

Extraits du
Guide de préparation à l'examen professionnel
de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
2^e Édition
(À paraître à l'automne 2009)

Situations intégrant le
Plan thérapeutique infirmier
extraites des chapitres 3 et 4 de la nouvelle édition

Décembre 2008

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
--------------------	---

Chapitre 3 :

Répondre aux questions du volet écrit	3
---	---

❖ Les questions.....	4
----------------------	---

❖ Les réponses.....	28
---------------------	----

Chapitre 4 :

Intervenir dans les situations cliniques du volet pratique	82
--	----

INTRODUCTION

Cette deuxième édition du *Guide de préparation à l'examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* (OIIQ, 2003) résulte d'une mise à jour du contenu du guide publié en 2003¹. En outre, il tient compte de la norme de documentation du plan thérapeutique infirmier (PTI), dont l'application sera obligatoire à compter du 1^{er} avril 2009. Le PTI fera partie intégrante de l'examen professionnel de l'OIIQ dès la **session d'examen de septembre 2009**.

C'est dans le but de soutenir la préparation à cet examen que nous mettons à votre disposition, pour les étudiantes, les diplômées du Québec, les diplômées hors du Québec, ainsi que pour les professeurs et les enseignantes, les treize situations de la deuxième édition du guide liées au plan thérapeutique infirmier. Ces situations comprennent huit situations extraites du chapitre 3 relatif au volet écrit de l'examen et cinq situations extraites du chapitre 4 relatif au volet pratique de l'examen. Constituant un complément au contenu de la version du guide actuellement disponible, ces situations visent à permettre de se familiariser avec différentes façons d'évaluer la *détermination*, l'*ajustement* et la *réalisation* du plan thérapeutique infirmier.

CHAPITRE 3 – Répondre aux questions du volet écrit (p. 28)

Le chapitre 3 du guide actuel présente plus de 65 questions ouvertes à réponses courtes se rattachant à 23 situations cliniques. Outre les questions, les utilisatrices y trouvent un corrigé qui comporte les réponses, les justifications et les références qui ont servi à l'élaboration des questions, ainsi que des suggestions de lectures. De plus, la rubrique des justifications permet un enrichissement des connaissances.

Dans le volet écrit de l'examen, l'évaluation relative au plan thérapeutique (PTI) peut prendre différentes formes, notamment : assurer la réalisation de directives à partir d'un PTI déjà déterminé, ajouter un nouveau constat d'évaluation ou une nouvelle directive liée à un nouveau constat, ajuster le PTI, rédiger une note d'évolution qui justifie l'inscription d'un constat d'évaluation ou d'une directive infirmière.

CHAPITRE 4 – Intervenir dans les situations cliniques du volet pratique (p. 158)

Quant au chapitre 4, le guide actuel comprend déjà dix situations cliniques simulées de type ECOS (examen clinique objectif structuré), présentées sous forme d'exercices accompagnés de réponses. À la suite de chacune des situations, une synthèse permet de réviser la pertinence et la justesse des connaissances en plus de proposer de les enrichir par des lectures complémentaires.

¹ Ces travaux ont été coordonnés par M^{me} Lucie Laberge et ont été réalisés avec la collaboration de plusieurs infirmières dont les noms seront indiqués dans la publication.

Dans le volet pratique de l'examen, l'évaluation relative au PTI porte principalement sur l'ajustement de ce dernier ou encore le PTI est intégré comme un élément de la situation dont il faut tenir compte pour intervenir.

Mode d'utilisation

Au début de chacun de ces chapitres se trouve un mode d'utilisation qui met l'accent sur la façon d'aborder les exercices proposés. Les mêmes modes d'utilisation s'appliquent aux situations intégrant le plan thérapeutique infirmier. Toutefois, un extrait du formulaire du PTI est fourni dans la plupart des cas, et pour chaque réponse nécessitant une inscription au PTI, il est requis d'inscrire aux endroits appropriés la date et l'heure, vos initiales, ainsi que votre nom et votre titre. Dans le guide, il faut noter que des dates et des heures ont été inscrites dans les PTI à titre d'exemples, afin de faciliter la compréhension. Toutefois, aux fins de l'examen, les dates et les heures indiquées dans les PTI seront ajustées à chaque session.

Pour toute question ou information supplémentaire, vous pouvez vous adresser à :

Manon Bellehumeur

Adjointe responsable des examens

Direction scientifique

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

514-935-2501 ou 1-800-363-6048

manon.bellehumeur@oiiq.org

Chapitre 3

Répondre aux questions
du volet écrit

Situation 1

Vignette contextuelle

M^{me} Jolicœur, 35 ans, a donné naissance à 38 semaines de grossesse à son deuxième bébé sous péridurale à 11 h 25. Le travail a duré 15 heures et a été difficile. Elle a subi une déchirure périnéale du 3^e degré. Elle a été transférée à l'unité post-partum à 13 h.

Au rapport de 16 h, l'infirmière vous dit que la cliente a eu une première miction de 100 ml à 14 h 30, le fond utérin (FU) était alors à 0/0, centré et ferme. Les lochies sont rouge foncé et mouillent une serviette hygiénique toutes les heures. Les signes vitaux de 15 h 30 étaient : TA 110/60, P 72/min, rég., R 20/min, rég., amplitude normale, T° 37,3 °C. Le premier lever a été bien toléré.

Lors de la tournée de 16 h 25, vous notez que le fond utérin de M^{me} Jolicœur se situe à 1/0 et qu'il est dévié vers la droite. La cliente rapporte des douleurs sous forme de « crampes importantes » au bas du ventre.



QUESTION 1

À partir de l'évaluation que vous faites de la situation clinique de M^{me} Jolicœur, quel problème soupçonnez-vous ?

Vous effectuez les interventions nécessaires pour résoudre le problème de M^{me} Jolicoeur.



QUESTION 2

Nommez deux (2) signes ou symptômes qui vous indiqueront que vos interventions auprès de M^{me} Jolicoeur ont été efficaces pour résoudre son problème.

À 17 h, M^{me} Jolicoeur présente un œdème modéré au périnée et une douleur qu'elle évalue à 4/10. Vous lui administrez de l'acétaminophène (Tylenol) 325 mg/co, 2 co et du naproxène (Naprosyn) 250 mg/co, 1co. La cliente aimerait bien connaître d'autres moyens pour se soulager et prendre moins d'analgésiques.



QUESTION 3

Quelles recommandations devez-vous faire à M^{me} Jolicoeur pour répondre à sa demande ? Nommez-en deux (2).

M^{me} Jolicoeur présente de l'anémie. Son médecin lui a prescrit des suppléments de fer qu'elle devra prendre jusqu'à son prochain rendez-vous de suivi médical.



QUESTION 4

Quelle recommandation faites-vous à M^{me} Jolicoeur qui veut respecter la prescription médicale et poursuivre la consommation de produits laitiers ?

Au plan thérapeutique infirmier (PTI) de M^{me} Jolicoeur sont déjà inscrits les constats suivants :

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	11:25	1	Accouchement vaginal à 38 sem.	MB				
		2	Déchirure périnéale du 3 ^e degré	MB				
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière			Programme/Service
Mathilde Bergeron, inf.			MB					



QUESTION 5

Quel nouveau constat devez-vous inscrire au PTI pour refléter l'évolution du profil clinique de M^{me} Jolicoeur en lien avec le suivi clinique de sa situation de santé ?

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	11:25	1	Accouchement vaginal à 38 sem.	MB				
		2	Déchirure périnéale du 3 ^e degré	MB				
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière			Programme/Service
Mathilde Bergeron, inf.			MB					

Situation 4

Vignette contextuelle

À 19h30, Karine, 4 ans, est hospitalisée en raison d'une fièvre d'étiologie inconnue et d'une fracture à l'humérus gauche. Un plâtre a été mis en place à l'urgence et un analgésique antipyrétique lui a été administré, il y a 30 minutes. Des antibiotiques intraveineux ont commencé à lui être administrés à l'urgence.

Dès l'arrivée de Karine à l'unité des soins, vous vérifiez sa température buccale : 37,7 °C. Ses autres signes vitaux sont normaux ainsi que les signes neurovasculaires et neurologiques. À l'examen physique, vous notez la présence de multiples ecchymoses sur la face postérieure du bras droit, sur le devant des deux jambes, entre les omoplates et au bas du dos de l'enfant. Elles sont de formes, de dimensions et de couleurs variées.

La mère de Karine vous raconte qu'avant de partir hier pour se rendre à son travail, sa fille a fait une chute après avoir glissé sur un jouet dans l'escalier.

Après le départ de la mère, le père de Karine arrive. Au cours de la discussion, il vous dit : « Karine tombe souvent, elle est maladroite. Elle est toujours pleine de bleus. Si elle m'avait écouté, elle ne serait pas tombée à bicyclette ! » Vous observez que Karine évite le contact visuel et qu'elle préfère demeurer en retrait.



QUESTION 1

Quelle action prioritaire devez-vous poser par rapport à cette situation de violence probable envers Karine ?

Sur la base de votre évaluation, vous inscrivez le constat suivant au PTI de Karine :

CONSTATS DE L'EVALUATION									
Date	Heure	Nº	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés	
					Date	Heure	Initiales		
2008-12-12	19:30	2	Violence physique probable	Vos initiales					
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	
Votre nom et votre titre			Vos initiales						

QUESTION 2

Rédigez une note d'évolution pour justifier votre constat de violence physique probable en inscrivant quatre (4) données que vous jugez essentielles.

[illegible]

**QUESTION 3**

Concernant le problème de **violence physique probable**, inscrivez au PTI une (1) directive infirmière pour assurer le suivi clinique de Karine.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	19:30	2	Violence physique probable	Vos initiales				

SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Votre nom et votre titre	Vos initiales				

Situation 5

Vignette contextuelle

M. Landry, 50 ans, est hospitalisé depuis 24 heures pour récurrence de colite ulcéreuse. Il est veuf et n'a pas d'enfants. Il est 15 h, et vous complétez le bilan liquidien de votre quart de travail. Voici les données que vous inscrivez :

	Bilan liquidien				
	Ingesta		Excreta		
	Perfusion IV	PO	Diurèse	Selles	Vomissements
7 h à 15 h	400 ml	200 ml	400 ml	6 (± 800 ml) liquides, teintées de sang	0

L'ordonnance médicale de M. Landry est la suivante :

- Dextrose 5 % + NaCl 0,45 % 1000 ml + 20 mEq de KCl IV à 100 ml/h
- Bilan liquidien strict
- Ionogramme et Hb Ht die
- Diète pauvre en résidus
- Hydromorphone (Dilaudid) 2 mg SC q 3-4 h PRN
- Méthylprednisolone (Solu-Medrol) 60 mg IV q 6 h



QUESTION 1

Quelle est l'intervention prioritaire à effectuer, à la suite de l'analyse du bilan liquidien de M. Landry ?

**QUESTION 2**

En lien avec la colite ulcéreuse, inscrivez au PTI une (1) directive infirmière à l'intention de l'infirmière auxiliaire, afin que celle-ci contribue à la surveillance clinique de M. Landry.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-10-20	15:00	1	Colite ulcéreuse	KL				

SUIVI CLINIQUE							
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Kathleen Langelier, inf.	KL				

Devant la détérioration de l'état général de M. Landry, une proctocoloectomie et une iléostomie permanente sont réalisées.

Quelques jours après l'intervention chirurgicale, le méthylprednisolone (Solu-Medrol) IV est remplacé par de la méthylprednisolone 40 mg PO die. Il est 8 h, et vous apportez à M. Landry 8 comprimés de 5 mg de méthylprednisolone. Le client vous dit : « Je déteste prendre autant de médicaments d'un seul coup. J'ai peur que ça m'irrite l'estomac. Chez moi, je prends la moitié de mes médicaments le matin et l'autre moitié vers l'heure du souper. »

**QUESTION 3**

Quelle explication allez-vous donner à M. Landry pour justifier l'importance de prendre toute sa médication le matin ?

Après plusieurs jours, M. Landry éprouve toujours de la difficulté à participer aux soins de sa stomie. Il dit que l'odeur lui répugne.



QUESTION 4

Donnez trois (3) conseils à M. Landry afin de prévenir l'apparition de ces mauvaises odeurs.

Malgré vos nombreuses tentatives pour convaincre M. Landry, il refuse toujours de participer aux soins de sa stomie et avoue se sentir dépassé par les événements.



QUESTION 5

Devant ce constat, inscrivez au PTI une (1) directive infirmière visant à favoriser les autosoins de M. Landry.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-10-20	15:00	2	Refus d'effectuer ses soins de stomie	BF				

SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Bénédicte Filion, inf.	BF				

Situation 6

Vignette contextuelle

Il est 10 h et M. Jean Drolet, 25 ans, est admis à l'unité de soins pour un pneumothorax spontané. Il porte un drain thoracique à succion continue. Lors de l'évaluation initiale, il vous dit : « Je prends 2 bières par jour et ma caisse de 24 toutes les fins de semaine avec mes amis, mais si je voulais, je pourrais me passer de bière. Ça me détend quand je finis ma journée. Ça m'aide à m'endormir, même si je ne dors pas mieux, je me réveille 3 à 4 fois par nuit. ».



QUESTION 1

Quelle information donnez-vous à M. Drolet concernant l'effet de sa consommation d'alcool sur la qualité de son sommeil ?



QUESTION 2

À part proposer à M. Drolet différents moyens de détente mieux adaptés à sa condition, quelle recommandation prioritaire devez-vous lui transmettre afin d'améliorer la qualité de son sommeil ?

Trois heures après l'admission de M. Drolet, sa mère lui rend visite. Elle vous apprend que son fils consomme beaucoup plus d'alcool qu'il ne le dit, et ce, de façon régulière depuis l'âge de 15 ans. Concernant cette nouvelle information, vous inscrivez au PTI la directive infirmière suivante : aviser l'infirmière si signes de sevrage (+ dir. plan travail PAB).



QUESTION 3

Lorsque vous transmettez cette directive au PAB, quels signes inscrivez-vous à son plan de travail ? Nommez-en quatre (4).

Trois jours après son admission, M. Drolet n'a présenté aucun signe de sevrage.



QUESTION 4

Ajustez le PTI de M. Drolet, s'il y a lieu. Justifiez votre décision dans les notes d'évolution.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	10:00	2	Profil de dépendance à l'alcool	KL				
2008-12-12	13:30	3	Risque de sevrage	KL				

SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	13:30	3	Aviser inf. si signes de sevrage (+ dir. p. trav. PAB)	KL				

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Karine Langis, inf.	KL				

<i>Notes d'évolution</i>

Après le dîner, l'infirmière auxiliaire vous informe que M. Drolet mange peu : ses plateaux sont intacts lorsque le PAB les récupère. Il vous dit ne plus avoir d'appétit depuis qu'il est hospitalisé.

Au dossier, vous obtenez les renseignements suivants :

- Poids à l'admission : 52 kg Poids il y a 3 mois : 63 kg Taille : 1,80 m
- IMC : 16 (normalité 18,5 à 24,9)
- Albumine : 28 g/L (normalité 35 à 50 g/L)



QUESTION 5

À partir de ces données, quel nouveau **constat** d'évaluation inscrirez-vous au PTI de M. Drolet ?

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	10:00	2	Profil de dépendance à l'alcool	KL				
2008-12-12	13 :30	3	Risque de sevrage	KL				
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Karine Langis, inf.			KL					

Situation 9

Vignette contextuelle

M. Lemieux, 70 ans, insuffisant cardiaque, a subi une néphrectomie droite ce matin, à 8 h. Vous travaillez sur le quart de soir et prenez connaissance des renseignements suivants au dossier :

14 h :

- Retour de la salle de réveil ;
- Bien éveillé et orienté dans l'espace ;
- Perfusion intraveineuse en cours : Dextrose 5 % + NaCl 0,45 % à 80 ml/h.

15 h :

- Douleurs au site opératoire évaluées à 7/10 ;
- Hydromorphone (Dilaudid) 1 mg SC administré au bras droit.

À 19 h, vous administrez au client une dose d'hydromorphone (Dilaudid) 1 mg SC en raison de douleurs au site opératoire, évaluées à 5/10. Dans le sac collecteur d'urine, vous notez qu'il a une diurèse moyenne de 50 ml/h d'urine rosée. Le pansement dorsolombaire est intact. Les signes vitaux sont : TA 110/70, P 72/min, rég., R 16/min, rég., amplitude normale, T° 36,9 °C, SpO₂ 98 %.

À 22 h, M. Lemieux est éveillé. Vous constatez que ses propos sont incohérents et qu'il a des hallucinations visuelles. Il n'est pas en mesure de suivre des directives simples. Il est agité et désorienté dans le temps et l'espace. Ses signes vitaux sont : TA 110/70, P 72/min, rég., R 16/min, rég., amplitude normale, T° 37 °C, SpO₂ 99 %.



QUESTION 1

À la suite de l'évaluation de l'état mental de M. Lemieux :

- a) Inscrivez au PTI le problème prioritaire que vous constatez à 22 h chez lui ;
- b) Notez une (1) directive au regard de la surveillance clinique requise pour le problème de M. Lemieux.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	

SUIVI CLINIQUE							
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service



QUESTION 2

Nommez trois (3) facteurs susceptibles de contribuer à la modification de l'état mental de M. Lemieux.

À 23 h 30, l'infirmière auxiliaire vous rapporte que M. Lemieux est très somnolent et qu'il a le faciès pâle. Vous êtes au chevet de M. Lemieux et vous remarquez qu'il a les extrémités froides et de la diaphorèse au visage. Il demeure dans un état de stupeur, malgré vos tentatives de l'éveiller. Ses signes vitaux sont : TA 85/65, P 124/min, rég., R 32/min, rég. et superficielle, SpO₂ 95 %. Il a uriné 15 ml durant la dernière heure, couleur rosée.



QUESTION 3

Identifiez la donnée supplémentaire que vous devez vérifier afin de compléter l'évaluation de la condition clinique de M. Lemieux.



QUESTION 4

Identifiez deux (2) interventions prioritaires à effectuer auprès du client avant d'appeler le médecin.

Vingt-quatre heures après la chirurgie, la condition clinique de M. Lemieux s'est améliorée. Il a commencé à s'alimenter progressivement avec une diète légère et doit respecter une restriction liquidienne per os établie à 1,5 L/jour.

Le bilan de 23 h indique que M. Lemieux a uriné 260 ml d'urine jaune paille depuis 16 h. Au bilan des vingt-quatre heures, vous notez : ingesta 4000 ml, excreta 820 ml. Compte tenu des résultats du bilan liquidien et des antécédents de M. Lemieux, qui a fait un infarctus du myocarde, il y a 5 ans, et qui est devenu insuffisant cardiaque gauche par la suite, vous appréhendez l'apparition d'une surcharge circulatoire (œdème aigu du poumon).

Il est 00 h 30, vous planifiez vos soins pour la nuit. Vous travaillez en collaboration avec une infirmière auxiliaire.



QUESTION 5

Quels signes demanderez-vous à l'infirmière auxiliaire de vous rapporter pour assurer la surveillance clinique requise concernant le risque de surcharge circulatoire ? Nommez-en quatre (4).

Situation 13

Vignette contextuelle

M^{me} Carrier, 70 ans, est hospitalisée pour une surinfection bronchique. C'est sa deuxième hospitalisation au cours des deux derniers mois. Elle récupère bien. Elle est atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée à sévère. Au rapport, on vous indique qu'elle a reçu sa médication de 7 h et qu'elle a passé une bonne nuit.

L'ordonnance médicale au dossier est la suivante :

- tiotropium (Spiriva), 18 mcg/caps, 1 caps en inhalation die (7 h)
- fluticasone et salmeterol (Advair) 250/50 mcg, diskus, 1 coque bid (7 h-22 h)
- salbutamol (Ventolin) 100 mcg 2 bouffées q 4 h (PRN)
- prednisolone (Pediapred) 50 mg PO die (8 h)
- moxifloxacin (Avelox) 400 mg 1 co PO die (8 h)
- O₂ de 1 à 3 l/min au moyen de lunettes nasales pour maintenir la SpO₂ ≥ 92 %
- Gaz capillaires die à 7 h 30

Il est 8 h 10, vous entrez dans la chambre de M^{me} Carrier : elle vient de sortir de la salle de bains. Elle est assise au fauteuil, penchée vers l'avant. Ses signes vitaux sont : TA 158/74, P 82/min, rég., R 32/min, rég. et superficielle, SpO₂ 88 %. Elle porte une lunette nasale avec O₂ à 2 l/min. Vous restez à son chevet afin de la rassurer.



