

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé

LES SOINS DE PLAIES FONT PEAU NEUVE!

Orientation à l'embauche (TRONC COMMUN)
Externe en soins infirmiers

**DIRECTION ADJOINTE AUX PRATIQUES
PROFESSIONNELLES
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS**
Septembre 2018

Compétence

Capacité à assurer les suivis selon la structure et les outils de prise en charge de la clientèle à risque ou atteinte de plaie



Le plan de la formation

L'offre de services en soins de plaies et stomies

- Les rôles et responsabilités professionnelles
 - Infirmière, CEPI et externe
 - Infirmière auxiliaire et CEPIA
 - Infirmière ressource
 - L'équipe des conseillères en soins infirmiers (soins de plaies et stomothérapie)
- Le continuum de soins

Les soins de plaies

- Quelques notions sur le traitement
- La documentation au dossier
- Documents pour vous aider en soins de plaies
 - Le portail clinique
 - Les méthodes de soins informatisées



Début du questionnaire

Question 1

Avant d'être externe en soins infirmiers, lors de vos stages, vous avez souvent fait des pansements sur des lésions de pression de stade 4. Pouvez-vous faire seule, un pansement avec mousse hydrocellulaire, sur une lésion de pression de stade 3 à la malléole d'un usager?

NON

Les rôles et responsabilités: Externe en soins infirmiers

3

Prodiguer des soins et des traitements liés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier, dans les cas suivants :

- 3.1** faire un pansement aseptique, y compris un pansement avec drain ou mèche;
- 3.2** appliquer les pansements pour la prévention et le traitement des lésions de pression (stades 1 et 2);
- 3.3** retirer les agrafes et les points de suture;
- 3.4** effectuer les soins de stomie intestinale (colostomie, iléostomie);
- 3.5** effectuer les soins au pourtour d'un tube de gastrostomie, de jéjunostomie, de cystostomie et de néphrostomie.

Source: OIIQ 2018

<https://www.oiiq.org/acceder-profession/parcours-etudiant/externat/activites-professionnelles-permises>

Question 2

Vrai ou Faux

Une infirmière auxiliaire et une externe n'ont pas le droit de compléter la collecte de données selon l'échelle de Braden car il s'agit d'une évaluation infirmière.

FAUX

Les rôles et responsabilités: Infirmière auxiliaire

Avant de faire un soin, il est important de prendre en considération les particularités du milieu de soins. Exemple, une formation est nécessaire avant d'appliquer une thérapie par pression négative.

LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE

Champ d'exercice, activités réservées et autorisées



https://www.oiaq.org/files/publication/Activites_Pro_Inf_Aux.pdf

37.1 5° c) Prodiguer des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier

L'infirmière auxiliaire peut prodiguer l'ensemble des soins et traitements reliés aux plaies ou aux altérations de la peau. Il peut s'agir ici de faire un pansement aseptique avec mèche ou drain ou encore du premier pansement post-opératoire. Cela inclut également la thérapie par pression négative (V.A.C. therapy) ou l'utilisation de diverses substances en vue du débridement d'une plaie¹⁴ et ce, conformément à l'article 37.1 5° f) du *Code des professions*.

L'infirmière auxiliaire peut exercer cette activité selon le plan de traitement infirmier ou une ordonnance.

Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des personnes autres que des infirmières et infirmiers auxiliaires

SECTION IV CANDIDAT À L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE

7. Le candidat à l'exercice de la profession d'infirmière auxiliaire peut exercer toutes les activités professionnelles que peuvent exercer les infirmières auxiliaires.

<https://www.oiaq.org/files/content/Infirmiere/reg-activites-cepia-16-12-2015.pdf>

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec

Question 3

Vrai ou Faux


Une infirmière n'étant pas certaine du plan de traitement de la plaie d'un usager peut demander conseil à une infirmière ressource de son secteur.

VRAI

Les rôles et responsabilités

L'INFIRMIÈRE RESSOURCE EN SOINS DE PLAIES :

- La promotion des pratiques recommandées et le transfert des connaissances aux partenaires de son équipe de soins
- L'exercice du plein potentiel d'autonomie infirmière en soins de plaies (ex. : débridement)
- Une contribution à l'amélioration des pratiques et à l'évaluation des produits en soins de plaies
- Une participation à des comités-qualité interdisciplinaires reliés aux soins de la peau et des plaies



Une formation interne est requise pour devenir infirmière ressource en soins de plaies.

Question 4

Nommez la différence entre une technique de soin stérile, une technique sans contact et une technique propre.



Des mesures d'asepsie

En l'absence de consensus dans les écrits quant à l'utilisation des techniques propres et stériles en soins de plaies, le CISSS des Laurentides préconise les méthodes suivantes en conformité avec les méthodes de soins informatisées, les recommandations de l'OIIQ et celles de l'association canadienne du soin des plaies.

