

SOMMAIRE

Partie 1 Accueil, information et relations avec le patient

- 1 Accueil du patient
- 2 Charte du patient hospitalisé
- 3 Les outils de la communication
- 4 La démarche éducative
- 5 Entretien d'aide, entretien thérapeutique
- 6 Techniques d'apaisement, prise en charge de la violence
- 7 Techniques de médiations thérapeutiques
- 8 Préparation de la sortie des patients

Partie 2 Confort et hygiène du patient

- 9 Soins d'hygiène et confort
- 10 Équilibre alimentaire : hygiène de vie et prévention
- 11 Évaluation de la douleur
- 12 Hygiène : précautions standard et complémentaires

Partie 3 Surveillance et mesure des paramètres vitaux

- 13 Examen clinique d'un patient, état de conscience
- 14 Pouls
- 15 Tension artérielle
- 16 Température
- 17 Fréquence respiratoire
- 18 Diurèse
- 19 Bandelette urinaire
- 20 Mensurations : poids et taille
- 21 Surveillance de la peau et des téguments

Partie 4 Prélèvements, perfusions et injections

- 22 Prélèvements veineux
- 23 Prélèvements capillaires
- 24 Injections parentérales avec calcul de dosage

SOMMAIRE

- 25 Perfusiones périphériques avec calcul de dosage
- 26 Pose et surveillance de transfusion
- 27 Injections dans des chambres à cathéter implantable
- 28 Prélèvement sur cathéter artériel
- 29 Manipulation et surveillance des cathéters veineux centraux
- 30 Utilisation de seringues auto-pulsées
- 31 Administration de thérapeutiques médicamenteuses

Partie 5 Pose, utilisation et surveillance des dispositifs médicaux

- 32 Aérosolthérapie
- 33 Oxygénothérapie
- 34 Soins de trachéotomie, et aspiration bronchique
- 35 Sonde nasogastrique
- 36 Aspiration gastrique
- 37 Sonde urinaire
- 38 Lavage vésical
- 39 Intubation endotrachéale

Partie 6 Préparation du patient aux examens

- 40 Examens radiologiques simples
- 41 Examens biologiques

Partie 7 Période péri-opératoire

- 42 Période pré-opératoire
- 43 Période per-opératoire
- 44 Période post-opératoire directe
- 45 Suites opératoires

SOMMAIRE

Partie 8 Pansements, ablations, drainages

- 46 Pansement simple
- 47 Ablation de fils et agrafes
- 48 Pansement complexe, drainage – Ulcère
- 49 Pansement complexe – Stomie digestive

Partie 9 Prise en charge de l'urgence

- 50 Urgences vitales
- 51 Arrêt cardio-respiratoire
- 52 Chariot d'urgence
- 53 Ventilation au masque
- 54 Voie intra-osseuse
- 55 Utilisation de défibrillateurs automatique et semi-automatique
- 56 Capnographie

Activités de soins



Sous la direction de Kamel Abbadi



Coordonné par Houriya Zaouch

Cadre de santé en cardiologie – Hôpital Lariboisière



Les auteurs

Sabrina Benmesbah – IDE en cardiologie – Hôpital Lariboisière

Lou Chaline – Psychologue clinicienne

Lionel Degomme – IDE anesthésiste – SMUR Lariboisière

Catherine De Macedo – Cadre de santé « Maladies du Sein » –
Hôpital Saint-Louis

Anne-Sophie Guélou – Diététicienne Tabacologue –
Hôpital Lariboisière

Céline Huriez – Cadre de santé en immuno-hématologie –
Hôpital Saint-Louis

Lydia Joué – Coordinatrice d'apprentissage service de
cardiologie – Hôpital Lariboisière

Gérald Lagrave – Cadre de santé en cardiologie –
Hôpital Lariboisière

Louis Modestin – IDE en réanimation médicale –
Hôpital Lariboisière

Fatiha Seghaier – Cadre de santé en gastro-entérologie –
Hôpital Lariboisière

Houriya Zaouch – Cadre de santé en cardiologie –
Hôpital Lariboisière

1 Définition

Cadre législatif

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, art. R. 4311-7-17. *Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10.*

Le lavage vésical est une technique qui consiste à faire passer un courant de liquide dans la vessie, de façon continue, ou intermittente (manuellement). Le but du lavage vésical est d'éviter la formation ou de retirer des caillots de sang ou des débris muqueux dans la vessie.

