

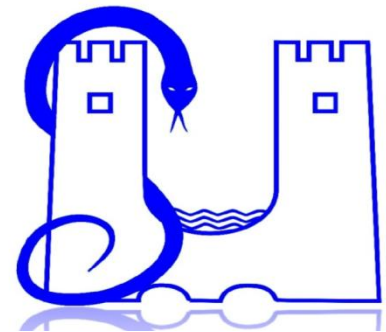
Cours de Nursing

LE CONFORT DU PATIENT

Dr .GRISSA Mohamed Habib (A.H.U)

Service des Urgences
Hôpital universitaire F. Bourguiba
Monastir

www.urgencemonastir.com
grissa.medhabib@gmail.com

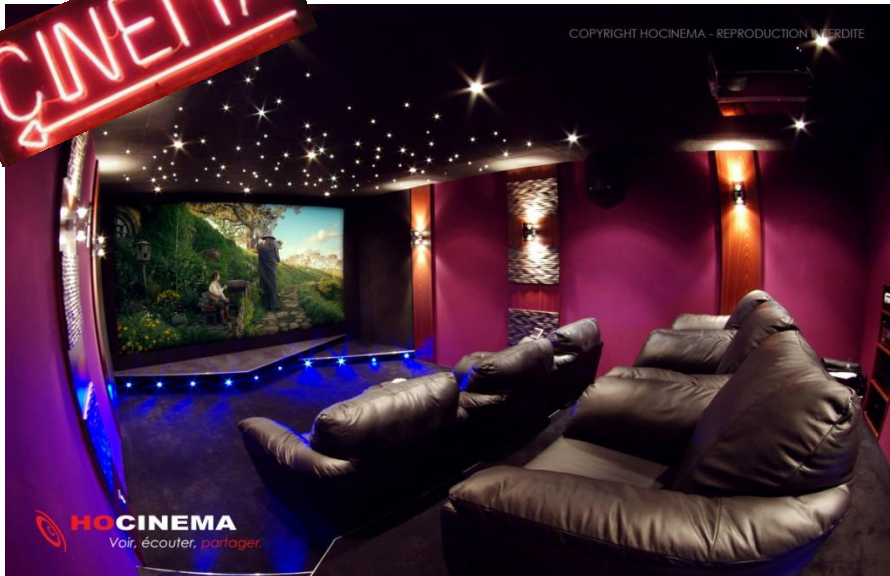


DÉFINITION

- Le **confort** désigne de manière générale les situations où les gestes et les positions du corps humains sont ressentis comme agréable ou non-désagréable (état de bien-être) ; où et quand le corps humain n'a pas d'effort à faire pour se sentir bien.



CINEMA



H



QUEL CONFORT EN SOINS?

Sentiment de bien être de nature:

- Physique.
- Fonctionnelle.
- Psychique.



LE CONFORT DU PATIENT

- 1- Installation du patient
- 2- Transport du patient
- 3- Premier lever





1- INSTALLATION DU PATIENT

L'installation au lit doit avoir pour objectifs principaux :

- ***Le confort optimum:***
 - une bonne qualité de sommeil
 - sensation de repos physique et mental.
- **Le soulagement des phénomènes douloureux.**
- **Prévention des complications du décubitus:**
 - troubles trophiques: amyotrophie, ankylose, escarres.
 - exacerbation des douleurs rhumato-orthopédiques.

1.1- Les principes d'une installation correcte

A- L'adoption d'une position au lit réduisant l'intensité de la pression:

- *Déterminée par le poids du corps, la position du patient, la dureté du matelas et du cisaillement entre le patient et le plan du lit.*
- Pour prévenir la survenue des **escarres** et soulager leur douleur, lorsqu'elles sont présentes.
- Plus la zone de contact entre le patient et le support augmente, plus la pression est redistribuée et par conséquent réduite.

Escarres d'alitement



L'escarre est une lésion tissulaire ischémique résultant d'une pression, on voit donc déjà qu'il existe une inégalité des patients devant ce risque: soins de confort +++

1.1- Les principes d'une installation correcte

B- Le positionnement confortable des articulations :

il faut éviter:

les positions pouvant induire une douleur et une rétraction des tissus abarticulaires (genoux trop fléchis, extension excessive de l'avant-pied,...) responsables de limitations articulaires pouvant compromettre le pronostic fonctionnel.