Technique « *sans contact* »:

- Port de gants propres et matériel en contact direct avec la plaie stérile manipulé avec des pinces stériles
- Pour les plaies chroniques

Technique stérile:

- Port de gants stériles et utilisation de matériel stérile
- Pour les plaies exposant des structures profondes, les usagers immunodéprimés et les plaies aiguës

Technique propre:

- Ce qui est propre peut être mis en contact avec la plaie



Question 5

Quelles sont les techniques de nettoyage recommandées en soins de plaies?



Irrigation





Versement

Gazes

Douche

Brosse

OUTILS

-  Lexique pour MSI Nettoyage d'une plaie
-  Tableau des techniques de nettoyage-Irrigation
-  Tableau des techniques de nettoyage-Autres
-  Tableau des solutions utilisées en soins de plaies v. corrigée

IRRIGATION

BP- Basse pression

HP- Haute pression

Nettoyage

Débridement
mécanique
De 4 à 15 PSI

Une seringue de 10 millilitres n'est pas suffisante pour nettoyer une plaie.

Guide de sélection des seringues à piston et cathéters		
Calibre de la seringue (ml)	Calibre du cathéter (G)	Pression (lb/po ² ou PSI)
35	25	4
35	21	6
35	19	8
30	20	8
12	22	13
6	19	30
12	19	20

***Opter pour un cathéter mousse ou en plastique**

Question 6

Nommez 2 facteurs de risque considérés dans l'évaluation du risque de lésion de pression à l'aide de l'échelle de Braden.



L'évaluation du risque de lésions de pression (Échelle de Braden)

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec DT6032

ÉVALUATION DU RISQUE DE LÉSION DE PRESSION (ÉCHELLE DE BRADEN) (FP-CISSS-6032)

Facteurs de risque	1 point	2 points	3 points	4 points	Date : 20					
					M/J	M/J	M/J	M/J	M/J	
Parception sensorielle	Nullité	Très limitée	Légerement limitée	Aucune atteinte						
Capacité à exprimer l'inconfort causé par la pression.	Absence de réaction due à une diminution du niveau de conscience ou de sensation. OUI déficit sensoriel sur la majeure partie du corps.	Répond seulement aux stimuli et s'exprime en gémissant ou en s'agitant. OUI déficit sensoriel sur moitié du corps.	Répond aux ordres verbaux, mais ne peut pas toujours exprimer l'inconfort ou le besoin d'être tourné. Déficit sensoriel dans 1 ou 2 de ses membres.	Répond aux ordres verbaux et ne présente aucun déficit sensoriel limitant sa capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort.						
Humidité	Constamment humide	Très humide	Humide à l'occasion	Rarement humide						
Degré d'humidité auquel la peau est exposée.	Peau constamment en contact avec transpiration, urine ou autres liquides.	Peau souvent humide. Lingerie devant être changée au moins une fois par quart de travail.	Peau parfois humide. Lingerie devant être changée chaque jour.	Peau habituellement sèche. Lingerie (draps ou piques) changée une fois par semaine.						
Activité	Alité	Confiné au fauteuil	Marche à l'occasion	Marche fréquemment						
Degré d'activité physique.	Confiné au lit.	Capacité de marcher très limitée ou nulle. Incapacité à se mettre en appui. Besoin d'aide pour s'asseoir au fauteuil.	Marche occasionnellement sur de courtes distances avec ou sans aide sinon, au lit ou au fauteuil.	Marche de la chambre au moins 2 fois/jour et dans la chambre une fois toutes les 2 h le jour.						
Mobilité	Nullité	Très limitée	Légerement limitée	Non limitée						
Capacité de contrôler et changer la position du corps.	Ne fait aucun changement de position sans aide.	Effectue de légers changements de position peu fréquents sans aide.	Effectue de légers changements de position fréquents sans aide.	Effectue d'importants et fréquents changements de position sans aide.						
Nutrition	Très pauvre	Problématiquement inadéquate	Adéquate	Excellente						
Profil d'alimentation habituel.	Ne termine jamais son repas. Mange rarement plus du 1/3. Mange 2 portions ou moins de protéines/jour. Boit peu. Aucun supplément OUI n'ingère rien OUI diète liquide ou perfusion IV plus de 5 jours.	Termine rarement son repas et mange généralement 1/2 des aliments. Mange 3 portions de protéines par jour. Prend des suppléments alimentaires à l'occasion OUI quantité insuffisante de liquide ou gavage.	Mange plus de la 1/2 des repas. Prend 4 portions de protéines par jour. Refuse parfois un repas, mais prend un supplément à l'occasion OUI est alimenté par gavage ou par HANV.	Termine pratiquement tous ses repas. Prend 4 portions ou plus de protéines/jour. Mange occasionnellement entre les repas. Supplément nutritionnel non nécessaire.						
Friction et cisaillement	Problème	Problèmes potentiels	Aucun problème							
Aide maximale à modérer pour la mobilisation. Ne peut être remonté sans frotter contre les draps. Glisse dans le lit/fauteuil. Spasticité, agitation, contractures causant friction.	Se mobilise faiblement avec un minimum d'aide. Friction et glissement contre les draps, contentions, appareils lors de la mobilisation. Glisse à l'occasion, mais contracture position adéquate.	Se mobilise au lit et au fauteuil sans aide. Force nécessaire pour se soulever durant les changements de position. Excellent maintien.								
Total des points : /23 :										
Initiales (signature requise au verso) :										