QUESTION 1

Indiquez deux (2) autres interventions prioritaires à effectuer immédiatement auprès de M^{me} Carrier afin de diminuer sa dyspnée.

**QUESTION 2**

Quelles observations supplémentaires devez-vous faire auprès de M^{me} Carrier pour confirmer une détérioration de sa condition respiratoire ? Nommez quatre (4).

Le congé médical de M^{me} Carrier est prévu dans 2 jours. Votre cliente vit avec sa fille qui lui rend visite tous les après-midi. Vous constatez que M^{me} Carrier a de la difficulté à reconnaître les signes précoces d'une détérioration de sa condition pulmonaire, même s'ils lui ont été expliqués lors de son hospitalisation antérieure. Concernant ce constat, vous inscrivez la directive suivante au PTI : renforcer l'enseignement sur l'application du plan d'action MPOC.

**QUESTION 3**

Quelle autre directive infirmière devez-vous inscrire au PTI comme stratégie d'intervention en prévision du congé de M^{me} Carrier, afin de l'aider à reconnaître les signes de détérioration de sa condition pulmonaire lorsqu'elle sera de retour chez elle?

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-10	10:00	2	Difficulté à reconnaître les signes précoces de	NB				
			détérioration de sa condition pulmonaire					
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-10	10:00	2	Renforcer l'enseignement sur l'application du plan d'action MPOC	NB				
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	
Nathalie Badaclesch, inf.		NB						

Lors de son départ, M^{me} Carrier vous mentionne qu'avant son hospitalisation, elle allait marcher tous les jours. Elle dit : « J'aimerais bien recommencer à marcher dehors, mais je suis maintenant essoufflée juste à faire ma toilette. »



QUESTION 4

Formulez trois (3) recommandations à faire à M^{me} Carrier afin de l'aider à reprendre ses activités.

Situation 19

Vignette contextuelle

M. Marc Miron, 16 ans, est hospitalisé depuis ce matin à votre unité de soins à la suite d'un accident de voiture à haute vitesse. Au rapport de relève de 16 h, on indique qu'il présente une fracture de la 5^e vertèbre cervicale, avec une compression du corps vertébral, sans déficit neurologique. Votre client est conscient et bien orienté.

L'histoire médicale révèle l'information suivante :

- amnésie des événements lors de l'accident ;
- perte de conscience d'une durée de 2 minutes ;
- score de 14/15 sur l'échelle de coma de Glasgow à l'arrivée à l'urgence ;
- hématome épidural minime, aucun traitement chirurgical requis ;
- résultat de scanographie (tomodensitométrie) : fracture avec compression de C5.

Les ordonnances médicales de M. Miron sont les suivantes :

- collier cervical en permanence ;
- signes vitaux et neurologiques aux heures.

À 20 h, M. Miron repose dans son lit, en décubitus dorsal. Ses signes vitaux sont : TA 125/80, P 72/min, R 16/min, rég. amplitude normale, T° 37,8 °C. Il présente des hoquets, des nausées et effectue des efforts pour vomir. Vous décidez de l'installer en position latérale.



QUESTION 1

Nommez une (1) précaution que vous devez prendre lors de la mobilisation de M. Miron en position latérale.

À 21 h, M. Miron a vomi. Dès qu'il se sent mieux vous le recouchez en position dorsale.



QUESTION 2

Compte tenu du risque de déficit neurologique constaté chez M. Miron, inscrivez au PTI une (1) directive infirmière pour assurer la surveillance clinique requise à la suite des repositionnements.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-11-12	11:00	2	Risque de déficit neurologique	LB				

SUIVI CLINIQUE							
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Leïla Beaulieu	LB				

Vers 21 h 30, vous constatez que M. Miron n'ouvre pas les yeux lorsque vous l'appellez par son nom, il ne répond pas à vos questions et ne réagit pas aux stimuli verbaux. Vous êtes incapable d'évaluer sa force musculaire. Les signes vitaux sont : TA 200/90, P 42/min, rég., R 8/min, superficielle. Il y a absence de réflexe pupillaire.



QUESTION 3

Quelles autres données devez-vous recueillir auprès de M. Miron afin de compléter son évaluation neurologique avant d'appeler le médecin ? Nommez-en trois (3).

À la suite de l'évaluation médicale de M. Miron, un transfert à l'unité des soins intensifs est prescrit.



QUESTION 4

Quel problème prioritaire inscrivez-vous au PTI à la suite de votre évaluation neurologique de M. Miron ?

CONSTATS DE L'ÉVALUATION									
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés	
					Date	Heure	Initiales		
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service

Situation 22

Vignette contextuelle

Il y a 3 jours, M^{me} Denise Brunet, 48 ans, a subi une hystérectomie abdominale et une salpingo-ovariectomie bilatérale. L'opération s'est bien déroulée, et la cliente récupère bien de sa chirurgie.

Les notes d'évolution indiquent que M^{me} Brunet pleure fréquemment et fonctionne au ralenti. En explorant la situation avec elle, elle vous dit qu'elle vit actuellement une séparation avec son conjoint et elle se sent responsable de cette situation. Elle affirme ressentir une profonde tristesse et une grande fatigue depuis plusieurs semaines. Elle vous dit : « Je ne sais pas si j'ai le goût de continuer à me battre. » Vous soupçonnez un état dépressif majeur.



QUESTION 1

Quels autres signes et symptômes confirmeraient la présence d'un état dépressif majeur chez M^{me} Brunet ? Indiquez-en trois (3).

Le médecin de Mme Brunet diagnostique une dépression majeure et lui prescrit du citalpram (Celexa) 20 mg PO die.



QUESTION 2

Déterminez deux (2) problèmes prioritaires et deux (2) directives infirmières à inscrire au PTI pour assurer le suivi clinique de M^{me} Brunet.

Note : L'équipe de soins infirmiers est uniquement composée d'infirmières et de préposés aux bénéficiaires.

CONSTATS DE L'EVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	

SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service

Depuis 2 jours, M^{me} Brunet prend quotidiennement son antidépresseur tel qu'il lui a été prescrit. Il est 9 h et vous lui apportez sa médication. Elle vous dit : « Je ne veux plus prendre ce médicament. J'en prends depuis quelques jours et ça ne va pas mieux, je prends ça pour rien. » La note d'évolution indique que depuis le début du traitement, la cliente est réticente à prendre la médication. Des explications lui ont déjà été données pour lui faire comprendre l'importance de ce traitement pharmacologique, notamment en ce qui a trait à ses effets bénéfiques, mais elle demeure sceptique.



QUESTION 3

Quelle information prioritaire devez-vous donner à M^{me} Brunet pour l'encourager à poursuivre la prise de sa médication ?

**QUESTION 4**

La réaction de M^{me} Brunet concernant la prise d'un antidépresseur requiert-elle un suivi clinique ?
Ajustez le PTI, s'il y a lieu.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	

SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	

Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service

Situation 1

Vignette contextuelle

M^{me} Jolicœur, 35 ans, a donné naissance à 38 semaines de grossesse à son deuxième bébé sous péridurale à 11 h 25. Le travail a duré 15 heures et a été difficile. Elle a subi une déchirure périnéale du 3^e degré. Elle a été transférée à l'unité post-partum à 13 h.

Au rapport de 16 h, l'infirmière vous dit que la cliente a eu une première miction de 100 ml à 14 h 30, le fond utérin (FU) était alors à 0/0, centré et ferme. Les lochies sont rouge foncé et mouillent une serviette hygiénique toutes les heures. Les signes vitaux de 15 h 30 étaient : TA 110/60, P 72/min, rég., R 20/min, rég., amplitude normale, T° 37,3 °C. Le premier lever a été bien toléré.

Lors de la tournée de 16 h 25, vous notez que le fond utérin de M^{me} Jolicœur se situe à 1/0 et qu'il est dévié vers la droite. La cliente rapporte des douleurs sous forme de « crampes importantes » au bas du ventre.



QUESTION 1

À partir de l'évaluation que vous faites de la situation clinique de M^{me} Jolicœur, quel problème soupçonnez-vous ?



Réponse attendue

- Globe vésical ou rétention urinaire.



Justifications et enrichissements

Plusieurs données de cette situation indiquent la présence d'un globe vésical : le fond utérin est à 1/0, alors qu'il devrait être à 0/0 ; il est dévié au lieu d'être centré. Lorsque la vessie est distendue, l'utérus est habituellement dévié et situé au-dessus de l'ombilic. À la suite d'un accouchement, le fond utérin devrait normalement se situer au niveau de l'ombilic et être d'une dimension semblable à celle d'un gros pamplemousse. Par ailleurs, la première miction de M^{me} Jolicœur a été de 100 ml, ce qui doit être considéré comme inadéquat, puisqu'une vessie est bien vidangée après une miction d'au moins 200 ml.

Dans la phase post-partum immédiat, qui dure de 1 à 4 heures après l'accouchement, plusieurs facteurs contribuent à l'apparition d'un globe vésical et à la diminution de la sensation d'une vessie trop pleine de M^{me} Jolicœur. Il s'agit notamment du travail prolongé, de l'anesthésie par voie péridurale, de l'accouchement difficile et de la présence d'une déchirure au 3^e degré. Certains de ces facteurs entraînent de l'œdème et des traumatismes (contusions) au niveau des voies urinaires et contribuent à la dysfonction vésicale. La douleur périnéale et la crainte qu'elle s'accroisse lors de la miction constituent d'autres éléments responsables de la rétention urinaire. C'est pourquoi l'administration d'un analgésique peut être une intervention appropriée pour M^{me} Jolicœur, en vue de favoriser la miction.

La présence du globe vésical empêche l'utérus de bien se contracter et peut entraîner une atonie utérine. Puisque cela augmente les risques d'hémorragie, il y a nécessité d'intervenir rapidement. Dans la situation, aucun signe d'hémorragie active n'est présent, puisque : 1) la cliente mouille une serviette hygiénique toutes les heures ; 2) son utérus est ferme et 3) ses signes vitaux sont normaux. Par conséquent, le massage utérin n'est pas approprié dans le cas de M^{me} Jolicœur. Par contre, si la cliente mouillait une serviette hygiénique toutes les 15 minutes ou moins, cela constituerait un saignement excessif et le massage utérin serait indiqué.

En présence d'un globe vésical, plusieurs interventions peuvent favoriser la vidange de la vessie et stimuler la diurèse. Ce sont, entre autres : 1) créer un environnement intime pour la cliente ; 2) stimuler son pouvoir d'autosuggestion, par exemple, en faisant couler l'eau du robinet ; 3) appliquer de l'eau tiède sur son périnée ou la faire asseoir sur un bain de siège contenant de l'eau tiède ; 4) la faire asseoir ; 5) lui administrer un analgésique ; 6) placer sa main dans l'eau et 7) l'encourager à essayer d'aller uriner à la salle de bains. Si ces interventions s'avèrent inefficaces, un cathétérisme vésical devient indiqué. Ce dernier nécessite toutefois une ordonnance médicale.

Vous effectuez les interventions nécessaires pour résoudre le problème de M^{me} Jolicœur.



QUESTION 2

Nommez deux (2) signes ou symptômes qui vous indiqueront que vos interventions auprès de M^{me} Jolicœur ont été efficaces pour résoudre son problème.



Réponses attendues

- FU : 0/0 ou à l'ombilic.
- FU : n'est plus dévié vers la droite ou est centré.
- Absence de globe vésical à la palpation.
- Absence de douleurs ou de crampes.



Justifications et enrichissements

Le fond utérin devrait, à ce stade du post-partum, soit 5 heures après l'accouchement, se situer à 0/0 ou à l'ombilic, être ferme et bien centré. Une fois le globe vésical résorbé, l'utérus de M^{me} Jolicœur devrait reprendre sa position normale et se contracter. Une vérification du fond utérin doit être effectuée afin de s'en assurer.

La présence de crampes utérines, appelées « tranchées », associée au processus d'involution utérine est plus fréquente chez la multipare et est accentuée lors de l'allaitement. La douleur occasionnée par les crampes peut justifier le recours à des mesures de soulagement.

À 17 h, M^{me} Jolicœur présente un œdème modéré au périnée et une douleur qu'elle évalue à 4/10. Vous lui administrez de l'acétaminophène (Tylenol) 325 mg/co, 2 co et du naproxène (Naprosyn) 250 mg/co, 1co. La cliente aimerait bien connaître d'autres moyens pour se soulager et prendre moins d'analgésiques.



QUESTION 3

Quelles recommandations devez-vous faire à M^{me} Jolicœur pour répondre à sa demande ? Nommez-en deux (2).



Réponses attendues

- Appliquer de la glace sur le périnée.
- Utiliser le bain de siège avec de l'eau froide dans les 24 premières heures.
- Utiliser le bain de siège avec de l'eau tiède après les 24 premières heures.
- S'asseoir en maintenant les « fesses serrées ».



Justifications et enrichissements

L'acétaminophène soulage les douleurs légères, alors qu'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), comme le naproxène, en diminuant l'inflammation, soulage les douleurs périphériques du périnée et les crampes utérines. La combinaison de ces deux médicaments procure donc à la cliente un soulagement optimal.

Des interventions non pharmacologiques peuvent aussi être utilisées, ce qui permettra de maximiser l'effet des médicaments employés. Par exemple, l'application de froid ou de glace sur le périnée diminue le processus inflammatoire présent dans les 24 premières heures et soulage la douleur qui y est associée. C'est pourquoi, durant cette période, l'eau du bain de siège devrait être plutôt froide, même si c'est inconfortable pour la cliente. Par la suite, la température de l'eau pourra être ajustée en fonction du confort de la cliente. L'eau tiède est recommandée pour activer la circulation sanguine et favoriser la cicatrisation des tissus.

Le fait de garder les « fesses serrées » en s'asseyant vise à réduire la tension exercée sur le périnée et à réduire la douleur. Cependant, l'utilisation d'un coussin en forme de beigne ou d'un oreiller est à proscrire : elle tend à faire écarter les muscles fessiers (ce qui augmente la tension sur le périnée) et à réduire la circulation sanguine locale (ce qui ralentit le processus de cicatrisation).

M^{me} Jolicoeur présente de l'anémie. Son médecin lui a prescrit des suppléments de fer qu'elle devra prendre jusqu'à son prochain rendez-vous de suivi médical.



QUESTION 4

Quelle recommandation faites-vous à M^{me} Jolicoeur qui veut respecter la prescription médicale et poursuivre la consommation de produits laitiers ?



Réponses attendues

- Prendre les suppléments de fer au moins 1 heure avant les repas ou entre les repas.
- Prendre les suppléments de fer de 1 à 2 heures après les repas.
- En cas d'irritation gastrique, prendre les suppléments de fer au coucher **ou** lors des repas avec de l'eau ou du jus et attendre au moins 1 heure avant de consommer du lait et des produits laitiers.



Justifications et enrichissements

Le fer est un nutriment essentiel au bon fonctionnement du corps humain. Présent dans l'hémoglobine du sang, il transporte l'oxygène dans tout l'organisme. Il joue aussi un rôle dans la formation des globules rouges, dans le fonctionnement des cellules et il contribue également au fonctionnement du cerveau.

L'augmentation des besoins en fer durant la grossesse et les pertes sanguines importantes lors de l'accouchement ou durant le post-partum immédiat peuvent causer une anémie physiologique. Afin

de prévenir ce problème, des suppléments de fer sont recommandés durant la grossesse et pendant les 2 ou 3 mois qui suivent l'accouchement.

Dans la situation actuelle, pour pallier la carence en fer de M^{me} Jolicœur, celle-ci sera encouragée à consommer des aliments et des suppléments riches en fer. Toutefois, l'absorption du fer est conditionnelle à certaines règles. La cliente doit donc être informée que certains aliments diminuent ou inhibent l'absorption du fer. Le lait et les produits laitiers, les aliments contenant du blé ou des oxalates, le thé et le café ne doivent pas être consommés en même temps que le fer parce qu'ils nuisent à son absorption. Il est recommandé d'attendre au moins 1 heure après la prise du sulfate ferreux avant de consommer ces produits.

Les suppléments de fer sont mieux absorbés lorsqu'ils sont consommés quand le taux d'acidité de l'estomac est à son maximum, soit lorsqu'il est vide ou entre les repas. Toutefois, la prise de ces suppléments à ces périodes de la journée peut occasionner un inconfort gastrique.

Par ailleurs, la prise de suppléments de fer donne une coloration noirâtre aux selles et entraîne parfois de la constipation. Pour prévenir la constipation, une diète riche en fibres et une bonne hydratation sont recommandées.

Au plan thérapeutique infirmier (PTI) de M^{me} Jolicœur sont déjà inscrits les constats suivants :

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	11:25	1	Accouchement vaginal à 38 sem.	MB				
		2	Déchirure périnéale du 3 ^e degré	MB				
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière			Programme/Service
Mathilde Bergeron, inf.			MB					



QUESTION 5

Quel nouveau constat devez-vous inscrire au PTI pour refléter l'évolution du profil clinique de M^{me} Jolicœur en lien avec le suivi clinique de sa situation de santé ?

**Réponse attendue**

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	11:25	1	Accouchement vaginal à 38 sem.	MB				
		2	Déchirure périnéale du 3 ^e degré	MB				
2008-12-12	11 :25	3	Anémie	Vos initiales				
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière			Programme/Service
Mathilde Bergeron, inf.			MB					
Votre nom et votre titre			Vos initiales					

**Justifications et enrichissements**

À partir de son évaluation, l'infirmière inscrit au plan thérapeutique infirmier les problèmes qu'elle juge importants pour assurer le suivi clinique requis. Dans la situation de M^{me} Jolicoeur, l'infirmière détermine que l'anémie est un problème prioritaire qui requiert un suivi clinique de sa part. Bien qu'il s'agisse d'un problème médical, l'infirmière peut l'inscrire au PTI, car il a été diagnostiqué par un médecin. Ainsi, le profil clinique de M^{me} Jolicoeur indiqué au PTI comprend l'information minimale pour caractériser le suivi effectué, soit la raison de l'hospitalisation, donc l'accouchement, ainsi que deux problèmes prioritaires qui lui sont propres, soit la déchirure périnéale et l'anémie.

Le globe vésical n'est pas un constat d'évaluation à inscrire au PTI en raison de son caractère ponctuel. Toutefois si, à la suite des interventions réalisées, M^{me} Jolicoeur présentait de nouveau un globe vésical, il devrait être inscrit au PTI en raison de la possibilité de récurrence du problème et du suivi clinique requis par la situation.

LECTURES COMPLÉMENTAIRE

- normalités quant aux pertes sanguines pendant l'accouchement et au cours du post-partum ;
- examen physique (palpation de la vessie et de l'utérus) ;
- changements physiologiques normaux en post-partum et ceux qui indiquent une complication ;
- explications à donner quant à la procédure et aux effets escomptés du bain de siège ;
- recommandations diététiques en post-partum et pour la mère qui allaite : sources de fer, de vitamine C, de calcium et de fibres alimentaires.

RÉFÉRENCES

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2005). « Analgésie au moyen d'opiacés », dans *Guide clinique en soins infirmiers*, 2^e éd., Montréal, CHUM, Direction des soins infirmiers, p. 111-126.

Deglin, J.H., et Vallerand, A.H. (2003). *Guide des médicaments*, 2^e éd., St-Laurent, ERPI, p. 742-745.

Dubost, M. (2006). « Les minéraux et l'eau », dans *La nutrition*, 3^e éd., Montréal, Chenelière Éducation, p. 165-191.

Ladewig, P.W., London, M.L., Moberly, S., et Olds, S.B. (2003a). « Adaptation postnatale et évaluation », dans *Soins infirmiers en périnatalité*, 3^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 805-827.

Ladewig, P.W., London, M.L., Moberly, S., et Olds, S.B. (2003b). « La grossesse à risque : problèmes de santé préexistants », dans *Soins infirmiers en périnatalité*, 3^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 301-330.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie (2002). *Allaitement maternel : guide pratique à l'intention des intervenants et intervenantes*, Sherbrooke, RRSSS de l'Estrie, Direction de la santé publique et de l'évaluation, p. 23-24, 35-37.