1.1- Les principes d'une installation correcte

C- Le choix adéquat du support et des accessoires d'installation:

lit électrique avec ou sans potence, matelas préventif ou curatif, coussins divers...

Ce choix doit tenir compte:

- de l'état de santé général (fragilité cutanée, dénutrition, degré d'autonomie, pathologies associées, soins au lit,...)
- de la durée prévisible d'alitement.

Lits électriques



Matelas anti-escarres

THERAPY ALTERNATING





Coussins et accessoires



1.2- Les positions au lit

Au lit, plusieurs positions sont possibles : les plus adéquates sont:

- Le décubitus dorsal
- Le décubitus latéral
- Il existe aussi le décubitus ventral: mais très peu pratiqué , indications particulières).

1.2- Les positions au lit

Le décubitus dorsal

- C'est la position idéale : tête et pieds du lit relevés de 30°, dite en "*semi-fowler à 30°*", notamment pour les patients qui nécessitent un alitement prolongé.
- Cette position permet de réduire au maximum les pressions au niveau des surfaces de contact, et donc le risque de survenue d'escarres.
- Le tronc et les membres inférieurs du patient sont relevés à 30° par rapport au plan du matelas.

Position en décubitus dorsal "semi-fowler à 30°"



Lorsque le positionnement en "semi-fowler" est impossible, le "décubitus dorsal normal" est une bonne alternative



Position en décubitus dorsal, "dite" normale

La mise en place de coussins de décharge ou de positionnement peut améliorer le confort du patient (coussins de décharge des talons, coussins de déclive des membres supérieurs ou inférieurs, arceaux ou coussins anti-équin...)



Position en décubitus dorsal "dite" normale avec accessoires

1.2- Les positions au lit

Le décubitus latéral

- Le décubitus latéral strict à 90° est à éviter car il engendre des pressions importantes au niveau de la région trochantérienne, qui est peu vascularisée.
- Privilégier l'installation du en décubitus latéral à 30°, en s'aidant d'un coussin triangulaire de soutien dorsal possédant un angle de 30°, et en s'assurant que le sacrum n'est pas en appui.

1.2- Les positions au lit

Le décubitus latéral

- Les membres inférieurs doivent être en fléchis au minimum, la flexion des hanches et des genoux doit idéalement être comprise entre 30 et 35°.
- La mise en place d'un coussin ou d'un oreiller entre les membres inférieurs permet d'éviter le contact douloureux des condyles fémoraux.
- L'épaule homolatérale doit être dégagée en écartant légèrement le membre supérieur.

1.2- Les positions au lit

Le décubitus latéral



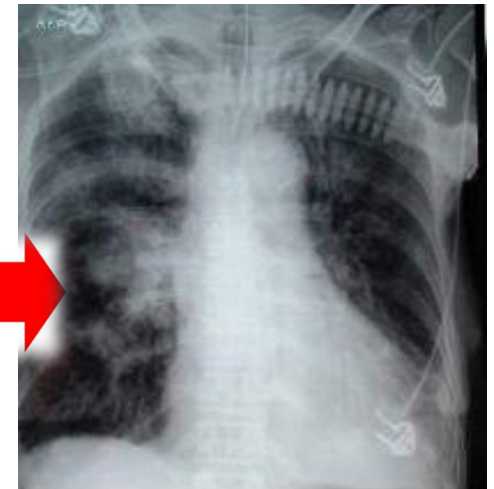
Position en décubitus latéral à 30°

1.2- Les positions au lit

Le décubitus ventral



- Le décubitus ventral est souvent mal toléré chez les personnes âgées.
- C'est une position alternative pour des sujets qui en ont l'habitude et ne présentent pas de contre-indications (troubles ventilatoires en particulier).
- Il peut soulager les douleurs liées aux escarres talonnières.



Trouble ventilatoire pulmonaire

1.3- Les risques d'alitement

- 1- Risque d'ankyloses:** Enraidissement articulaire , impotence fonctionnelle.
- 2- Risque de perte d'autonomie:** hypotrophie des muscles.
- 3- œdème des membres :** lever des pieds et des mains.
- 4- Phlébite:** lever des pieds , anticoagulant préventifs.
- 4-Risque d'escarres:** changement des positions, accessoires.



2- TRANSPORT DU PATIENT



POINTS ESSENTIELS

- ❖ Le transport intrahospitalier (TIH) est une décision et une responsabilité médicale.
- ❖ Tout transport est un facteur de déstabilisation.
- ❖ La préparation du TIH est la clé de sa réussite.
- ❖ Le recours à l'aide doit être possible et organisé.
- ❖ Le TIH doit être un acte valorisé en termes d'activité.