► Deux méthodes

- **Lavage continu** : en postopératoire de la prostate ou la vessie, hématurie.
- **Lavage ponctuel**, à la seringue : en postopératoire, vérification de la perméabilité des sondes.

Dans les 2 cas, le soin est à pratiquer avec rigueur, afin d'anticiper et prévenir un risque majeur : l'infection urinaire.

2 Technique du lavage vésical

Précautions à prendre :

- asepsie rigoureuse ;
- port de lunettes, surblouse et masque : risque de projections ;
- surveillance du patient : état général, douleurs, plaintes, température.

A Lavage à la seringue

- Expliquer le soin au patient et l'inscrire dans les transmissions ciblées.

► Préparer le matériel

Le patient est porteur d'une sonde vésicale à calibre suffisant pour un lavage efficace (minimum Ch 18).

- Gants et compresses stériles.

Lavage vésical

- Seringue à gros embout 50 à 60 cc.
- Sérum physiologique isotonique.
- Collecteur à urines stérile.
- Réceptacle de récupération (usage unique ou stérilisable).
- Antiseptique.
- Compresses stériles.
- Collecteur à urines stérile.
- Protection pour le lit.
- Sacs à déchets.
- Nécessaire pour hygiène des mains.

➤ Effectuer le lavage vésical à la seringue

- Préparer son matériel.
- Procéder de nouveau à une désinfection des mains avant d'enfiler les gants stériles.
- Remplir une seringue de sérum physiologique (30 à 40 mL) et la déposer sur le champ stérile (ou papier d'emballage stérile des gants).
- Déconnecter délicatement la sonde vésicale de son collecteur à l'aide d'une compresse stérile + antiseptique.
- Injecter le sérum physiologique et aspirer aussitôt le contenu vésical.
- Déverser le liquide récupéré dans le réceptacle prévu à cet effet.
- Renouveler le soin autant de fois que nécessaire jusqu'à l'obtention d'un liquide propre (sans caillots ni mucus vésical).
- Connecter un collecteur d'urines stérile.

Remarque. Une résistance peut apparaître lors de l'aspiration du contenu vésical. Dans ce cas, il est possible de mobiliser la sonde (voire dégonfler le ballonnet) en la poussant dans la vessie. **Cela nécessite au préalable une toilette génitale aseptique** et un maintien de la sonde efficace pour éviter qu'elle ne sorte. Penser à regonfler le ballonnet à l'issue du soin. Il est aussi possible d'injecter « plus fortement » le liquide de lavage. Cela décollera les quelques caillots ou mucus obstruant la lumière de la sonde.

B Lavage continu

Le patient est nécessairement porteur d'une sonde vésicale double courant : une entrée pour la tubulure d'irrigation, une sortie pour le collecteur à urines grande capacité de recueil (voir schéma *Lavage vésical continu*).

► Préparer le matériel

- Gants stériles
- Nécessaire à hygiène des mains
- Collecteur à urines stérile.
- Compresses stériles
- Antiseptique
- Protection pour le lit
- Sacs à déchets
- Tubulure pour irrigation dite « en Y »
- Un pied à sérum
- Poches sérum physiologique pour irrigation 3 litres (x2)
- Bocaux à urines

► Mettre en place le lavage vésical continu

- Adapter la tubulure en Y sur les poches de sérum physiologique (sur un pied à sérum à pieds renforcés si possible pour une meilleure stabilité du montage) et la purger.
- Adapter la tubulure à la sonde vésicale au niveau de l'entrée prévue à cet effet, de façon aseptique.
- Régler le débit en fonction de la prescription médicale et de la couleur du liquide recueilli : plus le liquide est hématurique, plus le débit est rapide. Le débit sera réduit dès que le liquide revient clair (rosé à translucide), et sous couvert du médecin.

3 Surveillance du lavage continu

- Elle repose essentiellement sur le « **bilan des entrées et des sorties** ».
- Elle permet d'écarter une altération de la fonction éliminatoire : la **diurèse** est donc surveillée toute au long de la journée, puis bilan des 24 heures.

