VISage
Vienne Santé Gérontologie
http://visage.sante-ra.fr

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n° 96 – novembre 2011

L'expertise infirmière en première ligne dans les plaies chroniques de la personne âgée

Grâce à sa formation théorique et son expérience professionnelle, l'infirmière accède à une expertise dans son domaine de compétences. A ce stade, son analyse se fait de façon intuitive et globale. L'ensemble de ses ressources (savoirs, habileté, attitudes, valeurs), lui permettent d'adapter une prescription médicale au plus près de la personne âgée prise en charge. Certes l'infirmière agit toujours sur prescription médicale, mais elle acquiert un raisonnement, un questionnement et une autonomie justifiant ses interventions propres. Elle possède une intelligence de la situation, donne du sens au soin qu'elle réalise. Cette réflexivité lui permet d'être reconnue et d'asseoir son autonomie professionnelle, elle prend dès lors parfois le risque d'adapter la prescription.

L'infirmière occupe une place de premier ordre dans la prise en charge des plaies chroniques de la personne âgée. Sa connaissance accrue du patient âgé et de ses pathologies, lui confère une place de référent au sein d'une équipe pluridisciplinaire. En effet les multi-pathologies (diabète, cancer, anémie, immobilité, déficiences et dénutrition) sont autant de facteurs de risque, qui accroissent encore ce processus d'altération cutanée. Il s'agit alors d'une prise en charge globale tenant compte de l'environnement, des représentations, et des ressentis du patient.

L'ulcère de jambe est une perte de substance cutanée d'origine vasculaire, ayant tendance à ne pas cicatriser spontanément. L'ulcère peut être d'origine **veineuse** (l'hyperpression veineuse entraîne une stase, avec l'apparition d'œdèmes, aboutissant à la nécrose tissulaire), **artérielle** (l'obstruction d'une artère, par athérosclérose, embolie, empêche les éléments nutritifs dont l'oxygène d'arriver aux tissus) ou **mixte**. **L'escarre** est une nécrose tissulaire consécutive à une insuffisance de flux sanguin provoquée par la compression des artérioles des tissus mous entre un plan dur et un relief osseux.

L'expertise infirmière passe par de bonnes pratiques de soins et aussi, en amont, de bonnes pratiques de prévention. Ainsi, la prévention de l'escarre passe par la suppression de l'appui, avec la mise en place de coussin de décharge, ou de support anti-escarre, par des changements de position répétés. La préservation de l'intégrité des tissus est primordiale, cela nécessite des soins d'hygiène rigoureux, et une stimulation de la mobilité, ainsi qu'une surveillance des apports protéinés et hydriques. Dans le cas de l'ulcère veineux, l'insuffisance veineuse est améliorée par la pose d'une contention veineuse qui est le traitement de référence, par des consignes posturales, avec évitement des jambes pendantes ou croisées, incitation à la marche, et limitation du piétinement. Lorsqu'un ulcère ou une escarre sont constitués, la cicatrisation est favorisée par l'élimination des débris nécrotiques, grâce une détersion mécanique de qualité. L'utilisation de sérum physiologique est privilégiée car il permet de maintenir une flore de qualité contrairement à l'usage d'antiseptique.

Les sens et le soin :

Pour adapter le soin, parmi la palette des savoirs, il est nécessaire de développer le savoir-être, ce lien de proximité indispensable de soignant à soigné. Il s'agit de cette aptitude qu'a le soignant à capter, tout au long de sa prise en charge, une multitude d'informations ressenties, ou exprimées par le patient. Hormis la communication verbale, le contact peut s'établir par un échange de messages passant par les sens. Les perceptions sensorielles servent d'« instruments de connaissance » à travers le toucher, l'odorat, l'ouïe et la vue avec l'observation des gestes, des mimiques, des postures du patient. Cette approche multisensorielle permet une approche plus fine du soin.

- **Le toucher**, peut être un toucher «épistémique» qui permet à l'infirmière d'évaluer, dans un but clinique, toute perturbation de la température, de l'hydratation de la peau, et aussi permettre la recherche d'une veine pour la pose d'un cathéter. Connaître le ressenti du patient, évaluer sa passivité, sa réticence. Le toucher «sémiotique» est le toucher qui vise à rassurer le malade, celui qui caresse la joue ou la main, celui qui calme l'angoisse.
- **L'odorat** apparaît comme le sens prééminent à l'hôpital. L'odeur s'impose au soignant, procure des indications sur l'état d'une plaie, avec des odeurs bien particulières de décomposition, d'infection, pas toujours faciles à gérer émotionnellement par les soignants et les malades.
- **L'ouïe** peut capter toute une multitude d'informations sur des ressentis du patient au-delà de sa demande. Elle porte attention aux propos que le malade exprime vis à vis de cette plaie chronique, parfois invalidante. Elle facilite sa libre expression, lui permet d'extérioriser grâce à une écoute active, ses difficultés à vivre, au milieu des autres, avec ce pansement taché ou malodorant. Des transmissions faites au médecin permettront l'utilisation d'un pansement spécifique (au charbon actif absorbeur d'odeurs ou un hydrocellulaire adapté aux exsudats importants). L'infirmière essaie d'améliorer l'apparence extérieure du pansement et peut parfois réussir à le masquer.
- **La vue** : lors d'une réfection de pansement, l'infirmière pose un regard actif sur la plaie, également un regard plus global sur le patient et son environnement. Regard clinique informatif, qui analyse les signes d'évolution d'une plaie, et regard affectif, empathique, qui rassure, sécurise, et donne l'énergie. Cette observation sensorielle est essentielle dans la détection et prise en charge de la douleur du patient. Ainsi, au-delà des mots, la posture du malade, l'expression de son visage, ses mimiques deviennent des indicateurs. Révélateurs chez les patients déments, dont la douleur ressentie n'est pas forcément exprimée, mais qui peut être manifestée par un changement ou un comportement inhabituel du patient.

Cette écoute active des mots et des maux, ce regard attentif, permettent de mettre en place les protocoles antalgiques, et de proposer des techniques de soins, les plus confortables possibles, améliorant la qualité de vie du patient. Ainsi dans le cas d'un ulcère de jambe, l'ulcération sera protégée par un tulle en interface, évitant, tout contact avec la plaie et évitant la douleur lors d'une réfection. La force de compression sera évaluée par la prise en compte de l'expression du malade, et par l'observation des critères visuels, indicateurs d'efficacité et innocuité (œdèmes, pâleur, cyanose, pouls, douleurs). En effet, une contention veineuse, faisant garrot, ou non adaptée, est source de douleurs importantes et d'échec des traitements.

L'infirmière représente un repère physique et psychologique pour la personne âgée et prend une importance de premier ordre, quand à domicile, elle est le lien principal par son passage quotidien. Grâce à son savoir être et son savoir-faire, elle s'investit dans une prise en charge démontrant une expertise infirmière, guidée par une éthique. Ethique, notion abstraite, enjoignant le personnel soignant à informer d'une manière adaptée la personne âgée et à rechercher son consentement dans le respect de la personne, de son corps et de son psychisme.

Nathalie MOUREY, infirmière équipe mobile de gériatrie CH Vienne

Lectures : Catherine Mercadier, Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le corps au cœur de l'interaction soignant- soigné, Editions SELI ARSLAN ; L'expertise infirmière en première ligne dans la prise en charge des plaies cutanées, Revue l'Essentiel des régionales de Gérontologie, éditions 2011.