Nom de l'utilisateur : _____ N° dossier : _____

SIGNATURE, TITRE ET # PERMIS	INITIALES	SIGNATURE, TITRE ET # PERMIS	INITIALES

EXPLICATIONS :

L'évaluation du risque de lésion de pression au moyen de l'échelle de Braden doit être effectuée et documentée :

- En soins de courte durée : Dans les 8 heures suivant l'arrivée, puis toutes les 48 à 72 heures si l'utilisateur présente des facteurs de risque, sinon tous les 7 jours;
- En soins intensifs : Dans les 8 heures suivant l'arrivée, puis toutes les 24 heures;
- En soins à domicile : Dès la première visite, puis à chaque réévaluation de l'utilisateur (OEMC ou changement significatif de l'état général) (OEMC : Outil d'évaluation multidimensionnelle)
- En soins de longue durée, UTRF, RI et RTF : Toutes les semaines pendant un mois, puis lors de la révision périodique ou à chaque fois qu'un changement significatif de l'état général de l'utilisateur survient.

Tout professionnel habilité recueille et documente les données d'évaluation du risque de lésion de pression. Le professionnel évalue le risque de lésion de pression en interprétant les données et il détermine les problèmes prioritaires selon son champ de compétences.

Résultat à l'échelle de Braden	Niveau de risque
15 à 18	Risque faible
13 à 14	Risque modéré
10 à 12	Risque élevé
9 et moins	Risque très élevé

S'il n'y a pas d'infirmière au dossier, le professionnel inscrit le problème et les interventions au plan d'intervention individualisé.

L'infirmière documente les problèmes prioritaires au plan thérapeutique infirmier (PTI) :

- Elle inscrit le constat (exemple : Risque de lésion de pression – Braden 10/23 – relié à l'immobilité, etc.)

L'infirmière documente des directives au PTI pour assurer le suivi clinique de l'utilisateur :

- Elle inscrit la fréquence de réévaluation du risque de lésion de pression.
- Elle inscrit toute autre directive cruciale visant à prévenir l'apparition de lésion de pression.

(Voir le document « Exemples de plan thérapeutique infirmier pour prévenir les lésions de pression »)

L'infirmière documente tout changement significatif du risque de lésion de pression et ajuste le PTI.

L'infirmière documente la résolution du problème et ajuste le PTI.

Adaptation de Prevention Plus. NE (www.bradenscale.com); braden et Bergstrom (1998)

Question 7

Vrai ou Faux

Il est important de rédiger des notes manuscrites aux dossiers en présence de plaies, en plus de les documenter sur les formulaires appropriés.

FAUX

3 formulaires

L'évaluation et le suivi de la plaie

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec DT6277

ÉVALUATION INITIALE ET SUIVI ÉVOLUTIF D'UN USAGER PORTEUR DE PLAIE

ÉVALUATION INITIALE

PLAIE : _____ SITE DE LA PLAIE : _____ AGENT PAYEUR (✓)
 Assurance privée
 CSST
 RAMQ

HISTORIQUE DE LA PLAIE (date d'apparition) : _____

ALLERGIE (médicament, adhésif, produit) : _____

ÉTIOLOGIE DE LA PLAIE (✓)

Plaie chirurgicale Déhiscence de la plaie chirurgicale Brûlure : 1^{er} degré 2^e degré superficiel 2^e degré profond
 Traumatique 3^e degré 4^e degré
 Déchirure cutanée : Type : 1 2 3 Néoplasique
 Ulcère du pied diabétique Lésion de pression :
 Ulcère vasculaire du membre inférieur : Stade : 1 2 3 4 Indéterminé (X) LTP
 Artériel Veineux Mixte Lymphoedème
 Dermatite : Type : _____ *(suivi clinique à élaborer au PTI) Déclaration lésion de pression (✓)
 AH-223 Date : ____/____/____

FACTEURS ASSOCIÉS (✓)

Âgé de plus de 65 ans MPOC Maladie veineuse
 MVAS Dyslipidémie Tabagisme
 MCAS Dénutrition Immunodéficience
 Diabète Radiothérapie/Chimiothérapie HTA
 Neuropathie PAR (Polyarthrite rhumatoïde) TPP

POTENTIEL DE CICATRISATION (✓)

Présent
 Présent, mais causes incontrôlables
 Absent

MÉDICATION (✓)