2.1- Motifs de transport

- a) Transfert vers un autre service.
- b) Réalisation des examens complémentaires.
- c) Réalisation d'acte thérapeutique.
- d) Changement de chambre ou de secteur dans le même service.



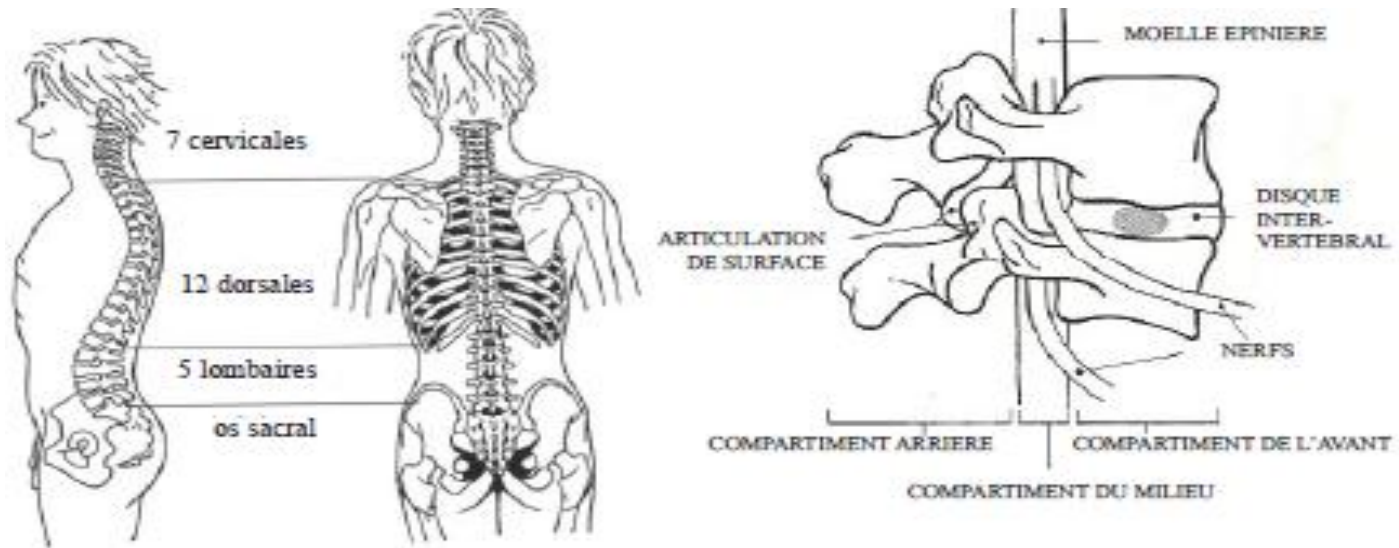
2.2- Préparation du matériel pour le transport

- Dans chaque service: préparer un matériel spécifique et individualisé pour le transport.
- Le choix des équipements doit prendre en compte son encombrement et son autonomie.
- Vérifier l'intégrité du matériel et tester l'ensemble des différents dispositifs avant toute utilisation selon des procédures écrites de vérification (Check List).
- les moyens de monitorages doivent être adaptés au type de transport.



