

SAD, MAD et confort du patient

Depuis plusieurs décennies, la qualité de vie des patients atteints de pathologies psychiatriques ou physiques, fait état de réflexions et de données sur la qualité de vie « générale » mais la qualité de vie liée à la santé s'intéresse, de manière plus spécifique, à l'impact des maladies ou des interventions sur la vie quotidienne des patients et selon leur point de vue. Ainsi l'étude de la perception des patients est cruciale pour appréhender leur qualité de vie.

Au-delà de l'évaluation de symptômes et de ses nombreuses échelles, interviennent les sensations, les sentiments, la vie intime, quotidienne et sociale. Un indicateur de qualité de vie subjectif est celui, attaché au patient, rend compte de l'ensemble de son vécu. L'enjeu ici est à la fois humain, scientifique et économique. Douleur, soins de pansement, handicap vs mobilité et autonomie, sommeil et nutrition, tout doit être fait pour préserver l'autonomie et la qualité de vie du patient.

Dans ce dossier, nous abordons donc les aspects prioritaires du Soins, et des patients âgés en particulier, alors qu'à un âge avancé, ce ressenti de qualité de vie, de bien-être et de confort conditionne, de manière peut-être encore plus impitoyable, l'état de santé physique et psychologique à venir.



© Thinkstock

sommaire

OPTIMISER LE BIEN-ÊTRE DES PATIENTS VIVANT AVEC UNE PLAIE	17
CONFORT ET SOINS DE PLAIES	18
SOINS DE BOUCHE, SOINS DE BIEN-ÊTRE	25
DES CONDITIONS ESSENTIELLES DU CONFORT DES SOINS	27
PRENDRE EN CHARGE LA DÉNUTRITION PRÉSERVE LA QUALITÉ DE VIE	29
LA NUTRITION POUR PRÉSERVER UNE QUALITÉ DE VIE	30
PRENDRE EN CHARGE LES TROUBLES DE DÉGLUTITION	31
PATHOLOGIES, SOMMEIL, ET PATHOLOGIES DU SOMMEIL	33

Auteurs et remerciements :

Rédaction : Isabelle Fromantin, infirmière experte Plaies et cicatrisation, Institut Curie - Pierre Pérochon, diététicien - nutritionniste, Diététicien-nutritionniste, Centre Hospitalier Louis Sevestre (La Membrolle Sur Choisille) - Brigitte Ragot, Infirmière DE, Unité mobile de soins palliatifs (UMSP) de Haute Côte d'Or

Coordination : P. B., **Validation :** Martine Soudani Médecin Gériatre, médecin coordonnateur du Centre d'action sociale de la ville de Paris.



A lire sur le web

Chaque article du dossier est désormais précédé d'une URL réduite

(ex : santelog.com/id3501) pour vous permettre, une fois « loggué » sur notre site d'accéder plus facilement à nos contenus.



Les engagements de Nestlé HomeCare pour vos patients

L'alimentation entérale du patient à son domicile demande une attention et un suivi particuliers. C'est pourquoi **Nestlé HomeCare propose un service adapté et personnalisé à chaque situation.**

Lors du retour à domicile, les patients alimentés par voie entérale requièrent des soins spécifiques et un suivi nutritionnel attentif. De plus, **les patients ont besoin d'être rassurés, tout comme leur entourage.** Nestlé HomeCare propose donc une prise en charge efficace via **la proximité et un suivi personnalisé à domicile.**

▶ Tous les patients sont suivis à domicile par nos diététiciens

Comme la réglementation l'exige, nos 64 diététiciens répartis sur toute la France, s'assurent de la bonne utilisation du matériel et des produits. Par ailleurs, **ils se déplacent tous les 28 jours auprès de leur patient dédié** afin d'établir une évaluation et un bilan nutritionnel.

Un dispositif au service de la santé et de la réassurance du patient pour une bonne observance du traitement.

▶ Proximité et complémentarité avec l'équipe soignante

Le diététicien Nestlé HomeCare référent offre une **expertise complémentaire** aux soins de l'infirmier grâce au suivi nutritionnel. Chacune de ses visites fait l'objet d'un compte-rendu au médecin prescripteur et/ou traitant.

Un suivi adapté aux équipes hospitalières pour une plus grande efficacité de la prise en charge.

▶ Une prise en charge spécifique des enfants

Parce que la nutrition entérale suscite aussi des questions et des inquiétudes de la part des enfants, Nestlé HomeCare a développé, pour eux, des supports d'information adaptés, ludiques et pédagogiques.

Le diététicien Nestlé HomeCare est formé à la prise en charge des enfants, leurs besoins, leurs goûts, leurs questions.



Nestlé HomeCare a développé des outils d'informations accessibles pour les adultes et les enfants.

Nestlé HomeCare – Prestataire de santé à domicile

- **Leader dans la prise en charge personnalisée à domicile de la Nutrition Entérale** et une référence dans la prise en charge de l'**Insulinothérapie par Pompe**.
- **Plus de 10 ans d'expertise** au service des patients.
- Depuis sa création, Nestlé HomeCare a pris en charge **41 400 patients**.
- Un réseau national de **64 diététiciens**, dédiés à l'activité **Nutrition Entérale**, et de **40 infirmiers**, dédiés à l'activité **Insulinothérapie par Pompe**, présents sur tout l'hexagone.
- **Disponibilité téléphonique permanente.**
- Un stock unique centralisé pour une meilleure **traçabilité des produits.**
- Matériel et produits **délivrés au domicile du patient par un représentant Nestlé HomeCare.**

Pour toute demande de prise en charge, contactez le :



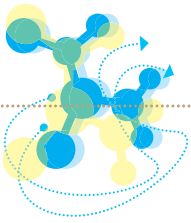
*0 970 809 806



mail : pec.nhc@fr.nestle.com

site : www.nestlehomecare.fr

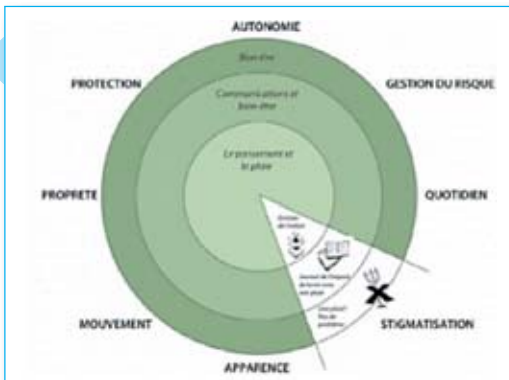
*appel non surtaxé



Optimiser le bien-être des patients vivant avec une plaie

Le concept a été développé dans un document de consensus publié par Wounds International intitulé « Optimisation du bien-être des patients vivant avec une plaie ». Ce document élaboré par 14 experts, met en avant différents facteurs pouvant altérer le bien-être des patients.

- Le facteur physique lié à la dimension de la plaie, son ancienneté... pouvant engendrer une réduction de la mobilité, insomnie et fatigue, voire entraîner des complications telle une hospitalisation ; ou encore les symptômes tels la douleur, les odeurs, des écoulements...
- La dimension émotionnelle qui suggère que le patient peut être en proie à un sentiment de peur, d'anxiété, de stress et de dépression ou à d'autres émotions négatives.
- Le facteur social avec la réduction de l'autonomie, les modifications des interactions sociales,
- Le facteur spirituel/culturel et la capacité de trouver un sens et un but à la vie par l'intermédiaire des liens établis avec soi-même et autrui.



L'optimisation du bien-être du patient qui comprend de multiples facteurs, repose sur l'interaction entre les soignants, les aidants et le patient- Schéma@ Wounds International

Le bien-être, un concept qui varie

- d'un patient à l'autre
- en fonction du temps.
- en fonction de la culture et du contexte patient
- mais pas en fonction de la durée de la plaie ou du milieu de soins.

Source : Wounds International

Ainsi, optimiser le bien-être va passer par plusieurs principes, dont la préservation de l'autonomie, une bonne gestion de la prise en charge de la plaie, y compris sur la vie quotidienne du patient, l'évitement de la stigmatisation et la préservation de l'apparence, la prise en compte du besoin de mobilité et d'hygiène du patient et, bien sûr la protection contre l'infection.