Hypoglycémiant Anticoagulant Antinéoplasique Immunosuppresseurs
 Corticostéroïde Antibiotique Analgésique Autre : _____

LOCALISATION DE LA PLAIE (Indiquer un X sur le schéma)

DROITE **GAUCHE**

Interne Externe

Signature de l'infirmière ayant effectué l'évaluation initiale : _____

GRM 14003577 Rev. (2019-02-28) - DSIEC Dossier médical D.I.C.: 3-4-4 Page 1 de 2
FP-CISS-6277

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec DT6278

ÉVALUATION, OBSERVATION ET SUIVI DE LA PLAIE

PLAIE : _____ (une feuille par plaie) Date : 20AA/MM/JJ / / / / / / / / / / / / / / / /
 SITE DE LA PLAIE : _____ Heure

Évaluation ou Observation É/O

Dimensions (cm) au moins 1x semaine	Évaluation ou Observation								
	Longueur	Largeur	Profondeur/Hauteur						
Lit de plaie	Nécrose sèche	%	%	%	%	%	%	%	%
	Nécrose humide	%	%	%	%	%	%	%	%
	Granulation	%	%	%	%	%	%	%	%
	Hypergranulation	%	%	%	%	%	%	%	%
	Épithélialisation	%	%	%	%	%	%	%	%
	Structures : Os, Muscle, Tendon Phlyctène ou Autres*								
Peau environnante	Intacte	✓							
	Érythémateuse	✓							
	Macérée	✓							
	Sèche	✓							
	Oedème	✓							
	Indurée	✓							
Bords de la plaie	Hyperkératosée (callosité)	✓							
	Autres* (dépôt hémossidérine, ecchymose)	✓							
	Température (Tiède, Chaude, Froide)								
	Attachés	✓							
Exsudat	Non-attachés	✓							
	Roulés	✓							
	Quantité (% du pansement ou réservoir TPN (mL))								
	Séreux	✓							
	Sanguin	✓							
	Séro-Sanguin	✓							
Purulent	✓								
Verdâtre	✓								
Odour (après nettoyage)	✓								


Initiales (signature requise à la fin du formulaire)

GRM 14003578 Rev. (2019-02-28) - DSIEC Dossier médical D.I.C.: 3-4-4 Page 1 de 2
FP-CISS-6278

Le plan de traitement de la plaie

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec



DT6276

PLAN DE TRAITEMENT DE LA PLAIE

Plan de traitement de la plaie (déterminé par l'infirmière)	Plan de traitement # _____	Plan de traitement # _____	Plan de traitement # _____
# Plaie : _____ Site de la plaie : _____	Date : _____	Date : _____	Date : _____
OBJECTIF (curatif, de maintien, palliatif)			
Mesure d'asepsie (stérile, sans contact ou technique propre)			
Nettoyage (solution, quantité, irrigation HP/BP, autre)			
Protecteur cutané			
Pansement primaire ou produit (directement sur le lit de plaie)			
Pansement secondaire (recouvre le pansement primaire)			
Dispositif de recouvrement (adhésif, bandage, autres)			
Débridement chirurgical conservateur (DCC) ou Scarification (S) par l'infirmière			
Thérapie compressive (type et force)	mmHg	mmHg	mmHg
Thérapie par pression négative (TPN)	Nom : <input type="checkbox"/> VAC <input type="checkbox"/> Renacys <input type="checkbox"/> Autre : _____	Interface	
		Agent de remplissage	
		Pression	mmHg
		Mode	Continu <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/>
Autres :			
Fréquence de réfection			
Initiales			

GRM 14003576 Rev. (2019-02-28) - DSIEC
FP-CISS-6276

PLAN DE TRAITEMENT DE LA PLAIE

Dossier médical
D.I.C.: 3-4-4
Page 1 de 2

Question 8

Nommez deux types de plaies nécessitant une déclaration à l'aide du formulaire d'incident ou d'accident AH-223.

RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

DT9034

Section 1 : Identification de la personne touchée

Type de personne touchée : Aucune (si oui, passez à la section 2) Usager

Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement

Événement : Accident Erreur de médication Autre (précisez) : _____

Date : Année | Mois | Jour | Heure | Min. | Seconde

État de l'événement : Estimé Indéterminé

Lieu où s'est produit l'événement : _____

Information sur l'utilisateur

Curatelle : Non Oui

Si oui : Privée Publique

Type de déficience : Aucune Auditive Cognitive Intellectuelle Langage Motrice Multisensorielles Physique Visuelle

Situation préalable

État de la personne : Normal Agité Somnolent Inconnu Désorienté/confus Agressif/violent Comateux

Capacité de déplacement : Totale Partielle Dépendance totale Inconnue

Référence reçue : Usuelle Étrange Continue Inconnue

Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)

Section 4 : Type d'événement (faire un choix de A à G)

A- Chute : Chute Quasi-chute (décrivez les circonstances précises – veuillez cocher la case appropriée)