► Méthode

Toutes les vidanges du collecteur sont quantifiées et notées sur le document de surveillance (de la pose d'une poche de lavage à sa fin).

- Si total = 3 L : la diurèse est de 0 mL.
- Si total > 3 L : l'excédent est la diurèse.

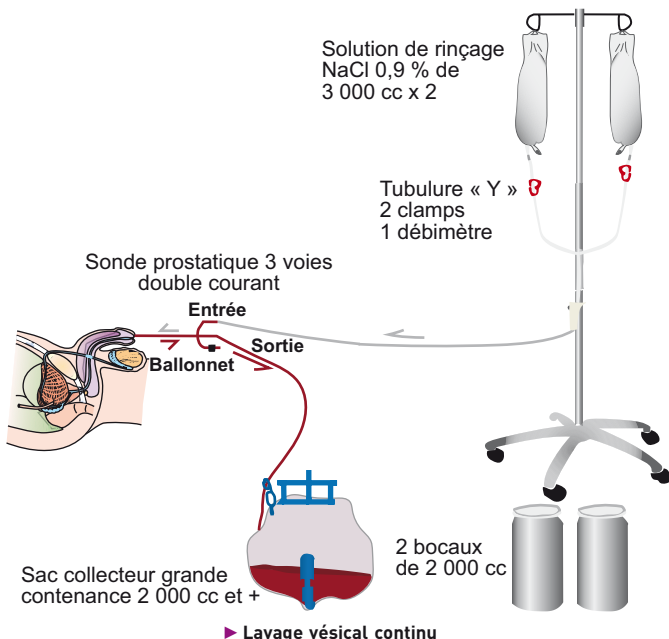
Lavage vésical

- Si total < 3 L : **arrêt immédiat du lavage.**

→ Observer l'état du patient : douleurs abdominales, conscience, pâleur, etc.
→ Prévenir le médecin ou chirurgien.

Le liquide de lavage est soit passé dans l'abdomen, soit bloqué dans la vessie.

→ Faire un lavage de vessie à la seringue afin de retirer les caillots pouvant obstruer la lumière de la sonde.
→ Redémarrer le lavage.



Points à retenir

- Le **lavage continu** est très généralement utilisé en postopératoire de la chirurgie urologique et en cas d'hématurie macroscopique.
- Le **lavage à la seringue** permet l'évacuation de caillots, mais permet aussi de s'assurer de la perméabilité des sondes posées en postopératoire (ex. : sondes urétérales après cystectomie et dérivation par Bricker).

1 Objectifs

L'ablation des fils ou des agrafes est prescrit soit :

- parce que la plaie est cicatrisée ;
- pour évacuer un hématome ou un écoulement purulent.

Cadre législatif

Art. R. 4311-7 décret 2004-802 du 29 juillet 2004 : Soin infirmier sur prescription médicale.

2 Technique d'ablation de fils et agrafes

➤ Préparer le matériel

Éléments à vérifier avant de débiter le soin :

- Prescription médicale : date d'ablation, ablation de l'ensemble des fils ou des agrafes ou d'un fil ou agrafe sur deux, desserrer les agrafes.
- Transmissions concernant le pansement (fiche pansement, transmissions ciblées).
- Intégrité des emballages.
- Dates de péremption du matériel, des produits.
- Dates d'ouverture des antiseptiques (pour la 1^{re} utilisation penser à noter la date d'ouverture).

Liste du matériel :

- Gants à usage unique.
- Savon antiseptique, un antiseptique dermique de la même gamme.
- Sérum physiologique.
- Set à pansement stérile (pinces, tampons, compresses, cupules, champ).
- Bistouri stérile à usage unique/pince ôte agrafe (pince Michel).
- Sparadrap de fixation prédécoupé (type HYPAFIX®) ou un pansement stérile (type MEPORE®).
- Produit anti-adhésif.
- Protection imperméable et absorbante pour le lit.
- Conteneur à déchets contaminés piquants et tranchants.

Ablation de fils et agrafes

- Sac poubelle DAOM et DASRI.
- Chiffonnette à usage unique.
- Détergent-désinfectant.
- Solution hydroalcoolique.
- Adaptable ou un chariot de soins.