8 principes pour la qualité de vie et le bien-être du patient

- L'autonomie ou la nécessité pour une personne de prendre en charge les éléments physiques, psychologiques et affectifs des soins de sa plaie,
- La gestion du risque avec l'adoption de certains comportements et protocoles dans la prise en charge de la plaie,
- Le quotidien et les conséquences de la plaie sur la vie quotidienne du patient,
- La stigmatisation ou la prise en compte de la réaction des autres vis-à-vis des personnes vivant avec une plaie
- L'apparence qui sera optimisée grâce à l'aspect et la présentation des pansements et des produits de soin
- Le mouvement, c'est-à-dire l'adéquation des pansements aux activités du patient
- La propreté et la réconciliation entre les exigences du patient sur le plan de l'hygiène et la nécessité de garder parfois le pansement pendant des périodes de plusieurs jours
- La protection, les pansements devant protéger l'organisme contre les dommages physiques et l'infection.

Afin de répondre à cet éventail de besoins des patients, il est nécessaire de mettre en place des outils d'évaluation du bien-être, du point de vue même du patient.

La relation thérapeutique entre patient et soignant contribue de manière primordiale à la qualité du soin mais aussi au bien-être du patient. Compétence, bienveillance, engagement et considération de mise dans tous les échanges avec les patients, prennent ici toute leur importance.

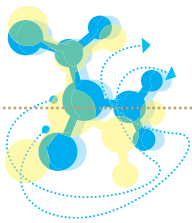
Un échec thérapeutique ou une plaie qui ne cicatrise pas ne s'explique pas par des patients difficiles.

Là encore la Wounds International apporte quelques conseils, comme,

- Rester tourné vers le patient durant chaque échange,
- rester concentré et centré sur le patient, l'observer et l'écouter avec attention,
- chercher, en le questionnant, à comprendre le vécu du patient, en particulier à l'égard de sa plaie, même si les expériences décrites sont négatives,
- éviter d'interrompre le patient ou d'orienter son point de vue, mais prendre pleinement en compte ses réactions, son ressenti, son mode de vie et sa culture,
- prendre en compte les réactions du patient selon les questions posées
- observer pour évaluer la mobilité du patient, avec sa plaie,
- planifier les visites et constituer un dossier, pour assurer une continuité de soins. • •

Sources :

Compte-rendu Symposium Smith and Nephew- Conférence des Plaies et cicatrisations-Paris-Janvier 2012 - intervention Isabelle Fromantin Responsable Unité Plaies et Cicatrisation, Institut Curie Wounds International « OPTIMISATION DU BIEN-ÊTRE DES PERSONNES VIVANT AVEC UNE PLAIE »



Confort et soins de plaies

Il peut sembler contradictoire d'associer les termes « confort » et « soins de plaies ». Pourtant, une maîtrise du soin, une bonne connaissance du traitement des plaies et les nombreux dispositifs médicaux à notre disposition permettent de ne pas les opposer, voire de les associer.

La douleur

La douleur est sans doute l'inconfort le plus appréhendé par le patient. C'est une notion complexe car elle peut être spontanée (liée à la plaie) ou provoquée par les soins, nociceptive et / ou neurogène, majorée par l'anxiété ou une souffrance plus globale⁽¹⁾. Elle est souvent d'intensité variable dans le temps (évolutive ou régressive).

L'évaluation de la douleur doit être rigoureuse et répétée, que le sujet soit communiquant ou non. Plusieurs échelles d'évaluation de la douleur existent (ex : EVA¹, EVS², Doloplus³) ; mais dans leur pratique quotidienne, les soignants utilisent le plus souvent leur appréciation clinique.

Certaines plaies sont douloureuses en raison de leur étiologie comme les ulcères artériels ou des lésions tumorales. D'autres deviennent douloureuses du fait d'une complication comme l'infection.

Traiter la cause permet à terme de réduire la douleur, ce qui peut être relativement facile dans le cas d'une plaie infectée (ex : antibiotiques) mais plus délicat lorsque le patient ne répond pas aux traitements étiologiques (ex : plaie tumorale). La douleur de plaies spécifiques comme les angiodermes nécrotiques peut être soulagée par un recouvrement (mise à plat et greffe de peau).

Dans tous les cas, une douleur spontanée doit être traitée médicalement et sans attendre, par des antalgiques de palier 1, 2 ou 3 auxquels doivent parfois être associés des co-antalgiques (antidépresseur, anticonvulsivant).

Des solutions locales peuvent également être adaptées si la douleur se limite au lit de la plaie comme l'application d'hydrocellulaire imprégné d'Ibuprophène (Biatain[®] Ibu) ou des préparations à base d'hydrogel et de morphine (en cours d'évaluation)

La douleur provoquée (induite par les soins) peut quant à elle être prévenue par des gestes simples :

- * humidifier le pansement avant le retrait,
- * prendre le temps nécessaire,
- * s'aider d'anti-adhésif (...);
- * et par des attitudes rassurantes :

parler, toucher une partie non douloureuse du corps, distraire l'attention. L'ensemble de ces petits gestes est d'autant plus important que le patient est vulnérable ou fragile

(ex : âges extrêmes).

Des dispositifs « non traumatiques » : Une autre mesure de prévention consiste à utiliser la large gamme de produits et moyens de fixation non traumatiques à notre disposition tels que :

- les pansements adhérents comme les hydrocellulaires siliconés ou « contact » (Mepilex[®], Biatain[®]

contact, Allevyn[®] gentle, Aquacel[®] foam, Askina[®] DreSil)

- les interfaces (Urgotul[®], Mepitel[®], Adaptic[®], Hydrotul[®])
- les filets (Tubifast[®], Surgifix[®]) ou bandes
- les nouvelles générations d'adhésifs siliconés (Micropore[®] silicone, Mepitac[®])

Si malgré tout, le soin est douloureux car traumatique ou agressif (ex : détersion mécanique), des anesthésiants locaux peuvent être préalablement appliqués comme,

- la Xylocaïne[®] (> 5mn de temps de contact)
- ou l'EMLA[®] (> 45mn de temps de contact).
- Les formes crèmes ou gel (ex : Xylocaïne[®] visqueuse) sont préférées si la plaie est crouteuse ou nécrotique afin de ramollir pendant le temps de contact ce qui doit être ôté.
- Par contre, l'efficacité des anesthésiants locaux (non injectables) sur les plaies varie d'un individu à l'autre.

Les soignants sont de plus en plus nombreux à se former à des techniques comme l'hypnoanalgésie pour répondre autrement à ce problème de douleur lié à un acte de soin. Cette technique peut être utilisée de façon simple tout en réalisant le pansement (hypnose conversationnelle), en décalage par rapport au temps de soin (séance d'hypnoanalgésie avec apprentissage de l'auto-hypnose par le patient), ou conduite par un tiers pendant le soin⁽²⁾.

Quoiqu'il en soit, l'absence de douleur, même si elle semble plus « confortable », peut être à l'inverse un véritable risque pour le patient

qui n'est pas alerté par un message douloureux l'amenant instinctivement à se protéger, se soigner ou consulter. Cette situation est malheureusement fréquente chez les diabétiques atteints de neuropathie et peut conduire à des prises en charge bien trop tardives des plaies, donc à des situations graves (ex : amputation) moralement très douloureuses. Ces patients doivent être particulièrement surveillés et / ou éduqués à l'auto-surveillance (ex : éducation thérapeutique).

La détersion

La détersion mécanique qui conditionne bien souvent l'évolution d'une plaie vers la cicatrisation est appréhendée par les patients, mais aussi par les soignants. Elle permet pourtant de rendre la situation plus confortable par une réduction du risque infectieux, une diminution des odeurs et un raccourcissement de la phase de détersion qui est la première étape vers la cicatrisation⁽³⁾.

Biatain[®]
Silicone

Biatain[®]
Silicone Lite

Nouveau



Bénéficiez de plus de liberté grâce à une absorption supérieure¹

Les nouveaux pansements Biatain Silicone et Biatain Silicone Lite allient absorption supérieure et port sécurisé

Nouveau design composé d'une couche d'adhésif siliconé pré-perforée pour sécuriser le port du pansement et maximiser la tenue.

Matrice unique Biatain toujours aussi conforme au lit de la plaie assurant une absorption supérieure et un milieu humide optimal pour la cicatrisation.

Application facile et sécurisée grâce au système d'ouverture non-touch* en 3 feuillets.