Bain/toilette Chaise/fauteuil Civière En roulant Escalier Lit Lors d'activités

Lors d'un transfert Toilette Trouvé par terre Autre (précisez) : _____

B- Erreur de : Médicament Traitement/intervention Diète

Allergie connue Conservation/entreposage Dispensation/décompte Disponibilité Dose/débit

Heure/date d'administration Identité de l'utilisateur Intégrité/contamination Non respect d'une procédure/protocole Omission

Pénicilline Trouvé Type/soins/heure/constance Voie d'administration

Autre (précisez) : _____

a) Médicaments/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré				b) Médicaments/traitement/intervention prescrit/diète qui aurait dû être administré			
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure

Autres renseignements : _____

C- Test diagnostique :

Laboratoire

Pré-analytique Analytique Post-analytique Description Erreur de saisie liée à l'ordonnance

Erreur liée à l'identification Non respect d'une procédure Autre (précisez) : _____

Identification : _____

AH-223.1 DT9034 (rev. 2014-05) RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT DOSSIER DE L'USAGER

La déclaration des plaies nosocomiales

- Toute nouvelle plaie nosocomiale parmi les suivantes:
 - **Lésion de pression de stade 2, 3, 4, LTP et indéterminé (X) (ne pas déclarer les rougeurs sans perte tissulaire de stade 1)**
 - **Plaie traumatique (ex.: hématome, déchirure cutanée)**
- Par l'intervenant qui constate la plaie et au besoin, avec la collaboration de l'infirmière pour l'évaluation de la plaie
- Dans un rapport de déclaration des incidents et accidents avec une copie au dossier de l'utilisateur
- Information sur l'étiologie, le site et la classification de la lésion, le score de Braden, la référence aux mesures inscrites au PTI, la conseillère en soins de plaies avisée
- Analyse et suivi par l'équipe de soins et son gestionnaire



La déclaration des plaies nosocomiales

Exemple de rapport informatisé

Section 3

Information sur l'utilisateur

Curatelle : Non Oui

Type de déficience : Aucune Auditive Co Motrice

Physique Visuelle

Situation préalable

État de la personne : [] Capacité placement : [] Surveillance requise :

Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)

* Exemple d'une description :
Plaie de stade II constatée lors du changement de culotte d'incontinence. Diminution de la mobilité. Echelle de Braden : 12.

Document disponible dans l'intranet:
Aide-mémoire : Déclaration de plaie dans l'application
SISSS (AH-223)

Question 9

Que peut-on faire en présence de rougeurs fongiques au niveau d'un pli cutané?



Protocole soins de la peau

Protocole soins de la peau CISSS - Avril 2017

Formations en soins de plaies

- Module 1 : Peau et cicatrisation
- Module 2 : L'évaluation clinique reliée aux plaies
- Module 3 : Le traitement des plaies
- Module 4 : La prévention et le traitement des lésions de pression
- Module 5 : La prise en charge des soins de la peau (humidité et sécheresse cutanées)

TRAITEMENT DES INFECTIONS DES PLS CUTANÉS (Éviter de combiner 2 types d'antifongique en même temps)

Plis cutanés SANS CONTACT avec des liquides biologiques

(ex. : sous les seins, aisselles, pli abdominal)

Pansement Kerlix AMD (antimicrobien au PHMB 0,2 %)

MODE D'EMPLOI :

- **Si rougeur** : Nettoyer et assécher la peau tel que mentionnée à l'étape 1
- **Si plaie** : nettoyer avec NaCl 0,9 %
- Assécher en épongeant délicatement
- Mesurer et couper la longueur nécessaire pour couvrir la rougeur dans le pli cutané
- Placer dans le pli cutané, une ou deux épaisseurs et s'assurer de l'absence de plis
- Changer le pansement Kerlix AMD aux 3 jours
- Si souillé avant 3 jours, retirer le pansement, nettoyer, assécher, examiner la peau et en remettre un nouveau

