communication avec autrui grâce à une image de soi restaurée.
- Prévenir la surinfection.
- Débrider et ramollir les croûtes.
- Faciliter l'ablation des croûtes.
- Assécher les lésions.
- Calmer les sensations de prurit, de brûlures.
- Eduquer le patient à la réalisation des bains et à la prévention de la surinfection.

Incidents ŕ accidents ŕ complications :

- Exacerbation de la xérose et du prurit avec un bain trop chaud: ne pas dépasser 33°C.
- Coloration de la peau (brun pour le goudron).
- Irritation des yeux ou des muqueuses par projection de l'eau du bain: rincer à l'eau claire et prévenir le médecin.
- Contamination bactérienne liée à une désinfection peu soigneuse de la baignoire ou du bain de pied ou à un médicament ouvert conservé dans de mauvaises conditions ou trop longtemps après ouverture.
- Lésions de grattage.
- Risque d'asphyxie par noyade dans le cas de patients somnolents (prise de sédatifs ou d'antalgique avant le bain risque de chute par glissade liée au sol mouillé par l'eau du bain ou à un produit médicamenteux répandu sur le sol (lotion émolliente par exemple).
- Brûlures dues à la température de l'eau non respect des modalités de dilution du médicament prescrit (permanganate de potassium).

Information - éducation du patient :

• Expliquer au patient l'effet des médicaments sur les manifestations cutanées et l'importance des mesures d'hygiène et des soins locaux.

• En cas retour à domicile, montrer au patient comment préparer un bain ou bain de pieds avec dilution de médicaments et vérifier l'acquisition de la technique.

• Indiquer aux patient les mesures de sécurité à appliquer lors des bains pour éviter les chutes par glissade et la contamination de l'entourage (par une désinfection de la baignoire ou du bain de pieds).
• Lui apprendre à ôter les peaux mortes, les croûtes, les squames sans irriter la peau.
• Lui expliquer comment appliquer, selon le cas, la lotion émolliente, I 'antiseptique, les corticoïdes et autres médicaments topiques; lui apprendre à respecter la zone à traiter, la fréquence d'application, les modalités d'utilisation et le moment approprié de la journée pour une meilleure efficacité et une moindre gêne avec les activités de la vie quotidienne.
• Lui expliquer comment faire les soins du cuir chevelu, enlever les squames, faire le shampooing en prenant des précautions notamment en cas d'utilisation de goudron qui tâche.
• Apprendre au patient à ne pas tâcher sa peau et ses vêtements avec les médicaments utilisés (port de gants, de vêtements usagés).
• Sensibiliser le patient au port de vêtements larges en coton afin d'éviter la macération (grandes chemises en coton la nuit, de pansements ou de bonnet de coton).
• Conseiller au patient de ne pas s'exposer au soleil durant toute la durée du traitement. Expliquer à la famille les précautions à prendre si la maladie est contagieuse.
• Encourager le patient à parler de ses sentiments à l'égard de son aspect physique.
• L'aider à rechercher des moyens de dissimuler les lésions.
• Enseigner au patient les techniques de gestion du stress utile pour éviter les récidives de certaines maladies de peau comme le psoriasis.

Eléments de surveillance :

Etat cutané: couleur, intégrité, présence de lésions (papules, vésicules, bulles, plaques, pustules, impétigo) noter leur siège et leur distribution.
Intensité du prurit.
Prendre les précautions nécessaires pour mobiliser le patient, le faire entrer ou sortir de la baignoire afin d'éviter lombalgies. Une aide peut être nécessaire selon le degré de mobilité du patient.

ADMINISTRER LES MÉDICAMENTS

9. besoin d'éviter les dangers

Définition :

Administrer des médicaments à un malade en respectant les règles de sécurité « administrer au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment». Afin d'éviter les erreurs médicamenteuses

S'assurer que le médicament va être administré au bon patient :

- vérifier l'identité du patient lors de chaque administration.
- connaître la procédure en vigueur dans votre établissement en cas d'homonymie.
- utiliser 2 identifiants.
- si l'état du patient le permet, lui demander de se présenter (ses nom, prénom…).
- si l'état du patient ne le permet pas, d'autres moyens peuvent être utilisés, comme le bracelet d'identification, la photo dans certains secteurs, etc.

S'assurer de donner au bon patient, le médicament prescrit.

- elle est lisible et conforme aux exigences réglementaires.
- prendre le temps de lire de façon attentive l'étiquette,

S'assurer d'administrer la bonne concentration, dilution, dose du médicament prescrit

- vérifier les doses réalisés et si besoin faire vérifier par un autre professionnel.
- la dose prescrite est adaptée au patient (enfant, personne âgée, insuffisant rénal,).

S'assurer d'utiliser la voie prescrite.

- s'assurer que la voie est appropriée et sécurisée.
- les abréviations sont connues et formalisées dans une fiche d'instruction..

S'assurer que l'administration est réalisée au bon moment :

- selon les besoins du patient et tenter de concilier « son bon moment » avec les contraintes liées au traitement.
- selon les contraintes pharmacocinétiques propres à chaque médicament.

Procédés :

1. Préparation extemporanée du médicament :

- Vérifier concordance identité patient/prescription : le nom, le dosage, la forme galénique, la concentration et la voie d'administration
- Vérifier la date de péremption et l'aspect du médicament, les conditions de conservation, l'intégrité de l'emballage.
- Réaliser la reconstitution dans le respect des conditions d'hygiène, voire de stérilité, en veillant notamment aux contre-indications de certaines pratiques (solvant, broyage des comprimés, mise en solution ou en suspension) et aux incompatibilités physiques
- Réaliser les calculs de dose avec une Vigilance accrue

2. administration :

- Vérifier concordance identité patient/prescription/ médicament
- vérifier l'absence d'allergie(s)
- Apprécier le niveau d'autonomie du patient et son état clinique
- Informer le patient du traitement qu'il a à prendre, des modifications éventuelles, des consignes pour une bonne prise, des bénéfices et des effets secondaires éventuels
- Rappeler au patient autonome l'intérêt de l'observance du traitement
- Recueillir le consentement
- Relire attentivement l'étiquette
- Administrer selon l'horaire prévu et la voie d'administration prescrite
- Contrôler les voies d'abord
- Veiller au respect des règles d'hygiène
- S'assurer du réglage adapté du matériel d'administration (perfusion, aérosol, voie entérale…)

3. enregistrement de l'administration :

- Assurer l'enregistrement en temps réel: le nom du médicament, la forme, la dose, la voie, la date, l'heure, le soluté de perfusion, la durée, la date d'arrêt s'il y a lieu, l'identification de la personne et la signature

4. surveillance :

- Surveiller la survenue d'effet(s) indésirable(s)
- Vérifier le(s) bénéfice(s) obtenu(s)
- Contrôler les voies d'abord
- Surveiller le débit et la durée pour la perfusion continue
- Contrôler les paramètres biologiques si besoin et cliniques
- Mettre en place un dispositif d'alerte par le patient/entourage lors de la survenue d'événements indésirables (éducation/information du patient/ entourage)

LES INJECTIONS PARENTÉRALES

Besoin d'éviter les dangers

Définition :

Il s'agit de soins permettant l'administration de substances (médicaments, produits actifs…) au moyen d'une seringue et d'une aiguille.
Cette injection peut se faire:

- Soit dans les tissus de l'organisme : intramusculaire, intradermique ou sous cutanée.
- Soit directement dans la circulation sanguine : intraveineuse.

Les avantages de la voie parentérale :

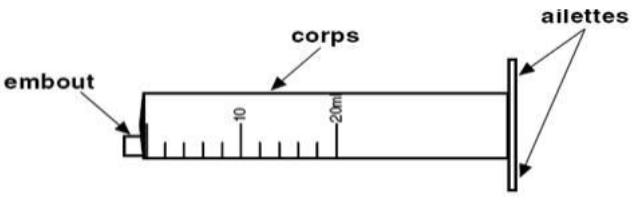
- pour éviter le tube digestif :
  • médicaments irritants pour la muqueuse digestive (comme l'aspirine ou les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens qui, même par voit parentérale, demeurent malheureusement tout aussi dangereux
  • médicaments neutralises par les sucs digestifs (insuline, hormones protéiques), existence de troubles digestifs entravant l'absorption (vomissements, diarrhées motrices, malabsorptions) ou de troubles de la déglutition (coma);
- pour obtenir une action plus rapide que par voie orale, avec un pic sérique plus précoce.
- Par contre, l'effet pharmacologique dépendant de la concentration et du pic sériques, cela ne permet pas. pour un médicament bien absorbé, d'obtenir un meilleur résultat thérapeutique que la voie orale ;
- pour faire absorber une dose maximale de médicament, et précisément connue.

Matériel utilise pour les injections parentérales

1. les seringues

Elles sont en verre stérilisable ou le plus souvent aujourd'hui en matière plastique à usage unique
Une seringue est formée :

- d'un corps cylindrique, gradué, terminé par un embout central ou excentré, recevant la base de l'aiguille;
- d'un piston.



