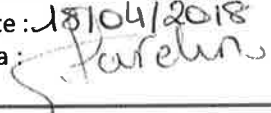


	PANSEMENT	FTE.SOIN.01
		Version : 2
		Pages : 1 sur 3
		Mise en application : 18/04/2018
Rédacteur : C. GILARDINO Fonction : Cadre de santé Date : 18/04/2018 Visa : 	Vérificateur : N. POLETTI Fonction : IDE Hygiéniste Date : 18/04/2018 Visa : 	Approbateur : L. FARGIER Fonction : Directrice des Soins Infirmiers Date : 18/04/2018 Visa : 

I. Objet

Cette fiche technique décrit les recommandations utiles et opérationnelles pour les pratiques d'hygiène lors des soins de plaies et de pansements

II. Domaine d'application

Cette fiche technique s'applique aux patients porteurs de plaies n'ayant pas d'ordonnance de sortie ou de protocole hospitalier pour la prise en charge de leurs plaies, et nécessitant une première action qui soit adaptée avant d'organiser une consultation médicale.

III. Références réglementaires et normatives

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier - Journal Officiel du 16 février 2002, Abrogé par le décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004

Le décret précise les actions de prévention réalisées par l'infirmier ainsi que les actes réalisés sur prescription médicale, la nécessité des protocoles écrits et l'importance du travail de collaboration à développer avec les aides-soignants ou les auxiliaires de puéricultures

Article 5 : Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux
- Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés dans l'article 6
- Prévention et soins d'escarres
- Prévention non-médicamenteuse des thromboses veineuses
- Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques
- Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire

IV. Responsabilités

Cette fiche technique est sous la responsabilité des soignants paramédicaux prenant en charge des plaies chez des patients.

V. Déroulement de la fiche technique

5.1. Définition

• La plaie est une effraction cutanée qui présente des risques de contaminations d'origine endogène (propre flore du patient dite "commensale") et d'origine exogène (flore dite "transitoire") venue de l'extérieur. Les plaies sont représentées en deux grandes catégories :

- ✓ Les plaies aiguës (plaies traumatologiques, plaies opératoires et brûlures)
- ✓ Les plaies chroniques (escarres et ulcères)

Les plaies chroniques et aiguës diffèrent entre elles notamment dans le temps nécessaire à l'achèvement de l'épithélialisation.

• Les risques de contamination de la plaie, de transmission de germes à un autre patient peuvent être liés à la plaie elle-même, à l'environnement, aux matériels utilisés, aux comportements du soignant, du patient et de son entourage.

5.2. Matériel

Consommables de l'HAD.

5.3. Descriptif plaies et actions

5.3.1. *Les plaies aiguës*

- Les soins des plaies propres suturées, les plaies comportant un dispositif externe (fixateur externe en orthopédie).
- Les plaies ouvertes (drainages, irrigations, méchage, lavage d'une plaie, moignon d'amputation, greffes.
- Les plaies profondes et délabrées.
- Les plaies aiguës infectées.

5.3.2. *Les plaies chroniques*

- Les soins des escarres.

STADE	CLASSIFICATION DES STADES DE L'ESCARRE
Stade 0	Peau intacte, mais risque d'escarre
Stade 1	Erythème cutané sur une peau apparemment intacte ne disparaissant pas après la levée de la pression ; en cas de peau plus pigmentée : modification de couleur, œdème, induration
Stade 2	Perte de substance impliquant l'épiderme et en partie le derme (mais pas sur toute son épaisseur), se présentant comme une phlyctène, une abrasion ou une ulcération superficielle
Stade 3	Perte de substance impliquant le tissu sous cutané avec ou sans décollement périphérique, type de nécrose sèche ou humide
Stade 4	Perte de substance atteignant et dépassant le fascia et pouvant impliquer : os, articulations, muscles ou tendons. <i>Facteurs péjoratifs : décollement, contact osseux, fistule et infection</i>

- Les soins des ulcères (veineux, artériel, mixte)
- Les plaies cancéreuses
- Les plaies chroniques infectées
- Pieds diabétiques

	Stade de cicatrisation	Niveau d'exsudat	Action	Pansements
NÉCROSE			RAMOLLIR HYDRATER	HYDROGEL+ HYDROCOLLOÏDES/HYDROCELLULAIRES PURILON+ COMFEEL/ PURILON ou INTRASITE+ TIELLE
			ABSORBER HYDRATER	HYDROFIBRES + HYDROCELLULAIRES AQUACEL+AQUACEL FOAM ou TIELLE
FIBRINE			ABSORBER DRAINER	ALGINATES +HYDROCELLULAIRES BIATAIN ALGINATE /ALGOSTERILE+ TIELLE ou AQUACEL FOAM
			ABSORBER sans relarguer	HYDROFIBRES + HYDROCELLULAIRES AQUACEL+AQUACEL FOAM ou TIELLE
BOURGEONNEMENT			ABSORBER CICATRISER	HYDROCELLULAIRES AQUACEL FOAM/ TIELLE/ BIATAIN
			ABSORBER CICATRISER	HYDROCELLULAIRES ou HYDROFIBRES BIATAIN/ TIELLE/ AQUACEL
			HYDRATER CICATRISER	TULLES ou INTERFACES JELONET/EFFIDIA/ADAPTIC
			ABSORBER CICATRISER	HYDROCOLLOÏDES FINS ou HYDROCELLULAIRES COMFEEL / TIELLE/ BIATAIN
ÉPIDERMISATION			PROTÉGER CICATRISER FIXER	HYDROCOLLOÏDES COMFEEL
			ABSORBER CICATRISER	PANSEMENTS SECS COSMOPORES

- Plaies post-opératoires
- Coupures
- Abrasions
- Petites plaies

En cas de **plaies infectées et/ou malodorantes**, il existe :

- Des pansements au charbon actif et argent type **ACTISORB** (Ne se découpent pas)
- Des pansements à l'hydro alginate d'argent type **RELEASE Ag** (peuvent être découpés)

15 jours d'utilisation maximum

Utiliser un alginate de calcium humidifié au NaCl0.9% (**ALGOSTERILE**) pour les plaies **hémorragiques**

En cas d'**hyper bourgeonnement** : Nitratage au **crayon de nitrate d'Ag** ou sur **PM** de pommade **corticoïde + Tulle** pendant 3 ou 4 jours

Préférer les formes **non-adhésives** aux formes adhésives sur les **peaux fragiles**

VI. Annexes :

Sans objet