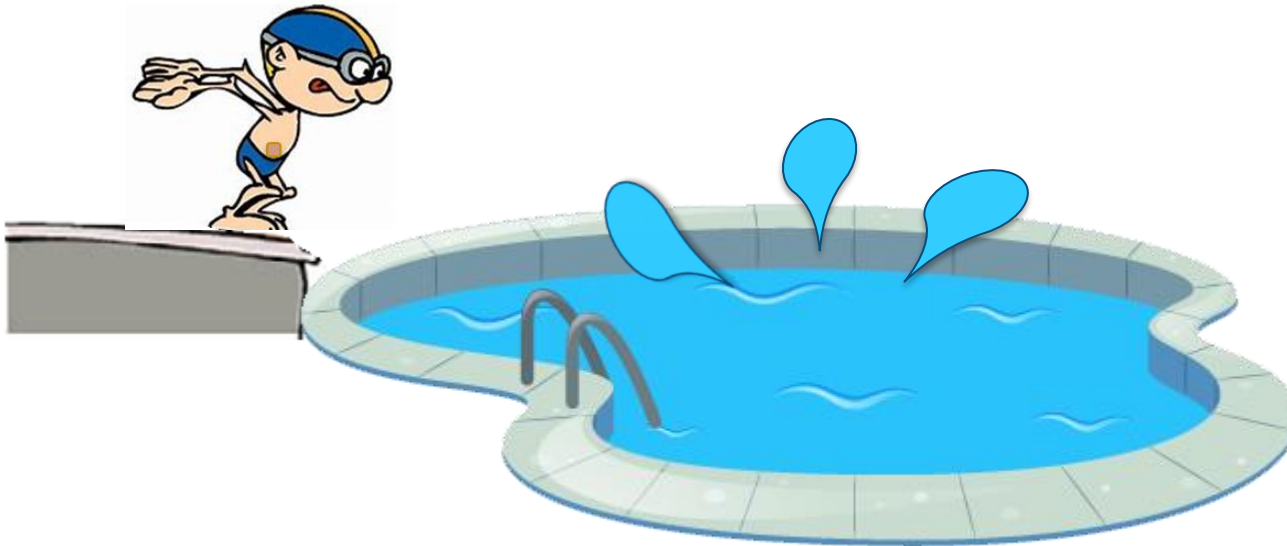


Kerlix AMD (PHMB)

Soins de plaies
et stomies

Question 10

Un usager porteur de stomie peut-il se baigner dans une piscine?





Soins de plaies et stomies

LE CISSS DES LAURENTIDES complice de votre santé

Dépliant pour la clientèle – Les soins péristomiaux

Dépliant pour la clientèle - Vivre avec une stomie

La procédure à suivre: (suite)

- Inspectez la stomie et la peau péristomiale; Si votre peau est irritée ou ulcérée, consultez l'infirmière du CLSC.



- Coupez ou rasez (avec un rasoir électrique) les poils péristomiaux;
- Mesurez les dimensions de votre stomie;



Au besoin, ajoutez un agent de remplissage (pâte, bandes, rondelle) au pourtour de l'ouverture de la barrière cutanée et dans les plis cutanés.

- Taillez ou moulez l'ouverture de la barrière cutanée;



- Réchauffez la nouvelle barrière cutanée afin d'assurer une bonne adhésion;



- Appliquez la nouvelle barrière cutanée.

- Effectuez des mouvements circulaires au pourtour de la stomie en partant du centre vers l'extérieur pendant 30 secondes;
- Fixez le nouveau sac à la barrière cutanée;



⇒ Lavez-vous les mains à la fin de la procédure.

Références:

Coloplast, Convatec, Hollister
Lemire, C. Soins infirmiers : méthodes de soins 2, Chenelière Éducation, Montréal, 2011
Méthode de soins informatisée, CISSS-2012
A guide to living with a urostomy, CAET, 2007
© photos utilisées avec autorisation de Coloplast

Direction des soins infirmiers
et de l'éthique clinique



Les soins péristomiaux



Recommandations pour vidange du sac collecteur, les soins de la peau et le changement de l'appareil collecteur pour stomie

Dépliant d'information

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides



BAIN ET DOUCHE

AVEC L'APPAREILLAGE

Il est possible de prendre un bain avec tout l'appareillage (collerette et sac collecteur) lorsque la plaie chirurgicale est cicatrisée.

- **Ne jamais** enlever le sac collecteur lors des soins d'hygiène, car de l'eau pourrait s'infiltrer sous la collerette et pourrait créer des problèmes de peau.
- ✓ **Utiliser** un séchoir à cheveux à température froide ou une serviette pour assécher la collerette et le sac.

SANS L'APPAREILLAGE

Il est possible de prendre un bain ou une douche juste avant de remettre votre nouvel appareillage.



Le meilleur moment est celui où la stomie fonctionne le moins, soit le matin en se levant, puisque vous êtes à jeun.

La peau au pourtour de la stomie doit être lavée avec de l'eau tiède et être bien asséchée par la suite.

- **Éviter** l'huile de bain, car l'adhérence de la collerette et du sac collecteur pourrait être altérée. Opter pour un savon doux naturel, non gras (ex. : sans lanoline, glycérine, parfum ou huile).
- **Éviter** de diriger le jet de la douche directement sur la stomie.

ACTIVITÉS ET SPORTS

Lors de la convalescence, les capacités physiques reprennent graduellement. Il s'agit d'adapter votre rythme et de respecter ce que votre corps vous dit. Il faut prendre du temps pour soi et du temps pour le repos.

Il n'est pas recommandé de pousser, tirer, soulever des poids de plus de 15 kg (30 lb). Les sports plus exigeants peuvent être repris graduellement après huit semaines de convalescence.