La capacité des seringues est variable :

I ml, 2 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml.
Certaines seringues portent des graduations en unité

2. les aiguilles

Elles peuvent être en acier, en nickel ou en platine. Leur dimension (longueur et calibre) est choisie selon la voie et le lieu d'injection. On utilise actuellement des aiguilles à usage unique dont l'embase est de couleur différente selon les dimensions ce qui permet de les identifier rapidement.

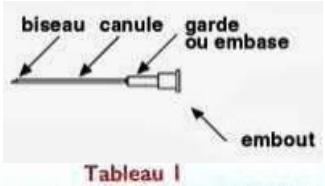


Tableau I
Embase couleur standard (AFNOR)

Dimension des aiguilles		Taille et couleurs conventionnelles	
Longueur en mm	Diamètre en 1/10 mm	Gauge	Couleur
13	4	27 G	gris
16	5	25 G	orange
25	6	23 G	bleu
25	9	20 G	jaune
32	7	22 G	noir
30	11	19 G	crème
38	7	22 G	noir
38	8	21 G	vert
38	9	20 G	jaune
38	11	19 G	crème
40	12	18 G	rose
50	8	21 G	vert

Tableau 2
Quelle aiguille pour quelle injection ?

	Longueur (mm)	Diamètre (1/10e mm)	Gauge (G)	Embase
	(Il y a plusieurs possibilités dans chaque cas)			
Injections sous-cutanées				
	25 mm	6/10e	23 G	bleue
	50 mm	8/10e	21 G	verte
Injections intra-dermiques				
	13 mm	4/10e	27 G	grise
	16 mm	5/10e	25 G	orange
Injections intra-musculaires				
	38 mm	8/10e	21 G	verte
	50 mm	8/10e	21 G	verte
	32 mm	7/10e	22 G	noire
	38 mm	7/10e	22 G	noire
Injections intra-veineuses				
	30 mm	11/10e	19 G	crème
	38 mm	11/10e	19 G	crème

Les substances injectables

Elles sont présentées soit sous : forme liquide, soit en poudre nécessitant une dilution extemporanée.
Elles sont conservées :
- en ampoules scellées et effilées à chaque extrémité;

- en ampoules-bouteilles;
- en flacons obturés par un bouchon de caoutchouc.

Incidents et accidents des injections parentérales

Certains incidents (ou accidents) sont imputables à des ***erreurs*** ou à des ***fautes*** techniques de l'operateur

a. Les erreurs :

1. Les erreurs de médicamenteuses

Pour les prévenir, il faut respecter certaines précautions:
- vérifier le nom du médicament et la dose prescrite, le dosage de l'ampoule, le nom du malade (et non le numéro du lit) ;
- ne jamais préparer dans un même plateau plusieurs injections pour des malades différents.

2. Les erreurs dans le mode d'injection

Il convient de vérifier le mode d'injection sur la prescription, sur l'ampoule. En cas de doute, il est impératif de se renseigner avant d'injecter. En effet :
- un produit injecté en intraveineux, alors qu'il doit être injecté en intra-musculaire ou sous-cutané peut entraîner un état de choc (produit huileux, dose importante poussée trop rapidement) ;
- un produit injecté en intramusculaire ou par voie sous-cutanée, alors qu'il doit être injecté en intraveineux, peut provoquer l'apparition d'une escarre (vasoconstricteur).

b. Les fautes techniques

♦ Un mauvais choix du lieu d'injection : trop proche du nerf sciatique, elle peut provoquer une douleur immédiate reconnaissais par sa topographie mais également, par la suite, une névralgie sciatique par lésion du nerf.

♦ Les fautes d'asepsie peuvent être nombreuses, tant au moment de la préparation que de l'exécution : doigt sur le piston ou l'embout de la seringue, aiguille non protégée, mauvaise désinfection de la peau. Elles favorisent la survenue d'abcès nécessitant parfois une incision chirurgicale.

♦ La transmission de maladies virales (hépatite, HIV) peut être évitée par l'utilisation de matériel à usage unique...

♦ Localement, la mauvaise résorption de certaines substances huileuses peut aboutir à la formation d'une collection dite « abcès apyrogène ». On peut en principe prévenir cet incident en variant les points d'injection.

♦ I "insuline est responsable de lipodystrophies ce qui impose également de changer d'endroit à chaque injection en suivant un véritable parcours programmé qui évite de • repasser au même endroit * à moins de six ou huit jours d'intervalle

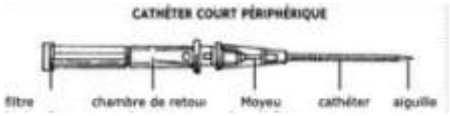
♦ Les réactions allergiques peuvent être :
• locales : urticaire, œdème ;
•générales: choc anaphylactique.

CATHÉTER COURT **(surveillance et ablation)**

9. besoin d'éviter les dangers

Définition : Dispositif médical stérile à usage unique, composé d'une aiguille guide et d'un cathéter
placé dans une veine périphérique superficielle, qui permet d'administrer des solutés hydriques et électrolytiques, des médicaments, des transfusions. Elle est aussi utilisée pour une nutrition parentérale de courte durée,

Composition d'un cathéter :



■ Gaine protectrice
■ Aiguille guide biseautée permettant l'introduction du cathéter dans la veine,
■ Embase transparente facilitant la visualisation du reflux sanguin dans la
■ chambre de retour du sang
■ Raccord femelle « Luer Lock »

Objectif :
Assurer un abord veineux permanent pour permettre d'administrer des produits à visée thérapeutique ou diagnostique.

Indications :
Remplissage vasculaire
 Hydratation
 Traitements médicamenteux

Contre-indications :

a) **Absolues :**
- Bras porteur de fistule artério-veineuse.
- Bras côté d'un curage ganglionnaire axillaire ou d'un traitement par radiothérapie du sein.
- Bras coté prothèse orthopédique : coude et épaule.
- Foyer infectieux / lésion cutanée à proximité du site d'injection.

b) **Relatives :**
- Bras hémiplégique.
- Lésions cutanées.

Matériel à prévoir :
Vérifier l'intégrité des emballages et du matériel ainsi que les dates de péremption :
- Plateau ou plan de travail préalablement nettoyé et désinfecté
- Cathéters, tubulures, (si nécessaire : robinets, valves anti retour, rampes de robinets).
- Matériaux possibles : il est recommandé, pour prévenir le risque infectieux, d'utiliser soit des cathéters en polyuréthane ou en polymères fluorés.
- Produit ou solution hydro-alcoolique (PHA ou SHA)
- Protection de lit,
- poubelle.
- Compresses stériles, garrot,
- Gants à usage unique non stériles
- Soluté préparé.
- Pansement occlusif stérile transparent.

- Gamme antiseptique.
- Pied à perfusion.
- Si il est indispensable de dépiler, utiliser une tondeuse, des ciseaux ou éventuellement une crème dépilatoire.
- L'usage de rasoir augmente le risque infectieux. Le rasoir ne doit pas être utilisé pour dépiler.

Surveillance :

 Le maintien du cathétérisme est validé quotidiennement par le médecin. Le bon écoulement du soluté et le débit (volume par minute à perfuser en fonction de la prescription), la tubulure ne doit pas être coudée, le cathéter doit être correctement vissé.
 Vérifier le bon écoulement de la perfusion à chaque nouvelle manipulation et lors des injections.
 Vérifier régulièrement la fixation du cathéter.
 Tout pansement souillé ou décollé doit être changé immédiatement. Tenir les robinets à distance de toute source de contamination (literie, plaies, stomies, protections…).
 Le trajet veineux, ne doit ni être rouge niinduré.
 Le point de ponction doit être surveillé pluri-quotidiennement: il ne doit pas présenter de rougeur ou de suintement sinon on retire immédiatement le cathéter.
 Vérifier les constantes du patient (T°, pulsations, TA)
 Il faut parfois envisager,chez les patients agités, de maintenir le bras dans une gouttière ou de l'attacher avec accord du médecin, il convient de renforcer dans ce cas le pansement. C'est une prescription de contention qui doit être révisée toutes les 24 heures.

Ablation :

- Pratiquer un lavage simple des mains ;
- Mettre des gants ;
- Retirer le dispositif de perfusion ;
- Appliquer un tampon imbibé d'antiseptique au point de ponction et mettre un pansement (éviter l'alcool qui provoque une vasodilatation locale).
- Evacuer le cathéter dans le container ;
- Eliminer le dispositif de perfusion dans le sac à déchets (container adapté).