► Préparer le patient

- Avant de préparer le matériel, prévenir le patient de l'horaire de la réfection du pansement.
- Expliquer au patient que le soin n'est pas douloureux mais qu'il peut provoquer des tiraillements.
- S'assurer que la toilette du patient est faite, qu'il est installé dans un lit et un environnement propre.
- Évaluer sa douleur et si besoin dispenser le traitement antalgique prescrit : attendre que celui-ci fasse effet avant de débiter le soin.
- Vérifier l'état actuel du pansement.
- Proposer au patient de se rendre aux toilettes avant de débiter le soin.
- Débarrasser l'adaptable si nécessaire à la réfection du pansement.
- Mettre la « présence ».

► Effectuer l'ablation de fils et agrafes

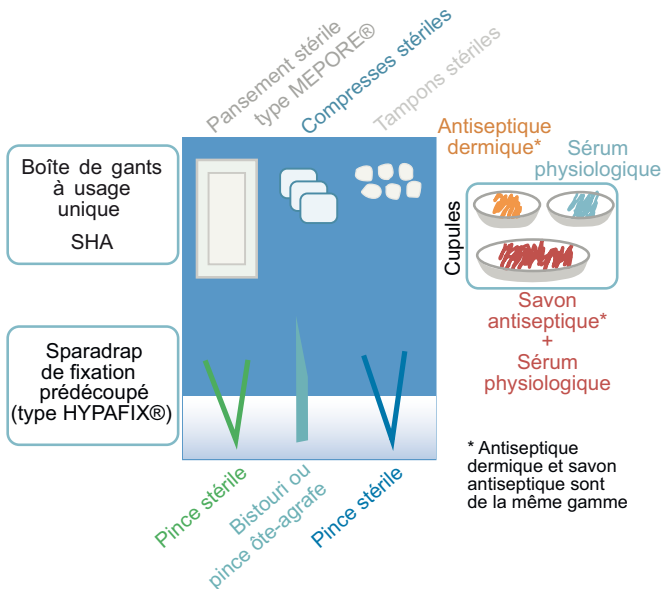
- Faire un lavage simple des mains ou SHA.
- Mettre la protection de lit.
- Installer confortablement le patient et mettre à proximité la sonnette.
- Mettre la ridelle du côté opposé aux soins, monter le lit à hauteur pour l'IDE.
- Réaliser un lavage simple des mains ou SHA.
- Mettre des gants à usage unique.
- Nettoyer le plan de travail avec la chiffonnette et le détergent-désinfectant.
- Placer l'adaptable à proximité du site et l'orienter de manière ergonomique.
- Installer les sacs poubelle ouverts, sur un niveau inférieur (pas au sol).
- Éliminer les gants.
- Faire un lavage simple des mains ou SHA.

Installer le matériel sur l'adaptable, comme suit :

- Ouvrir le set à pansement, sans en toucher l'intérieur.
- Saisir le champ stérile et le déplier partiellement sur l'adaptable sans toucher l'intérieur de celui-ci.
- Saisir une pince par le manche sans toucher l'intérieur du set, et s'en servir pour sortir le reste du matériel qui sera disposé sur le champ stérile (tampons et pince).

- Poser la pince : les extrémités sur la partie stérile du champ, le manche sur le revers.
- Procéder de la même manière pour le bistouri/la pince Michel.
- Ouvrir les sachets de compresses, le pansement stérile et les disposer sur le champ stérile.
- Mettre dans les cupules du set à pansement les antiseptiques et le sérum physiologique.

Remarque. Si les flacons sont déjà entamés, penser à jeter le 1^{er} jet dans la poubelle.



Attention ! Ne jamais faire passer au-dessus du champ stérile du matériel sale.

Ablation de fils et agrafes

- Mettre des gants à usage unique.
- Retirer le pansement souillé, et retourner les gants sur le pansement pour l'évacuer dans le sac approprié.
- Réaliser un lavage simple des mains ou SHA.

Attention ! Avant de débiter le soin, choisir quelle pince prépare le matériel stérile et quelle pince assure le soin, sans jamais changer l'une pour l'autre au cours du soin.