Situation 4

Vignette contextuelle

À 19h30, Karine, 4 ans, est hospitalisée en raison d'une fièvre d'étiologie inconnue et d'une fracture à l'humérus gauche. Un plâtre a été mis en place à l'urgence et un analgésique antipyrétique lui a été administré, il y a 30 minutes. Des antibiotiques intraveineux ont commencé à lui être administrés à l'urgence.

Dès l'arrivée de Karine à l'unité des soins, vous vérifiez sa température buccale : 37,7 °C. Ses autres signes vitaux sont normaux ainsi que les signes neurovasculaires et neurologiques. À l'examen physique, vous notez la présence de multiples ecchymoses sur la face postérieure du bras droit, sur le devant des deux jambes, entre les omoplates et au bas du dos de l'enfant. Elles sont de formes, de dimensions et de couleurs variées.

La mère de Karine vous raconte qu'avant de partir hier pour se rendre à son travail, sa fille a fait une chute après avoir glissé sur un jouet dans l'escalier.

Après le départ de la mère, le père de Karine arrive. Au cours de la discussion, il vous dit : « Karine tombe souvent, elle est maladroite. Elle est toujours pleine de bleus. Si elle m'avait écouté, elle ne serait pas tombée à bicyclette ! » Vous observez que Karine évite le contact visuel et qu'elle préfère demeurer en retrait.



QUESTION 1

Quelle action prioritaire devez-vous poser par rapport à cette situation de violence probable envers Karine ?



Réponses attendues

- Signaler la possibilité de violence au chef d'unité (infirmière-chef) ou à son assistante ou au médecin ou à la travailleuse sociale.
- Signaler la situation aux services de protection de l'enfance.
- Signaler la situation au Comité de protection de l'enfance (CPE) de l'établissement. Plusieurs hôpitaux ont maintenant un CPE.



Justifications et enrichissements

La violence est le fait d'infliger délibérément à une autre personne des sévices et/ou des douleurs pouvant occasionner des préjudices temporaires ou permanents, voire la mort. Quel que soit le mauvais traitement, l'agresseur est, la plupart du temps, un parent ou tuteur, ou encore le conjoint du parent. Dans un tel contexte, il faut éviter de porter un jugement.

Dans cette situation, les interventions prioritaires pour traiter la blessure (fracture) et contrôler les douleurs et la fièvre de Karine ont été effectuées. Dès que la condition physique de l'enfant est stable et que les données recueillies éveillent le soupçon d'une situation de violence, le signalement est obligatoire. Le cas est signalé dans le but d'obtenir une évaluation et non une accusation.

En vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, toute personne, ou tout professionnel, qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis a l'obligation de signaler sans délai la situation aux autorités concernées. Ainsi, tout professionnel de la santé a la responsabilité d'identifier le plus tôt possible toute situation de négligence, de mauvais traitement physique ou d'abus. En cas de non-respect de cette obligation, les tribunaux pourraient revenir sur la négligence des professionnels qui omettent de signaler un cas suspect. L'infirmière, dans le cadre de ses fonctions, joue un rôle important dans le dépistage d'un problème de violence, car elle est souvent la première intervenante à rencontrer l'enfant et sa famille. La relation qu'elle établit avec eux lui permet de recueillir des données essentielles pour évaluer la situation et la nature du lien entre les parents et l'enfant.

D'un point de vue organisationnel, l'infirmière peut faire le signalement au personnel en autorité (chef d'unité ou son assistante), au médecin ou à un membre de l'équipe multidisciplinaire, à la travailleuse sociale, notamment, qui apporte une contribution significative dans une situation de violence ou de maltraitance. L'infirmière peut également signaler la situation aux services de protection de l'enfance ou au Comité de protection de l'enfance (CPE) de l'établissement.

Ainsi, à la suite du signalement aux services de protection de l'enfance, une personne (généralement une travailleuse sociale) aura le mandat de poursuivre l'enquête. Toutes les données recueillies serviront à prendre une décision éclairée, au regard de la sécurité de l'enfant. À la suite de l'évaluation complète de la situation, des interventions seront réalisées auprès des parents afin de déterminer s'ils sont aptes à assurer la sécurité et le développement de leur enfant. Une décision suivra quant à la possibilité pour l'enfant de retourner dans son milieu familial immédiatement ou selon certaines conditions. Par exemple, un placement à l'extérieur du milieu familial pourrait être envisagé. Dans un contexte de violence, la situation des autres enfants de la famille sera également évaluée. Il arrive qu'il y ait plusieurs victimes au sein d'une même famille.

Sur la base de votre évaluation, vous inscrivez le constat suivant au PTI de Karine :

CONSTATS DE L'EVALUATION								
Date	Heure	Nº	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	19:30	2	Violence physique probable	Vos initiales				
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Votre nom et votre titre			Vos initiales					



QUESTION 2

Rédigez une note d'évolution pour justifier votre constat de violence physique probable en inscrivant quatre (4) données que vous jugez essentielles.



Réponse attendue

Notes d'évolution

2008-12-12, 19 h 30

Admise en compagnie de sa mère, à la suite d'une fracture à l'humérus gauche. (1) Selon sa mère : « Karine a fait une chute hier, elle a glissé sur un jouet dans l'escalier. » Selon son père : « Karine tombe souvent, elle est maladroite. Elle est toujours pleine de bleus. Si elle m'avait écouté, elle ne serait pas tombée à bicyclette ! » (2) Présence de multiples ecchymoses de formes, de dimensions et de couleurs variées, sur la face postérieure du bras droit, sur le devant des deux jambes, entre les omoplates et au bas du dos de l'enfant. (3) Délai de 33 heures entre la chute et la consultation. (4) Karine évite le contact visuel. (5) Elle demeure assise sur une chaise, en retrait.

Votre signature et votre titre



Justifications et enrichissements

Le dossier du client comprend notamment le plan thérapeutique infirmier et les notes d'évolution narratives de l'infirmière. La documentation des soins est une responsabilité professionnelle qui contribue à assurer la continuité des soins.

Dans la note d'évolution narrative, l'infirmière inscrit les données qui justifient son constat de violence probable chez l'enfant. Une situation d'abus ou de violence peut difficilement être soupçonnée à partir d'un seul indice. De là l'importance de rapporter tout signe de violence. L'hospitalisation de l'enfant est une occasion privilégiée pour recueillir et documenter le plus de données possible à ce sujet.

La note d'évolution consignée par l'infirmière au dossier de l'enfant doit être pertinente, exacte, complète et facilement accessible, de façon à soutenir les décisions cliniques. Dans la situation présente, la note d'évolution doit contenir les données factuelles liées à la violence, soit :

- les comportements des parents et de l'enfant, décrits de façon objective, sans jugement ni interprétation ;
- les propos échangés entre l'infirmière, l'enfant ou les parents, consignés objectivement et textuellement (dans la mesure du possible) ;
- les signes objectifs et les observations faites lors de l'examen clinique de l'enfant.

Les indices de violence peuvent être physiques, psychologiques ou comportementaux. Une grande vigilance s'avère nécessaire pour les reconnaître. Dans la situation actuelle, la présence de plusieurs indices concomitants appuie l'hypothèse de violence et indique la nécessité d'une investigation plus approfondie. Ainsi, les comportements et les paroles contradictoires des parents, les propos accusateurs ou de dénigrement du père envers sa fille, le délai de consultation et l'attitude de retrait de l'enfant doivent être rapportés au dossier.

L'infirmière inscrit aussi les observations réalisées lors de l'examen clinique : le nombre précis d'ecchymoses, leur localisation, leur forme, leur dimension et leur couleur doivent être inscrits au dossier. Par exemple, la variété dans la forme, la dimension et la couleur des ecchymoses indique qu'elles sont apparues à des moments différents.

Lors de l'évaluation initiale, il est important de s'installer dans un endroit calme avec les personnes concernées par la situation et d'appliquer les principes de communication thérapeutique. Les questions doivent d'abord porter sur les inquiétudes des parents, sur les antécédents familiaux et sur les antécédents de l'enfant. Il est primordial, pour établir la relation de confiance, d'aborder les sujets de façon non menaçante avant d'examiner les circonstances de la blessure. Autant que possible, il est préférable d'interroger les parents (ou autres personnes significatives) séparément, de façon à pouvoir comparer les réponses et s'assurer de la véracité des informations recueillies.

**QUESTION 3**

Concernant le problème de **violence physique probable**, inscrivez au PTI une (1) directive infirmière pour assurer le suivi clinique de Karine.

**Réponses attendues**

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	19:30	2	Violence physique probable	Vos initiales				

SUIVI CLINIQUE							
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2008-12-12	19:30	2	Signaler situation à l'assistante infirmière-chef ou à l'infirmière-chef ou au médecin ou à la travailleuse sociale OU	Vos initiales			
2008-12-12	19:30	2	Surveiller les indices de violence ou d'abus OU	Vos initiales			
2008-12-12	19:30	2	Observer la différence de comportement de l'enfant en présence et en l'absence des parents	Vos initiales			

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Votre nom et votre titre	Vos initiales				

**Justifications et enrichissements**

Le PTI constitue une note d'évolution obligatoire qui fait partie intégrante du dossier et qui permet de retracer les décisions que l'infirmière a prises pour assurer le suivi clinique du client. Ainsi, dans la situation de Karine, l'infirmière inscrit au PTI les directives qu'elle donne pour assurer le suivi clinique requis relativement au problème de violence probable constaté chez l'enfant.

Bien que le signalement soit une intervention ponctuelle, son inscription au PTI permet d'en garder la trace pour un meilleur suivi clinique, présentement et ultérieurement.

Compte tenu des comportements déjà observés chez Karine et ses parents, il est crucial pour le suivi du problème de violence probable de Karine d'observer la nature des interactions entre les parents et l'enfant et la différence de comportement de l'enfant en présence et en l'absence des parents. C'est pourquoi cette observation fait l'objet d'une directive à inscrire au PTI. Les observations pertinentes sont ensuite documentées dans les notes d'évolution narratives.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- La prévention de la négligence et de la violence envers les enfants repose d'abord sur les connaissances entourant ce phénomène : les manifestations, les facteurs prédisposants, les stratégies d'intervention et les mesures de prévention.

RÉFÉRENCES

Ball, J., et Bindler, R. (2003). « Les troubles psychosociaux », dans *Soins infirmiers en pédiatrie*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 1046-1096.

Brassard, Y. (2006). *Apprendre à rédiger des notes d'observation au dossier*, 4^e éd., Longueuil, Loze-Dion éditeur, vol. 1.

Éthier, L.S., et Lacharité, C. (2000). « La prévention de la négligence et de la violence envers les enfants », dans F. Vitaro et C. Gagnon (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, Québec, Presses de l'Université du Québec, vol. 1, p. 389-428.

Hockenberry, M.J., et Barrera, P. (2007). « Ingestion of injurious agents », dans M.J. Hockenberry et D. Wilson (sous la dir. de), *Wong's Nursing Care of Infants and Children*, 8^e éd., St. Louis, Mosby Elsevier, p. 682-696.

Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2002). *Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers*, Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2006). *L'intégration du plan thérapeutique infirmier à la pratique clinique*, Montréal, OIIQ.

Wong, D.L. (2002). « Mauvais traitements », dans *Soins infirmiers : pédiatrie*, Laval, Éditions Études Vivantes, p. 546-561.

Situation 5

Vignette contextuelle

M. Landry, 50 ans, est hospitalisé depuis 24 heures pour récurrence de colite ulcéreuse. Il est veuf et n'a pas d'enfants. Il est 15 h, et vous complétez le bilan liquidien de votre quart de travail. Voici les données que vous inscrivez :

	Bilan liquidien				
	Ingesta		Excreta		
	Perfusion IV	PO	Diurèse	Selles	Vomissements
7 h à 15 h	400 ml	200 ml	400 ml	6 (± 800 ml) liquides, teintées de sang	0

L'ordonnance médicale de M. Landry est la suivante :

- Dextrose 5 % + NaCl 0,45 % 1000 ml + 20 mEq de KCl IV à 100 ml/h
- Bilan liquidien strict
- Ionogramme et Hb Ht die
- Diète pauvre en résidus
- Hydromorphone (Dilaudid) 2 mg SC q 3-4 h PRN
- Méthylprednisolone (Solu-Medrol) 60 mg IV q 6 h



QUESTION 1

Quelle est l'intervention prioritaire à effectuer, à la suite de l'analyse du bilan liquidien de M. Landry ?



Réponse attendue

Ajuster le débit de la perfusion à 100 ml/h.

**Justifications et enrichissements**

Dans un contexte clinique de colite ulcéreuse, l'analyse et l'interprétation du bilan des 24 dernières heures sont essentielles afin de suivre l'évolution clinique du client. Dans la situation actuelle, l'écart entre le volume de soluté administré et celui qui a été prescrit au cours des 8 dernières heures ainsi que l'élimination de 6 selles teintées de sang rend le client vulnérable à la déshydratation. En effet, le client a reçu 400 ml au lieu de 800 ml, ce qui correspond à un débit de 50 ml/h au lieu du débit prescrit de 100 ml/h. Dès que l'infirmière s'aperçoit de cet écart, elle réajuste immédiatement le débit de la perfusion intraveineuse à celui qui a été prescrit et elle avise le médecin afin qu'il décide de la conduite à tenir, car une augmentation du débit de la perfusion intraveineuse pour compenser le déficit nécessite une ordonnance individuelle. Sur le plan clinico-administratif, l'infirmière est également tenue de déclarer cet incident sur le formulaire d'incident/accident AH-223.

**QUESTION 2**

En lien avec la colite ulcéreuse, inscrivez au PTI une (1) directive infirmière à l'intention de l'infirmière auxiliaire, afin que celle-ci contribue à la surveillance clinique de M. Landry.

**Réponse attendue**

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-10-20	15:00	1	Colite ulcéreuse	KL				
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-10-20	15:00	1	Aviser inf. si signes de déshydratation	Vos initiales				
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Kathleen Langelier, inf.			KL					
Votre nom et votre titre			Vos initiales					

**Justifications et enrichissements**

La colite ulcéreuse est une maladie inflammatoire ulcéreuse et récurrente de la muqueuse et de la sous-muqueuse du côlon et du rectum. Les ulcérations entraînent des hémorragies, et la muqueuse devient œdémateuse et enflammée. Les principaux symptômes de la colite ulcéreuse sont la diarrhée, les douleurs dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen, le ténesme intermittent et les rectorragies. La personne peut évacuer entre 10 et 20 selles liquides par jour, selon la gravité des symptômes, ce qui peut entraîner une déshydratation et de ce fait une hypokaliémie. L'ajout de chlorure de potassium à la perfusion intraveineuse de M. Landry vise à prévenir ce problème. L'infirmière doit donc analyser quotidiennement le résultat du dosage des électrolytes afin d'assurer le suivi de la kaliémie de M. Landry.

La surveillance de la fréquence, de l'aspect et de la couleur des selles fait partie du suivi clinique standard de la colite ulcéreuse du client. Afin d'assurer la surveillance de la condition clinique de M. Landry, l'infirmière donne une directive pour que l'infirmière auxiliaire l'avise si elle observe des signes de déshydratation chez lui.

Le corticostéroïde (méthylprednisolone) administré, par voie intraveineuse, en raison de ses propriétés anti-inflammatoires, n'est pas efficace avant quelques doses. Lorsque les traitements non chirurgicaux ne permettent pas de soulager les symptômes graves de l'entéropathie inflammatoire, l'intervention chirurgicale est parfois recommandée.

Devant la détérioration de l'état général de M. Landry, une proctocoloectomie et une iléostomie permanente sont réalisées.

Quelques jours après l'intervention chirurgicale, le méthylprednisolone (Solu-Medrol) IV est remplacé par de la méthylprednisolone 40 mg PO die. Il est 8 h, et vous apportez à M. Landry 8 comprimés de 5 mg de méthylprednisolone. Le client vous dit : « Je déteste prendre autant de médicaments d'un seul coup. J'ai peur que ça m'irrite l'estomac. Chez moi, je prends la moitié de mes médicaments le matin et l'autre moitié vers l'heure du souper. »



QUESTION 3

Quelle explication allez-vous donner à M. Landry pour justifier l'importance de prendre toute sa médication le matin ?



Réponse attendue

Il est important de prendre la dose complète le matin afin de faire coïncider la prise de la médication avec le rythme normal de sécrétions du cortisol dans l'organisme.



Justifications et enrichissements

L'administration quotidienne de méthylprednisolone (Solu-Medrol) vise à diminuer l'inflammation intestinale chez M. Landry. De façon à promouvoir l'observance du traitement pharmacologique, l'infirmière l'informe des réactions physiologiques engendrées par la prise d'un corticostéroïde. En effet, le méthylprednisolone (Solu-Medrol), par voie orale, se substitue graduellement à la sécrétion naturelle du cortisol par les glandes surrénales. De façon à respecter le rythme circadien de sécrétion du cortisol, il est important de prendre la médication le matin. Le taux sanguin de cortisol atteint son maximum peu après le lever du client et son minimum pendant la soirée.

De la même façon, il est important d'enseigner au client de ne pas interrompre le traitement, car l'administration d'un corticostéroïde exogène (méthylprednisolone ou Solu-Medrol) supprime la production d'ACTH endogène, donc la sécrétion de cortisol endogène par les glandes surrénales. Ainsi, l'arrêt d'un corticostéroïde doit se faire de façon progressive et décroissante afin de permettre à l'organisme la reprise graduelle de la sécrétion naturelle du cortisol endogène. L'arrêt brusque de la médication peut entraîner une insuffisance surrénalienne.

Après plusieurs jours, M. Landry éprouve toujours de la difficulté à participer aux soins de sa stomie. Il dit que l'odeur lui répugne.



QUESTION 4

Donnez trois (3) conseils à M. Landry afin de prévenir l'apparition de ces mauvaises odeurs.



Réponses attendues

- Changer l'appareillage aux 5 jours ou au besoin s'il n'est pas étanche ou s'il dégage des odeurs.
- Vider le sac lorsqu'il est rempli au tiers.
- Mettre une goutte d'huile dans le sac neuf afin d'en faciliter la vidange.
- Utiliser un sac muni d'un filtre.
- Éviter les aliments qui, en se décomposant, sont susceptibles de provoquer des odeurs nauséabondes ou des gaz.
- Prodiguer les soins avant le petit-déjeuner.
- Mettre dans le sac un produit qui diminue les odeurs (ex. : le produit M9, du rince-bouche ou de la pâte dentifrice).



Justifications et enrichissements

L'appareillage de la stomie doit demeurer étanche, sinon des odeurs nauséabondes peuvent s'en échapper. Un appareillage mal ajusté ou un sac trop plein peut aussi provoquer le décollement de l'appareillage ou du sac et la libération d'odeurs. Il est donc recommandé de vider le sac de stomie s'il est rempli au tiers ou s'il contient des gaz et d'effectuer les soins avant le petit-déjeuner. Le dépôt d'une goutte d'huile dans le sac collecteur, lorsque ce dernier est neuf, en facilite également la vidange. L'utilisation d'un sac muni de filtre vise également à diminuer les odeurs.

L'appareillage est habituellement en place pour une période de 5 à 7 jours. Toutefois, un décollement prématuré de l'appareillage peut survenir lorsqu'il y a sudation abondante chez le client. Il faut alors changer le sac plus fréquemment. Il faut aussi le changer aussitôt qu'il n'est pas étanche.

Certains aliments, comme les épinards, le persil, le babeurre, le yogourt et le jus de canneberge, peuvent contribuer à diminuer les odeurs. À l'opposé, d'autres aliments, particulièrement ceux de la famille du chou et des oignons, le poisson, les œufs, l'ail, les asperges, le brocoli, les mets très épicés, les légumineuses, les poireaux, le maïs, les boissons gazeuses, la bière et le vin mousseux, contribuent à augmenter les odeurs et les flatulences. Ces renseignements sont très utiles au client porteur d'une stomie. Pour réduire les odeurs, le médecin peut également prescrire des comprimés de sous-carbonate de bismuth, à prendre 3 ou 4 fois par jour, ou certains médicaments qui augmentent la consistance des selles, comme le diphénoxylate (Lomotil). De plus, il est possible d'utiliser des produits (comme le M9, du rince-bouche ou de la pâte dentifrice) qui permettent de diminuer les odeurs.