Tableau I
Taille des aiguilles selon l'âge

Diamètres d'aiguilles conseillés (en Gauges)				
25 G	23 G	21 G	16 G	14 G
Enfant			Adulte (perfusion standard)	Adulte (apports importants en urgence)

LES VOIES VEINEUSES PÉRIPHÉRIQUES

9. besoin d'éviter les dangers

Définition :

Moyen d'injection intraveineuse lente, continue ou discontinue

Buts :

Hydrater : apporter les électrolytes dont la personne aura besoin
Administrer des thérapeutiques : voie intraveineuse permet une action rapide et permanente
Administrer du sang ou des dérivés sanguins (transfusion)
Couvrir les besoins énergétiques de la personne soignée (alimentation parentérale)
Une voie d'abord, ou voie d'accès en cas d'urgence.

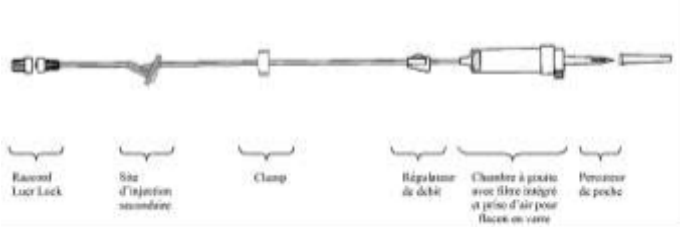
Composition d'une perfusion :

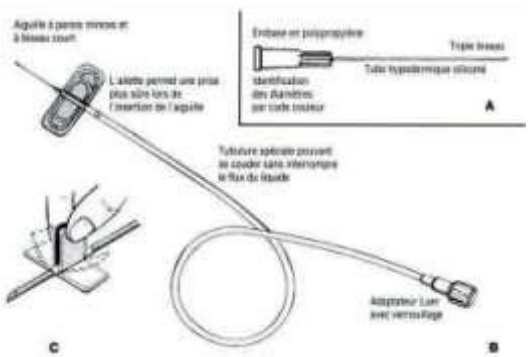
La tubulure : Elle est en matière plastique, à usage unique, livrée stérile sous sachet. Elle comprend :
- une prise d'air séparée ou incorporée au dispositif de perfusion ;
- une aiguille pour perforer le bouchon du flacon ;
- un tube court la reliant à
- un « stilligoutte » prolongé par
- un autre tube plus long terminé par
- un embout recouvert d'un protecteur ;
- une pince pour régler le débit.

Certaines tubulures comportent :
- un filtre associé au stilligoutte (tubulure pour le sang et le plasma) ;
- un raccord de caoutchouc ayant l'embout (pour permettre l'injection intraveineuse directe en cours de perfusion).

Soit un micro perfuseurs ou épicrânienne, surtout chez n-né et le nourrisson ;

Soit le cathéter à mandrin métallique interne, court, de calibre variable exprimé en Gauge de 25 à 14 : le calibre le plus petit correspond au chiffre le plus élevé (Intranule®, Angiocath®, Cathlon®, Autocath®, Braunule®).





Les solutés injectables : Ils sont présentés soit en flacon (de verre ou de matière plastique) de 250, 500 ou 1 000 ml, obturés par un bouchon de caoutchouc, soit en sachet de matière plastique épaisse fermé par un bouchon. On distingue :

Les solutés isotoniques :

- soluté de chlorure de sodium ou sérum physiologique à 9 p. mille,
- soluté glucosé à 5 p. cent contenant 50 g de glucose par litre ;
- soluté de carbonate mono sodique ($NaHCO_3$) à 14 p. mille.

Les solutés hypertoniques :

- solutés de chlorure de sodium hypertoniques à 10 p. cent et à 20 p. cent ;
- soluté glucosé hypertonique a 10 p. cent, 15 p. cent, 20 p. cent, 30 p. cent,
-solutés de carbonate mono sodique hypertoniques a 30 p. mille, 42 p. mille, 8
- soluté de lactate de sodium molaire hypertonique à 112 p. mille.

Les solutés alcalinisant:

- peuvent être isotoniques: carbonate mono sodique à 14 p. mille.
- ou hypertoniques: carbonate mono sodique hypertoniques à 30 p. mille, lactate de sodium molaire à 112 p. mille.

Les solutés de remplissage vasculaire (succédanés du plasma)

albumine humaine d'origine plasmatique

- soit diluée à 4 p. cent (40g ;/l. d'albumine, 85 à 130 mmol/l de sodium, moins de 10 mmol/l de potassium. pH de 7 ± 0.3) ;
- soit concentrée à 20 p ; cent (200 g/1 d'albumine, 150 mmol/l de sodium, moins de 2 mmol/1 de potassium, pH de 7 ± 0.3).

Rôle de l'aide soignant :

Préparation du matériel :

- un antiseptique cutané (Merfène®, Bétadine®, Cétavlon® alcoolique, al--
des compresses stériles ;
- un garrot élastique ;
- du sparadrap prédécoupé (trois bandes de 10 cm de long environ pour fixer le cathéter après la pose) ;
- le flacon de perfusion avec sa tubulure stérile montée, purgée, prête à être raccordée
- soit le micro perfuseur chez le nouveau-né et le nourrisson ;
- soit le cathéter à mandrin métallique interne, court, de calibre variable
- gants propres

Surveillance :

Il s'agit de repérer précocement des signes

- D'extravasation,
- D'inflammation ou
- D'infection : à chaque surveillance du patient et
- De Satisfaire les besoins du patient

Surveillance locale :

- Le membre perfusé doit être maintenu en bonne position
- L'écoulement, le débit doivent être réguliers selon le rythme réglé.
- La perfusion ne doit pas gêner les mouvements de la personne soignée.
- La tubulure :

- doit être libre (ni en traction, ni coincée, ni coudée)
  - ne doit pas toucher terre
  - ne doit pas comporter de bulles d'air.
- Le sang ne doit pas refluer dans la tubulure : risque d'obstruction
- On doit voir des bulles remonter régulièrement dans la poche.
- Le stilligoutte doit être rempli au 2/3.
- Le débit de la perfusion doit être régulier.
- Le pansement qui recouvre le cathéter doit être propre et sec
- pas d'œdème, de rougeur autour du point de ponction ou de douleur;
- Le fonctionnement des pompes électriques doit être vérifié
- Lorsque le flacon est presque vide, il faut prévenir l'infirmier (les pompes possèdent des pré-alarmes qui préviennent que la poche de perfusion est presque terminée).
- Le dispositif de raccordement doit être étanche et perméable : robinet, rampe, prolongateur
- La perfusion est un peu douloureux juste après la pose, mais très rapidement la douleur s'estompe
- Si le patient se plaint de douleur au point d'injection,(extravasation). Dans ce cas, il faut prévenir immédiatement l'Infirmier pour conserver le capital veineux du bras perfusé
- Mettre la sonnette à portée de mains du patient ainsi que ses objets personnels en tenant compte de la perfusion
- Adapter les vêtements du patient par rapport au bras perfusé (vêtement pas trop serré du côté de la perfusion)

Surveillance générale :

Certains signes peuvent évoquer des accidents d'intolérance ou de surcharge qui doivent être immédiatement signalés :

- Signes hémodynamiques :
- Hypotension
- Hyper volémie : tachycardie, hypertension, gêne respiratoire, angoisse, sensation de malaise, …
- Signes d'allergie : démangeaisons, prurit, rougeurs,….
- Signes respiratoires comme la dyspnée si surcharge hydrique;
- Bilan des entrées et des sorties.
- Eviter que la tubulure de la perfusion ou le pansement soient en contact avec des liquides biologiques : sang, sécrétions, urines, selles, vomissements
- Le matériel à perfusion doit être désinfecté régulièrement.
- Inciter le patient à signaler toute sensation d'inconfort, de douleur
- Rassurer le patient
- Expliquer les éléments de surveillance au patient et lui demander d'appeler si nécessaire
- Il faut aussi dire de ne jamais toucher la roulette ou la pompe qui règle le débit.

OXYGÉNOTHÉRAPIE

1. Besoin de respirer

Définition :

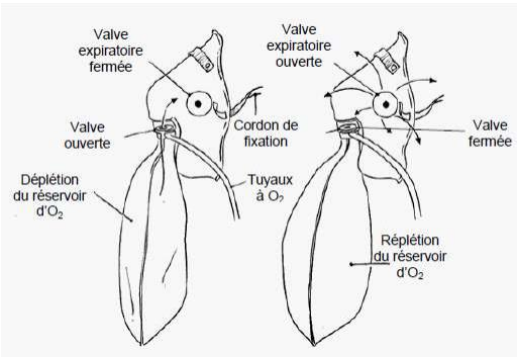
La méthode qui consiste à administrer de l'oxygène sous pression pour maintenir ou rétablir un taux normal d'oxygène dans le sang est l'oxygénothérapie (c'est l'utilisation de l'oxygène dans un but thérapeutique). Dès lors qu'il est utilisé comme un moyen de traitement, l'oxygène doit être considéré comme un médicament, de ce fait, son application relève d'une prescription médicale.