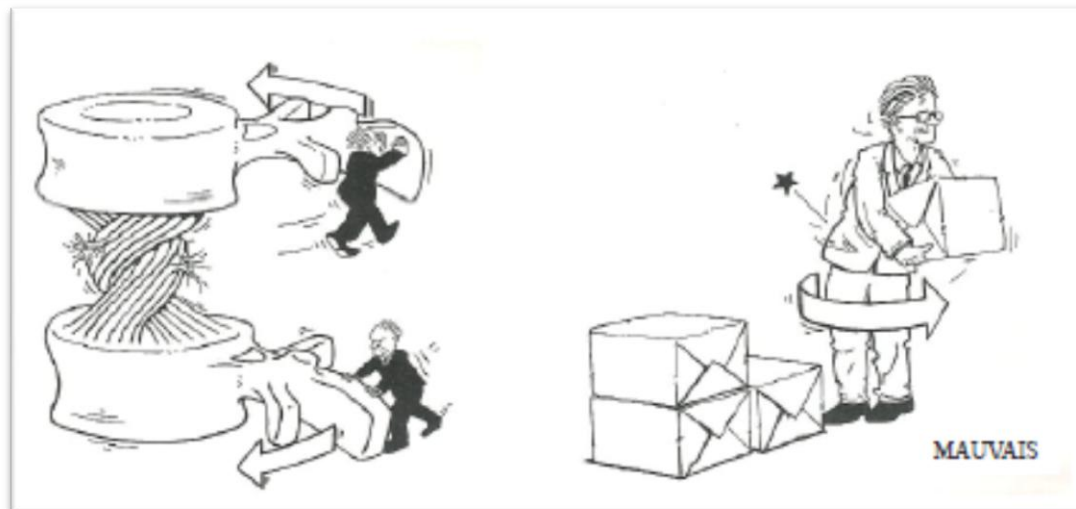
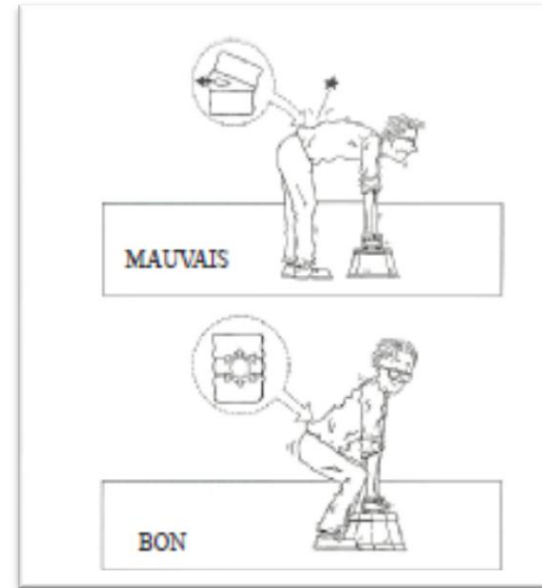
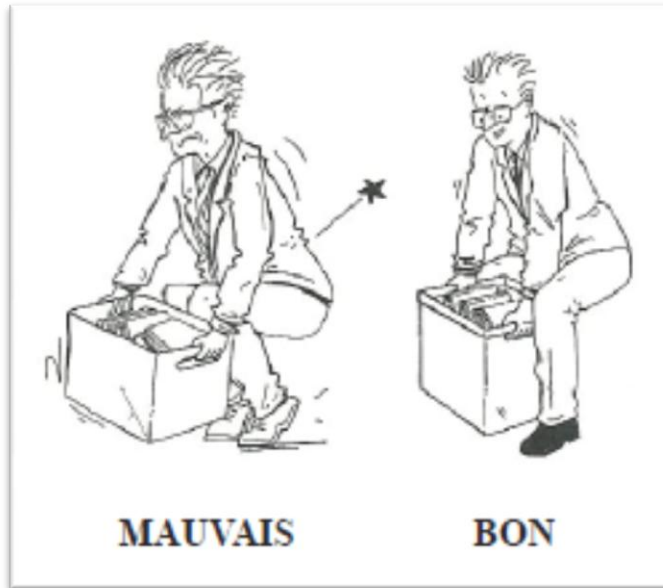
2.4- Manœuvres pendant le transport