Malgré vos nombreuses tentatives pour convaincre M. Landry, il refuse toujours de participer aux soins de sa stomie et avoue se sentir dépassé par les événements.



QUESTION 5

Devant ce constat, inscrivez au PTI une (1) directive infirmière visant à favoriser les autosoins de M. Landry.



Réponse attendue

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-10-20	15:00	2	Refus d'effectuer ses soins de stomie	BF				

SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-10-20	15:00	2	Explorer les aspects psychologiques liés au port de la stomie (image corporelle, estime de soi et sexualité)	Vos initiales				

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Bénédicte Filion, inf.	BF				
Votre nom et votre titre	Vos initiales				



Justifications et enrichissements

Pour assurer le suivi du refus de M. Landry d'effectuer ses soins de stomie, l'infirmière inscrit ses directives au PTI.

La personne qui porte une stomie peut facilement se sentir isolée, impuissante et désemparée. L'infirmière doit faire preuve de compréhension et lui apporter le soutien psychologique nécessaire. Dans la situation de M. Landry, il est important d'explorer la réaction psychologique du client en ce qui a trait au port d'une stomie et d'inscrire une directive au PTI à cet effet. Cette exploration peut se faire en l'encourageant à parler de sa perception de sa nouvelle image corporelle. À plus long terme, si le client présente des problèmes d'adaptation, il faudra le diriger vers d'autres ressources qui sont en mesure de lui offrir le soutien psychologique dont il a besoin.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- distinction entre les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (colite ulcéreuse et maladie de Crohn) ;
- aspects thérapeutiques (médication, diète et chirurgie) ;
- distinction entre les différentes stomies intestinales et caractéristiques de l'écoulement ;
- soins de stomie ;
- adaptation (changements dans les habitudes de vie, réseau de soutien, etc.) ;
- examens diagnostiques spécifiques aux maladies intestinales.

RÉFÉRENCES

Association des pharmaciens du Canada (2007). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, Ottawa, APhC.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2005). *Guide clinique en soins infirmiers*, 2^e éd., Montréal, CHUM, Direction des soins infirmiers, Soins des stomies, p. 251-255.

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., et Dirksen, S.R. (2003). « Troubles des voies gastro-intestinales inférieures », dans *Soins infirmiers : médecine-chirurgie*, Laval, Groupe Beauchemin, vol. 3, p. 148-213.

Marieb, E.N. (2005). *Anatomie et physiologie humaines*, 3^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 631.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OIIQ.

Smeltzer, S.C., et Bare, B.G. (2006a). « Affections intestinales et rectales », dans *Médecine et chirurgie*, 4^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 3, p. 113-166.

Smeltzer, S.C., et Bare, B.G. (2006b). « Complications des affections cardiaques », dans *Médecine et chirurgie*, 4^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 2, p. 407-442.

Situation 6

Vignette contextuelle

Il est 10 h et M. Jean Drolet, 25 ans, est admis à l'unité de soins pour un pneumothorax spontané. Il porte un drain thoracique à succion continue. Lors de l'évaluation initiale, il vous dit : « Je prends 2 bières par jour et ma caisse de 24 toutes les fins de semaine avec mes amis, mais si je voulais, je pourrais me passer de bière. Ça me détend quand je finis ma journée. Ça m'aide à m'endormir, même si je ne dors pas mieux, je me réveille 3 à 4 fois par nuit. ».



QUESTION 1

Quelle information donnez-vous à M. Drolet concernant l'effet de sa consommation d'alcool sur la qualité de son sommeil ?



Réponse attendue

Toute réponse qui indique que l'alcool nuit à la qualité du sommeil, parce qu'il réduit les phases de sommeil profond et augmente les périodes d'éveil.



Justification et enrichissements

Dans la situation actuelle, le client présente un profil de dépendance à l'alcool. La création d'un climat de confiance avec le client et l'établissement d'un bon lien thérapeutique sont nécessaires afin d'obtenir de l'information concernant ses habitudes de consommation.

M. Drolet présente des troubles du sommeil qui se manifestent par une difficulté à avoir un sommeil réparateur. L'alcool agit comme un déprimeur du système nerveux central : il favorise l'endormissement, mais il nuit à la qualité du sommeil, car il réduit les phases de sommeil profond (paradoxal), il fragmente le sommeil et provoque des réveils prématurés. Contrairement à d'autres aliments, l'alcool n'a pas à être digéré ; il est directement absorbé au niveau de l'estomac et transporté au cerveau, où il agit sur les principaux centres.

Une fois endormie, une personne traverse de quatre à six cycles complets de sommeil par nuit. Chacun de ces cycles comporte quatre stades de sommeil lent et une période de sommeil paradoxal. Ce dernier joue un rôle prépondérant dans le rétablissement de certains processus biologiques et des fonctions cognitives. Le dormeur récupère à la phase paradoxale.



QUESTION 2

À part proposer à M. Drolet différents moyens de détente mieux adaptés à sa condition, quelle recommandation prioritaire devez-vous lui transmettre afin d'améliorer la qualité de son sommeil ?



Réponse attendue

Toute réponse qui suggère une diminution ou une cessation de la consommation d'alcool.



Justification et enrichissements

La prise régulière d'alcool peut entraîner une dépendance physique et psychologique. Sans accusation ni jugement, l'infirmière aide le client à reconnaître son problème d'alcool et explore avec lui diverses possibilités qui peuvent améliorer la qualité de son sommeil.

Trois heures après l'admission de M. Drolet, sa mère lui rend visite. Elle vous apprend que son fils consomme beaucoup plus d'alcool qu'il ne le dit, et ce, de façon régulière depuis l'âge de 15 ans. Concernant cette nouvelle information, vous inscrivez au PTI la directive infirmière suivante : aviser l'infirmière si signes de sevrage (+ dir. plan de travail PAB).



QUESTION 3

Lorsque vous transmettez cette directive au PAB, quels signes inscrivez-vous à son plan de travail ? Nommez-en quatre (4).



Réponses attendues

- Tremblements.
- Désorientation ou confusion ou délirium.
- Irritabilité ou agressivité ou anxiété.
- Insomnie ou cauchemars.
- Agitation psychomotrice.
- Transpiration abondante.
- Hallucinations.
- Convulsions.
- Nausées, vomissements et diarrhées.



Justification et enrichissements

Le sevrage est lié à un manque d'alcool, causé par l'arrêt brusque de la consommation d'alcool. La personne en sevrage d'alcool présente des signes de délire et d'anxiété, une peur insurmontable, des tremblements, de l'irritabilité, de l'agitation, de l'insomnie et de la diaphorèse. Elle peut également présenter une température corporelle de plus de 38 °C (fièvre) et des convulsions. Lors d'un sevrage

d'alcool, ces manifestations se produisent généralement de 4 à 12 heures après l'arrêt ou la réduction d'une consommation excessive et prolongée d'alcool. Deux à trois jours après la cessation de la consommation d'alcool, des hallucinations visuelles, tactiles, olfactives et auditives peuvent aussi survenir. L'hypertension artérielle, la tachycardie, une dilatation des pupilles et une transpiration abondante peuvent aussi être présentes. Ces derniers signes sont l'expression d'une hyperactivité du système nerveux autonome. Les signes de sevrage varient en fonction des habitudes de consommation (fréquence, durée) et de l'état général du client. La prévention de l'apparition des signes de sevrage est favorisée par le dépistage précoce du problème lors de l'évaluation des habitudes de consommation.

Comme le préposé n'a pas accès au dossier du client et, par le fait même, au PTI, l'infirmière inscrit de façon explicite dans le plan de travail de celui-ci les signes de sevrage à surveiller et à lui rapporter, ce qui permet au PAB de contribuer à la surveillance clinique de la condition de M. Drolet.

Trois jours après son admission, M. Drolet n'a présenté aucun signe de sevrage.



QUESTION 4

Ajustez le PTI de M. Drolet, s'il y a lieu. Justifiez votre décision dans les notes d'évolution.



Réponses attendues

Ajustement du PTI :

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	10:00	2	Profil de dépendance à l'alcool	KL				
2008-12-12	13:00	3	Risque de sevrage	KL	2008-12-15	14:00	Vos initiales	

SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	13:30	3	Aviser inf. si signes de sevrage (+ dir. p. trav. PAB)	KL	2008-12-15	14:00	Vos initiales	

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Karine Langis, inf.	KL				
Votre nom et votre titre	Vos initiales				

Justification dans les notes d'évolution :

Notes d'évolution
(1) Date et heure : (2) Aucun signe de sevrage (3) depuis 3 jours.
Votre signature et votre titre



Justification et enrichissements

Trois jours après l'arrêt de la consommation d'alcool de M. Drolet, l'infirmière juge qu'il n'y a plus de risque de sevrage. Elle ajuste donc le PTI en cessant le constat et la directive relatifs à la surveillance des signes de sevrage alcoolique. L'infirmière justifie cette décision dans la note d'évolution, en s'appuyant sur son évaluation de la condition du client et sur les données scientifiques, quant à la durée critique d'un sevrage alcoolique. Cependant, le problème lié au profil de dépendance à l'alcool demeure et continue à avoir une incidence sur le suivi clinique de M. Drolet.

Après le dîner, l'infirmière auxiliaire vous informe que M. Drolet mange peu : ses plateaux sont intacts lorsque le PAB les récupère. Il vous dit ne plus avoir d'appétit depuis qu'il est hospitalisé.

Au dossier, vous obtenez les renseignements suivants :

- Poids à l'admission : 52 kg Poids il y a 3 mois : 63 kg Taille : 1,80 m
- IMC : 16 (normalité 18,5 à 24,9)
- Albumine : 28 g/L (normalité 35 à 50 g/L)



QUESTION 5

À partir de ces données, quel nouveau **constat** d'évaluation inscrirez-vous au PTI de M. Drolet ?



Réponse attendue

CONSTATS DE L'E VALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	10:00	2	Profil de dépendance à l'alcool	KL				
2008-12-12	13 :30	3	Risque de sevrage	KL	2008-12-15	14 :00	Vos initiales	
2008-12-15	14:00	4	Malnutrition ou déficit nutritionnel ou	Vos initiales				
			dénutrition ou sous-alimentation					
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Karine Langis, inf.			KL					
Votre nom et votre titre			Vos initiales					



Justifications et enrichissements

Pour que le métabolisme fonctionne bien, l'organisme a besoin d'une quantité adéquate de glucides, de protéines, de lipides, de minéraux, de vitamines, d'électrolytes et d'oligoéléments. Une personne alcoolique risque de développer un déficit nutritionnel important, car l'ingestion d'alcool comble ses besoins caloriques quotidiens, mais ne lui apporte pas les autres nutriments essentiels.

Plusieurs signes indiquent la présence de malnutrition chez M. Drolet : une perte de poids de plus de 17 % au cours des trois derniers mois, un indice de masse corporelle (IMC) de 16 et un taux d'albumine sous la limite inférieure établie à 35 g/L. Le dosage de l'albumine est un test diagnostique fiable pour évaluer l'état nutritionnel d'une personne. En présence d'un résultat inférieur à la normale, l'infirmière peut diriger le client à la diététiste pour une évaluation de l'état nutritionnel de la personne.

La consommation d'alcool augmente les besoins en vitamines B et C, qui sont nécessaires au métabolisme de l'alcool. Les boissons alcoolisées détériorent également la capacité de l'organisme à emmagasiner les nutriments et en stimulent le catabolisme et l'excrétion. En présence d'un client qui a un déficit nutritionnel, l'infirmière et la diététiste trouveront des méthodes pour stimuler son appétit et l'aider à faire des choix alimentaires appropriés. Elles pourront notamment lui suggérer de consommer des aliments riches en protéines et en vitamines, surtout celles des groupes B et C, de prendre plusieurs petits repas équilibrés par jour et d'ajouter des suppléments, comme des multivitamines et des minéraux.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- Calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) et interprétation des résultats ;
- conséquences et complications liées à l'abus de substances ;
- examens diagnostiques pour évaluer l'état nutritionnel ;
- sources et fonctions des nutriments (glucides, protéines et lipides), des vitamines et des minéraux dans l'organisme ;
- phases de l'alcoolisme.

RÉFÉRENCES

Fortinash, K.M., et Holoday-Worret, P.A. (2003). « Troubles liés à l'abus d'alcool ou de drogues », dans *Soins infirmiers : santé mentale et psychiatrie*, Laval, Groupe Beauchemin, p. 298-326.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., et Snyder, S. (2005a). « Nutrition et alimentation », dans *Soins infirmiers : théorie et pratique*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 2, p. 1425-1494.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., et Snyder, S. (2005b). « Sommeil et repos », dans *Soins infirmiers : théorie et pratique*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 2, p. 1359-1381.

Ordre professionnel des diététistes du Québec (2000). *Manuel de nutrition clinique*, 3^e éd., Montréal, OPDQ, 2 vol.

Potter, P.A., et Perry, A.G. (2005a). « Oxygénation », dans *Soins infirmiers*, 2^e éd., Laval, Groupe Beauchemin, p. 682-718.

Potter, P.A., et Perry, A.G. (2005b). « Thérapies alternatives », dans *Soins infirmiers*, 2^e éd., Laval, Groupe Beauchemin, p. 788-806.

Sanscartier, M. (2002). « La nutrition et l'évaluation clinique nutritionnelle », dans M. Brûlé et L. Cloutier (sous la dir. de), *L'examen clinique dans la pratique infirmière*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 57-85.

Townsend, M.C. (2004). « Les troubles liés à une substance », dans *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 263-306.

Situation 9

Vignette contextuelle

M. Lemieux, 70 ans, insuffisant cardiaque, a subi une néphrectomie droite ce matin, à 8 h. Vous travaillez sur le quart de soir et prenez connaissance des renseignements suivants au dossier :

14 h :

- Retour de la salle de réveil ;
- Bien éveillé et orienté dans l'espace ;
- Perfusion intraveineuse en cours : Dextrose 5 % + NaCl 0,45 % à 80 ml/h.

15 h :

- Douleurs au site opératoire évaluées à 7/10 ;
- Hydromorphone (Dilaudid) 1 mg SC administré au bras droit.

À 19 h, vous administrez au client une dose d'hydromorphone (Dilaudid) 1 mg SC en raison de douleurs au site opératoire, évaluées à 5/10. Dans le sac collecteur d'urine, vous notez qu'il a une diurèse moyenne de 50 ml/h d'urine rosée. Le pansement dorsolombaire est intact. Les signes vitaux sont : TA 110/70, P 72/min, rég., R 16/min, rég., amplitude normale, T° 36,9 °C, SpO₂ 98 %.

À 22 h, M. Lemieux est éveillé. Vous constatez que ses propos sont incohérents et qu'il a des hallucinations visuelles. Il n'est pas en mesure de suivre des directives simples. Il est agité et désorienté dans le temps et l'espace. Ses signes vitaux sont : TA 110/70, P 72/min, rég., R 16/min, rég., amplitude normale, T° 37 °C, SpO₂ 99 %.



QUESTION 1

À la suite de l'évaluation de l'état mental de M. Lemieux :

- Inscrivez au PTI le problème prioritaire que vous constatez à 22 h chez lui ;
- Notez une (1) directive au regard de la surveillance clinique requise pour le problème de M. Lemieux.

Réponses attendues

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-11	22:00	2	Signes de délirium postopératoire	Vos initiales				
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-11	22:00	2	Évaluer les fonctions mentales supérieures ou la condition mentale	Vos initiales				
			q 4 h par inf OU					
2008-12-11	22:00	2	Aviser inf. si client devient agité ou si signes de détérioration de la	Vos initiales				
			condition mentale (+ dir. p. trav. PAB + dir. verb. famille) OU					
2008-12-11	22:00	2	Laisser les deux ridelles ou une des deux ridelles de lit baissées en	Vos initiales				
			permanence (dir. p. trav. PAB)					
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière			Initiales
Votre nom et votre titre			Vos initiales					

Justifications et enrichissements

Le délirium est une complication qui nécessite un suivi clinique particulier. Les signes essentiels permettant de soupçonner le délirium sont :

- L'apparition rapide d'un état confusionnel. Habituellement, le délirium apparaît en quelques heures, mais il arrive parfois qu'il se manifeste quelques jours après la chirurgie. Il est alors plus difficile de le déceler.
- La fluctuation des signes sur une période de 24 heures. Des épisodes de lucidité peuvent entrecouper les périodes d'altération de l'état de conscience.
- L'atteinte du niveau de conscience. L'état de conscience normal est l'état d'alerte. Le client en délirium peut présenter une hypervigilance en ce qui a trait à son environnement ou, à l'opposé, être léthargique, stuporeux ou comateux.
- L'atteinte des capacités cognitives ou de perception. Sur le plan cognitif, il peut s'agir de troubles de la mémoire ou de désorientation. Les troubles de perception se manifestent généralement par des hallucinations et des illusions.

À peine quelques heures après son retour de la chirurgie, M. Lemieux a présenté des signes de délirium, qui se sont manifestés par une altération de son état de conscience, une perturbation de ses fonctions cognitives et de l'agitation. Ce changement significatif dans sa condition requiert un suivi de la part de l'infirmière et doit être inscrit comme problème prioritaire au PTI.

L'infirmière détermine les directives à inscrire au PTI sur la base de son évaluation des fonctions mentales supérieures et du comportement du client. La première directive infirmière concernant ce problème relève de l'infirmière et, porte sur la surveillance des fonctions mentales supérieures et en précise la fréquence d'évaluation. La deuxième directive, qui porte aussi sur la surveillance clinique, met à contribution l'équipe de soins infirmiers ainsi que la famille. La troisième directive vise à éviter l'utilisation de ridelles de lit pour le client en délirium en raison du risque élevé de chute que cette mesure comporte. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (2006), l'utilisation des ridelles peut augmenter les comportements d'agitation, de délirium et de peur.



QUESTION 2

Nommez trois (3) facteurs susceptibles de contribuer à la modification de l'état mental de M. Lemieux.



Réponses attendues

- Âge.
- Effets secondaires d'analgésiques opiacés.
- Effets secondaires des produits anesthésiants.
- Hospitalisation ou séjour dans un environnement non familial.
- Situation postchirurgicale.



Justifications et enrichissements

Le processus de vieillissement engendre des changements au cerveau qui peuvent entraîner le délirium chez la personne âgée. Parmi les principaux **facteurs prédisposants**, on trouve les problèmes visuels, la sévérité des maladies, la présence de déficits cognitifs et la déshydratation.

Par ailleurs, la prise de nouveaux médicaments et l'immobilité sont des **facteurs précipitants** du délirium chez la personne âgée. Le fait d'avoir subi un traumatisme chirurgical, une anesthésie générale, de se trouver dans un environnement non familial et de recevoir des analgésiques opiacés peut avoir contribué à entraîner le délirium chez M. Lemieux.

À 23 h 30, l'infirmière auxiliaire vous rapporte que M. Lemieux est très somnolent et qu'il a le faciès pâle. Vous êtes au chevet de M. Lemieux et vous remarquez qu'il a les extrémités froides et de la diaphorèse au visage. Il demeure dans un état de stupeur, malgré vos tentatives de l'éveiller. Ses signes vitaux sont : TA 85/65, P 124/min, rég., R 32/min, rég. et superficielle, SpO₂ 95 %. Il a uriné 15 ml durant la dernière heure, couleur rosée.



QUESTION 3

Identifiez la donnée supplémentaire que vous devez vérifier afin de compléter l'évaluation de la condition clinique de M. Lemieux.



Réponse attendue

Vérifier s'il y a **présence de saignement** au site de la plaie chirurgicale ou dans le lit du client.



Justifications et enrichissements

L'infirmière exerce une surveillance étroite dans les heures qui suivent une intervention chirurgicale afin de déceler tout indice d'hémorragie susceptible d'entraîner un choc hypovolémique. L'évaluation de la condition clinique de M. Lemieux porte notamment sur le recueil des données suivantes : la douleur, l'état du pansement, les paramètres cliniques (signes vitaux, saturation, diurèse, etc.) et l'état de conscience.

Pour évaluer le saignement, elle vérifie le pansement, l'état de la peau environnante et la présence de sang sur les draps. Selon l'emplacement du pansement, le sang peut s'écouler sous la personne, sans nécessairement souiller la surface du pansement, d'où l'importance de vérifier la présence d'une surface mouillée dans le lit.