On distingue deux sortes d'oxygénothérapie

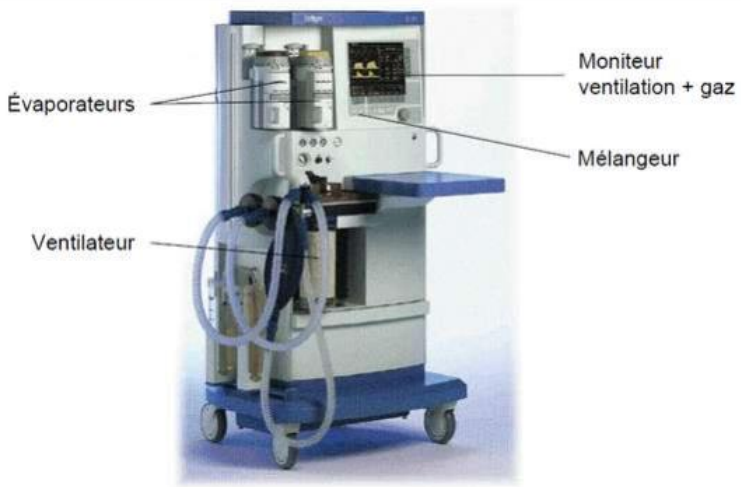
Oxygénothérapie à haut débit (en service d'urgence et de réanimation) :

Consiste à fournir au patient un débit d'air, avec une concentration augmentée en oxygène (de 21 à 100 %), suffisamment grand pour couvrir entièrement sa ventilation/minute, autrement dit, pour qu'il ne respire pas d'air ambiant.

Les principaux dispositifs utilisés à cette fin sont :



- un masque à 100 % avec ses deux valves (masque à haute concentration)



- un ventilateur mécanique (respirateur)

Oxygénothérapie à bas débit (en service de soins) : Consiste à ajouter une certaine quantité d'oxygène à l'air ambiant que le patient respire spontanément. Elle peut se réaliser au moyen :

- De lunettes nasales D'une sonde nasale d'un masque simple

Précautions à respecter concernant l'oxygène

L'oxygène est un comburant (agent de combustion), donc :

- Ne pas le mettre en contact avec des corps inflammables (corps gras, pommades, vaseline, solvants…).
- Ne jamais graisser les manodétendeurs et tout autre circuit d'oxygénothérapie (risque d'explosion).
- Ne pas utiliser d'alcool, encore moins d'éther, dans une chambre où il y a un malade sous oxygène.
- Ne pas fumer près d'une source d'oxygène (veiller à ce que cette consigne soit appliquée par le malade et son entourage). Logos dans la chambre.
- toute bombonne de gaz sous pression dont la « tête » subirait un violent choc risque de se transformer en un dangereux projectile. Il est donc impératif que les cylindres (ou obus) d'oxygène soient en tout temps attachés à un mur ou à un support adéquat ou couchés en position stable, la tête ne pointant vers personne.
- Humidifier l'oxygène inhalé car il assèche les muqueuses

Le rôle de l'aide-soignant

Objectifs:

- Permettre au patient de satisfaire le besoin de respirer.
- préparer et entretenir le matériel nécessaire à l'administration de l'oxygène
- surveiller l'administration de l'oxygène, qui peut être continue ou discontinue, afin de corriger les troubles de l'oxygénati

1. préparation du matériel :

- Une source d'oxygène : prise murale ou obus à Oxygène.
- Un masque, des lunettes ou une sonde à oxygène.
- Un débitmètre pour régler le débit en litre/minute.
- Un humidificateur (bulleur ou barboteur)
- Une tubulure reliant l'humidificateur à l'appareillage Du patient.

Manodétendeur avec humidificateur

- Des compresses.
- Du sparadrap hypoallergique.
- Des gants à usage unique pour l'infirmier
- Des mouchoirs en papier
- Un sac poubelle.

2. Information du patient

- Informer le patient du but et de la durée du soin (oxygène en continu ou en discontinu).
- Lui demander de respecter les consignes de sécurité et d'informer ses proches.

3. Installation du patient

- Demander au patient de se moucher ou de réaliser un soin de nez avec du sérum physiologique.
- Installation confortable du malade en position demi -assise.
- effectuer le montage et vérifier le bon fonctionnement du matériel.

C'est l'infirmier (ière) qui met en place le dispositif au niveau du malade :

- Installation de la sonde à oxygène avec des compresses. Faire pénétrer la sonde jusqu'au repère voulu.
- Vérifier le bon positionnement.
- Fixer la sonde avec le sparadrap sur les ailes du nez.
- Appliquer le débit/minute prescrit.

4. Surveillances

Du malade :

- Observer ses réactions durant le soin.
- Répondre rapidement à ses demandes (sonnette à portée de mains).
- S'assurer régulièrement de sa collaboration (modification du débit)
- Vérifier la bonne tolérance du patient au soin
- Surveiller la perméabilité des voies aériennes.
- Vérifier la bonne position du malade durant le soin (demi -assis).
- Surveillance de l'état général : agitation, trouble de la conscience, fatigue, couleur des extrémités (cyanose), fréquence respiratoire (rythme, amplitude), saturation en oxygène, dyspnée…
- Etat local : intolérance à la sonde (irritation de la muqueuse, épistaxis, nécrose de l'aile du nez).
- Recherche des signes d'une hypercapnie (surcharge du sang en CO_2) : somnolence, céphalées, troubles de la concentration, tremblement, sueurs, augmentation de la pression artérielle.
- Faire des soins de bouche régulièrement (pas mettre de vaseline)

Du matériel :

- S'assurer du bon fonctionnement du débitmètre
- Vérifier le niveau de l'eau dans l'humidificateur et la présence de bulles dans l'eau.
- Vérifier que la tubulure est bien connectée et qu'elle n'est pas coudée, ni percée.
- Vérifier la bonne fixation de la sonde

- S'assurer du bon positionnement du masque sur le visage (fuite d'oxygène).
- Vérifier que les lunettes sont bien ajustées à l'entrée des narines et que la tubulure fasse bien le tour des deux oreilles.

Les règles d'hygiène et de sécurité :

- Se laver les mains avant et après le soin.
- Mettre des gants à usage unique non stériles pour manipuler la sonde ou les lunettes si le malade est infecté.
- Le port de lunettes de protection peut être utile si le malade crache beaucoup.
- Conserver le masque, les lunettes ou la sonde, ainsi que l'humidificateur et la tubulure pour la durée du soin, ensuite jetez-les (matériel à usage unique) ou les nettoyer et désinfecter
- Lorsque l'humidificateur arrive à un niveau bas, remplacez-le par un neuf.
- Réaliser une désinfection de surface pour le manodétendeur et le débitmètre à l'aide d'un détergent-désinfectant (selon le protocole utilisé dans le service).

Calcule du contenu d'une bouteille d'oxygène (en fonction de son volume et des indications du manomètre) :

- Soient P la pression en bars du gaz dans la bouteille.
- V le volume de la bouteille
- Po la pression atmosphérique à laquelle le gaz est soumis une fois détendu (c'est la pression qu'indique le baromètre, soit 01 bar),
- Vo le volume du même gaz détendu à la pression atmosphérique (c'est le volume utile que l'on recherche)

La loi de Boyle-Mariotte permet de calculer le volume recherché par la formule : P x V = Po x Vo.

Exemple : une bouteille de 6,66 litres dont le manomètre marque 200bars contient: 200 x 6,66 = 1 332 litres d'oxygène à la pression atmosphérique et permettra d'alimenter un patient avec un débit de 3litre par minute pendant 1332/3 = 444 minutes soit 07 heures et 24 minutes.