Les pansements Biatain Silicone et Biatain Silicone Lite peuvent être utilisés sur un large type de plaies aiguës et chroniques.

* Sans contact

Référence : 1. Coloplast data on file 2012 and 2013

Intégralement remboursé LPPR pour les patients au régime général qui bénéficient d'une couverture complémentaire (Séc. Soc. 60% + complémentaire 40%) et pour les patients en ALD (Séc. Soc. 100%) sur la base des tarifs LPPR et Prix Limites de Vente prévus sur la liste des produits et prestations remboursables définie à l'art. L165-1 du Code de la Sécurité Sociale :

- pour les plaies aiguës, sans distinction de phase, et les plaies chroniques en phase de bourgeonnement en traitement séquentiel : Biatain Silicone, Biatain Silicone Lite

Dispositifs médicaux de classe IIb. CE (0543).

Fabricant : Coloplast A/S. Attention, lire attentivement la notice d'instructions avant utilisation



Biatain Silicone
Une absorption supérieure¹ avec adhésivité douce pour la plupart des plaies



Biatain Silicone Lite
Une absorption supérieure¹ avec adhésivité douce pour les zones mobiles



NOUVEAU

Pour les plaies chroniques et aiguës exsudatives

AQUACELTM ExtraTM

votre nouvel AQUACEL[®]



RÉSISTANCE • ABSORPTION • SÉQUESTRATION



AQUACEL[®] Extra[™] est un dispositif médical de classe IIb (CE0086), fabriqué par ConvaTec. Il est destiné au traitement des plaies chroniques et des plaies aiguës exsudatives. AQUACEL[®] Extra[™] est remboursable par la Sécurité Sociale au titre 1^{er}, chapitre 3, section 1, sous-section 1, paragraphe 5 de la L.P.P.R dans la prise en charge des plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase. Lire attentivement la notice d'instruction du produit avant utilisation. Les pansements de type hydrocolloïdes, hydrocellulaires, alginates, hydrogel, en fibre de carboxyméthylcellulose, à base d'acide hyaluronique, interface (toute forme), à l'argent et vasésinés ne sont pas destinés à être associés entre eux sur une même plaie sauf précision contraire à la nomenclature. L'association entre deux ou plus de ces pansements pour une même plaie n'est pas prise en charge à l'exception des cas prévus par la nomenclature. Se reporter à la notice d'utilisation des produits pour un mode d'emploi complet. AQUACEL[®] même est un dispositif médical de classe IIb (CE0086), fabriqué par ConvaTec. Il est destiné au traitement des plaies chroniques exsudatives. AQUACEL[®] est remboursable par la Sécurité Sociale au titre 1^{er}, chapitre 3, section 1, sous-section 1, paragraphe 5 de la L.P.P.R dans la prise en charge des plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase. Lire attentivement la notice d'instruction du produit avant utilisation.



Pansements AQUACEL[®]
TESTÉS. PLÉBISCITÉS.

www.convatec.fr



Septembre 2013 - ©[™] sont des marques déposées de ConvaTec Inc. © 2013, ConvaTec Inc.  MAJIS & CARRIÈRES

>>> **La détersion d'une plaie nécrotique** (ex : escarre stade 3) doit être effectuée avec des instruments adaptés (pinces, bistouri), jusqu'à la limite du saignement. Le plus facile est de commencer par la zone où la nécrose est la plus épaisse puis d'évoluer lentement vers les zones les plus superficielles et donc généralement plus sensibles. Une attention toute particulière doit être portée à ne pas exercer de tractions avec la pince sur des tissus sains.

Le malade doit être correctement installé afin que le soignant puisse réaliser ce geste sereinement, dans les meilleures conditions.

La curette est trop souvent utilisée au détriment du bistouri. Peu efficace si la nécrose est épaisse, elle peut être douloureuse (ou désagréable) par un « raclement » trop insistant et répété. Elle doit donc être réservée à des détersions superficielles de dépôts non solides (ex : fibrine).

La détersion autolytique qui consiste à apporter sur la plaie un excès d'humidité pour ramollir la nécrose et /ou la déliter progressivement avec des hydrogels (ex : Intrasite® gel, Duoderm® hydrogel, Tegaderm® hydrogel) ou des irrigo absorbants (ex : Hydroclean® active) ne remplace pas la détersion mécanique. Elle peut par contre la préparer ou la compléter sans provoquer de douleur.

Urgo Medical propose aussi un nouveau pansement, UrgoClean®, composé d'une nouvelle génération de fibres à haute affinité pour la fibrine ce qui rend le geste de détersion facile, efficace et moins douloureux pour le patient.

A l'inverse, les détersions enzymatiques (ex : Elase®) ou réalisées avec du sucre sont de moins en moins appliquées car elles tendent à majorer la douleur en agressant de façon non sélectives les tissus nécrosés et les tissus sains.

En cas de difficulté, le patient doit être orienté vers des professionnels plus aguerris (infirmiers ou chirurgiens). Le soignant peut aussi s'exercer avec des moyens simples tels qu'éplucher une orange à la pince et au bistouri.

Les odeurs

L'odeur est une perception et peut donc être ressentie différemment d'une personne à une autre⁽⁴⁾. Comme pour la douleur, c'est avant tout la gêne exprimée par le patient qui doit être prise en compte. Des mécanismes d'habituation peuvent modifier la perception au fil du temps.

L'odeur est liée aux composés organiques volatils produits par les organismes vivants (dont les bactéries) pendant leur processus métaboliques. Le plus souvent, les plaies sentent mauvais car il y a présence de nécrose, d'une charge bactérienne trop importante (infection), ou de certaines bactéries (ex : germes anaérobies).

Certains pansements clos ou semi-occlusifs peuvent également majorer les odeurs en particulier au moment de leur retrait (ex : TPN4, hydrocolloïdes). Il est dans ce cas nécessaire de l'expliquer au patient afin d'anticiper ses inquiétudes.



Exemple de plaies nécrotiques : une maîtrise technique du geste permet de réduire le temps de soin et la douleur

Des lavages abondants, minutieux et quotidien de la plaie malodorante et de sa périphérie (ex : membre entier) sont indispensables. Puis, les stratégies diffèrent selon l'origine de l'odeur :

* en présence d'une collection ou d'un abcès, un drainage chirurgical doit être réalisé. Le geste est relayé par l'application de pansements drainants et absorbants (ex : alginate, fibres de CMC).

* en présence de premiers signes d'infection locale, des antimicrobiens (ex : Betadine® gel, Ungotul® Ag, Flammacerium®) ou des solutions de nettoyage (ex : Prontosan®) peuvent être appliqués durant des périodes relativement courtes (8 à 15j). Pour qu'ils soient efficaces, le lit de la plaie ne doit pas être recouvert de nécrose ou de fibrine. Seules les bactéries en surface sont traitées, ce qui explique certains échecs.

* Si la plaie est infectée avec des signes généraux d'infection, un traitement antibiotique par voie générale doit être mis en place.

* La nécrose est retirée mécaniquement tant que possible, et encore plus rapidement si elle est humide et accompagnée d'odeurs fortes.

Les odeurs peuvent gêner le patient et son entourage le temps que les traitements soient efficaces, ou persister s'il n'est pas possible d'en traiter la cause. Dans ce cas, l'utilisation de pansements au charbon (Actisorb®, Carbosorb®) est recommandée. Ces pansements sont des adsorbants très peu sélectifs. L'adsorption, est un phénomène de surface par lequel des molécules de gaz se fixent sur la surface solide des adsorbants ou dans la masse par diffusion. Si l'odeur est forte, la superposition de plusieurs pansements au charbon augmente la surface spécifique d'adsorption, et donc l'efficacité du produit.

En cas d'échec, principalement dans le cadre de soins palliatifs, du métronidazole peut être prescrit. Le métronidazole est un antibiotique actif sur les germes anaérobies auxquels sont imputées des

>>>



Vliwasorb®

Pansement super-absorbant



*Votre solution pour une
prise en charge
des plaies très exsudatives*



- Très bonne capacité d'absorption
- Excellente capacité de rétention

Vliwasorb® est un dispositif médical de classe IIb, fabriqué par Lohmann & Rauscher International GmbH & Co. KG et dont l'évaluation de conformité a été réalisée par le TÜV (CE0123). Il est destiné au traitement des plaies très exsudatives. Sa prise en charge par les organismes d'assurance maladie est assurée pour les plaies aiguës sans distinction de phase et les plaies chroniques en phase de bourgeonnement en traitement séquentiel. Lisez attentivement la notice d'utilisation.

www.Lohmann-Rauscher.com

>>> odeurs fortes⁶. Comme tous les antibiotiques, il doit être prescrit sur une période limitée, de préférence par voie générale, même si des solutions locales ont été développées (ex : Rosex[®]). Son utilisation n'est pas une solution pérenne ni efficace dans toutes les situations.