Dans la situation actuelle, les signes présentés par M. Lemieux suggèrent qu'il se trouve dans la phase pré-choc hypovolémique, occasionnée par une hémorragie active. Plus la quantité de sang perdue est importante, plus les paramètres des signes vitaux seront altérés et la diurèse réduite. Une diminution de la pression différentielle est un signe plus précoce d'état de choc qu'une chute de la pression systolique. La pression différentielle se calcule en faisant la différence entre la pression systolique et la pression diastolique. Plus cet écart est faible, plus le choc est important. Normalement, la pression différentielle se situe entre 30 à 40 mmHg. Dans la situation actuelle, la pression différentielle est de 20 mmHg, puisque la tension artérielle de M. Lemieux est de 85/65.

Par ailleurs, la diurèse horaire du client est de 15 ml, ce qui constitue un débit urinaire insuffisant, car il devrait être de 30 ml/h. En phase pré-choc hypovolémique, la chute de la tension artérielle

entraîne une hypoperfusion rénale et une diminution de la diurèse. Cette réaction physiologique permet de compenser la perte de volume sanguin subie pendant l'intervention chirurgicale, et ce, afin de protéger les organes vitaux menacés par l'hypovolémie.

À la suite d'une néphrectomie, l'infirmière surveille étroitement la coloration de l'urine, afin de déceler tout signe d'hémorragie. L'urine rosée est fréquente après une néphrectomie, alors que l'urine rouge pourrait indiquer la présence d'une hémorragie active.

M. Lemieux présente également un état de stupeur caractéristique de la phase pré-choc hypovolémique.



QUESTION 4

Identifiez deux (2) interventions prioritaires à effectuer auprès du client avant d'appeler le médecin.



Réponses attendues

- Administrer de l'oxygène.
- Couvrir le client afin de maintenir sa chaleur corporelle.



Justifications et enrichissements

Le choc hypovolémique compromet le transport de l'oxygène et entraîne un déficit de l'irrigation tissulaire et, par conséquent, une déficience de l'oxygénation tissulaire. L'hypoxémie (diminution d'O₂ sanguin) conduit à l'hypoxie (diminution de l'O₂ dans les tissus et dans les organes vitaux). Les interventions visent à prévenir cette carence.

L'infirmière informe le médecin, le plus rapidement possible, de la détérioration de la condition clinique de M. Lemieux afin d'ajuster le traitement en fonction des besoins du client.

Dans cette situation, l'administration d'O₂ devient une intervention prioritaire d'urgence. L'infirmière a donc l'obligation de l'administrer, car dans une situation d'urgence, elle doit prendre les moyens à sa disposition pour tenter de stabiliser la condition clinique du client. Par la suite, elle doit obtenir une ordonnance médicale si le traitement d'O₂ se poursuit.

Généralement, en situation d'urgence, l'infirmière accélère le débit de la perfusion intraveineuse afin de corriger l'hypovolémie. Toutefois, il s'agit là d'une mesure transitoire. Compte tenu de la condition cardiaque de M. Lemieux, certaines règles devront être respectées afin d'assurer la sécurité de cette intervention. L'infirmière qui constate un problème d'hypovolémie chez un client peut, d'abord,

placer le client en position dorsale. Cela aura pour effet d'augmenter le débit sanguin intraveineux. Chez le client insuffisant cardiaque, la position déclive devrait être utilisée seulement en dernier recours, en présence d'une chute de tension artérielle et en l'absence de signes de congestion (œdème, distension des jugulaires et crépitants pulmonaires).

Lors d'un état de choc, il se produit une vasoconstriction périphérique ainsi qu'une diminution de la température corporelle. C'est pourquoi l'infirmière couvre le client en ajoutant des couvertures chaudes. Cette intervention permet une meilleure oxygénation tissulaire en créant une vasodilatation.

En présence d'un choc hypovolémique, le médecin prescrit habituellement une perfusion intraveineuse cristalloïde, comme le Lactate Ringer ou le salin (LR ou NaCl 0,9 %), pour rétablir le volume intravasculaire. Si, malgré l'administration de ce type de perfusion, les signes de pré-choc hypovolémique persistent (comme une diminution de la tension artérielle, l'accélération du pouls et la diminution du débit urinaire), une substance colloïde (sang ou ses dérivés) est administrée afin de rétablir le volume intracellulaire.

Vingt-quatre heures après la chirurgie, la condition clinique de M. Lemieux s'est améliorée. Il a commencé à s'alimenter progressivement avec une diète légère et doit respecter une restriction liquidienne per os établie à 1,5 L/jour.

Le bilan de 23 h indique que M. Lemieux a uriné 260 ml d'urine jaune paille depuis 16 h. Au bilan des vingt-quatre heures, vous notez : ingesta 4000 ml, excreta 820 ml. Compte tenu des résultats du bilan liquidien et des antécédents de M. Lemieux, qui a fait un infarctus du myocarde, il y a 5 ans, et qui est devenu insuffisant cardiaque gauche par la suite, vous appréhendez l'apparition d'une surcharge circulatoire (œdème aigu du poumon).

Il est 00 h 30, vous planifiez vos soins pour la nuit. Vous travaillez en collaboration avec une infirmière auxiliaire.



QUESTION 5

Quels signes demanderez-vous à l'infirmière auxiliaire de vous rapporter pour assurer la surveillance clinique requise concernant le risque de surcharge circulatoire ? Nommez-en quatre (4).



Réponses attendues

Toute réponse liée à une surcharge pulmonaire :

- Dyspnée paroxystique nocturne ou essoufflement ou difficulté respiratoire ou orthopnée ou dyspnée ou tirage.
- Importante accélération du rythme respiratoire (tachypnée).
- Cyanose.
- Baisse de la saturation en O₂.
- Toux.
- Bruits respiratoires anormaux audibles à l'oreille (ex. : râles ou wheezing).
- Agitation.
- Tachycardie.
- Nycturie.



Justifications et enrichissements

L'œdème aigu du poumon est causé par l'accumulation anormale de liquides dans les alvéoles ou les espaces interstitiels des poumons, à la suite d'une augmentation de la pression intravasculaire et d'une fuite de plasma vers les alvéoles pulmonaires.

Chez M. Lemieux, l'administration d'importants volumes liquidiens (4000 ml/24 h) et de produits sanguins pour remplacer les pertes liquidiennes et sanguines peut provoquer une surcharge pulmonaire. Le cœur d'un client atteint d'une insuffisance cardiaque a de la difficulté à propulser le sang vers les organes vitaux. Cela entraîne une diminution de l'oxygénation de tous les tissus, notamment du rein, ainsi qu'une diminution de la filtration rénale et de l'élimination des urines (oligurie). La surcharge vasculaire qui s'ensuit pourrait provoquer l'œdème aigu du poumon, une complication à redouter chez les personnes âgées qui présentent une comorbidité d'insuffisance cardiaque et d'infarctus du myocarde.

Généralement, en présence d'œdème aigu pulmonaire, de nombreuses compensations physiologiques surviennent, qui se manifestent notamment sur les plans respiratoire, cardiaque et comportemental. Chez la personne âgée, l'infirmière doit porter attention aux signes atypiques de surcharge pulmonaire, car cette complication peut se manifester de façon insidieuse. En effet, puisque la personne âgée ne présente pas les compensations physiologiques habituelles de l'adulte, la surcharge pulmonaire provoque plutôt une perturbation de l'état de conscience et des signes inhabituels de compensation comme la nycturie.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- délirium et confusion chez la personne âgée : causes, signes et symptômes ;
- signes cliniques de l'hémorragie ;
- différenciation et physiologie des différents types de choc (hypovolémique, cardiogénique, neurogénique, anaphylactique, septique, vagal, etc.) ;
- traitement d'urgence de l'état de choc ;
- mécanisme de remplacement des pertes sanguines (liquides cristalloïdes et colloïdes) ;
- transfusions des dérivés sanguins : culot globulaire, plasma, albumine (indications et mécanisme d'action) ;
- symptômes et manifestations de l'œdème aigu du poumon ;
- principales modifications liées à l'âge agissant sur la pharmacocinétique des médicaments.

RÉFÉRENCES

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., et Dirksen, S.R. (2000). *Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*, 5^e éd., St. Louis, Mosby, chapitre 7.

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., et Dirksen, S.R. (2000). *Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*, 5^e éd., St. Louis, Mosby, chapitre 18.

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., et Dirksen, S.R. (2000). *Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*, 5^e éd., St. Louis, Mosby, chapitre 61.

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., et Dirksen, S.R. (2003). « Choc et syndrome de défaillance multiviscérale », dans *Soins infirmiers : médecine-chirurgie*, Laval, Groupe Beauchemin, vol. 2, p. 570-607.

Marieb, E.N. (2005a). « Équilibre hydrique, électrolytique et acidobasique », dans *Anatomie et physiologie humaines*, 3^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 1063-1093.

Marieb, E.N. (2005b). « Le système cardiovasculaire : les vaisseaux sanguins », dans *Anatomie et physiologie humaines*, 3^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 731-790.

Marieb, E.N. (2005c). « Le système urinaire », dans *Anatomie et physiologie humaines*, 3^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 1023-1061.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement : cahier du formateur*, Québec, MSSS.

Potter, P.A., et Perry, A.G. (2005). « Élimination urinaire », dans *Soins infirmiers*, 2^e éd., Laval, Groupe Beauchemin, p. 976-1005.

Quevauvilliers, J., Somogyi, A., et Fingerhut, A. (2004). *Dictionnaire médical*, 4^e éd., Paris, Masson.

Smeltzer, S.C., et Bare, B.G. (2006a). « Affections intestinales et rectales », dans *Médecine et chirurgie*, 4^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 3, p. 113-166.

Smeltzer, S.C., et Bare, B.G. (2006b). « Intubation gastro-intestinale et traitements nutritionnels spéciaux », dans *Médecine et chirurgie*, 4^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 3, p. 57-87.

Voyer, P. (2006). « Le delirium », dans P. Voyer (sous la dir. de), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 177-126.

Situation 13

Vignette contextuelle

M^{me} Carrier, 70 ans, est hospitalisée pour une surinfection bronchique. C'est sa deuxième hospitalisation au cours des deux derniers mois. Elle récupère bien. Elle est atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée à sévère. Au rapport, on vous indique qu'elle a reçu sa médication de 7 h et qu'elle a passé une bonne nuit.

L'ordonnance médicale au dossier est la suivante :

- tiotropium (Spiriva), 18 mcg/caps, 1 caps en inhalation die (7 h)
- fluticasone et salmeterol (Advair) 250/50 mcg, diskus, 1 coque bid (7 h-22 h)
- salbutamol (Ventolin) 100 mcg 2 bouffées q 4 h (PRN)
- prednisolone (Pediapred) 50 mg PO die (8 h)
- moxifloxacin (Avelox) 400 mg 1 co PO die (8 h)
- O₂ de 1 à 3 l/min au moyen de lunettes nasales pour maintenir la SpO₂ ≥ 92 %
- Gaz capillaires die à 7 h 30

Il est 8 h 10, vous entrez dans la chambre de M^{me} Carrier : elle vient de sortir de la salle de bains. Elle est assise au fauteuil, penchée vers l'avant. Ses signes vitaux sont : TA 158/74, P 82/min, rég., R 32/min, rég. et superficielle, SpO₂ 88 %. Elle porte une lunette nasale avec O₂ à 2 l/min. Vous restez à son chevet afin de la rassurer.



QUESTION 1

Indiquez deux (2) autres interventions prioritaires à effectuer immédiatement auprès de M^{me} Carrier afin de diminuer sa dyspnée.



Réponses attendues

- La faire respirer selon la technique d'expiration à lèvres pincées.
- Lui administrer le bronchodilatateur à courte durée d'action (salbutamol ou Ventolin).
- Augmenter l'oxygène à 3 l/min.



Justifications et enrichissements

En présence de dyspnée, il faut privilégier la technique d'expiration à lèvres pincées. Chez la personne qui présente une MPOC, les bronchioles s'ouvrent à l'inspiration et s'affaissent lors de l'expiration. L'air reste ainsi emprisonné dans les alvéoles et, à long terme, en diminue l'élasticité. En expirant selon la technique des lèvres pincées, cela permet d'éviter l'affaissement des bronchioles. Il y a prolongation de l'expiration et accroissement de la pression dans les voies aériennes, réduisant ainsi la quantité d'air retenue dans les poumons. Cette technique de respiration est donc efficace pour assurer une meilleure oxygénation chez la cliente. D'autres techniques, comme les exercices de toux contrôlée, la technique d'expiration par petits coups et la respiration diaphragmatique, se pratiquent entre les crises pour améliorer la condition respiratoire de la personne atteinte de MPOC, mais ne s'appliquent pas lors de la crise.

Normalement, une hypercapnie (niveau artériel élevé en CO₂) stimule le cerveau à augmenter la ventilation respiratoire afin d'éliminer l'excédent de CO₂. Lorsqu'il y a exacerbation de la maladie (MPOC), la personne présente une hypercapnie, et la respiration est stimulée par la diminution de la concentration en oxygène. L'administration d'une trop grande quantité d'oxygène diminue alors ce stimulus, ce qui peut aggraver l'hypercapnie, conduire au coma et même entraîner la mort. C'est pourquoi l'oxygène doit être administré avec circonspection et à faible concentration chez la personne atteinte d'une MPOC.

Lors de dyspnée, il est important d'être en position assise, afin de permettre une meilleure expansion pulmonaire et une ventilation adéquate. Au lit, les positions de Fowler (ou semi-assise de 45° à 60°) et de Fowler haute (ou assise de 60° à 90°) sont recommandées pour les mêmes raisons. Dans le contexte actuel, la cliente est déjà assise. Il n'est donc pas prioritaire de lui proposer d'éviter l'effort et l'activité physique, même si cette recommandation aurait été pertinente si elle avait été en train de marcher.

L'administration d'un bronchodilatateur à courte durée d'action, le salbutamol (Ventolin) peut s'avérer nécessaire si l'utilisation de la technique de respiration à lèvres pincées et de positionnement du corps est insuffisante. Par contre, l'administration du tiotropium (Spiriva) ou du salmeterol (Advair) n'est pas indiquée, puisque ces médicaments n'agissent pas immédiatement.



QUESTION 2

Quelles observations supplémentaires devez-vous faire auprès de M^{me} Carrier pour confirmer une détérioration de sa condition respiratoire ? Nommez quatre (4).



Réponses attendues

- Utilisation des muscles respiratoires accessoires pour respirer.
- Présence de diaphorèse.
- Présence de cyanose périphérique : lèvres et ongles.
- Froideur et pâleur des membres.
- Incapacité de parler en phrases complètes.
- Perturbation de la condition mentale.
- Présence de bruits respiratoires anormaux (ex. : stridor, sibilances, sifflements, ronchi, craquements, râles et crépitants) ou absence unilatérale de bruits respiratoires.



Justifications et enrichissements

La position de M^{me} Carrier (penchée vers l'avant), la modification de ses signes vitaux et la saturation en oxygène à 88 %, malgré l'administration d'O₂ au moyen de lunettes nasales, indiquent la présence d'une dyspnée. Toutefois, comme ces constats sont déjà mentionnés dans la vignette contextuelle, ils ne font pas partie des réponses attendues.

L'utilisation des muscles accessoires dénote une difficulté respiratoire en raison des efforts fournis pour faire pénétrer l'air. Le client peut également présenter de la diaphorèse en raison de la difficulté respiratoire manifeste.

L'hypoxémie (diminution de l'O₂ sanguin) conduit à l'hypoxie (diminution de l'O₂ dans les tissus) et provoque différentes manifestations, dont la froideur et la pâleur des membres. Ces manifestations sont considérées comme des signes précoces d'une diminution de l'oxygénation. La présence de cyanose est un signe tardif de l'hypoxémie. Elle ne s'établit que dans les derniers stades de la MPOC mais, selon le diagnostic médical, M^{me} Carrier est au stade modéré à sévère de sa maladie. La présence ou l'absence de cyanose ne permet donc pas de mesurer de façon certaine l'oxygénation de M^{me} Carrier.

Le murmure vésiculaire entendu lors de l'auscultation pulmonaire est un bruit respiratoire normal. Sa diminution et l'augmentation du temps expiratoire sont des particularités cliniques liées à la MPOC. Toutefois, en présence d'un bronchospasme, des sibilances peuvent s'ajouter. Les ronchi témoignent souvent de la présence de sécrétions. Bien qu'ils soient présents chez la personne atteinte de MPOC, ceux-ci peuvent être augmentés en présence d'une surinfection bronchique. L'absence unilatérale de bruits respiratoires pourrait indiquer d'autres complications, comme une atélectasie ou un pneumothorax du côté atteint.

Les manifestations d'un comportement agressif, de confusion ou d'altération de l'état de conscience indiquent le début d'une détérioration rapide de la condition clinique pouvant nécessiter une assistance ventilatoire mécanique. Ces manifestations doivent être signalées immédiatement.

Le congé médical de M^{me} Carrier est prévu dans 2 jours. Votre cliente vit avec sa fille qui lui rend visite tous les après-midi. Vous constatez que M^{me} Carrier a de la difficulté à reconnaître les signes précoces d'une détérioration de sa condition pulmonaire, même s'ils lui ont été expliqués lors de son hospitalisation antérieure. Concernant ce constat, vous inscrivez la directive suivante au PTI : renforcer l'enseignement sur l'application du plan d'action MPOC.



QUESTION 3

Quelle autre directive infirmière devez-vous inscrire au PTI comme stratégie d'intervention en prévision du congé de M^{me} Carrier, afin de l'aider à reconnaître les signes de détérioration de sa condition pulmonaire lorsqu'elle sera de retour chez elle?



Réponse attendue

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-10	10:00	2	Difficulté à reconnaître les signes précoces de	NB				
			détérioration de sa condition pulmonaire					
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-10	10:00	2	Renforcer l'enseignement sur l'application du plan d'action MPOC	NB				
2008-12-10	10:00	2	Faire l'enseignement en présence de sa fille	Vos initiales				
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service		
Nathalie Badaclesch, inf.		NB						
Votre nom et votre titre		Vos initiales						



Justifications et enrichissements

Afin d'assurer le suivi clinique de la « difficulté à reconnaître les signes précoces de détérioration de sa condition pulmonaire » déjà constatée chez M^{me} Carrier, l'infirmière a inscrit au PTI une directive à l'effet de « renforcer l'enseignement sur l'application du plan d'action MPOC ». Étant donné que M^{me} Carrier avait déjà reçu cet enseignement lors de sa dernière hospitalisation et qu'elle vit avec sa fille qui lui rend visite tous les après-midi, l'infirmière décide d'impliquer la fille de M^{me} Carrier afin qu'elle puisse aider sa mère à appliquer le plan d'action MPOC lorsqu'elle sera retournée chez elle. Pour ce faire, l'infirmière inscrit au PTI une directive infirmière visant à adopter une stratégie

d'intervention qui est cruciale pour le suivi clinique de M^{me} Carrier après son congé, soit de « faire l'enseignement en présence de sa fille ».

L'enseignement fait partie intégrante des soins et traitements infirmiers donnés à toute personne atteinte de MPOC et peut porter, selon la situation, sur plusieurs autres sujets comme :

- la physiopathologie de la MPOC ;
- les signes et symptômes d'exacerbation ou de détérioration de la MPOC ;
- les techniques de respiration à lèvres pincées, de respiration diaphragmatique et de toux contrôlée ;
- le positionnement du corps pour réduire l'essoufflement ;
- l'importance de l'abandon du tabagisme ;
- l'importance de la pratique régulière d'activités physiques ;
- l'adoption et le maintien d'une alimentation saine ;
- l'importance du repos avant le repas ;
- les facteurs aggravants et les moyens de prévenir l'exacerbation de la MPOC ;
- la médication spécifique à la MPOC : effets, horaire et effets indésirables ;
- la technique des médicaments en inhalation ;
- la prévention et le traitement des exacerbations (comprenant la vaccination annuelle contre l'influenza de la personne atteinte de MPOC et de ses proches).

Lors de son départ, M^{me} Carrier vous mentionne qu'avant son hospitalisation, elle allait marcher tous les jours. Elle dit : « J'aimerais bien recommencer à marcher dehors, mais je suis maintenant essoufflée juste à faire ma toilette. »



QUESTION 4

Formulez trois (3) recommandations à faire à M^{me} Carrier afin de l'aider à reprendre ses activités.