- ✓ Un protecteur de plastique (coquille) peut être ajouté pour protéger la stomie.
- ✓ Il est recommandé d'utiliser une ceinture ou une bande abdominale pour sécuriser et supporter l'appareillage pour stomie.

- ✓ Pour la natation, du diachylon résistant à l'eau peut être utilisé au pourtour de la collerette pour favoriser l'étanchéité (ex. : hypafix, Mefix, pellicule transparente).

→ **Éviter** les sports de contact tels que la boxe, le karaté et le kick boxing.

→ **Éviter** de soulever et de tirer des objets lourds. Lors des sorties, toujours avoir du matériel de rechange.



VÊTEMENTS

Il est possible de porter le même genre de vêtements selon votre confort, n'oubliez pas que l'appareillage doit rester près du corps et qu'il doit être vidé à intervalle régulier.

Le sac peut être déposé sur ou sous les sous-vêtements.

- ✓ Les vêtements avec fibre élastique peuvent être une option à considérer.

- ✓ La ceinture fixée au sac collecteur reste le meilleur moyen pour garder le sac près du corps.



- ✓ Une gaine élastique peut être utilisée pour avoir un abdomen uniforme.

- ✓ L'expérimentation est le meilleur moyen pour trouver ce qui vous convient. Ce qui peut convenir à certains peut ne pas vous convenir.

Des centres spécialisés pour les produits de stomies offrent des articles intéressants (vêtements, sous-vêtements avec pochette pour sac).

- **Ne pas porter** une ceinture trop serrée, car elle pourrait créer une pression sur la stomie.

Au besoin, les hommes peuvent envisager de porter des bretelles pour éviter la pression de la ceinture sur la stomie.

VOYAGE / VACANCES

Il faut prévoir le matériel nécessaire en quantité suffisante, car des imprévus peuvent survenir puisque dans certains pays chauds, on peut contracter des bactéries qui peuvent causer une diarrhée du voyageur (Turista).

Les températures extrêmes, tant chaudes que froides, peuvent affecter l'intégrité des produits. Il vaut mieux garder les produits dans un endroit frais et sec (éviter les automobiles).



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

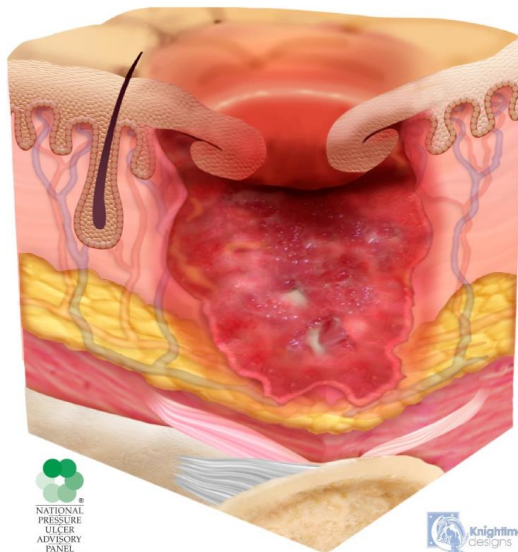


Question 11

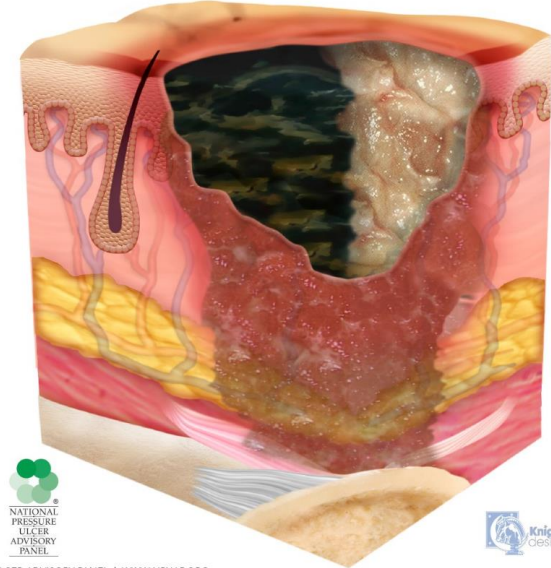
Nommez les stades des lésions de pression sur ces images.



Area of Focus



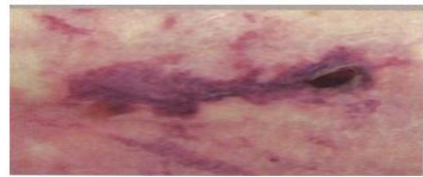
©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

Soins de plaies et stomies

LTP



Caractéristiques

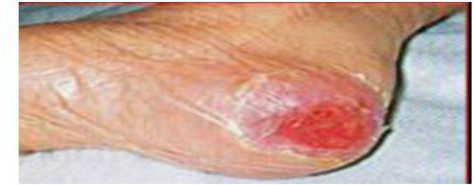
Avec bris cutané ou non
Zone de peau avec une coloration pourpre ou marron; phlyctène sanguine rupturée ou non
Dommages causés aux tissus mous sous-jacents
Peut être précédée par la présence de tissus douloureux, indurés ou oedématiés