D'autres alternatives existent mais s'apparentent d'avantage à des solutions désodorisantes comme l'utilisation d'huiles essentielles ou de papier d'Arménie. Des travaux (recherche et développement) sont en cours afin de proposer dans un avenir proche des produits plus efficaces et dénués d'effets secondaires.

Les écoulements

La gestion des exsudats s'est considérablement améliorée ces dernières années avec une gamme de plus en plus large de pansements absorbants, conformables et drainants. Ces produits permettent d'espacer bon nombre de soins et d'éviter les fuites d'exsudats, offrant ainsi au patient un meilleur confort et une sensation de « sécurité ».

Les pansements primaires (en contact avec la plaie) capables d'absorber et drainer restent des produits de référence qui ont peu évolué ces dernières années : les alginates (ex : Algosteril[®], alginate[®] Kendall, Urgosorb[®]) et les fibres de CMC (Aquacel[®]) auquel il faut maintenant associer le Durafiber[®]. Mais des nouveaux produits ont déjà obtenus leur marquage CE et vont arriver bientôt sur le marché comme le CareInOne[®] qui associe de fortes capacités d'absorption à un retrait totalement non traumatique grâce à une liquéfaction du gel qui constitue le pansement.

Les pansements secondaires se sont par contre considérablement diversifiés avec des hydrocellulaires toujours plus absorbants (ex : Allewyn[®] Life) et surtout, l'arrivée des super-absorbants. Le mode d'action de ces pansements peut être comparé à celui des couches pour bébé, ce qui sous-entend que les écoulements doivent être relativement fluides pour bénéficier de façon optimum de la très grande capacité d'absorption de ces produits (ex : Vliwasorb[®], Dry Max[®], Tegaderm[®] Superabsorber, Mextra[®] Superabsorbent). Ils sont remboursés sur la base des hydrocellulaires, à l'exception de l'un d'entre eux pourtant très performant : le Zetuvit[®] Plus, qui est resté dans la catégorie des compresses absorbantes (familièrement appelé « pansement américain »)

La peau péri-lésionnelle

Une peau péri-lésionnelle irritée, eczématiforme, macérée (...) peut être à l'origine de gênes, douleurs, démangeaisons et parfois même d'un élargissement de la plaie, d'où l'importance d'en prendre soin, même préventivement.

La macération est généralement liée à des pansements insuffisamment absorbant et / ou à l'utilisation d'hydrogel, d'hydrocolloïde ou l'irrigo-absorbant. Si un apport d'humidité excessif sur la plaie est indispensable (ex : en phase de détersion), les pourtours de la plaie peuvent être protégés par un protecteur cutané type Alloplastine[®]. Sinon, il est conseillé de remplacer le pansement par un produit

plus adapté à la quantité d'exsudat à absorber et / ou d'augmenter la fréquence des soins.



En cas de macération, il est conseillé de choisir un pansement adapté à la quantité d'exsudat à absorber et / ou d'augmenter la fréquence des soins

La peau peut être abîmée après la pose d'adhésifs. Afin d'éviter ce désagrément, les adhésifs (ex : Hypafix[®], Urgoderm[®], film semi-perméable) doivent être posés sans être étirés, excepté si un pansement compressif est recommandé (plaie hémorragique). Les pansements sont certes moins « beaux », mais plus confortables et moins traumatiques pour la peau. De même, il est recommandé de changer tant que possible la position de l'adhésif à chaque soin. Si malgré ces précautions, la peau ne tolère pas ou mal la fixation, un protecteur cutané type Cavillon[®] peut être appliqué avant la pose d'adhésif.

Des réactions allergiques type eczéma de contact peuvent apparaître en réaction au pansement ou à la fixation. Il est bien sûr nécessaire dans ce cas de changer le produit auquel le patient réagit et d'évaluer avec le médecin s'il est nécessaire de traiter l'eczéma par l'application ponctuelle de dermocorticoïdes (ex : Diprosone[®]). Les sensations de démangeaisons induites par ce type de problème peuvent aggraver la situation par l'apparition de lésions de grattage.

Quoi qu'il en soit, la peau péri-lésionnelle doit être entretenue et hydratée régulièrement avec des émollients (ex : Dexeryl[®]), dont les applications sont poursuivies après la fermeture de la plaie sur la zone cicatricielle, afin d'en améliorer le remodelage.

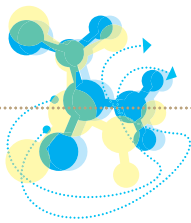
Conclusion : Le confort majeur obtenu par les soins de plaie est la cicatrisation. Pour y arriver, des nouvelles technologies sont sans cesse développées ou mises sur le marché comme l'ont été récemment le pansement à pression négative (PICO[®]) ou l'oxygénothérapie locale (Epiflo[®]). Des outils sont également mis à disposition pour rapidement accéder à des informations actualisées sur le traitement des plaies et être guidé dans ses choix. Ainsi la nouvelle application iPhone e-cicat5 est proposée par un réseau d'experts plaies et cicatrisation impliqué dans la télémédecine. • •

Isabelle Fromantin, infirmière experte Plaies et cicatrisation, Institut Curie

1. EVA : échelle visuelle analogique
2. EVS : échelle verbale simple
3. Doloplus : échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez les sujets âgés présentant des troubles de la communication. www.doloplus.com
4. TPN : Traitement par Pression Négative
5. Application e-cicat, disponible sur Apple Store (4,99€)

Biblio

1. A de la Brière, I. Fromantin. Douleurs et soins de plaies. Soins. 2010. 749 : 44-5
2. E. Barbier. Hypnose et prise en charge de la douleur. Soins. 2008. 722 : 23-5
3. L. Teot. Préparer le lit de la plaie. JPC. 2001. N°29
4. Chrea C, Valentin D, Sulmont-Rossé C, Hoang Nguyen D, Abdi H. Odeurs et catégorisation : notre représentation mentale des odeurs est-elle universelle ou dépendante de notre culture. In acte de la 3ème journée du Sensolier, Paris (France). 2005
5. Hampson JP. The use of metronidazole in the treatment of malodorous wounds. J Wound Care 1996 ; 5(9) : 421-4



Soins de bouche, soins de bien-être

La bouche est un organe précieux et fondamental. Elle est constamment hydratée et lubrifiée par la salive, et il faut l'entretenir et la préserver en particulier chez nos patients au terme de leur vie. C'est l'organe des goûts, du plaisir commun à tout être, intime, personnel et identitaire. Notre bouche nous permet d'exister, paraître, sourire, parler, communiquer, chanter, crier, aimer, embrasser. Elle permet de vivre et à être tout simplement.



© Thinkstock

L'hygiène buccale relève de la responsabilité et du rôle propre de toute infirmière

Des objectifs simples, une démarche à part entière

L'objectif des soignants, en MAD comme en établissement est d'optimiser grâce à la surveillance, la conservation, au maintien et à la restauration de l'état buccal du patient, son confort, son bien-être général associé à un ressenti intérieur positif favorisant ainsi son estime et image de soi et la relation à l'autre dans toute la reconnaissance et dignité de sa personne.

L'hygiène buccale relève de la responsabilité et du rôle propre de toute infirmière, en collaboration avec l'aide-soignante (-->Art. R.4311-5 décret 2004-802 du 29/07/2004). L'hygiène buc-

cale en soins palliatifs est tout aussi fondamentale que l'hygiène corporelle et la prévention d'escarres ! Ces soins de bouche sont à réaliser au minimum 3 fois par jour, surtout avant et après les repas, et à ajuster en fonction des besoins et du risque de dégradation du fait des traitements divers, dont la chimiothérapie et la radiothérapie. Une bouche saine et entretenue, sans débris alimentaires, ne pourra que

favoriser une meilleure alimentation et hydratation associées à la notion de plaisir et de gustation,

limitant ainsi les risques de pneumopathie et d'halitose.