Réponses attendues

- Reprendre ses activités de façon progressive ou respecter ses limites.
- Prévoir les périodes d'activités et de repos, en alternance.
- Choisir le moment de la journée le plus favorable à la marche (où elle présente le plus d'énergie).
- Utiliser l'expiration à lèvres pincées lors des activités qui provoquent de l'essoufflement.
- Prendre son bronchodilatateur à courte durée d'action (ou Ventolin ou salbutamol) de 20 à 30 minutes avant de faire une activité soutenue comme la marche.

- Lui fournir les coordonnées de différentes ressources ou la mettre en lien avec des personnes pouvant l'aider dans sa réadaptation pulmonaire.
- Éviter de sortir en présence de forts vents.



Justifications et enrichissements

Chez la personne atteinte de MPOC, la reprise graduelle des activités aérobiques, comme la marche, est essentielle à l'amélioration de la fonction respiratoire et à la tolérance à l'effort.

En période post-exacerbation, la personne atteinte de MPOC est habituellement plus dyspnéique. Plusieurs facteurs y contribuent, notamment l'augmentation des sécrétions provoquée par l'alitement et la difficulté à éliminer les sécrétions pulmonaires par la toux à cause de la perte d'élasticité des poumons liée au vieillissement et à la MPOC.

La personne atteinte de MPOC est souvent plus dyspnéique le matin, car elle a été en position horizontale pendant la nuit. Cette position favorise l'augmentation de la concentration en gaz carbonique, une diminution de la concentration en oxygène et l'accumulation de sécrétions pulmonaires. C'est pourquoi on suggère à la personne atteinte de MPOC de prendre plus de temps à réaliser ses activités de la vie quotidienne (AVQ) et d'éviter de faire un effort physique tôt le matin. De plus, la reprise des activités à la suite d'une exacerbation doit se faire de façon progressive en y intégrant de fréquentes périodes de repos. On lui suggère aussi de demeurer réaliste dans la planification de sa journée, d'aller à son rythme et de prévoir les périodes de repos et d'activités, en alternance.

L'utilisation d'un bronchodilatateur à courte durée d'action (salbutamol ou Ventolin) avant l'activité physique peut en faciliter l'exécution en assurant une bronchodilatation et en prévenant ainsi un bronchospasme pendant l'effort.

Les personnes atteintes de MPOC réduisent souvent leurs activités afin d'éviter l'essoufflement. La réduction des activités entraîne une détérioration de la condition physique. Cette dernière est susceptible de provoquer de la dyspnée lors d'activités mineures et d'inciter les personnes atteintes de MPOC à demeurer inactives. C'est pourquoi toute personne atteinte de MPOC devrait être encouragée à conserver un mode de vie actif. L'inscription à un programme d'éducation et de réadaptation pulmonaire est un moyen efficace de favoriser l'auto-prise en charge de sa maladie, de diminuer les hospitalisations et d'améliorer la qualité de vie de ces clients. L'infirmière devrait orienter la personne et ses proches vers ces programmes.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- mécanisme des échanges gazeux (acidose et alcalose respiratoires et métaboliques) ;
- distinction entre asthme, bronchopneumonie, bronchiectasie et MPOC ;
- facteurs de risque des maladies pulmonaires chroniques et habitudes de vie ;
- terminologie (hypoxie et hypoxémie, hypercapnie et hypocapnie, hyperventilation et hypoventilation) ;
- tests diagnostiques de la fonction pulmonaire (gaz artériels et capillaires, bilan acido-basique, tests de fonction respiratoire, etc.) ;
- thérapeutique de la MPOC (aérosolthérapie, oxygénothérapie, exercices respiratoires, alimentation et hydratation, pharmacothérapie : bronchodilatateurs, corticostéroïdes).

RÉFÉRENCES

Bourbeau, J., Nault, D., Seden, M., Lebel, M., Drouin, I., Joubert, A., *et al.* (2005). *Modules Mieux vivre avec une MPOC*, 2^e éd., Boehringer Ingelheim Canada, Pfizer Canada, Association pulmonaire du Canada, Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC, [www.livingwellwithcopd.com]

Brûlé, M. (2002). « La fonction respiratoire », dans M. Brûlé et L. Cloutier (sous la dir. de), *L'examen clinique dans la pratique infirmière*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 249-294.

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., et Dirksen, S.R. (2003). « Insuffisance respiratoire », dans *Soins infirmiers : médecine-chirurgie*, Laval, Groupe Beauchemin, vol. 2, p. 608-633.

O'Donnell, D.E., Aaron, S., Bourbeau, J., Hernandez, P., Marciniuk, D.D., Balter, M., *et al.* (2007). « Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique – mise à jour de 2007 », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 14, suppl. B, p. 1B-31B.

Potter, P.A., et Perry, A.G. (2005). « Considérations d'ordre éthique », dans *Soins infirmiers*, 2^e éd., Laval, Groupe Beauchemin, p. 293-310.

Rabe, K.F., Hurd, S., Anzueto, A., Barnes, P.J., Buist, S.A., Calverley, P., *et al.* (2007). « Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 176, n° 6, p. 532-555.

Smeltzer, S.C., et Bare, B.G. (2006). « Affections chroniques des voies respiratoires », dans *Médecine et chirurgie*, 4^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 2, p. 131-170.

Situation 19

Vignette contextuelle

M. Marc Miron, 16 ans, est hospitalisé depuis ce matin à votre unité de soins à la suite d'un accident de voiture à haute vitesse. Au rapport de relève de 16 h, on indique qu'il présente une fracture de la 5^e vertèbre cervicale, avec une compression du corps vertébral, sans déficit neurologique. Votre client est conscient et bien orienté.

L'histoire médicale révèle l'information suivante :

- amnésie des événements lors de l'accident ;
- perte de conscience d'une durée de 2 minutes ;
- score de 14/15 sur l'échelle de coma de Glasgow à l'arrivée à l'urgence ;
- hématome épidural minime, aucun traitement chirurgical requis ;
- résultat de scanographie (tomodensitométrie) : fracture avec compression de C5.

Les ordonnances médicales de M. Miron sont les suivantes :

- collier cervical en permanence ;
- signes vitaux et neurologiques aux heures.

À 20 h, M. Miron repose dans son lit, en décubitus dorsal. Ses signes vitaux sont : TA 125/80, P 72/min, R 16/min, rég. amplitude normale, T° 37,8 °C. Il présente des hoquets, des nausées et effectue des efforts pour vomir. Vous décidez de l'installer en position latérale.



QUESTION 1

Nommez une (1) précaution que vous devez prendre lors de la mobilisation de M. Miron en position latérale.



Réponses attendues

- Le tourner en bloc étant donné la présence d'une fracture cervicale.
- S'assurer que le collier cervical est bien en place avant la mobilisation.



Justification et enrichissements

M. Miron a subi un traumatisme craniocérébral (TCC) léger accompagné d'une brève perte de conscience et une amnésie post-traumatique. D'ailleurs, le score de 14/15 obtenu sur l'échelle de Glasgow, mesure objective de l'état de conscience, se situe dans les limites de la normale.

M. Miron a une fracture de la 5^e vertèbre cervicale avec compression du corps vertébral, sans déficit neurologique. Il présente des hoquets, l'un des signes précoces d'hypertension intracrânienne, complication redoutable à la suite d'un traumatisme crânien. Comme il a des nausées et qu'il fait des efforts pour vomir, l'infirmière l'installe en position latérale dans le but de prévenir une bronchoaspiration. Pour ce faire, des mesures rigoureuses doivent être appliquées afin de prévenir l'aggravation des lésions préexistantes. Ainsi, la mobilisation en bloc et le port du collier cervical sont requis afin d'éviter la torsion de la colonne et de favoriser l'immobilisation de la tête et du cou. Pour effectuer la mobilisation en bloc, il faut un minimum de 2 personnes.

À la suite d'un accident de la circulation, il faut toujours soupçonner la possibilité d'une lésion à la colonne vertébrale et agir en conséquence. Une manœuvre inappropriée pourrait entraîner un déficit neurologique car, en présence d'une fracture instable, la moelle épinière pourrait être comprimée entre les vertèbres, causant ainsi des atteintes irréversibles, dont la paralysie.

À 21 h, M. Miron a vomi. Dès qu'il se sent mieux vous le recouchez en position dorsale.



QUESTION 2

Compte tenu du risque de déficit neurologique constaté chez M. Miron, inscrivez au PTI une (1) directive infirmière pour assurer la surveillance clinique requise à la suite des repositionnements.

Réponses attendues

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-11-12	11:00	2	Risque de déficit neurologique	LB				

SUIVI CLINIQUE							
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2008-11-12	11:00	2	Évaluer les fonctions neurologiques périphériques après chaque changement de position OU	Vos initiales			
2008-11-12	11:00	2	Évaluer la force motrice et la sensibilité des membres supérieurs et inférieurs après chaque changement de position OU	Vos initiales			
2008-11-12	11:00	2	Vérifier si détérioration neurologique après chaque changement de position	Vos initiales			

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Leïla Beaulieu	LB				
Votre nom et votre titre	Vos initiales				



Justifications et enrichissements

M. Miron a une fracture cervicale avec compression, il est donc primordial de le laisser en position allongée, sans élévation de la tête du lit, afin de maintenir un bon alignement de la vertèbre, d'en faciliter la guérison et d'éviter que des blessures supplémentaires se produisent avec des fragments osseux. Ainsi, dès que le risque de vomissements a disparu, le client est replacé dans cette position.

Après chaque repositionnement, l'infirmière effectue l'examen neurologique périphérique en évaluant la réponse motrice (réaction aux stimuli douloureux et réponse à un ordre verbal simple comme fermer la main) et la force musculaire (serrer la main d'une tierce personne, forcer contre une résistance). En l'absence de déficit neurologique, la réponse motrice et la force musculaire sont égales des deux côtés du corps.

Vers 21 h 30, vous constatez que M. Miron n'ouvre pas les yeux lorsque vous l'appellez par son nom, il ne répond pas à vos questions et ne réagit pas aux stimuli verbaux. Vous êtes incapable d'évaluer sa force musculaire. Les signes vitaux sont : TA 200/90, P 42/min, rég., R 8/min, superficielle. Il y a absence de réflexe pupillaire.



QUESTION 3

Quelles autres données devez-vous recueillir auprès de M. Miron afin de compléter son évaluation neurologique avant d'appeler le médecin ? Nommez-en trois (3).

**Réponses attendues**

- Dimension ou grandeur des pupilles.
- Forme des pupilles.
- Symétrie des pupilles.
- Réaction aux stimuli douloureux.

**Justifications et enrichissements**

Dès l'apparition d'un nouveau symptôme neurologique, un examen clinique neurologique est requis afin de déterminer la profondeur du coma et de suivre l'évolution clinique du client. Il consiste à évaluer les paramètres suivants : l'état de conscience, en utilisant l'échelle de Glasgow, les pupilles (dimension, forme, réaction et symétrie), la force musculaire et les signes vitaux afin de détecter précocement une augmentation de la pression intracrânienne. La surveillance clinique étroite s'effectue toutes les heures ou plus fréquemment, si des changements – même les plus subtils – apparaissent. Le médecin doit être avisé sans délai lors d'un changement dans la condition du client.

La détérioration de la condition du client peut survenir rapidement après un TCC, et ce, en dépit des examens diagnostiques qui peuvent être normaux à son arrivée. Le tableau clinique de M. Miron suggère des changements dans son état neurologique, d'où l'importance d'en compléter l'évaluation, entre autres par l'examen des pupilles, qui consiste à en comparer la grandeur, la forme, la symétrie et la réaction.

À la suite de l'évaluation médicale de M. Miron, un transfert à l'unité des soins intensifs est prescrit.

**QUESTION 4**

Quel problème prioritaire inscrivez-vous au PTI à la suite de votre évaluation neurologique de M. Miron ?

**Réponse attendue**

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	22:00	3	Signes d'hypertension intracrânienne OU	Vos initiales				
			Possibilité d'hémorragie intracrânienne	Vos initiales				
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière			Initiales
Votre nom et votre titre			Vos initiales					



Justifications et enrichissements

M. Miron présente des signes d'hypertension intracrânienne possiblement liée à une hémorragie. Ce problème est inscrit au PTI en raison du suivi clinique requis par cette condition clinique sévère.

En phase aiguë post-traumatique, l'hypertension intracrânienne est une complication redoutable qui peut survenir jusqu'à 72 heures après l'accident. Elle résulte soit de l'œdème des tissus cérébraux, soit d'un saignement intracrânien, soit d'une combinaison de ces deux phénomènes. L'hypertension intracrânienne survient lorsqu'il y a une augmentation anormale de la pression dans le crâne et une atteinte de l'encéphale. Un signe d'alarme de l'hypertension intracrânienne est la présence de la triade de Cushing : hypertension artérielle, bradycardie et bradypnée.

La surveillance clinique vise la détection des signes précoces de l'hypertension intracrânienne car, après l'apparition des signes tardifs, les interventions sont généralement inefficaces. Les signes précoces sont notamment une désorientation spatiotemporelle, de l'agitation, de la confusion mentale, des céphalées constantes, des nausées, des hoquets, des changements pupillaires et une perturbation des mouvements extraoculaires, voire une diminution de l'acuité visuelle.

À un stade plus avancé, l'état de conscience du client se détériore et le coma survient. Le pouls et la respiration deviennent irréguliers, alors que la température et la pression artérielle montent. La respiration est irrégulière (Cheyne-Stokes). Des vomissements en jet peuvent se produire et les réflexes du tronc cérébral (pupillaires, cornéens, nauséux et de déglutition) disparaissent. M. Miron présente donc des signes tardifs d'hypertension intracrânienne.

L'augmentation de la pression intracrânienne provoque une diminution du débit sanguin dans le cerveau, réduisant l'apport en oxygène cérébral. L'administration d'un apport supplémentaire en oxygène devient alors une intervention capitale pour éviter l'anoxie cérébrale.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- traumatismes crâniens comme les contusions, les commotions et les différents types de fractures du crâne ;
- méthode de dépistage de l'hypertension intracrânienne chez l'adulte, l'enfant ou le bébé ;
- évaluation des signes neurologiques ;
- distinction entre les signes neurologiques et les signes neurovasculaires et contexte d'application ;
- distinction entre les manifestations des différents chocs (anaphylactique, hypovolémique, neurogène et septique) ;
- réflexes photomoteur et consensuel des pupilles.

RÉFÉRENCES

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2005). « Examen clinique neurologique », dans *Guide clinique en soins infirmiers*, 2^e éd., Montréal, CHUM, Direction des soins infirmiers, p. 195-203.

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., et Dirksen, S.R. (2003a). « Accident vasculaire cérébral », dans *Soins infirmiers : médecine-chirurgie*, Laval, Groupe Beauchemin, vol. 4, p. 258-290.

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., et Dirksen, S.R. (2003b). « Troubles de l'appareil locomoteur », dans *Soins infirmiers : médecine-chirurgie*, Laval, Groupe Beauchemin, vol. 4, p. 408-480.

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., et Dirksen, S.R. (2003c). « Troubles des nerfs périphériques et de la moelle épinière », dans *Soins infirmiers : médecine-chirurgie*, Laval, Groupe Beauchemin, vol. 4, p. 342-385.

Marieb, E.N. (2005). « Le système nerveux périphérique et l'activité réflexe », dans *Anatomie et physiologie humaines*, 3^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 503-546.

Potter, P.A., et Perry, A.G. (2005). « Élimination urinaire », dans *Soins infirmiers*, 2^e éd., Laval, Groupe Beauchemin, p. 976-1005.

Smeltzer, S.C., et Bare, B.G. (2006a). « Évaluation de la fonction neurologique », dans *Médecine et chirurgie*, 4^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 6, p. 89-120.

Smeltzer, S.C., et Bare, B.G. (2006b). « Traumatismes craniocérébraux et blessures médullaires », dans *Médecine et chirurgie*, 4^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 6, p. 191-227.

Smeltzer, S.C., et Bare, B.G. (2006c). « Traumatismes musculosquelettiques », dans *Médecine et chirurgie*, 4^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 6, p. 391-431.

Smeltzer, S.C., et Bare, B.G. (2006d). « Troubles neurologiques », dans *Médecine et chirurgie*, 4^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 6, p. 121-161.

Situation 22

Vignette contextuelle

Il y a 3 jours, M^{me} Denise Brunet, 48 ans, a subi une hystérectomie abdominale et une salpingo-ovariectomie bilatérale. L'opération s'est bien déroulée, et la cliente récupère bien de sa chirurgie.

Les notes d'évolution indiquent que M^{me} Brunet pleure fréquemment et fonctionne au ralenti. En explorant la situation avec elle, elle vous dit qu'elle vit actuellement une séparation avec son conjoint et elle se sent responsable de cette situation. Elle affirme ressentir une profonde tristesse et une grande fatigue depuis plusieurs semaines. Elle vous dit : « Je ne sais pas si j'ai le goût de continuer à me battre. » Vous soupçonnez un état dépressif majeur.



QUESTION 1

Quels autres signes et symptômes confirmeraient la présence d'un état dépressif majeur chez M^{me} Brunet ? Indiquez-en trois (3).



Réponses attendues

- Manque d'intérêt pour les activités.
- Difficulté à penser, à se concentrer.
- Insomnie ou hypersomnie.
- Modification de l'appétit ou perte ou gain de poids.
- Idées suicidaires.



Justifications et enrichissements

Dans cette situation, bien que le motif de l'hospitalisation soit autre qu'un problème de santé mentale, l'infirmière doit faire preuve de vigilance pour déceler l'état dépressif afin d'assurer le suivi clinique requis par la cliente.

Il existe différents problèmes dépressifs : la dépression majeure, la dysthymie et les troubles d'adaptation accompagnés d'une humeur dépressive. La dépression majeure s'accompagne d'idées suicidaires, contrairement aux troubles d'adaptation accompagnés d'une humeur dépressive. La confirmation d'un diagnostic de dépression majeure repose sur la présence d'au moins cinq signes et symptômes sur une possibilité de neuf. La perte d'intérêt, la difficulté à se concentrer, les problèmes de sommeil, la fatigue excessive et la modification de l'appétit peuvent contribuer à confirmer le diagnostic. Chez M^{me} Brunet, l'humeur dépressive (pleurs et tristesse), le ralentissement psychomoteur, le sentiment de culpabilité et les propos indirects porteurs d'idées suicidaires laissent croire à un état dépressif majeur.

Le médecin de Mme Brunet diagnostique une dépression majeure et lui prescrit du citalpram (Celexa) 20 mg PO die.



QUESTION 2

Déterminez deux (2) problèmes prioritaires et deux (2) directives infirmières à inscrire au PTI pour assurer le suivi clinique de M^{me} Brunet.

Note : L'équipe de soins infirmiers est uniquement composée d'infirmières et de préposés aux bénéficiaires.



Réponses attendues

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-11	10:00	2	Dépression majeure	Vos initiales				
		3	Risque suicidaire	Vos initiales				
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-11	10:00	2-3	Évaluer la condition mentale de la cliente q 8 h OU	Vos initiales				
2008-12-11	10:00	2-3	Évaluer le risque de dangerosité ou le risque suicidaire q 8 h +	Vos initiales				
			PRN OU					
2008-12-11	10:00	2-3	Encourager la cliente à verbaliser ou à reprendre ses AVQ OU	Vos initiales				
2008-12-11	10:00	2-3	Aviser inf. si cliente présente signes de dépression ou de risque	Vos initiales				
			suicidaire (dir. verb. PAB)					
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Votre nom et votre titre			Vos initiales					



Justifications et enrichissements

Sur la base de son évaluation de la condition mentale de M^{me} Brunet, l'infirmière constate 2 problèmes prioritaires qui requièrent un suivi clinique, soit la dépression majeure diagnostiquée par le médecin et le risque suicidaire, et elle les inscrit au PTI.

La dépression est, en soi, un facteur prédisposant au suicide. Cependant, étant donné l'importance d'assurer un suivi autant de la dépression que du risque suicidaire, ces deux constats sont inscrits de façon distincte au PTI.

Différentes personnes contribuent à la réalisation du PTI par l'application des directives, notamment les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires. Selon la composition de l'équipe de soins, l'infirmière précise la cible des directives infirmières. Dans cette situation, comme l'équipe ne comprend pas d'infirmières auxiliaires, il n'est pas nécessaire que l'infirmière indique qu'elle se réserve certaines activités, comme l'évaluation de la condition mentale de la cliente.