Réalisation d'une boucle de souplesse pour fixer une sonde nasale

MOYENS DE RÉCHAUFFEMENT ET DE REFROIDISSEMENT

7. besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normale

I. L'HYPERTHERMIE ET LES MOYENS DE REFROIDISSEMENT

1. Les caractéristiques de l'hyperthermie :

- Elévation de la T° corporelle au dessus des limites de la normale
- Transpiration, sudation, peau rouge.
- Polypnée (respiration rapide)
- Frissons
- Tachycardie (battement du cœur rapide)
- Céphalées, confusion, somnolence …

2. Les facteurs favorisants

- Infection, maladie inflammatoire ou traumatisme touchant les centres de la régulation thermique
- L'âge : immaturité de ces mêmes centres
- Exposition à la chaleur
- Effort, activité physique intense

3. Rôle de l'A.S

--> Objectifs de soins :

- Faire baisser la T°
- Eviter les complications : les **convulsions** et la **déshydratation**

--> Interventions sur rôle propre

- Evaluer le degré de l'hyperthermie et ses effets en surveillant les paramètres vitaux (T°, pulsations, T.A, diurèse), et surveiller sueur, couleur de peau, signes de confusions.
- Refroidir la surface de peau : Découvrir, vêtir peu, rafraîchir avec un linge mouillé.
- Réhydrater
- Rafraîchir la pièce
- Transmettre l'action entreprise

--> Rôle sur prescription

- Réaliser les examens prescrits (hémoculture, ECBU, ….)
- Application des thérapeutiques prescrites (antipyrétique)
- Pose d'une vessie de glace

4. Utilisation de la glace :

But : Obtenir un refroidissement

Les effets de la glace :

- Effet antipyrétique - Effet antalgique (calme la douleur)
- Action anti-inflammatoire (atténue la formation d'hématome et d'œdème)
- Action hémostatique (le froid provoque le rétrécissement des capillaires sanguins)

Indications :

- Hyperthermie
- Hémorragie- Hématome
- Inflammation (appendicite, péritonite)
- Contusion (meurtrissure sans déchirure de la peau, ni fracture des os)

- Entorse (lésion traumatique d'une articulation résultant de sa distorsion brutale avec élongation ou rupture des ligaments)

4.1. Contre-indications

- Contractures
- Peau lésée, plaie
- Fracture ouverte

5. **la vessie de glace :** Poche de caoutchouc qu'on va remplir du 2/3 de glaçons ou glace.(cf. fiche technique)

II. L'HYPOTHERMIE ET LES MOYENS DE RECHAUFFEMENTS

1. Les caractéristiques de l'hypothermie :

- T° inférieure à 36°C (si en dessous de 30°C la personne est en coma profond)
- Couleur de la peau : pâle, bleue, cyanose
- Frissons, bradycardie, bradypnée, somnolence

2. Les facteurs favorisants :

- Maladie ou traumatisme, lésion de l'hypothalamus -
Age : immaturité ou vieillesse
- Exposition au froid
- Consommation d'alcool ou de médicaments vasodilatateurs -
Anesthésie (baisse de 2,5° à 3°C)
- Infection

3. Rôle de l'A.S :

--> Objectif des soins : Faire augmenter la T° corporelle en diminuant la perte de chaleur

--> Rôle propre :

- Évaluer le degré de l'hypothermie et ses effets en surveillance des paramètres vitaux (T°, TA, fréquence respiratoire), couleur de peau, état de conscience
- Faire boire de la boisson chaude et apporter une alimentation hypercalorique
- Réchauffer progressivement : couvrir la personne, chauffer la pièce, faire des activités (si capable), frictionner, poser une couverture de survie (elle a des propriétés isolantes, elle est plus efficace quand le côté doré est placé vers la source de chaleur à protéger), transmettre les actions entreprises

4. **Utilisation de la bouillotte : (cf. fiche technique)** Poche remplie d'eau pas très chaude mais tiède.

LA VISITE MÉDICALE

10. besoin de communiquer
14. besoin d'apprendre

I. objectif de la visite médical :

- faire un diagnostic.
- suivre l'évolution de la maladie ;
- Établir un pronostique ;
- Prendre une décision thérapeutique.

II. préparation du malade :

1. *préparation psychologique :*

Rassurer le malade et lui expliquer le déroulement et l'intérêt de la visite.

2. *préparation physique :*

- préparer un paravent si la chambre est commune ;
- fermer portes et fenêtres en temps voulu ;
- proposer un bassin de lit ;
- Faire la toilette du malade ;
- procéder au changement du linge de corps et de la literie si sont sale ;
- mettre en évidence les éléments susceptibles d'être réclamé par le médecin :
  - Bocal d'urine pour la diurèse.
  - Crachoir.
  - Vérifier la feuille de température si elle est renseignée correctement.
  - Les examens complémentaires demandés (radiologique, biologique etc.).

3. *préparation du chariot de la visite*

- Dossiers des malades avec tout le contenu
- Stéthoscope
- Appareil à tension
- Thermomètre
- Abaisses langues en inox stérile ou jetable en bois
- Marteau à réflexe
- Compresses stériles
- Doigtiers et gants stériles
- Vaseline
- Un mètre ruban
- Une lampe de poche

- Flacon d'alcool
- Savon liquide antiseptique
- Serviette ou papier mouchoir jetable
- Registre de la visite médicale
- Bons d'analyse, de radiologie ou autre examen
- Ordonnancier
- Haricots.

III. rôle de l'a/s :

1. Pendant la visite :

- préserver la pudeur du malade en le découvrant le moins possible pour cela prévoir une serviette ou une alèze.
- éviter tout refroidissement et toute fatigue au malade, l'aider à se maintenir dans la position voulu pour l'examen et si nécessaire le soutenir ou demander un aide pour le faire.
- servir le médecin
- transcrire immédiatement les prescriptions médicales ainsi que les différents examens à effectuer
- sitôt la visite terminer, réinstaller le malade et veiller à ce que son confort soit assuré

2. Apres la visite :

- exécuter ou veiller à l'exécution des différents traitements et examens prescrits reporter toutes les prescriptions sur le dossier du malade
- établir les liaisons avec les services intéressés :
  - Radiologie.
  - Laboratoire.
  - Consultation spécialisée.
  - Échographie.
  - Cuisine pour l'alimentation ou le régime des malades.
  - Le bloc opératoire. .

REMARQUE : Vis-à-vis de son malade l'A/S atténuera les déceptions que la visite à pu lui causer (sortie retardée, opération envisagée) et lui expliquera en accord avec le médecin du service, ce qui à été dit ou ce qu'il n'a pas compris.

PRÉCAUTIONS DE TRANSPORT DES PRODUITS DE PRÉLÈVEMENT

9. besoin d'éviter les dangers

Généralités :

La règle générale est l'acheminement le plus rapidement possible au laboratoire de tous les échantillons prélevés, et plus particulièrement les échantillons fragiles, en prenant toutes les précautions pour éviter les risques de contamination et de dégradation des constituants.

Les délais et températures d'acheminement sont indiqués au niveau de chaque examen dans le référentiel des examens.

Caractéristiques d'un prélèvent biologique :

Un échantillon biologique est un *bien précieux*, car sa perte ou son altération peut avoir des conséquences importantes :

- Un prélèvement peut être *irremplaçable*, parce qu'il est unique (pièce anatomique) ou parce que les circonstances ne sont pas reproductibles (dates impératives).
- Son altération par de mauvaises conditions de stockage, a des conséquences sur la qualité du résultat d'analyse et donc peut fausser le diagnostic et/ou la thérapie qui en découlent.
- La perte d'un échantillon même s'il peut être re-prélevé, peut amener un retard dans le diagnostic et la thérapie associée (préjudice patient).

Un échantillon biologique est un *produit dangereux* :

- Tout prélèvement doit être considéré comme potentiellement infectieux, quelque soit le patient.
- Un échantillon peut contenir des agents pathogènes qui peuvent, en cas d'exposition, provoquer des maladies chez l'homme.
- Il y a exposition quand une matière infectieuse est libérée hors de l'emballage de protection ce qui occasionne un contact physique.

Les conditions de transport des produits de prélèvement :

la rapidité de transport : les modalités de transport ne doivent pas détériorer l'analyte (Substance chimique dont on cherche à connaître les propriétés).

- Le délai et la température de transport doivent suivre les exigences décrites dans le guide des analyses,
- Avant tout envoi d'échantillons dans le cadre d'une urgence vitale, prévenir le laboratoire par téléphone

l'intégrité de l'échantillon :

- les modalités de transport doivent permettre de protéger l'échantillon de détériorations éventuelles (chute, flûte, ...).
- Les emballages doivent être suffisamment solides pour résister aux chocs et aux charges auxquels ils peuvent être normalement soumis pendant le transport.
- Les emballages doivent être construits et fermés de manière à éviter toute fuite du contenu dans les conditions normales de transport,
- Les flacons ne doivent en aucun cas être secoués ni retournés (risque d'hémolyse)

- respecter les conditions particulières de transport (à l'abri de la lumière,
  sur pain de glace, transport à 37°C...)-
- Apporter une attention toute particulière aux analyses qui doivent être acheminées IMMEDIATEMENT au laboratoire (exemple : gaz du sang).

la sécurité des personnes :

- les modalités de transport doivent permettre d'assurer les conditions d'hygiène et de sécurité pour les personnes ayant à prendre en charge l'échantillon.
- Les produits sanguins doivent être placés dans une boite spéciale pour le transport du sang (polystyrène ou bois

La traçabilité :

- Il ne faut jamais séparer le produit de prélèvement du talon de demande et de la carte de groupe sanguin

la confidentialité :

- l'identité du patient ne doit pas être visible pendant le transport, du service préleveur jusqu'au laboratoire.

ORGANISATION DES SOINS INFIRMIERS

9. besoin d'éviter les dangers
10. besoin de communiquer

Définition :

Organiser ses activités signifie prévoir ses actions pour qu'elles se déroulent dans les conditions les meilleures et les plus efficaces, diriger, monter, se concerter, prévoir et programmer.