La prévention

Elle est essentielle, et il ne faut pas y penser seulement en MAD ou en fin de vie mais bien avant. C'est aux professionnels de s'enquérir et de se soucier de l'évaluation de l'état buccal avec le recueil des habitudes, le repérage des ressources physiques et les matériels à disposition et d'avoir cette démarche de prévention. Ainsi, le premier soin sera lui-même déterminant du fait de son double objectif de prévention et de confort.

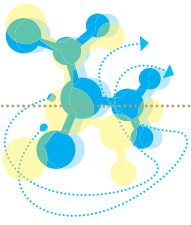
L'évaluation est basée sur le niveau de dysfonctionnement ou de lésions de différents indicateurs. Sur l'échelle d'évaluation proposée par l'Oral Assessment Guide, plus le score est élevé, moins la bouche est saine.

>>>

Indicateur	1	2	3
La voix	Normale	Sèche et rauque	Difficultés à parler
La déglutition	Normale	Douloureuse	Troubles de la déglutition
Les lèvres	Lisses, rosées, humides	Sèches et fissurées	Ulcérations ou saignements
La salive	Transparente	Visqueuse, épaisse, de mauvaise qualité	Absente
Les muqueuses	Roses et humides	Inflammatoires	Ulcérations et /ou saignements
Les gencives	Roses, fermes, bien dessinées	Inflammatoires, œdémateuses	Saignements spontanés
La langue	Rose et humide papilles visibles	Pâteuse, moins de papilles	Fissurée, boursoufflée
Les dents	Propres et sans débris	Plaques et quelques débris	Plaques et débris généralisés
Total	8	16	24 /24

Source : Grille d'évaluation de l'état de la bouche (Oral Assessment Guide - OAG)

L'utilisation du score permet de suivre l'évolution de l'état de la bouche et d'apprécier le résultat des soins. Le score à atteindre est de 8/24 pour une bouche saine.



>>> La démarche de soins

Elle comportera :

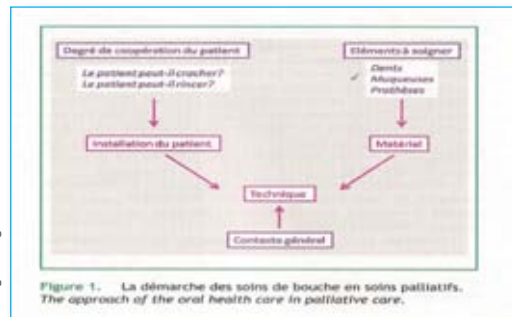
- la définition des objectifs en fonction de l'état général du patient,
- la description des éléments à soigner ou des actes (dents, muqueuses, pose de prothèses...)
- et l'évaluation de la coopération du patient lors des soins de bouche. Il est nécessaire de savoir si le patient est en capacité de se rincer la bouche lors du brossage des dents.

Les soins à effectuer seront consignés dans le dossier de soin, afin d'être reproductibles par l'ensemble des intervenants au chevet du patient.

puis l'arrêt des apports alimentaires et hydriques, la sensation de soif devient bien plus pénible et inconfortable que la déshydratation elle-même. Un soin de bouche bien conduit suffira à l'apaiser et à réinstaurer un confort et bien-être certain. La langue et la région sublinguale richement vascularisées permettent alors en soins palliatifs l'administration des traitements per-os (vitesse d'absorption proche de la voie intraveineuse)

D'où la nécessité absolue de préserver un état buccal propre et bien humidifié au quotidien

et ce, jusqu'au dernier souffle !



© Brigitte Raquet

Une démarche de soins de bouche bien conduite permet de restaurer un confort certain

Sensibilisation des différents soignants, du patient et de son entourage

Ne pas oublier de bien sensibiliser les autres soignants ou les proches aux soins, prendre le temps d'informer, d'expliquer, d'éduquer et d'impliquer la personne soignée, la famille sur la nécessité, la pratique et les objectifs des soins de bouche, contribue à l'instauration d'un climat de confiance et de savoir partagé.

Le choix des dispositifs

Le choix des dispositifs et des produits de soin est déterminé en fonction de l'état général du patient.

Parmi les usages les plus courants,

- l'utilisation d'un dentifrice aux amines fluorés, apprécié par le patient, favorise un environnement salivaire fluoré et une protection des dents a minima, contre l'inflammation et l'infection -sans apporter une sécurité absolue contre d'éventuelles caries.
- l'utilisation d'une brosse à dent électrique avec une tête de brosette petite et souple, permet un brossage systématique simplifié et beaucoup moins fatiguant pour le patient. La personne doit adhérer à ce dispositif ou en avoir eu déjà l'usage.
- L'utilisation de petites brosettes permettant d'atteindre les espaces inter-dentaires, peut venir compléter le brossage classique.
- L'utilisation de Bicarbonate de sodium à 1,4 % est recommandée pour favoriser la diminution de l'acidité en bouche et prévenir l'apparition de mycose buccale. Elle consiste en des bains de bouche préventifs toutes les 2 à 4h avec du bicarbonate de Na à 1,4 % avant chaque repas, au coucher et au réveil. Le rinçage de la bouche se fera toujours sur une bouche propre.

L'hydratation en fin de vie

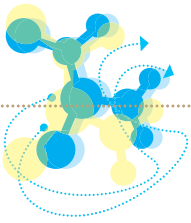
- En fin de vie, l'hydratation corporelle n'est pas recommandée car elle dessèche la bouche et augmente la sensation de soif,
 - il reste possible de
 - proposer des fruits frais juteux, comme l'ananas qui contient une enzyme protéolytique qui favorise également le nettoyage de la bouche, le melon, la papaye, la pastèque...
 - de faire sucer de la glace pilée, des glaçons parfumés,
 - de proposer de la crème fraîche ou de la bière, si la personne apprécie, avant les repas et en petite quantité pour lubrifier la bouche et aiguïser l'appétit.

Le 1^{er} soin de bouche : l'hydratation buccale

Le premier soin de bouche consiste à faire boire le patient et à l'encourager à boire fréquemment. Ces apports liquidiens doivent être agréables, et donc choisis en fonction de ce qui fait plaisir. Ce peut-être un verre d'eau au réveil, un jus de fruits au petit-déjeuner, des sirops, une tisane, un café, un thé ou encore de l'eau pétillante ou du coca-cola, des boissons qui vont favoriser avec leurs bulles le nettoyage de la bouche, limiter les risques de fausses routes du fait de leur effet stimulant dans la bouche. En conclusion, il faut offrir toute boisson désirée et enviée, en quantité raisonnable pour favoriser cette hydratation buccale indispensable tout en y associant la notion de plaisir, de convivialité, de souvenirs positifs par les goûts et odeurs mémorisées synonyme de qualité de vie restante ! Et quand boire est difficile, humidifier et pulvériser souvent la bouche avec une bombe d'eau minérale permet également d'hydrater.

Un soin de bouche apaise la sensation de soif

Quand la fin de vie approche, avec la diminution



Des conditions essentielles du confort des soins

Préparation et anticipation du soin de bouche, information préalable et éducation du patient, installation adéquate sont les conditions à des soins réalisés dans les meilleures conditions pour le patient, comme pour le soignant.



© Thinkstock

Expliquer et dédramatiser le soin

Avant l'exécution de tout soin, chaque professionnel veillera à réaliser une éducation thérapeutique (information, conseils, apprentissage, déroulement et réalisation du soin) portant sur le soin proposé et envisagé. Ce préalable est fondamental car il permettra d'établir une relation de confiance réciproque favorisant ainsi la coopération et la sollicitation ultérieure au moment du soin.

Ce peut être le moment de dédramatiser le soin en pensant à montrer et à faire toucher le matériel qui sera utilisé.

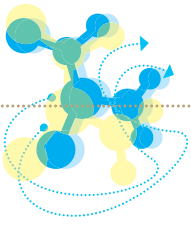
L'objectif étant de rassurer et diminuer l'appréhension de la personne et de favoriser ensuite, le plus possible son autonomie au moment du renouvellement des soins. Tout soignant devra être en capacité et compétence d'assurer et maîtriser le soin de la bouche en évitant tout geste intempestif susceptible de réduire à néant le travail de mise en confiance et relation jusqu'à établi. Le discours doit être apaisant, sécurisant, tout au long du soin. Une attitude bienveillante d'autant plus indispensable si la personne soignée est « opposante », craintive, voire même dans le refus de soin.