Le contexte de pratique influe également sur la détermination du PTI. Dans cette situation, M^{me} Brunet est hospitalisée à l'unité de chirurgie au moment où elle présente un problème de santé mentale. « Évaluer la condition mentale » de la cliente aux 8 heures pourrait correspondre à une surveillance « standard » pour l'infirmière qui exerce en psychiatrie, alors qu'elle revêt un caractère exceptionnel dans un contexte de chirurgie, donc l'inscription au PTI d'une directive à cet effet est cruciale pour le suivi clinique de M^{me} Brunet.

De plus, pour assurer la surveillance clinique requise par les problèmes particuliers de M^{me} Brunet, l'infirmière rédige une directive à l'intention du préposé aux bénéficiaires, notamment qu'il doit l'aviser si la cliente présente des signes de dépression ou de risque suicidaire. Ces signes sont détaillés au plan de travail du préposé aux bénéficiaires (ex. : signes de dépression – tristesse, perte de poids, anorexie, perturbation du sommeil, perte d'intérêt par rapport à ses activités, propos suicidaires directs et indirects).

En complément au PTI, la note d'évolution doit préciser les données sur lesquelles s'appuient ces décisions cliniques.

Depuis 2 jours, M^{me} Brunet prend quotidiennement son antidépresseur tel qu'il lui a été prescrit. Il est 9 h et vous lui apportez sa médication. Elle vous dit : « Je ne veux plus prendre ce médicament. J'en prends depuis quelques jours et ça ne va pas mieux, je prends ça pour rien. » La note d'évolution indique que depuis le début du traitement, la cliente est réticente à prendre la médication. Des explications lui ont déjà été données pour lui faire comprendre l'importance de ce traitement pharmacologique, notamment en ce qui a trait à ses effets bénéfiques, mais elle demeure sceptique.



QUESTION 3

Quelle information prioritaire devez-vous donner à M^{me} Brunet pour l'encourager à poursuivre la prise de sa médication ?



Réponse attendue

Les antidépresseurs peuvent prendre de 2 à 4 semaines avant de produire les effets thérapeutiques attendus ou d'atteindre la concentration plasmatique thérapeutique.



Justification et enrichissements

Dans cette situation, M^{me} Brunet refuse de prendre son médicament sous prétexte qu'il ne produit pas l'effet recherché. Les effets thérapeutiques optimaux des antidépresseurs, comme le Celexa, peuvent prendre jusqu'à 4 semaines avant de se manifester, contrairement à leurs effets secondaires qui peuvent survenir à peine quelques heures après le début du traitement. On recommande de prendre les antidépresseurs pendant au moins un mois avant de juger de leur efficacité. L'antidépresseur modifie la disponibilité de la sérotonine dans les cellules nerveuses en inhibant, de manière sélective, son recaptage. Un lien a été établi entre la dépression et un faible taux de sérotonine, neurotransmetteur impliqué dans la dépression.



QUESTION 4

La réaction de M^{me} Brunet concernant la prise d'un antidépresseur requiert-elle un suivi clinique ? Ajustez le PTI, s'il y a lieu.

**Réponses attendues**

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-13	9:00	4	Réticence à prendre l'antidépresseur	Vos initiales				
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-13	9:00	4	Rappeler à la cliente, au besoin, le délai requis avant d'obtenir un effet	Vos initiales				
2008-12-13	9:00	4	thérapeutique (2 à 4 sem.) OU					
2008-12-13	9:00	4	Aviser médecin si antidépresseur ne produit pas les effets escomptés	Vos initiales				
			après 2 à 4 sem. d'administration (dir. verb. à la cliente)					
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Votre nom et votre titre			Vos initiales					

**Justification et enrichissements**

Malgré les explications reçues, M^{me} Brunet est toujours réticente à prendre l'antidépresseur. Comme ce problème requiert un suivi clinique, l'infirmière inscrit un nouveau constat d'évaluation au PTI ainsi qu'une directive à l'effet de rappeler à la cliente le délai requis pour obtenir les effets thérapeutiques de la médication.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- signes et symptômes de la dépression ;
- mesures thérapeutiques lors de la dépression, comme la pharmacothérapie, la psychothérapie et la sismothérapie ;
- mesures de prévention (dépression et suicide) ;
- évaluation du risque suicidaire, de l'urgence suicidaire et de la dangerosité ;
- interventions infirmières auprès d'un client suicidaire et de sa famille ;
- interventions et ressources en situation de crise ;
- modes d'action des antidépresseurs.

RÉFÉRENCES

Fortinash, K.M., et Holoday-Worret, P.A. (2003a). « Psychopharmacologie et autres thérapies biologiques », dans *Soins infirmiers : santé mentale et psychiatrie*, Laval, Groupe Beauchemin, p. 480-518.

Fortinash, K.M., et Holoday-Worret, P.A. (2003b). « Suicide », dans *Soins infirmiers : santé mentale et psychiatrie*, Laval, Groupe Beauchemin, p. 574-595.

Fortinash, K.M., et Holoday-Worret, P.A. (2003c). « Troubles de l'humeur », dans *Soins infirmiers : santé mentale et psychiatrie*, Laval, Groupe Beauchemin, p. 198-233.

Lehne, R.A. (2007). *Pharmacology for Nursing Care*, 6^e éd., St. Louis, Saunders Elsevier, p. 330-352.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie : guide de pratique clinique*, Montréal, OIIQ.

Phaneuf, M. (2002). « La résolution de problème et de conflit, et l'attitude à adopter en situation de crise », dans *Communication, entretien, relation d'aide et validation*, Montréal, Chenelière/McGraw-Hill, p. 461-535.

Townsend, M.C. (2004a). « Les dimensions juridiques et éthiques », dans *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 57-73.

Townsend, M.C. (2004b). « La gestion de la colère et de l'agressivité », dans *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 163-174.

Townsend, M.C. (2004c). « L'intervention thérapeutique dans un groupe », dans *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 139-151.

Townsend, M.C. (2004d). « La pharmacothérapie et les autres thérapies de nature biologique », dans *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 213-239.

Townsend, M.C. (2004e). « La santé mentale et la maladie mentale », dans *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 3-19.

Townsend, M.C. (2004f). « La schizophrénie et les autres troubles psychotiques », dans *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 309-334.

Chapitre 4

Intervenir dans les situations
cliniques du volet pratique

Situation 2

DIRECTIVES À LA CANDIDATE

Contexte	Unité de médecine
Nom	Martin Dubé
Raison de l'hospitalisation	Traumatisme craniocérébral

Situation clinique

Il y a 5 semaines, M. Martin Dubé, âgé de 16 ans, a été victime d'un traumatisme crânien à la suite d'un accident auto-piéton. Il est en phase d'éveil. Ses réflexes pharyngés (nauséux) et de déglutition sont absents. Il est porteur d'un tube nasoentérique souple de type Corpak. Il est nourri par alimentation entérale intermittente à raison de quatre fois par jour. Il est 10 h 45. Vous vous apprêtez à lui administrer le gavage prévu à 11 h. Ce matin, M. Dubé obtient un score de 12/15 sur l'échelle de coma de Glasgow soit :

- ouverture des yeux : 4/4
- réponse verbale : 3/5
- réponse motrice : 5/6

Instructions

Vous avez 10 minutes pour :

1. Assurer les soins d'hygiène liés à la présence du tube nasoentérique
2. Effectuer les vérifications préalables à l'administration du gavage
3. Déterminer le débit horaire de la pompe à gavage

Note : Vous n'avez pas à préparer la solution ni le système de tubulure.

Documentation à votre disposition :

- Plan thérapeutique infirmier (PTI)
- Extrait du plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI)

Décrivez à haute voix ce que vous faites.

Plan thérapeutique infirmier (PTI)

M. Martin Dubé

CONSTATS DE L'ÉVALUATION									
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés	
					Date	Heure	Initiales		
2008-12-12	8:30	1	TCC avec coma	JL					
2009-01-15	16:30	2	Besoin de stimulation sensorielle : phase d'éveil	SM				Physio, ergo	
2009-01-19	15:00	3	Risque d'aspiration et d'intolérance au gavage	SL				Diététiste, ergo	
SUIVI CLINIQUE									
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE				
					Date	Heure	Initiales		
2008-12-12	8:30	1	Appliquer le suivi TCC avec coma						
			Évaluer état neurologique tid						
			Aviser inf. si changement dans l'état de conscience ou dans l'état neurologique (+ dir. verb. famille)	JL					
2009-01-15	16:30	2	Asseoir au fauteuil pendant gavage durée max : 120 min/séance (+ dir. p. trav. PAB)	SM					
2009-01-19	15:00	3	Laisser client en position assise x 30 min post-gavage (+ dir. p. trav. PAB)	SL					
			Aviser inf. si signes d'intolérance au gavage (+ dir. p. trav. PAB)						
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service
Josette Lalancette, inf.			JL						
Stéphane Morneau, inf.			SM						
Sophie Lanteigne inf.			SL						

Extrait du plan de soins et de traitements infirmier (PSTI)

A été déterminé en tenant compte du plan nutritionnel et de l'ordonnance médicale

- Gavage sur pompe : 7 h-11 h-15 h-20 h
- Marque du gavage : Ressource +
- Volume à administrer : 360 ml
- Durée : 50 min

Portrait de la station

À l'arrivée dans la chambre, vous observez :

Posture et installation du client

- couché sur le dos avec un oreiller sous la tête ;
- ridelles de lit levées ;
- tête de lit levée à 30° ;
- a un tube nasoentérique souple de type Corpak (muni d'un bouchon à l'extrémité) dans la narine gauche ;
- bracelet d'hôpital en place au bras gauche.

Comportement du client

- ne bouge pas et fixe votre regard ;
- émet quelques sons.

Matériel à votre disposition

- le plan thérapeutique infirmier (PTI) ;
- extrait du plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI) ;
- une tige à soluté à laquelle est collée une image de pompe de gavage (simulation) ;
- une chaise à proximité du lit du client ;
- une table sur laquelle se trouvent :
 - un récipient contenant 500 ml de solution Ressource + avec tubulure ;
 - un haricot ;
 - une seringue à irrigation de 60 ml ;
 - un contenant propre muni d'un couvercle (pour irrigation) ;
 - une bouteille d'eau stérile et une bouteille de NaCl 0,9 % (1 L) ;
 - 2 serviettes ;
 - une boîte de gants non stériles ;
 - 2 tiges montées ;
 - une solution rince-bouche ;
 - une brosse à dents ;
 - un lubrifiant hydrosoluble pour les lèvres ;
 - un badigeon pour le nettoyage et l'hydratation des muqueuses.

Rappel

Au besoin, retournez aux instructions pour vous rappeler les activités à réaliser :

1. Assurer les soins d'hygiène liés à la présence d'un tube nasoentérique
2. Effectuer les vérifications préalables à l'administration du gavage
3. Déterminer le débit horaire de la pompe à gavage

Guide d'analyse

1. Assurer les soins d'hygiène liés à la présence d'un tube nasoentérique

Quels sont les soins d'hygiène requis pour le client porteur d'un tube nasoentérique ?

Quelles sont les étapes à respecter lors des soins d'hygiène ?

2. Effectuer les vérifications préalables à l'administration du gavage

Quelles sont les vérifications préalables à l'administration d'un gavage chez le porteur d'un tube nasoentérique ?

Dans quelle position devez-vous installer le client pendant le gavage ?

3. Déterminer le débit du gavage

Quelle formule mathématique vous permet de déterminer le débit horaire (ml/h) de la pompe afin d'administrer le gavage dans le respect de la période de temps prescrite (50 min) ?

4. Principes de communication

Quels sont les principes de communication à respecter chez un client en phase d'éveil ?

Comment allez-vous stimuler le client lors de vos interventions cliniques ?

Grille d'observation

Pour obtenir la cote « fait », la candidate doit :		✓ si fait
1. Soins d'hygiène		
1.1	Se laver les mains avant et après le port des gants	
1.2	Enfiler les gants avant de manipuler le tube	
1.3 Soins du nez :		
1.3.1	S'assurer que le tube n'appuie pas sur la paroi nasale	
1.3.2	Nettoyer les 2 parois nasales avec des tiges montées et du sérum physiologique	
1.3.3	Inspecter l'état de la peau autour du tube pour y déceler la présence d'irritation	
1.3.4	Vérifier la solidité et la propreté du ruban adhésif de fixation nasale	
1.4 Soins de la bouche :		
1.4.1	Mentionner que la muqueuse buccale est intacte ou que la muqueuse est rosée sans lésion	
1.4.2	Amorcer le geste d'hydrater ou de nettoyer les muqueuses avec la solution rince- bouche ou de brosser les dents	
1.4.3	Indiquer l'importance de lubrifier les lèvres	
2. Vérifications préalables à l'administration du gavage		
2.1	Comparer le type de solution à gavage disponible avec celui qui est indiqué au PSTI (Ressource +)	
2.2	Mentionner la quantité à administrer (360 ml) et l'horaire (11 h) et la durée (pendant 50 min)	
2.3	Vérifier l'identité du client à l'aide de son bracelet	
2.4	Mentionner la pertinence d'irriguer le tube avec de l'eau stérile pour en vérifier la perméabilité	
2.5	Auscultier l'abdomen pour vérifier la présence de péristaltisme (IO)	
2.6	Dire qu'elle assoira le client au fauteuil durant le gavage (IO)	
2.7	Installer le client en position assise à 60°	
3. Détermination du débit horaire de la pompe à gavage		
3.1	Dire qu'elle réglerait la vitesse de la pompe à 432 ml/h (IO)	
3.2	Dire qu'elle réglerait le volume de la pompe à 360 ml (volume de gavage à administrer)	
4. Habiletés relationnelles et stimulation sensorielle		
4.1.	S'adresser au client en le nommant par son nom	

4.2	S'identifier : mentionner au client son nom et sa fonction	
4.3	Indiquer au client qu'il devrait être revêtu de ses vêtements personnels, plutôt que d'une jaquette d'hôpital	
4.4	Dire au client qu'elle vient pour lui administrer le gavage	
4.5	Décrire au client ce qu'elle fait lors de chacune des interventions suivantes :	
4.5.1	Soins du nez	
4.5.2	Soins de la bouche	
4.5.3	Vérification de la présence de péristaltisme	
4.5.4	Vérification de la position du tube	
4.6	Établir un contact visuel avec le client lorsqu'elle s'adresse à lui	
4.7	Demander au client d'ouvrir la bouche ou lui toucher le menton pour le stimuler à ouvrir la bouche	

Instructions à l'observatrice (IO)

2.5 Lorsqu'elle s'apprête à ausculter l'abdomen avec le stéthoscope, demandez à la candidate de vous dire ce qu'elle vérifie. Si elle dit qu'elle vérifie la présence de péristaltisme, dites-lui qu'il y a présence de bruits.

2.6 Au moment où la candidate mentionne qu'elle doit asseoir le client au fauteuil, dites-lui de ne pas le faire.

3.1. Le client doit recevoir un volume de 360 ml en 50 min au moyen d'une pompe à gavage.

Pour obtenir la cote « fait », la candidate doit calculer le débit :
$$\frac{(360 \text{ ml} \times 60 \text{ min})}{50 \text{ min}} = 432 \text{ ml/h}$$

Note : La candidate peut utiliser un papier et un crayon pour calculer le débit, mais elle doit vous faire part verbalement du résultat obtenu.

Synthèse

Le but de cette épreuve consiste à évaluer la capacité de la candidate à effectuer les étapes préalables à l'administration d'un gavage intermittent chez un client porteur d'un tube nasoentérique, en utilisant une approche adaptée aux besoins d'un client en phase d'éveil.

Contexte clinique

Dans la situation actuelle, le client a été victime d'un traumatisme craniocérébral (TCC) à la suite d'un accident auto-piéton, il y a 5 semaines. Il est à la phase d'éveil, car il sort du coma. Son score sur l'échelle de Glasgow, qui est utilisée pour évaluer la profondeur du coma, est de 12/15. Il ouvre spontanément les yeux lorsque vous entrez dans la chambre (4/4), il est capable de localiser la douleur (réponse motrice 5/6), mais il peut seulement émettre des sons comme réponse verbale (3/5).

Dans l'échelle de coma de Glasgow, trois critères permettent de se prononcer sur l'état neurologique d'un client : l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la réponse motrice aux demandes verbales ou à la douleur. Plus le score total est élevé, meilleur est le fonctionnement neurologique. Un score de 3 indique une réactivité minimale, alors qu'un score de 15 indique une réactivité maximale. Un score plus petit ou égal à 8 indique un TCC grave. Lors de l'évaluation de l'état de conscience, la présence de réaction n'indique pas nécessairement que le client n'est pas confus. Pour pouvoir l'affirmer, il faut qu'il ouvre spontanément les yeux, qu'il obéisse à un ordre verbal et qu'il soit orienté dans le temps, l'espace et les personnes.

Le TCC constitue un choc important à la tête, qui peut être accompagné de dommages à la boîte crânienne et au cerveau. Les TCC les plus fréquemment rencontrés sont la commotion, la contusion et l'hématome. Selon la localisation du traumatisme cérébral, l'étendue des séquelles varie grandement. Un TCC important peut occasionner des lésions multiples et avoir des conséquences post-traumatiques aussi graves que l'épilepsie.

Le TCC provoque généralement un changement soudain de l'état de conscience, dont la gravité et la durée sont variables. L'altération de l'état de conscience peut varier de la confusion minime au coma profond. Le TCC occasionne, la plupart du temps, une altération des fonctions cognitives d'une durée variable ou permanente.

Les traumatismes du cerveau ont des répercussions sur tous les systèmes et appareils de l'organisme. Dans la situation actuelle, le réflexe pharyngé (nauséux) est absent, ce qui indique que le client ne peut être alimenté par voie orale, car les risques d'aspiration bronchique sont trop grands. L'alimentation par sonde nasoentérique devient alors nécessaire pour assurer des soins

sécuritaires au client, et ce, jusqu'à ce que le réflexe de déglutition et le réflexe nauséeux soient de retour. Les sondes nasoentériques de type Corpak ou Keofeed sont généralement utilisées chez le traumatisé craniocérébral qui reçoit un gavage, en raison de leur souplesse et de leur confort. Il arrive toutefois que ces tubes se déplacent et se retrouvent dans l'estomac, plutôt que de demeurer dans le duodénum, mais ils y sont tolérés. Les tubes nasogastriques, de type Salem ou Levine, sont rarement utilisés parce qu'ils sont rigides, inconfortables et qu'ils peuvent créer des plaies aux ailes du nez du client. De plus, étant donné leur inconfort, le client est porté à les enlever en les arrachant.

Il existe trois méthodes d'administration d'un gavage : continu, intermittent et en bolus. L'alimentation entérale *continue* est la méthode qui permet d'infuser la solution de gavage à un débit régulier. Elle est sécuritaire dans la prévention de la bronchoaspiration chez le client dont le score à l'échelle de Glasgow est en dessous ou égal à 9. Ce paramètre indique que l'état du client est encore instable, bien qu'il commence à présenter des périodes d'éveil. À ce stade, le client n'est pas protégé de l'aspiration bronchique et ne peut pas non plus collaborer aux soins d'hygiène que requiert la présence du tube nasoentérique ou nasogastrique. Le gavage *intermittent* est administré à l'aide d'une pompe, en 30 à 90 minutes, selon un horaire comparable à celui des repas d'une personne consciente. M. Dubé peut recevoir son gavage sur un mode intermittent, puisqu'il est à la phase d'éveil et que son score à l'échelle de Glasgow est de 12/15. L'infirmière surveille cependant s'il y a présence de signes d'intolérance au gavage, comme des douleurs abdominales, de la diarrhée, des nausées et des vomissements. Le gavage *en bolus* est la méthode d'administration de la solution de gavage par gravité ou à l'aide d'une seringue. Elle nécessite un équipement minimal, mais présente plus de risques d'aspiration, de régurgitation et d'effets indésirables sur le plan gastro-intestinal que les méthodes précédentes.