Intérêt d'une bonne organisation :

- Réaliser les soins dans le temps de travail prévu.
- Faciliter la collaboration du travail en équipe.
- Améliorer l'efficacité pour les patients.
- Permettre d'éviter les erreurs et les oublis.
- Permettre d'anticiper les imprévus.
- Evaluer la charge de travail par agent et assurer la répartition des taches de manière équilibrée.

Les préalables à l'organisation

- **La connaissance du profil du service** : avec la population accueillie et la politique de soins y afférant.
- **La connaissance du fonctionnement du service**(les horaires de fonctionnement des équipes, des différents professionnels, les outils …)
- **La connaissance des liaisons fonctionnelle** (avec les différents services : les urgences, le laboratoire...).
- **La connaissance des rôles** (qualifications et responsabilité de chacun des membres de l'équipe).
- **La connaissance du groupe de personnes à prendre en charge** : avec l'identification des problèmes prioritaires du jour, partir des outils existants (dossier patient, fiche de liaison….)
- **La connaissance de l'ensemble des soins du jour** : pour déterminer un ordre logique des soins pour le patient en fonction des priorités et des capacités(toilette avant le départ pour examen, antalgique avant un soins douloureux) et pour le groupe de personnes soigner afin de respecter les critères de sécurités des soins(du plus propre au plus sale).

Organisation des soins :

- **Pour un patient :**

- Lister, inventorier l'ensemble des soins pour un patient.
- Déterminer avec l'équipe les priorités des soins du jour.
- Répartir, programmer les soins dans le temps.
- Planifier les soins sur un support destiné à visualiser l'ensemble des soins du jour, support qui servira de repère à toute l'équipe.

- **Pour tous les patients du secteur pris en charge :**

- Réaliser le même travail en veillant à :
- Respecter les priorités individuelles.
- Observer l'adéquation de cette programmation avec les critères de faisabilité, d'hygiène, de sécurité des patients….

LA DÉMARCHE DE SOIN INFIRMIER

Définition

La démarche de soin infirmier est une méthode de travail que le soignant utilise en vue de prodiguer des soins individualisés, continus dans le temps, intégrant la réponse adaptée aux besoins d'aide spécifique du malade, aux traitements et examens prescrits par le médecin. Elle commence dés la première rencontre soigné-soignant et se poursuit jusqu'à ce que se termine la relation soigné-soignant.

Différentes étapes de la démarche des soins infirmiers

- Recueil de données
- Analyse et interprétation des données recueillies (L'analyse de la situation).
- La planification et l'exécution des interventions infirmières :
    - L'élaboration du plan de soin
    - Les actions et leurs planifications horaires.
- L'évaluation des actions entreprises

1. Recueil de données : Ces données regroupent :

➢ Nom et prénom du patient, l'âge, l'état civil, motif et date d'hospitalisation.

- Sur le plan social :
    - Vie professionnelle et familiale.
    - Activité.
    - Mode de prise en charge.
- Sur le plan physique :
    - Données ayant une importance sur la prise en charge : prothèse, handicape, poids…
- Sur le plan psychologique : durant l'hospitalisation.
- Habitudes de vie.
- Antécédents :
    - Antécédents médicaux.
    - Antécédents chirurgicaux.
    - Allergies.

Ces informations sont obtenues par :

- Observations des faits et situations concernant la personne soignée : couleur des muqueuses et téguments, rythme respiratoire, difficulté à la marche…..
- Examen physique qui nécessite l'utilisation d'instruments ; prise de la température et de la tension artérielle…
- Entretient avec le malade, l'entourage, et le personnel de santé impliqué dans les soins (médecins, infirmiers…).
- 2. Analyse et interprétation des données recueillies (L'analyse de la situation).
- A ce stade, le soignant identifie les éléments importants, recherche les relations entre eux en vue de leur donner une signification. Il arrive ainsi à percevoir la situation de santé de la personne, à déterminer les

problèmes à prendre en compte, identifier les besoins d'aide spécifique et à élaborer des objectifs de soins.

3. Elaboration des objectifs de soins :

- Les objectifs de soins sont les résultats que l'infirmier désire obtenir. Leur formulation est établie en termes de comportement du malade ex : avant de quitter l'hôpital, le malade doit être capable de citer les aliments interdits dans son régime.

4. La planification et l'exécution des interventions infirmières

- L'élaboration du plan de soin, Les actions et leurs planifications horaires) : l'infirmier formule les étapes de l'action qu'il veut entreprendre, prévoit les moyens disponibles permettant d'avancer vers le but.
- L'exécution des soins est confiée au personnel soignant (infirmiers, aides-soignantes...) en tenant compte de la gravité de l'état des malades et des compétences des soignants.

L'équipe soignante assure, les soins à un ou plusieurs malades et non des séries de taches par roulement (injections, distribution de médicaments, pansements…)

5. L'évaluation des actions entreprises

L'évaluation porte sur le résultat obtenu par rapport au résultat attendu. Quand l'objectif de soin est atteint, on observe chez la personne soignée un changement qui peut être un signe (plaie propre, par exemple), l'acquisition par le malade d'un savoir et /ou d'un savoir- faire concernant sa maladie. Quand l'objectif n'est pas atteint, le soignant doit rechercher si l'échec est lié à une mauvaise utilisation de sa démarche de soin ou à des causes autres, de manière à reconsidérer les actions à entreprendre.

Principes à respecter

- La référence à une conception des soins infirmiers claire et connue de l'équipe soignante.
- La nécessité de se situer comme membre d'une équipe pluridisciplinaire ayant un but commun.
- La mobilisation des possibilités et souhaits de participation des malades et familles à l'évolution de l'état de santé des patients.
- La tenue d'un dossier de soins.

MODÈLES CONCEPTUELS DE SOINS INFIRMIERS

Introduction :

Il est reconnu que la première conception des soins infirmiers a été amenée par Florence Nightingale en 1859. Depuis, plusieurs courants de pensée ont influencé les soins infirmiers mettant en avant une perception humaniste de l'individu,

À son origine, la conception des soins infirmiers est davantage centrée sur la personne et son environnement que sur le traitement des maladies. Ainsi, la construction intellectuelle qui a oriente la pratique infirmière met en évidence ce système de valeurs : *le médecin se préoccupe de la maladie, alors que l'infirmier s'occupe du quotidien du malade*.

Pour les principales théoriciennes, soigner c'est aider la personne à reconquérir son autonomie. C'est un processus évolutif qui s'adapte à l'homme et au contexte dans lequel il vit. L'environnement et la qualité de vie de la personne influent donc sur sa santé et sur sa guérison.

L'intérêt d'un modèle conceptuel

Le modèle conceptuel facilite la lecture et l'interprétation des situations des personnes car il permet de :

- personnaliser les soins;
- organiser les soins;
- mieux appréhender la globalité du champ d'action de l'infirmier;
- valoriser le rôle d'autonomie de l'infirmier;
- penser et planifier des soins pluridisciplinaires;
- fournir une grille de lecture utilisable par tous;
- faciliter la pratique d'un langage professionnel commun.

Les courants de pensée

ECOLES	INFLUENCÉS	THÉORICIENNES	ÉLÉMENTS CLÉS
DES BESOINS (1955- 1960)	MASLOW ERICKSON	V. HENDERSON	dépendance et indépendance de la personne dans la satisfaction de 14 besoins fondamentaux
		D. OREM	capacité de la personne d'effectuer ses auto-soins
DE L'INTERACTION (Fin 50. début 60)	Interaction psychanalyse existentialisme	H. PEPLAU	processus interpersonnel thérapeutique
		I. ORLANDO	relation personnelle / besoin d'aide
		J, TRAVELBEE	signification des "expériences"
		E. WIEDENBACH	relation interpersonnelle significative
		I. KING	processus d'interaction réciproque
	Théorie de l'adaptation et du	D, JOHNSON	équilibre dynamique du système comportemental
		L HALL	core. care. cure

DES EFFETS SOUHAITÉS (1960,1975)	développement théorie générale des systèmes	M, LEVINE B, NEUMAN C. ROY	conservation de l'énergie et de l'intégralité réponse de la personne aux agents de stress personne vue comme un système d'adaptation avec des mécanismes régulateurs et cognitifs.
DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ (1963)	Bandura Système	M. ALLEN M. ROGERS	famille capable d'apprendre de ses expériences / promotion de la santé personne vue comme un champ d'énergie et qui se caractérise par des paner ru
ÊTRE HUMAIN UNITAIRE (1970)	phénoménologie existentialisme	M. NEWMAN R. RIZZO PARSE	favoriser l'expansion de la conscience la santé est co créée dans les interrelations entre l'être humain et l'environnement et vécue selon la signification qu'il accorde aux situations

Model conceptuel de Virginia Henderson :

Virginia Henderson (1892-1996) est une infirmière américaine qui a travaillé en pédiatrie, en psychiatrie et dans le domaine de la recherche. Elle a contribué au développement des soins infirmiers et à l'identification de la place de l'infirmier dans le monde de la santé.