Stade 1



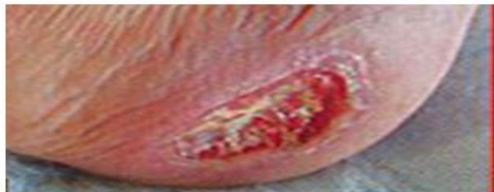
Peau sans bris cutané présentant une rougeur localisée de l'épiderme
Rougeur présente depuis plus de 30 minutes consécutives
Rougeur qui ne blanchit pas à la pression

Stade 2



Bris de l'épiderme et du derme superficiel ou profond
Lésion ouverte peu profonde, lit rouge ou rose
Peut aussi être une phlyctène remplie de liquide séreux, rupturée ou non

Stade 3



Perte tissulaire complète avec exposition du derme et du tissu sous-cutané; espaces sous-jacents ou tunnels peuvent être présents
Différents tissus peuvent recouvrir le lit de la plaie :

- tissu nécrotiques humides ou secs
- tissu de granulation
- tissu adipeux

Stade 4



Perte tissulaire complète
Structures exposées : Os, muscle, tendon, ligaments, vaisseaux
Sinus, espaces sous-jacents, tunnels ou sillons souvent présents



**STRUCTURES EXPOSÉES :
AVISER LE MÉDECIN**

Formations en soins de plaies

- Module 1 : Peau et cicatrisation
- Module 2 : L'évaluation clinique reliée aux plaies
- Module 3 : Le traitement des plaies
- Module 4 : La prévention et le traitement des lésions de pression
- Module 5 : La prise en charge des soins de la peau (humidité et sécheresse cutanées)

Stade indéterminé (X)



Perte tissulaire complète
Plaie recouverte de tissus nécrotiques (jaune, brun, blanc ou autre) ou d'une escarre
Impossible d'évaluer la profondeur de la plaie

Des Méthodes de soins informatisées à consulter

- Cadre de référence en soins de plaies*
- Évaluation et gestion des plaies de pression*
- Prévention et prise en charge des lésions de pression*
- Processus de cicatrisation
- Sélection d'un pansement, produit topique
- Application d'un pansement (de tous les types)
- Application et retrait d'une mèche
- Retrait des agrafes, des drains
- Fermeture d'une plaie avec la thérapie par pression négative
- Mesure de l'indice de pression tibio-brachial ou indice de pression systolique cheville bras**
- Application d'une thérapie par compression - Bandages compressifs**
- Débridement de plaies***

*: Lecture obligatoire au cours de la première année suivant l'embauche.

** : Une formation sous forme d'accompagnement est requise pour exercer ces pratiques au CISSS des Laurentides.

***: Un atelier pratique est nécessaire pour exercer cette pratique au CISSS des Laurentides



MÉTHODES
DE SOINS



Pansement et
soins de plaies

Démonstration de la section soins des plaies dans l'intranet...

Soins de plaies
et stomies



Merci!

Références

- Bourassa J, Beaulieu M, Gervais F. (2012)** Programme de soins de plaies du CISSS Antoine-Labelle.
- Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (2016).** Méthode de soins informatisées - Nettoyage d'une plaie.
- Dagenais M, Castonguay I. (2015)** Formation de base en soins de plaies du CISSS de Thérèse de Blainville.
- Gazette officiel du Québec (2015).** Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des personnes autres que des infirmières et infirmiers auxiliaires. Repéré à <https://www.oiaq.org/files/content/Infirmiere/reg-activites-cepia-16-12-2015.pdf>
- Godin J-H, Gérard-Lemieux V. (2013)** Programme de formation en soins de plaies du CISSS d'Argenteuil
- Lajeunesse A-M, Dion C. (2015)** Programme de formation sur les rôles et responsabilités en soins de plaies du CISSS du Lac des Deux-Montagnes.
- Lajoie A. (2015)** Programme de formation sur l'asepsie lors des soins de plaies du CISSS Pays d'en Haut.
- Léger M-P, Paquette A. (2015)** Programme de formation de base en soins de plaies du CISSS des Sommets.
- Morse J. (2012)** Programme interdisciplinaire de soins de plaies du CISSS de Saint-Jérôme.
- National pressure ulcer advisory panel (2016)** Pressure injury stages. Repéré à <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
- OIIAQ (2014).** Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire. Repéré à https://www.oiaq.org/files/publication/Activites_Pro_Inf_Aux.pdf
- OIIQ (2016).** Le champs d'exercice et les activités réservées de l'infirmière et de l'ifirmier. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>
- OIIQ (2018).** Rôle et responsabilités de l'externe en soins infirmiers. Repéré à <https://www.oiiq.org/acceder-profession/parcours-etudiant/externat/activites-professionnelles-permises>