Pendant le soin, une installation confortable soignant/soigné est essentielle. Pour un patient coopérant, conscient, il faudra privilégier la position assise durant la réalisation du soin de bouche. Le soignant se positionne derrière la personne ou de 3/4 derrière afin de ne pas la léser avec la brosse à dents.

Chez une personne non coopérante, voir inconsciente, il est préférable de tenter le soin au moment de la toilette au lit ou lors d'un change, si possible en position latérale de 3/4, tête penchée côté soignant. Cette attitude de 3/4 favorise une ouverture semi-naturelle de la bouche par décrochement des mâchoires permettant ainsi l'accès à la bouche. Cela demandera de l'attention, de la douceur et de la bienveillance au niveau du soin à dispenser.

Un ajustement permanent sera indispensable sans forcer, afin d'accélérer le soin dans le respect et les limites du possible en sachant interrompre et renoncer au soin si la personne soignée est en grande difficulté, avec par exemple, les « mâchoires verrouillées », dans le refus ou l'agitation ...

Après l'exécution du soin, il s'agira d'en évaluer son efficacité, les conditions dans lesquelles celui-ci s'est déroulé et de prévoir son réajustement si besoin et selon le degré de satisfaction >>>



de la personne. Il s'agira de ne pas oublier de la valoriser et de la remercier pour sa coopération, quels qu'en soient l'intensité et le degré.

Réalisation du Soin d'hygiène buccal

Il s'effectue après avoir préparé et vérifié le matériel nécessaire (privilégier le matériel propre à la personne) dans un environnement satisfaisant, dans le respect de l'hygiène, de la personne et de son installation :

- Utiliser une pâte à dentifrice (action détergente pour une élimination de la plaque bactérienne) sur brosse à dent sèche. Cette technique est à proscrire chez la personne non coopérante avec troubles de la déglutition, de même que le bain de bouche à l'eau ou au Bicarbonate de sodium à 1,4 % du fait de la mise en insécurité).
- Utiliser une brosse à dent (manuelle ou électrique selon les habitudes) douce. Penser au modèle « enfant » plus adapté à la taille de la bouche et à l'adhésion au soin de la personne ou encore à des compresses non stériles avec passés avec des doigts gantés du professionnel soignant. Ce geste doit être réalisé toujours en accord avec la personne.
- Brosser l'ensemble des dents, sur toutes leurs surfaces, d'avant en arrière, à l'intérieur et à l'extérieur, par un mouvement circulaire des gencives vers les dents et terminer en brossant la langue et l'intérieur des joues.
- Rincer la bouche à l'eau à la fin du brossage par dentifrice ou avec de l'eau/soin exclusif à l'eau ou avec du bicarbonate de sodium à 1,4 % / soin exclusif avec ce produit.
- Bien sécher les lèvres car sinon il existe un risque de perlèche ou de gerçure.

Le soin d'hygiène des prothèses :

Elles sont à brosser avec du dentifrice ou un savon neutre sans parfum. A noter que l'entretien par désinfection des prothèses dentaires avec des comprimés de stéradent, decoréga tabs etc ... ne dispense pas du brossage ! Il faudra ensuite les rincer à l'eau et les sécher. Penser de temps en temps à nettoyer aussi la boîte à prothèse.

En soins palliatifs, proscrire toute utilisation de produit à base d'alcool

(type hextril*, éludril* etc...) afin de toujours préserver et privilégier le confort et la qualité de vie restante dans notre prise en soin. Avant toute remise en bouche des prothèses, il faut faire boire et/ou penser à les humidifier pour faciliter leur réinsertion buccale. Il ne faut plus les laisser immerger sauf si retrait de la ou des prothèses au-delà de 24h.

Le soin de bouche en fin de vie

- La participation du patient au soin n'est plus possible
- Le personnel soignant se substitue et assure la prise en soin complète de la bouche avec au choix l'utilisation de compresses et ses « doigts » gantés, en guise de bâtonnets.
- Le geste est parfois difficile à réaliser du fait de l'opposition du patient et de l'appréhension du soignant de se faire mordre.
- Les bâtonnets adaptés de formes et consistances diverses peuvent faciliter ce geste.
- La même attitude bienveillante et efficace doit rester de mise.

Brigitte Ragot, IDE, Unité mobile de soins palliatifs (UMSP) de Haute Côte d'Or



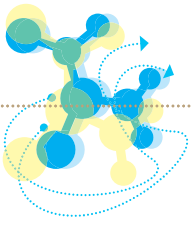
Hygiène des dents : Technique de soins en bref



Hygiène des muqueuses : Technique de soins en bref



Hygiène des prothèses : Technique de soins en bref



Prendre en charge la dénutrition préserve la qualité de vie

La dénutrition peut réduire la capacité de défense de l'organisme face aux infections ou aux pathologies. Ses causes sont multiples, difficultés d'absorption, troubles du goût, ou simplement refus ou absence d'envie de s'alimenter. Au domicile, la dénutrition nécessite une surveillance régulière et délicate de la part des soignants. Le diététicien veillera à l'apport nécessaire en nutriments, l'aide-soignante ou à domicile apporte l'aide à l'alimentation, l'infirmière une prise en charge et un suivi en cas de pathologie métabolique. L'alimentation devient alors un soin à part entière qui en préservant le patient de complications contribue au maintien de sa qualité de vie.



La dénutrition atteint tous les groupes de population, en lien avec des maladies chroniques ou aiguës et /ou avec la précarité. Sa prévalence serait de 30 à 50 % pour les sujets hospitalisés, de 15 à 38 % pour les sujets vivant en institution et de 4 à 10 % au domicile

Ainsi, en cas de dénutrition, il est recommandé, parallèlement à toute prise en charge nutritionnelle, de prendre en charge les facteurs de risque identifiés, tels que les troubles neurologiques et psychologiques, les troubles bucco-dentaires, les pathologies sous-jacentes et les éventuels traitements médicamenteux qui peuvent influencer sur l'alimentation. Un interrogatoire alimentaire simple de la personne âgée ou de son entourage doit faire partie du bilan nutritionnel. Cette prise en charge nutritionnelle est d'autant plus efficace qu'elle est mise en œuvre précocement.

Le choix du mode de prise en charge doit être expliqué

Il sera fonction,

- du niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés

Les différents modes de prise en charge nutritionnelle

- La prise en charge nutritionnelle orale : elle comporte des conseils nutritionnels, une aide à la prise alimentaire, une alimentation enrichie et des compléments nutritionnels oraux ;
- la prise en charge nutritionnelle entérale, qui permet d'apporter directement les nutriments dans le tube digestif ;
- la prise en charge nutritionnelle parentérale, par voie intraveineuse, uniquement lorsque le tube digestif n'est pas fonctionnel.

- du statut nutritionnel du malade
- de la nature et de la sévérité de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s)
- des handicaps comme les troubles de la déglutition
- de l'avis du malade et de son entourage
- de considérations éthiques.

Quelques principes de choix du mode d'alimentation

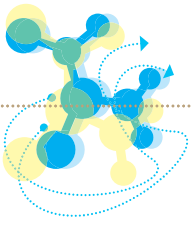
- Hors contre-indications, il est recommandé de débiter prioritairement par l'alimentation par voie orale, avec une alimentation enrichie accompagnée de conseils en collaboration avec une diététicienne.
- La complémentation nutritionnelle orale (CNO) n'est envisagée qu'en cas d'échec de ces mesures ou chez les malades ayant une dénutrition sévère (grade C).
- L'alimentation entérale n'est envisagée qu'en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la prise en charge nutritionnelle orale.
- La nutrition parentérale est réservée en cas de malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles, d'occlusions intestinales aiguës ou chroniques ou d'échec ou de mauvaise tolérance de la nutrition entérale.
- En fin de vie,

l'objectif des soins nutritionnels est avant tout le plaisir et le confort.

Ainsi, le début d'un traitement de renutrition, par voie parentérale ou entérale n'est pas recommandé, d'autant que sa mise en place peut être source d'inconfort pour le patient.