En 1960, elle écrit une théorie sur les besoins : « *Les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait lui-même s'il avait assez de force, de volonté ou de savoir. C'est probablement la contribution spécifique de l'infirmier de pouvoir donner cette assistance de manière à permettre à celui qui la reçoit d'agir sans recours à l'extérieur aussi rapidement que possible*, »

Selon sa conception des soins infirmiers, l'infirmier a pour rôle « *d'aider l'individu malade ou en santé au maintien et au recouvrement de la santé par l'accomplissement de*
tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force et la volonté ou possédait les connaissances voulues2 »,

Son modèle conceptuel met en évidence trois notions importantes ;

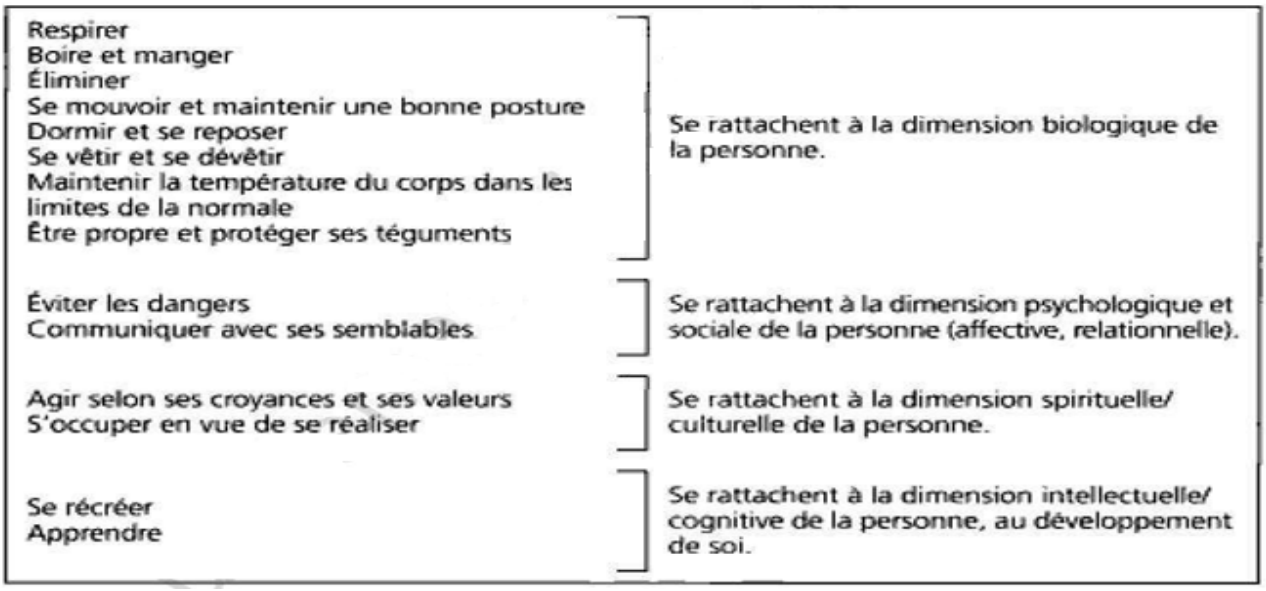
- la notion de besoin fondamental;
- la notion de dépendance/d'indépendance;
- la notion de source de difficulté.

1. La notion de besoin

Le terme de besoin est défini dans le dictionnaire1 comme « *une exigence pour l'être humain ou l'animal provenant de la nature ou de la vie sociale* », ou comme « *un état de privation ».*

Besoins	Définition
1. Respirer	Nécessité de l'être humain qui consiste *à* capter l'oxygène indispensable à la vie cellulaire et *è* rejeter le gaz carbonique produit par la combustion cellulaire.
2. Boire et manger	Nécessité pour l'organisme d'ingérer des aliments et des boissons de bonne qualité et en quantité suffisante pour assurer sa croissance, l'entretien de ses tissus et maintenir l'énergie indispensable *è* son bon fonctionnement.
3. Éliminer	Nécessité pour l'organisme de se débarrasser de ses substances nuisibles et inutiles qui résultent des différents métabolismes L'excrétion des déchets s'opère principalement par l'urine, les fèces, la transpiration, l'expiration pulmonaire et la menstruation.
4. Se mouvoir et maintenir une bonne posture	Nécessité absolue pour tout individu de pouvoir mobiliser toutes les parties de son corps, afin d'accomplir les mouvements coordonnés et contrôlés indispensables *A* son bien-être. Maintenir une bonne posture : nécessite de maintenir en position anatomique les différentes parties du corps en mouvement ou au repos afin que les diverses fonctions de l'organisme puissent s'accomplir efficacement
5. Dormir et se reposer	Nécessité pour tout être humain de prendre suffisamment de sommeil et de repos dans de bonnes conditions, afin de permettre à l'organisme de trouver l'énergie nécessaire à ses activités quotidienne et à son bien-être psychologique.
6. Se vêtir et se dévêtir	Nécessité propre â l'individu de porter des vêtements adéquats, selon ses activités, pour maintenir la température du corps, protéger ses téguments et préserver sa pudeur
7. Maintenir la température du corps dans la limite de la normale	Nécessité pour l'organisme de conserver une température constante et normale pour éprouver du bcen-être.
8. Être propre, soigné et protéger ses téguments	Nécessité pour l'individu d'avoir une apparence soignée, de garder son corps propre, afin que peau et phanères puissent remplir leur fonction.
9. Éviter les dangers	Nécessité pour l'être humain de se protéger contre toute agression d'origine interne ou externe pour maintenir sa santé.
10. Communiquer avec ses semblables	Nécessité pour l'être humain d'échanger avec les autres et avec l'environnement, sur un mode verbal ou non verbal aux niveaux senson-moteur, intellectuel et affectif, dans le but de partager ses idées, ses sentiments, ses expériences, ses sensations, d'exprimer ses besoins et de comprendre ceux de son entourage.
11. Agir selon ses valeurs et ses croyances	Nécessité pour l'être humain de conformer sa vie et ses pratiques *a* ses convictions et ses valeurs.
12. S'occuper en vue de se réaliser	Nécessité pour tout eue humain d'accomplir des activités physiques, intellectuelles, affectives, spirituelles qui lui permettent de satisfaire ses aspirations, de se valoriser et/ou d'avoir le sentiment d'être utile.
13. Se divertir et se récréer	Nécessité pour l'être humain de se récréer par une occupation agréable dans le but d'obtenir détente et plaisir physique, intellectuel, psychologique, affectif et spirituel.
14. Apprendre	Nécessité pour l'être humain d'acquérir des connaissances et des attitudes afin d'obtenir des comportements favorables au maintien ou au recouvrement de la santé.

Évaluer l'étal de santé de la personne consiste à explorer ces différents besoins selon leurs composantes :
- biologique/physiologique;
- psychologique (affective et cognitive);
-socioculturelle/environnementale:
-spirituelle.



2. Les concepts de dépendance et d'indépendance

- **Le concept d'indépendance**

Virginia Henderson le définit ainsi : « Atteinte d'un niveau acceptable de satisfaction des besoins de la personne qui adopte, en fonction de son état, des comportements
appropriés ou qui accomplit elle-même des actions, sans l'aide d'autrui »
« Toute personne tend vers l'indépendance et la désire »,

- **Le concept de dépendance**

« Incapacité où se trouve la personne d'adopter des comportements appropriés au d'accomplir elle-même, sans aide, les actions qui lui permettraient, en fonction de son état, d'atteindre un niveau acceptable de satisfaction de ses besoins ».

Mesure de dépendance selon V.A

Niveau de dépendance	Critère d'appréciation
Niveau 0	La personne satisfait ses besoins et/ou utilise et gère seule un dispositif de soutien (traitement, prothèse, appareillage).
Niveau 1	La personne a besoin temporairement de quelqu'un pour lui enseigner comment faire pour parvenir à satisfaire ses besoins.
Niveau 2	La personne a besoin d'aide pour gérer un dispositif de soutien.
Niveau 3	La personne doit compter sur quelqu'un pour accomplir les actions nécessaires à la satisfaction du besoin. Elle y participe.
Niveau 4	La personne doit compter sur quelqu'un pour accomplir les actions nécessaires à la satisfaction du besoin. Elle y participe â peine.
Niveau 5	La personne doit s'en remettre entièrement â quelqu'un d'autre pour satisfaire ses besoins. Elle n'y participe aucunement.

Le concept de sources de difficulté

La source de difficulté est ce qui contribue à la perturbation d'un besoin. On peut parfois parler de cause, d'incapacité, de perte de motivation à satisfaire un besoin.

Il faut identifier la nature de cette difficulté :

- biologique/physiologique;
- psychologique (émotive et cognitive);
- socioculturelle et spirituelle;
- liée à l'environnement aux connaissances (milieu, conditions économiques, etc.