Pour la réalisation du soin, la technique suivante est utilisée :

- Passer un premier tampon sur la plaie.
- Passer un second tampon sur la berge droite de la plaie.
- Passer un troisième tampon sur la berge gauche de la plaie.
- Sans jamais passer deux fois au même endroit avec la même compresse.
- Du haut vers le bas.
- Utiliser une compresse par passage puis la jeter dans le sac poubelle.



Détersion de la plaie :

- Avec la pince stérile verte, saisir un tampon et l'imbiber de savon antiseptique + sérum physiologique.
- Prendre ce tampon avec la pince stérile bleue (sans entrer en contact avec la pince verte) et l'appliquer.
- Répéter l'opération autant de fois que nécessaire.
- Jeter les tampons au fur et à mesure

Rinçage :

- Avec la pince verte, saisir un tampon et l'imbiber de sérum physiologique.
- Prendre ce tampon avec la pince bleue (sans entrer en contact avec la pince verte) et l'appliquer.

- Répéter l'opération autant de fois que nécessaire.
- Jeter les tampons au fur et à mesure.

Séchage :

- Avec la pince verte saisir un tampon sec.
- Prendre ce tampon avec la pince bleue (sans entrer en contact avec la pince verte) et l'appliquer par tamponnement.
- Répéter l'opération autant de fois que nécessaire.
- Jeter les tampons au fur et à mesure.

Antisepsie :

- Avec la pince verte saisir un tampon et l'imbiber d'antiseptique.
- Prendre ce tampon avec la pince bleue (sans entrer en contact avec la pince verte) et l'appliquer, respecter le temps de contact.
- Répéter l'opération autant de fois que nécessaire.
- Jeter les tampons au fur et à mesure.

► **Ablation des fils ou agrafes**

Ablation des fils	Ablation des agrafes
• Avec la pince bleue poser une compresse stérile à proximité de la plaie. • Tirer doucement sur le nœud du fil avec la pince bleue pour le décoller de la peau. • Couper le fil avec le bistouri, au plus près de la peau. • Tirer le fil vers l'intérieur de la plaie (évite le risque de désunion). • Poser le fil sur la compresse stérile. • Recommencer au temps de fois que prescrit : un fil sur deux ou la totalité.	• Avec la pince bleue poser une compresse stérile à proximité de la plaie. • Ouvrir la pince de Michel et la glisser sous l'agrafe. • Fermer doucement la pince pour plier en partie l'agrafe. • Vérifier la plaie, si absence de désunion continuer à fermer la pince pour retirer les pointes de l'agrafe. • Poser l'agrafe sur la compresse stérile. • Recommencer au temps de fois que prescrit : agrafes desserrées ou ablation d'une agrafe sur deux ou de la totalité.
À la fin de l'ablation réaliser une dernière antisepsie : • Avec la pince verte saisir un tampon et l'imbiber d'antiseptique. • Prendre ce tampon avec la pince bleue (sans entrer en contact avec la pince verte) et l'appliquer, respecter le temps de contact. • Répéter l'opération autant de fois que nécessaire. • Jeter les tampons au fur et à mesure.	
Si la plaie suinte ou s'il y a un risque de frottement : recouvrir la plaie avec des compresses stériles et du sparadrap de fixation, ou un pansement stérile.	

Ablation de fils et agrafes

- Réaliser un lavage simple des mains ou SHA.
- Mettre des gants à usage unique : regrouper et jeter le matériel à usage unique dans les différents contenants à déchets. (ex. : bistouri et agrafes dans le conteneur à déchets contaminés piquants et tranchants).
- Nettoyer et désinfecter le plan de travail puis les flacons et le plateau.
- Jeter les gants.
- SHA.
- Réinstaller le patient confortablement, baisser le niveau du lit.

Attention ! Tout au long du soin il est indispensable :

- d'évaluer la douleur ;
- d'expliquer au patient les différentes étapes de l'ablation du dispositif et l'évolution de la cicatrisation.

- Consigner dans le dossier de soins :
 - ses observations ;
 - les produits utilisés ;
 - la date du soin ;
 - l'information, l'éducation faite au patient ;
 - le niveau de connaissance, ou de ressenti du patient.