Informier le patient et son entourage :

Le choix du mode de nutrition doit être expliqué non seulement à l'ensemble de l'équipe soignante mais aussi au patient et à son entourage. En cas de nutrition par voie entérale, les patients ont besoin d'être rassurés sur les soins spécifiques. La diététicienne ou certains prestataires de santé à domicile peuvent assurer un conseil et un suivi personnalisé du patient. • •



La nutrition pour préserver une qualité de vie

Chez les personnes à risque, qu'elles soient âgées ou malades, il est important de prévenir la dénutrition. Une fois installée, il est essentiel de la prendre en charge pour préserver au mieux la qualité de vie et l'autonomie du patient.

Prévenir la dénutrition

Plusieurs conseils simples qui peuvent aussi être donnés à l'entourage :

- Choisir des aliments tendres
- Favoriser les plats appréciés
- Enrichir les plats en protéines et en calories en y ajoutant par exemple du lait, du fromage (type fromage fondu), des œufs, de la crème fraîche, du beurre ou de l'huile
- Favoriser des plats en sauce
- Faire du repas un moment convivial
- Dresser la table pour qu'elle soit accueillante
- Manger par petites bouchées
- Prévoir des petites portions
- Prendre le temps de bien mastiquer, de manger tranquillement
- Boire par petites gorgées, souvent
- Faire attention à sa position à table : tête légèrement penchée en avant, le haut du corps le plus droit possible
- Ne pas s'allonger immédiatement après le repas, attendre au moins une demi-heure et plutôt une heure afin d'éviter les régurgitations.
- Surveiller le poids de la personne (une fois par semaine)
- Tenir un carnet de suivi des repas et le remettre régulièrement au médecin

La nutrition pour préserver la mobilité

L'incidence des fractures dépasse 50% chez les patients dénutris. La dénutrition augmente le risque d'escarres, entraîne des diminutions de capacités de récupération et une perte d'autonomie.

Le traitement par CNO, doit être instauré le plus tôt possible et au moins durant 4 à 6 semaines pour permettre une bonne récupération fonctionnelle. Il doit être associé à une rééducation physique adaptée, en tenant compte des besoins énergétiques supplémentaires, en particulier en apports protéiques.

L'objectif est de redonner au patient, le plus rapidement possible sa mobilité pour une meilleure qualité de vie.

Le traitement permet une réduction du risque d'escarres de 25 % chez les sujets âgés. La prévention nutritionnelle a donc toute sa place, à côté de la prévention par mobilisation des patients à risque (changement de position toutes les 2 heures, utilisation de supports appropriés...).

N.B. *En cas d'escarres, la renutrition est orale, sauf contre-indication, le recours à la nutrition entérale étant réservé en cas d'insuffisance d'apports.*

La nutrition pour éviter l'épuisement

Le risque de dénutrition est élevé dans certaines pathologies, comme la maladie d'Alzheimer ou le cancer. Avec la dénutrition, s'accroît le risque d'épuisement et de réduction de la qualité de vie.



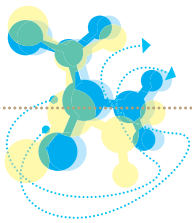
30 à 40 % des patients atteints d'Alzheimer sont dénutris

• Alors que la dénutrition est fréquente chez les patients atteints d'Alzheimer et chez la personne âgée, la prise en charge de la dénutrition et le maintien d'une activité physique suffisante peuvent contribuer à la reprise d'une alimentation convenable et éviter l'apparition de troubles du comportement alimentaire épuisants pour l'entourage et pour les aidants. Un épuisement qui peut aboutir à une dégradation de l'accompagnement du patient et renforcer encore sa dénutrition.

• Au cours des cancers, et particulièrement des cancers digestifs, la dénutrition est fréquente, il ne faut pas la laisser s'installer, car elle aggrave les effets indésirables des thérapeutiques, les nausées ou les vomissements, ce qui accroît la perte d'appétit.

En cas de nutrition orale, l'alimentation, pour être bien acceptée, doit alors rester la plus neutre possible, ni trop sucrée, ni trop salée, ...et par petites prises alimentaires.

La nutrition parentérale à domicile pour les patients atteints de cancer permet aussi, dans plus de la moitié des cas une amélioration de la qualité de vie tant physique que fonctionnelle.



Prendre en charge les troubles de déglutition

Particulièrement fréquents chez le patient âgé, avec une prévalence estimée au domicile de 10 %, les troubles de la déglutition nécessitent une grande attention car ils sont toujours source de dénutrition par diminution des apports alimentaires, parfois de complications et entraînent un isolement social progressif.

Leur prise en charge nécessite de repérer les troubles aux liquides et aux solides, d'apprendre au patient à boire ou manger en position de sécurité.

- Le patient doit être bien assis, tête légèrement penchée en avant
- Les liquides seront pris à la paille ou dans des verres à encoches
- Les eaux pétillantes, plutôt fraîches seront préférées pour stimuler la déglutition
- En cas de troubles plus sévères, l'eau gélifiée pourra être utilisée
- Les solides, sous forme pâteuse, non collante et sans grumeaux, seront pris avec une cuillère à entremets

Les repas doivent toujours être pris tranquillement et s'ils sont trop fatigants, ils peuvent être pris en plusieurs fois. Penser également alors à augmenter leur densité énergétique.

Quelques soutiens à la prise nutritionnelle

- En cas de troubles mnésiques, accompagner le repas de repères sonores et visuels, favoriser la routine.
- En cas d'évictions alimentaires, les contourner par un enrichissement adapté.
- En cas de traitement médicamenteux, et d'effet indésirable de rassasiement précoce, inciter les patients à prendre leurs médicaments en fin de repas, éviter de les mélanger aux aliments, sensibiliser les patients aux risques iatrogènes.
- En cas de troubles de la déglutition, veiller à la position du patient, au choix et à la préparation des aliments.
- En cas de troubles de la vision, des soutiens de différenciation pourront être apportés.
- L'état bucco-dentaire - traité dans un autre chapitre du dossier - devra faire l'objet d'une surveillance particulière. L'hygiène bucco-dentaire doit être contrôlée, des prothèses dentaires pourront parfois être proposées. Comme dans les cas de troubles de la déglutition, les modes de préparation doivent être adaptés.

La notion de plaisir

Elle doit être préservée au maximum en cas de prise en charge nutritionnelle orale. Le choix des aliments par les aidants ou l'entourage doit être diversifié, comporter toutes les familles d'aliments et assurer les apports souhaités. La conservation adaptée des aliments doit être vérifiée. L'aménagement du lieu des repas doit favoriser une consommation des repas sans gêne et agréable. Les goûts de la personne doivent être pris en compte, tout comme ses habitudes alimentaires (horaires, rites).

Faire preuve de psychologie

En pratique, face au patient, il faut d'abord faire preuve de psychologie et d'écoute.

« J'ai souvent été confronté à des patients qui refusaient systématiquement de « se nourrir de produits chimiques » ; c'est ainsi que certains nomment les CNO (compléments nutritionnels oraux). Il faut alors faire preuve de pédagogie. Je leur explique que cette supplémentation est « un petit coup de pouce, histoire de les requinquer » et qu'ainsi, ils pourront plus rapidement retrouver une alimentation « normale ». Je les rassure également en leur disant que rien n'est fixé dans le temps. Ainsi, en fonction de leur commentaire, de l'évaluation de leur ingesta, de leur courbe de poids, je suis très souvent amené à leur proposer d'autres produits avec un autre parfum, une autre texture... Il n'est pas rare non plus de rencontrer des patients ayant bien accepté les CNO dans un premier temps, et me dire par la suite « en être dégoûté ».

Faire des compromis, et accepter la marge, voire le fossé, qu'il y a entre théorie et pratique fait partie de notre métier. Mais entre un CNO non consommé et une crème dessert appréciée, je choisis sans hésiter la seconde voie. Évidemment, cette dernière n'a pas l'équilibre nutritionnel optimal, mais je suis alors sûr d'avoir un apport calorique minimum. L'enrichissement « maison » est aussi une solution appréciée qu'il ne faut pas oublier de proposer.

Dire que la renutrition d'un patient est toujours un succès serait donc présomptueux. Elle doit, dans tous les cas, s'inscrire dans le cadre d'une démarche pluridisciplinaire entre médecin, diététicien, pharmacien, psychologue, kinésithérapeute ».