LE DOSSIER DE SOINS

Définition :

Document **individualisé** et **actualisé** regroupant toutes les informations concernant une personne soignée.

Élément fondamental pour la **cohérence** et la **continuité des soins**, il est le support du processus de soins infirmiers (démarche de soins).

Le dossier de soins est donc un document nominatif, remis à jour régulièrement,

Buts et caractéristiques :

- Support de la démarche de soins : c'est-à-dire d'une part outil de décision et de programmation d'actions de soins, et d'autre part un témoin de l'exercice, par l'infirmier, de son « rôle sur prescription » et de son « rôle propre ».
- Il améliore l'efficacité du travail en équipe.
- Simplifie la gestion en évitant les recopies et les documents en surnombre.
- Il est individualisé : destiné à recueillir des informations qui permettent de mieux connaître la personne pour la soigner dans sa globalité.
- Il est actualisé.
- Il est uniformisé pour un même établissent.
- Il préserve le secret professionnel.
- Il contribue au processus d'apprentissage : l'étudiant en utilisant le dossier de soins se forme à la maitrise de la démarche de soins afin de prendre en charge le malade dans sa globalité.
- Il constitue un moyen d'évaluation de la qualité de soins.
- Considéré comme source d'information : dans le cadre d'une démarche de recherche en soins infirmiers, en complément d'autres outils.
- Valeur juridique :

- le dossier de soins infirmiers constitue un **document légal** pouvant servir de **preuve devant les tribunaux.**
- ce qui est écrit doit être daté, horodaté, et celui qui écrit doit s'identifier.

Composition du « dossier de soins » :

Le dossier de soins devrait idéalement comporter un nombre restreint de fiches si l'on désire qu'il soit utilisé pleinement.

- **Fiche « accueil et identification » :** elle comporte
  - Le numéro de dossier administratif
  - L'état civil
  - La situation sociale, familiale et professionnelle.
  - La date et le mode d'entrée.
  - Le motif d'hospitalisation.
  - Le nom du médecin traitant.
- **Fiche « connaissance de la personne » :** communément intitulée »recueil de données » elle comporte :
  - L'aspect physique.
  - Le mode d'habitat et l'entourage social.

- Les habitudes de vie en relation avec le modèle conceptuel choisi.
- Les réactions de la personne à son problème actuel.
- Les antécédents médicaux et chirurgicaux succinctement décrits

- **Fiche « prescription médicales »**
- **Fiche « diagnostic infirmier/plan de soins » :** cette fiche est le témoin du rôle propre infirmier, elle comporte :
  - Les diagnostics infirmiers
  - Les objectifs de soins
  - Les interventions de soins retenues par l'équipe.
  - L'évaluation consistant à comparer en équipe, lors des transmissions, les résultats obtenus aux résultats attendus en vue d'un éventuel réajustement.
- **Fiche « diagramme de surveillance » on y retrouve :**
  - Les courbes journalières : T°, FC, diurèse, TA, poids…….
  - Les soins effectués régulièrement
  - Les observations diverses.
- **Fiche « transmission » :** remplie par chaque équipe en fin de journée de travail

Les transmissions doivent être lisibles, claires, complètes, précises, pertinentes, datées et signées.

ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Introduction

. L'accroissement de la réflexion, de la réflexivité à plusieurs et en groupe constitué, la nécessité de penser ce que l'on fait, passent par une liberté et un engagement accrus et non par une robotisation accélérée. À cet égard, sous une forme ou sous une autre, l'analyse des pratiques professionnelles fait partie intégrante du travail de demain, parce que la réflexion sur sa pratique est une position « métacognitive » qui est devenue un facteur essentiel de changement.

Définition des concepts :

1. Pratiques :

Toute application de règles, de principes qui permettent d'effectuer concrètement une activité, qui permet donc d'exécuter des opérations, de se plier à des prescriptions.

La pratique est tout à la fois la règle d'action (technique, morale, religieuse) et son exercice ou sa mise en œuvre. C'est la double dimension de la notion de pratique qui la rend précieuse : d'un côté, les gestes, les conduites, les langages ; de l'autre, à travers les règles, ce sont les objectifs, les stratégies,

2. Analyser...

C'est une démarche de pensée, une manière de regarder ce que nous faisons, de l'approfondir, d'en disséquer les parties, d'en considérer les détails et d'en évaluer les qualités et les faiblesses à corriger.

3. Professionnelles

D'abord, le mot signale que les pratiques dont il sera question sont celles-là et point d'autres en écartant ce qui n'est pas ; par exemple, il ne s'agit pas de pratiques corporelles, ou de pratiques sociales, ou de pratiques cultuelles, etc. les pratiques professionnelles s'attache à un métier,

4. L'analyse des pratiques professionnelles

C'est une démarche métacognitive de formation professionnelle qui se réalise dans le groupe même de travail.

C'est un moyen informel de procéder à l'évaluation de la qualité des soins, à petite échelle, sans complication méthodologique.

Elle sert à jeter un regard critique sur certains détails de notre travail afin de les analyser et de les améliorer.

Objectifs : Une analyse de pratique permet à chaque participant de :

• Prendre du temps pour réfléchir à sa pratique et se remettre en question le cas échéant (s'arrêter et réfléchir),

• Elaborer de nouvelles pistes d'action par rapport à des situations ou des projets complexes (être plus efficace),

• S'entraider en s'offrant soutien, feed-back et confrontation mutuels (avoir un espace de partage, apprendre à aider et être aidé),

• Développer des nouveaux modèles et des savoirs pratiques (formation-action).

la formation des groupes d'APP :

Tous les membres d'une équipe d'infirmiers devraient participer à un groupe d'analyse des pratiques professionnelles.

Il faut évidemment que cette décision soit libre et volontaire, sans pression. Evolution et obligation ne vont pas ensemble.

Déroulement d'une séance d'APP : (cf. fiche technique)

Dans l'idéal, il est important que cette réunion puisse avoir lieu dans un lieu calme où on peut créer une atmosphère un peu festive avec café et petites gâteries. Chacun devrait avoir en alternance un rôle à tenir parmi les suivants

- faire des invitations écrites ou verbales pour la rencontre:
- réserver le local;
- préparer le local, au besoin;
- voir à la collation;
- identifier les sujets à traiter auprès des membres du groupe;
- prendre des notes pour garder trace de ce qui s'est passé:
- en faire le résumé;
- animer la réunion.

Mode de fonctionnement : Lors de ces rencontres l'animateur expose le problème ou le thème retenu, et donne la parole à chacun afin de mieux définir le sujet. Celui-ci est examiné sur toutes ses facettes. La discussion qui s'engage est dirigée par l'animateur. Des stratégies telles que l'étude de cas, l'étude d'incident critique, les simulations…

Dans certains milieux, tout en étant choisi par le groupe, le sujet retenu est préparé par l'un des participants qui fournit au groupe des informations précieuses pour la discussion. Mais il n'y a pas de règles précises pour les rencontres d'analyse des pratiques professionnelles,

chaque groupe établit son fonctionnement selon ses besoins et possibilités.

Mise en application :

Il ne suffit pas d'analyser, de comparer et de suggérer des éléments d'amélioration, il faut ensuite passer à l'acte.

Précautions :

- le groupe d'analyse des pratiques professionnelles n'est pas un groupe de parole, de thérapie individuelle. Ce n'est pas non plus un cercle de rencontres sociales où le babillage foisonne.
- L'équipe doit être à l'écoute de chacun et au besoin manifester soutien et empathie, mais son but n'est pas le soutien émotif. C'est un groupe d'évolution et d'assistance professionnelle
- Ce n'est pas une rencontre de production de documents ou d'évaluation
- t il faut prendre garde de ne pas nous éloigner de ses buts premiers
- éviter des sujets qui risquent de fâcher
- énoncer des faits et non des jugements. En outre, la délicatesse et le doigté sont essentiels dans ces débats.
- si des tiraillements ou des conflits surgissent il faut être prêtes à y faire face et à ce que quelqu'un dans le groupe puisse servir de médiateur.

BIBLIOGRAPHIE

1. LIVRET DE PRATIQUES EN SOINS INFIRMIERS IFSI hôpital nord MARSEILLE 2009

2. FICHES DE SOINS POUR L'AIDE-SOIGNANT La règle d'ORR
Marie-Odile Rioufol
4e édition

3. PROFESSION AIDE-SOIGNANT TOME I HERVÉ BRIZON
Edition Heures de France 1995.

4. 80 FICHES TECHNIQUE AIDE SOIGNANT Alain Ramé et Philippe Delpierre
Édition Elsevier Masson 2012

5. « L'ANALYSE DE PRATIQUES : UNE DEMARCHE DE FORMATION POFESSIONNALISANTE? », Altet M. *Recherche et Formation,* n° 35, 2000.

6. GUIDE PRATIQUE DES GESTES MEDICAUX J.Y DAILLOT
A. BORDELOUP 3° edition MALOINE 2002