Principes généraux



2.4- Manœuvres pendant le transport

Principes généraux



2.3- Manœuvres pendant le transport *Du fauteuil au lit*



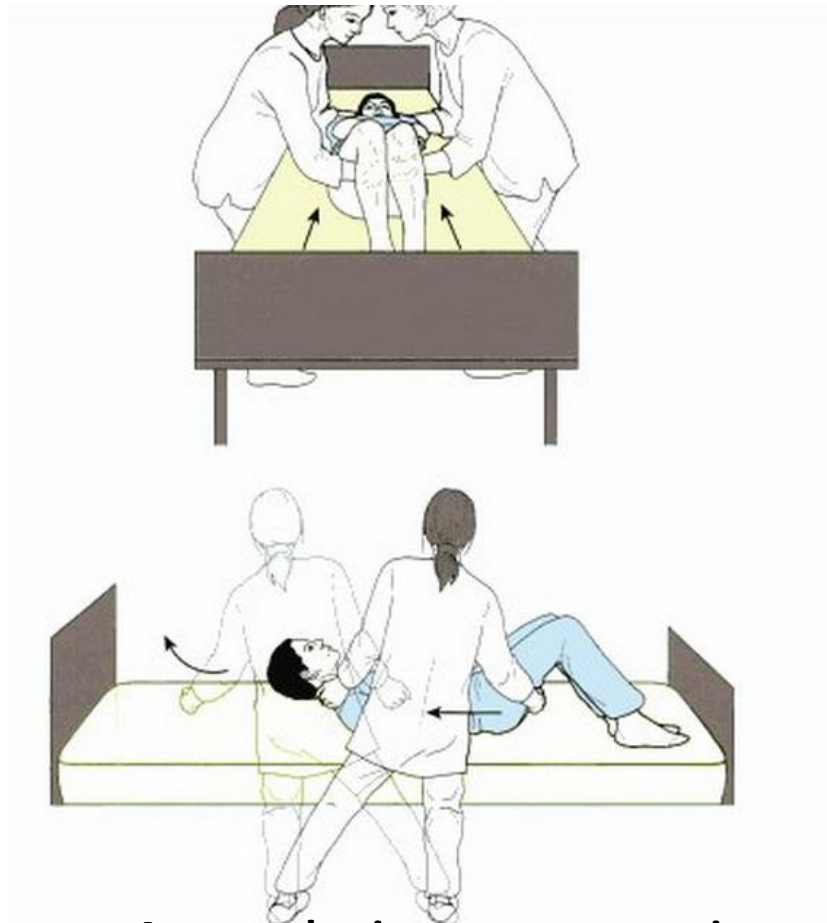
2. 3- Manœuvres pendant le transport

Remonter un patient dans son lit



A deux avec alèse

A deux sans appui et sans alèse



A un seul soignant avec appui

2.4- Transport des patients graves

- Préparation et organisation préalable rigoureuse avec nombre maximum de transporteurs.
- Matériel spécial de transport: Monitoring de petite taille ergonomique, autonomie des batteries à vérifier, boîte d'urgence obligatoire et autonomie de la bouteille d'oxygène calculée.





Respirateur de transport



Sac de transport



scope de transport



Autonomie



Pression X Volume

=

Durée

Débit





3- PREMIER LEVER

➤ Premier lever d'une personne suite à une intervention ou après une période prolongée d'alitement.

➤ C'est le passage de la position allongée à la position assise ou debout, et il peut induire un malaise à type d'hypotension orthostatique.



3.1- Organisation du premier lever

A)Le matériel

- Un tensiomètre
- Un stéthoscope
- Une chaise ou un fauteuil
- Désencombrer la chambre
- Drap protecteur ou alèse pour mettre sur la chaise
- Chaussures du patient
- Tenue (robe de chambre, veste)

B)Préparation psychologique

- Lui expliquer la veille, programmer l'heure
- Le prévenir sur cette appréhension, sur sa pathologie
- Lui expliquer et le rassurer en lui expliquant l'intérêt de ce premier levé et pourquoi il ne craint rien (autonomie, rééducation qui doit être rapide)

3.2- Déroulement du premier lever

- Il s'effectue généralement à deux soignants
- Prendre la TA et le pouls du patient allongé
- Le faire pivoter sur le côté, et d'un bloc pour qu'il ait les jambes pendantes au bord du lit
- Le laisser au bord du lit pendant quelques minutes
- Lui dire de fixer un point devant lui et qu'il ne doit pas regarder par terre
- Il faut intervenir à ce moment là s'il est pâle, s'il a de la sueur
Il faudra donc reprendre les constantes
Lui demander son ressenti et lui parler pour le rassurer
Si les constantes sont basses, le recoucher, et réitérer l'opération plus tard
- Si tout va bien, il faut l'habiller puis lui dire de mettre un pied par terre en prenant appuis sur les deux soignants afin qu'il se mette debout ou qu'il se mette sur le fauteuil
- Pendant toute l'opération lui dire de visualiser un point devant
- S'il possède des appareillages (drains, redons, perfusions) il faut bien vérifier de les mettre sur le côté

3.3- La surveillance

La surveillance porte essentiellement sur :

- Le confort et la sécurité du patient
- Le pouls et la tension
- L'évaluation de la clinique : état de fatigue, anxiété
- L'absence de nystagmus



3.4- Complications

- Malaise vagal
- Risque de chute
- Douleur



3.5- Evaluation

L'évaluation porte sur :

- Les paramètres vitaux
- Les ressentis du patient
- L'appréhension
- La fatigue
- La coopération



Transmissions écrites dans le dossier de soins

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