P.P.

Validation Pierre Pérochon,
Diététicien-nutritionniste,
Centre Hospitalier Louis Sevestre
(La Membrolle Sur Choissille)



© Thinkstock

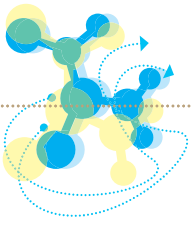
Sources :

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, recommandations professionnelles de la HAS, avril 2007.

Programme National Nutrition-Santé pour les plus de 55 ans et les personnes âgées fragiles, Inpes, Afssa, InVS, Ministère de la santé et l'Assurance maladie.

Dossier Dénutrition et prise en charge à domicile du sujet âgé Santé log - Soins à domicile n° 24 - Janvier/Février 2012

Dossier Dénutrition Santé log - Supplément à l'Officine n° 3 - Juillet 2008



Pathologies, sommeil, et pathologies du sommeil

Prendre en compte le sommeil avec l'âge ou la présence de maladies, est au cœur des enjeux de prévention et fait partie intégrante de l'évaluation du patient suivi au domicile. Alors que de nombreuses études ont suggéré que les troubles du sommeil avaient aussi leur impact sur le métabolisme, comme sur la santé mentale et la capacité cognitive, il est également démontré que leur prise en charge, dans la démarche de soin, va améliorer le confort et le bien-être du patient.



© Thinkstock

Près de la moitié des patients ayant des symptômes d'insomnie ont de multiples problèmes de santé, persistants, voire chroniques

Principaux troubles du sommeil

Apnées, insomnies, jambes sans repos... augmentent mécaniquement avec l'âge, leurs effets délétères s'ajoutent aux autres maladies liées à l'âge, leur prévalence s'accroît l'espérance de vie. Les troubles du sommeil sont nombreux et la classification internationale des troubles du sommeil en compte plus de 80. Leurs effets directs comme l'augmentation des chutes, des accidents domestiques et de la iatrogénie médicamenteuse ont des conséquences immédiates sur le patient maintenu au domicile. Chez le patient âgé, la réduction du sommeil profond, la fréquence des éveils, l'augmentation du délai d'endormissement sont vécus comme pénibles, en particulier lorsqu'elles s'ajoutent à la douleur ou l'inconfort du traitement.

Prendre en charge les troubles du sommeil, chez le patient suivi à domicile aussi, participe à sa qualité de vie.

Les troubles les plus courants :

L'apnée du sommeil, un syndrome qui touche 5 % de la population adulte en France, augmente le risque d'hypertension artérielle, donc le risque

de crise cardiaque ou d'infarctus. Elle peut être traitée

- par orthèse d'avancée mandibulaire
- ou, dans les cas plus sévères, par ventilation nasale nocturne par pression positive continue. Si l'appareillage se fait par une équipe médico-technique qui va procéder à la mise en place du dispositif, évaluer le masque le mieux adapté en fonction de la morphologie du visage du patient et de ses habitudes de vie, ce dispositif nécessite ainsi l'intervention des soignants au chevet du patient, de l'installation du matériel -avec l'assistance d'un prestataire de soin- à l'information, la surveillance, l'accompagnement et l'éducation du patient, cela dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée du patient avec l'équipe pluridisciplinaire.

Les principaux effets indésirables sont,

- l'abandon du traitement en raison de l'inconfort du masque,
- le manque de bénéfice immédiat
- la perte de poids
- le risque cardio-vasculaire au retrait du dispositif.

Les insomnies

Elles touchent presque 40 % de la population générale, 75 % des patients suivis à domicile ou à l'hôpital.

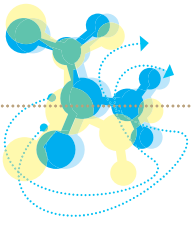
Plusieurs pathologies peuvent engendrer une plainte d'insomnie :

- Une mauvaise hygiène de sommeil ou des facteurs environnementaux, comme la lumière ou le bruit nocturnes,
- Les troubles respiratoires durant le sommeil tels que le syndrome d'apnées du sommeil,
- Le syndrome des jambes sans repos,
- Mais aussi des troubles neurologiques ou médicaux.

Ainsi, les études ont rapporté que près de la moitié des sujets ayant des symptômes d'insomnie ont de multiples problèmes de santé, persistants, voire chroniques.

Les associations le plus souvent rapportées sont les maladies des voies respiratoires supérieures, les maladies rhumatismales, les douleurs chro-

>>>



>>> niques et les maladies cardiovasculaires. L'association insomnie et troubles mentaux a été également largement documentée. Entre 30 et 60 % des personnes souffrant de troubles mentaux et 80 % des personnes avec symptômes de dépression majeure souffrent d'insomnie. De même, l'insomnie chronique a été associée au développement de troubles de l'humeur. Les insomnies peuvent être prises en charge par,

- Le retour à des règles d'hygiène de vie et de sommeil,
- des techniques comportementales et cognitives individuelles, ou pratiquées en groupe
- des médicaments, qui peuvent avoir des effets indésirables graves, en particulier lorsqu'utilisés sur de longues durées.

Si chaque patient réagit différemment à un médicament, chaque médicament a ses effets indésirables.



© Thinkstock

La maladie entraîne ainsi 4 à 11 % des plaintes d'insomnie

Des règles d'hygiène toutes simples à rappeler au patient

- Éviter tous les excitants, café, thé, vitamine C, coca-cola...
- Opter pour un dîner léger,
- éviter l'alcool avant le coucher,
- réserver la chambre au sommeil,
- l'aérer et opter pour une température ambiante de 18 à 20°
- éviter le trop d'activité en soirée et favoriser les activités relaxantes.
- Maintenir des horaires de lever et de coucher réguliers.

A noter :

Les somnifères peuvent entraîner une accoutumance, leur prise devrait donc être limitée à une courte période de quelques semaines maximum. Ils peuvent également être prescrits en fonction des pics d'insomnie ou des périodes de stress.

Le syndrome des jambes sans repos qui se manifeste par des sensations douloureuses dans les pieds, les jambes ou les bras ont pour particularité de survenir au repos, en position assise ou couchée, principalement le soir, entraînant un retard d'endormissement et l'insomnie. Sa prévalence est estimée à un peu moins de 0 % chez les patients âgés.

La maladie, les traitements, causes de troubles du sommeil

Lorsque la situation de vie est difficile, la maladie peut entraîner des troubles anxieux, des phobies et des symptômes de dépression entraînant une insomnie psychiatrique. Certains patients se verront prescrire des neuroleptiques sédatifs ou des antidépresseurs. Les antidépresseurs vont favoriser la continuité du sommeil et augmenter le sommeil profond mais entraîner des effets indésirables comme une somnolence diurne, généralement transitoire. Enfin, certains traitements vont avoir des effets délétères sur le sommeil du patient.

Rechercher les troubles du sommeil

Que le patient s'en plaigne ou pas, le soignant doit

- rechercher systématiquement une mauvaise qualité et/ou le manque de sommeil en interrogeant le patient sur sa sensation de fatigue ou de manque de repos au réveil,
- évaluer les répercussions sur le patient (asthénie, anorexie) et sur l'entourage,
- évaluer l'anxiété, les symptômes de dépression ou la présence d'un syndrome confusionnel.

La prise en charge symptomatique d'un trouble du sommeil comprend :

- une attention au confort et à un environnement favorable à l'endormissement
- le patient doit pouvoir se sentir en sécurité,
- les habitudes et les rites d'endormissement ne doivent pas être perturbés par les soins,
- les soins non indispensables doivent être évités durant la nuit,
- l'instauration du traitement médicamenteux doit être discutée avec le patient et son entourage et dépend du type d'insomnie,
- d'autres alternatives non médicamenteuses peuvent être proposées, comme, par exemple, une collation le soir pour lutter contre les hypoglycémies nocturnes.

La maladie peut entraîner des troubles du sommeil, voire des insomnies, qui auront des conséquences sur le rétablissement comme sur le sentiment de confort du patient.

Rechercher ces troubles, les évaluer, veiller à leur prise en charge, préparer le patient au sommeil dans des conditions favorables à son endormissement sont autant de gestes à effectuer par l'équipe soignante.

Biblio : INSV -Sommeil quand il prend de l'âge
Réseau Morphée - HAS Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs Décembre 2002