La stimulation d'un client en phase d'éveil est capitale et peut être réalisée par divers moyens. À titre d'exemple, le fait de l'habiller avec ses vêtements personnels permet à la fois de le stimuler et de personnaliser les soins. Il importe aussi de communiquer verbalement avec lui, peu importe son état d'éveil et malgré ses déficits. Non seulement la communication verbale stimule le client, mais elle contribue aussi au maintien de sa dignité. À cet effet, l'infirmière décrit au client les traitements et les soins qu'elle lui prodigue, de la même façon qu'elle le ferait avec une personne qui n'a pas subi de traumatisme crânien. De plus, l'infirmière encourage les proches à participer à la stimulation sensorielle du client qui est à la phase d'éveil de récupération d'un traumatisme crânien.

Soins d'hygiène

Les soins d'hygiène de la bouche et du nez sont des précautions à prendre chez le client porteur d'un tube nasoentérique, car les risques de lésions aux muqueuses ou à la peau sont augmentés. Les soins buccaux consistent à inspecter les lèvres et les muqueuses, à brosser les dents et à lubrifier les lèvres. Les soins du nez visent à s'assurer qu'il est dégagé. De plus, les muqueuses buccales et nasales doivent être lubrifiées. Une lubrification régulière contribue au confort du client et prévient certaines complications comme la formation de croûtes.

Vérifications préalables à l'administration du gavage

Le client inconscient n'est pas en mesure d'exprimer les malaises qu'il pourrait ressentir lors de l'administration du gavage. De ce fait, l'infirmière redouble de prudence et s'assure de donner des soins sécuritaires. Elle applique le plan de traitement nutritionnel et la méthode de soins en vigueur dans l'établissement.

Avant de commencer l'alimentation entérale et dans le but d'éviter une bronchoaspiration chez le client, l'infirmière l'installe dans une position sécuritaire au lit ou au fauteuil. Au lit, elle le place en position assise à 60°. Il faut éviter de lever la tête de lit à 90°, car le client pourrait se retrouver dans une position trop inclinée latéralement. Après les gavages, l'infirmière replace la tête du lit habituellement à un angle minimal de 30° afin de réduire, chez le client, les risques d'aspiration pulmonaire. Au fauteuil, il est placé en position assise. L'infirmière surveille alors la durée des séances au fauteuil, afin de prévenir la formation de plaies de pression. Généralement, ces séances ne doivent pas excéder une durée continue de deux heures, chez un client en phase d'éveil de récupération.

Afin de favoriser la tolérance au gavage, l'infirmière s'assure de la position adéquate de la sonde nasoentérique et de la présence d'un péristaltisme chez le client, avant d'en commencer la perfusion. La vérification de l'emplacement de la sonde s'effectue à l'aide du stéthoscope. L'endroit idéal pour vérifier le péristaltisme est le point de McBurney. Il se situe entre l'ombilic et la crête iliaque droite. Cet endroit correspond à la position de la valve iléocæcale, endroit de choix pour entendre le péristaltisme en raison de la turbulence engendrée à cette partie anatomique.

Enfin, avant le début d'un gavage, il arrive souvent que l'infirmière ait à réaliser des tests de résidu gastrique. Cela lui donne des indications sur la qualité de la digestion du client. Toutefois, dans le cas de M. Dubé, le type de sonde nasoentérique utilisé ne permet pas de réaliser ce genre de tests, étant donné sa localisation dans le duodénum.

Calcul du débit du gavage

Il est recommandé d'administrer le gavage intermittent à l'aide d'une pompe afin de mieux en contrôler le débit. Cela permet aussi de respecter le temps de perfusion. En se reportant au PSTI, l'infirmière effectue le calcul du débit.

Le calcul se fait à l'aide de la formule suivante :

Débit de perfusion (ml/h)	=	Volume à administrer en ml Durée de la perfusion en min	X	60 (nombre de min/h)
-------------------------------------	---	---	---	-------------------------

En résumé, l'alimentation par voie entérale comporte des risques qui peuvent toutefois être minimisés par la prise de précautions avant, pendant et après l'administration des gavages. Les problèmes les plus souvent rencontrés dans l'utilisation de ce mode d'alimentation sont liés au blocage du tube nasoentérique, à la bronchoaspiration ou à l'intolérance au gavage (vomissements, diarrhée). Un client alimenté par voie entérale qui présente de la diarrhée, des vomissements ou qui est malnutri en raison du produit alimentaire utilisé requiert une surveillance étroite, car il y a risque de déshydratation.

SCÉNARIO POUR LE CLIENT SIMULÉ

Nom	Martin Dubé
Âge	16 ans
Raison de l'hospitalisation	Traumatisme craniocérébral et coma

Cette station a pour but d'évaluer la capacité de la candidate à :

- ↳ vous donner les soins d'hygiène (nez, bouche),
- ↳ effectuer les vérifications requises avant l'administration d'un gavage et
- ↳ vous installer de façon sécuritaire, en tenant compte de votre état de conscience.

OCCUPATION	Vous êtes un élève de secondaire IV.
TENUE VESTIMENTAIRE	Vous portez une jaquette d'hôpital.
POSTURE ET INSTALLATION	- Vous êtes couché sur le dos dans le lit (tête de lit levée à 30° avec un oreiller sous la tête). - Vous avez un tube souple dans le nez, qui est censé se rendre dans votre intestin (duodénum). - Le tube est fixé par des diachylons au niveau du nez. Note : Pour les besoins de la simulation, le tube sera coupé et il sera fixé à votre nez avec un diachylon.
SITUATION ACTUELLE	- Vous avez été frappé par une automobile il y a 5 semaines en traversant la rue. - Vous avez subi un traumatisme crânien. - Vous êtes comateux depuis ce moment. - Votre état s'est stabilisé. - Le médecin a prescrit un gavage (alimentation par un tube) 4 fois/jour.
COMPORTEMENT PENDANT L'ENTREVUE	- Vous êtes éveillé et calme. - Vous gardez le silence. - Vous regardez dans le vide et ne fixez pas la candidate. - Si la candidate fait des efforts pour se placer dans votre champ visuel, vous la fixez du regard et lui faites un petit sourire.

- Si elle vous parle, vous émettez des sons, mais vos propos sont incompréhensibles, vous n'articulez pas de mots.
- Au moment où la candidate vous prodigue des soins au nez et à la bouche, vous la laissez faire.
- Si elle vous demande d'ouvrir la bouche, vous ne réagissez pas, vous ne l'ouvrez pas.
- Si la candidate vous place en position assise à 90° au lit, vous vous inclinez sur le côté gauche ou droit.

Matériel nécessaire

- le plan thérapeutique infirmier (PTI) ;
- extrait du plan de soins et traitements infirmiers (PSTI) ;
- tube nasoentérique souple de type Corpak ou Keofeed muni d'un bouchon (installé dans l'une des deux narines et collé à la joue du client) ;
- une tige à soluté sur laquelle est collée une image de pompe à gavage (simulation) ;
- chaise à proximité du lit ;
- lit avec draps et un oreiller ;
- une table sur laquelle se trouvent :
 - un récipient contenant 500 ml de solution à gavage, de marque Ressource +, avec tubulure ;
 - un haricot ;
 - une seringue à irrigation de 60 ml ;
 - un contenant propre muni d'un couvercle (pour irrigation) ;
 - une bouteille d'eau stérile ;
 - une bouteille de NaCl 0,9 % ;
 - 2 serviettes ;
 - une boîte de gants non stériles ;
 - 2 tiges montées ;
 - une solution rince-bouche ;
 - une brosse à dents ;
 - un lubrifiant hydrosoluble pour les lèvres ;
 - un badigeon pour nettoyage et hydratation des muqueuses ;
 - une solution pour le lavage des mains.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- méthodes d'alimentation entérale intermittente et continue ;
- administration du gavage par stomie : gastrostomie, jéjunostomie ;
- méthodes de stimulation en présence d'un client traumatisé crânien ;
- échelle de Glasgow ;
- administration de médicaments per os en présence d'un tube nasoentérique ;
- indications de l'utilisation d'un tube nasoentérique ;
- signes d'intolérance à l'alimentation entérale ;
- examens diagnostiques : vidéofluoroscopie, électroencéphalogramme, etc. ;
- hypertension intracrânienne : signes, soins et traitements.

RÉFÉRENCES

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2005). « Examen clinique neurologique », dans *Guide clinique en soins infirmiers*, 2^e éd., Montréal, CHUM, Direction des soins infirmiers, p. 195-203.

Cloutier, L. (2002). « La fonction neurologique », dans M. Brûlé et L. Cloutier (sous la dir. de), *L'examen clinique dans la pratique infirmière*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 207-247.

Emergency Nurses Association (2000). *Trauma Nursing Core Course: Provider Manual*, 5^e éd., Des Plaines (IL), ENA.

Grodner, M., Long, S., et DeYoung, S. (2004). *Foundations and Clinical Applications of Nutrition: A Nursing Approach*, 3^e éd., St. Louis, Mosby.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., et Snyder, S. (2005). « Nutrition et alimentation », dans *Soins infirmiers : théorie et pratique*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 2, p. 1425-1494.

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., et Dirksen, S.R. (2003). « Troubles intracrâniens », dans *Soins infirmiers : médecine-chirurgie*, Laval, Groupe Beauchemin, vol. 4, p. 208-257.

McClave, S.A., et Snider, H.L. (2002). « Clinical use of gastric residual volumes as a monitor for patients on enteral tube feeding », *JPEN – Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, vol. 26, n° 6 (suppl.), p. S43-S50.

Smeltzer, S.C., et Bare, B.G. (2006). « Intubation gastro-intestinale et traitements nutritionnels spéciaux », dans *Médecine et chirurgie*, 4^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 3, p. 57-87.

Zaloga, G.P. (2005). « The myth of the gastric residual volume », *Critical Care Medicine*, vol. 33, n° 2, p. 449-450.

Situation 7

DIRECTIVES À LA CANDIDATE

Contexte	Unité de médecine, CH Saint-Charles
Nom	Yvette Labrie
Raison de l'hospitalisation	Délirium d'origine infectieuse

Situation clinique

M^{me} Labrie, 82 ans, habite à la résidence privée Monfort pour personnes âgées. Elle a été conduite à l'urgence hier soir pour un délirium d'origine infectieuse. Elle est transférée ce matin à l'unité de médecine où vous travaillez. Ses propos incohérents et l'absence de personnes significatives rendent difficile la collecte de données. Il est 9 h, vous téléphonez à l'infirmière de la résidence, M^{me} Germaine Labranche.

Instructions

Vous avez 10 minutes pour :

1. Compléter l'évaluation initiale de M^{me} Labrie avec l'infirmière de la résidence
2. Ajuster, s'il y a lieu, le plan thérapeutique infirmier de la cliente en tenant compte des données recueillies auprès de l'infirmière de la résidence

Documentation à votre disposition :

- Note d'évolution de l'urgence
- Ordonnances médicales
- Plan thérapeutique infirmier (PTI)

Note d'évolution de l'urgence

2008-12-12, 20 h

Données biomédicales

- Anamnèse difficile re : délirium
- Désorientation : temps, espace, personne
- Résultat du mini-examen de l'état mental (test de Folstein), réalisé à la résidence, le 11 décembre 2008 : 21/30
- Signes vitaux : TA 140/80, P 85/min, rég., R 16/min, T°B 37,8 °C, SpO₂ 98 %
- Glycémie capillaire : 8 mmol/L
- Hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) du 11 décembre 2008 : 5,8 % (*normalité < 6 %*)

Antécédents médicaux

- Diabète de type 2, depuis 20 ans, bien contrôlé par hypoglycémiants oraux

Diagnostic provisoire

- Délirium d'origine infectieuse d'étiologie inconnue

Données psychosociales

- Veuve
- Habite une résidence pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes depuis 7 ans
- Personne-ressource à la résidence Montfort : Germaine Labranche, infirmière, tél. : 000 000-0000

Ordonnances médicales

- Transfert à l'unité de médecine
- Bilan septique stat à l'unité :
 - RX pulmonaire
 - Prélèvements : nez, gorge, anus
 - Analyse et culture d'urine
 - Hémoculture si T°B $\geq 37,8$ °C
- FSC, bilan ionique, BUN (azote uréique dans le sang) et créatinine, glycémie stat
- Glycémie capillaire qid, aviser si glycémie ≥ 10 mmol/L
- Dextrose 5 % + NaCl 0,45 % 1000 ml + KCl 10 mEq/litre à 80 ml/h
- Médication :
 - ciprofloxacine (Cipro) 200 mg IV q 12 h
 - metformine (Glucophage) 750 mg bid
 - glyburide (Diabeta) 10 mg die
 - acétaminophène (Atasol) 325 mg 1 à 2 co q 4 h PRN (si douleur ou T°B $> 37,8$ °C).

Plan thérapeutique infirmier (PTI)

M^{me} Yvette Labrie

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-13	7:00	1	Processus infectieux d'étiologie inconnue	ST				
		2	Délirium	ST				
		3	Diabète de type 2	ST				
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-13	7:00	1	Aviser inf. si T° $\geq 37,8$ °C	ST				
		2	Évaluer les fonctions mentales supérieures q 8 h par inf.	ST				
			Aviser l'inf. si cliente devient agitée (+ dir. p. trav. PAB)					
		1,3	Aviser inf. si glycémie ≥ 10 mmol/L	ST				
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service		
Sylvie Tousignant, inf.		ST						

Portrait de la station

Note : Cette station se déroule sans la présence de la cliente.

À l'arrivée au poste de garde (cubicule), vous observez :

Matériel à votre disposition

Un bureau sur lequel se trouvent :

- un téléphone ;
- la note d'évolution de l'urgence, comprenant les données biomédicales, les antécédents médicaux, le diagnostic provisoire et les données psychosociales ;
- les ordonnances médicales ;
- le plan thérapeutique infirmier (PTI).

Attitude et comportement de l'infirmière pendant l'entrevue

Germaine Labranche, infirmière à la résidence Montfort

- collabore bien, répond à vos questions ;
- dispose de 5 à 10 minutes pour l'entrevue.

Note : Si vous êtes trop vague dans vos questions, elle sera incapable de vous répondre et vous demandera des précisions, le cas échéant.

Rappel

Au besoin, retournez aux instructions pour vous rappeler les activités à réaliser :

1. Compléter l'évaluation initiale de M^{me} Labrie avec l'infirmière de la résidence
2. Ajuster, s'il y a lieu, le plan thérapeutique infirmier de la cliente en tenant compte des données recueillies auprès de l'infirmière de la résidence

Guide d'analyse

1. Collecte de données avec l'infirmière de la résidence

En considérant l'information inscrite dans la note d'évolution de l'urgence et les ordonnances médicales, quelles données pertinentes allez-vous recueillir auprès de l'infirmière de la résidence pour compléter l'évaluation initiale de M^{me} Labrie ?

2. À la suite de votre conversation téléphonique avec l'infirmière du Centre d'hébergement, y a-t-il lieu d'ajuster le PTI en vue d'assurer le suivi clinique de la cliente ? Si oui, quels sont les ajustements à inscrire ?

3. Quelles habiletés relationnelles utilisez-vous pour obtenir une communication téléphonique efficace avec l'infirmière de la résidence ?

Grille d'observation

Pour obtenir la cote « fait », la candidate doit :		✓ si fait
1. Évaluation initiale		
1.1	Questionner sur les éléments suivants :	
1.1.1	Moment de l'apparition de la désorientation ou du délirium	
1.1.2	Fréquence du délirium : est-ce la première fois que cela se produit ?	
1.1.3	État mental ou orientation dans les 3 sphères avant l'apparition du délirium	
1.1.4	Résultat au mini-examen de l'état mental (test de Folstein) avant l'apparition du délirium	
1.1.5	Moment de l'apparition de la fièvre	
1.1.6	Autres signes associés à la fièvre (IO)	
1.1.7	Contrôle du diabète : médication et diète et glycémies habituelles	
1.1.8	Changements observés dans le degré d'autonomie fonctionnelle :	
	- Soins d'hygiène	
	- Alimentation	
	- Mobilité ou locomotion	
	- Élimination	
1.1.9	Moment de l'apparition de la perte d'autonomie	
1.1.10	Fréquence quotidienne de l'incontinence urinaire	
1.1.11	Interventions pour contrôler l'incontinence urinaire (IO)	
1.1.12	Traitements ou soins ou médication reçus à la résidence avant le transfert	
1.2	Questionner au sujet des modalités de retour à la résidence :	
1.2.1	Degré d'autonomie nécessaire pour le retour à la résidence	
1.2.2	Personne-ressource à joindre à la résidence pour planifier le retour	
1.2.3	Services disponibles au centre d'hébergement	
1.2.4	Réseau de soutien	
2. Ajustement du plan thérapeutique infirmier (IO) (lire le scénario avant de répondre à cet élément)		
2.1.	Inscrire un problème et une directive pertinents sur le formulaire PTI	
3. Habiletés relationnelles		
3.1	Se présenter à l'infirmière de la résidence <u>dès le début</u> de la conversation : son nom et sa fonction	
3.2	Préciser le nom du centre hospitalier où elle travaille	
3.3	Indiquer le but de l'appel : obtenir des renseignements pour compléter l'évaluation de M ^{me} Labrie et assurer la continuité de ses soins	

Instructions à l'observatrice (IO)

Pour obtenir la cote « fait », la candidate doit :

- 1.1.6 Vérifier la présence d'au moins un signe ou symptôme susceptible d'être associé à la fièvre chez M^{me} Labrie parmi les suivants :
 - Présence de toux ou signes d'infection respiratoire ;
 - Signes d'infection urinaire.
- 1.1.11 Vérifier si interventions établies ou mesures prises pour rééducation vésicale en vue de contrôler l'incontinence urinaire de M^{me} Labrie :
 - programme de rééducation vésicale ;
 - fréquence d'accompagnement aux toilettes ;
 - port de culotte d'incontinence la nuit seulement ;
 - etc.
2. Dès que la candidate termine son appel à l'infirmière du Centre d'hébergement, vous lui demandez : « Devez-vous ajuster le PTI, compte tenu des renseignements obtenus ? » Si la candidate répond oui, remettez-lui le formulaire PTI de M^{me} Labrie sur lequel les problèmes 1, 2 et 3 sont déjà inscrits ainsi que leurs directives. Demandez-lui de l'ajuster.

Formulaire-réponse : plan thérapeutique infirmier (PTI)

M^{me} Yvette Labrie

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-13	7:00	1	Processus infectieux d'étiologie inconnue	ST				
		2	Délirium	ST				
		3	Diabète de type 2	ST				
2008-12-13	10:00	4	Perte d'autonomie dans les AVQ OU	Vos initiales				
2008-12-13	10:00	5	Incontinence urinaire	Vos initiales				
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-13	7:00	1	Aviser inf. si T° ≥ 37,8 °C	ST				
		2	Évaluer les fonctions mentales supérieures q 8 h par inf.	ST				
			Aviser l'inf. si cliente devient agitée (+ dir. p. trav. PAB)					
		1,3	Aviser inf. si glycémie ≥ 10 mmol/L	ST				
2008-12-13	10:00	4	Encourager autonomie de la cliente dans les AVQ (+ dir. p. trav. PAB) OU	Vos initiales				
2008-12-13	10:00	4	Évaluer autonomie dans 72 h ou le 2008-12-16 par inf. OU	Vos initiales				
2008-12-13	10:00	5	Accompagner aux toilettes q 2 h (+ dir. p. trav. PAB) OU	Vos initiales				
2008-12-13	10:00	5	Aviser inf. si incontinence urinaire ou compléter grille d'incontinence	Vos initiales				
			urinaire q 8 h (+ dir. p. trav. PAB)					
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Sylvie Tousignant, inf.			ST					
Votre nom et votre titre			Vos initiales					

Synthèse

Le but de cette épreuve consiste à évaluer l'habileté de la candidate à recueillir des données pertinentes auprès d'une infirmière d'un autre établissement, afin de compléter l'évaluation initiale d'une personne âgée hospitalisée pour une condition de délirium d'origine infectieuse, et à ajuster le plan thérapeutique infirmier s'il y a lieu.

Contexte clinique

M^{me} Labrie est une cliente âgée qui vit en hébergement et dont la condition physique et mentale s'est détériorée depuis 1 semaine. Le délirium qu'elle présente ainsi que l'absence de personnes significatives rendent difficile l'évaluation initiale.

Selon l'American Psychiatric Association, quatre éléments caractéristiques permettent de reconnaître le délirium : 1) une perturbation de l'état de conscience accompagnée d'une incapacité de soutenir l'attention ; 2) des atteintes cognitives (troubles de la mémoire ou désorientation) ou perceptuelles (hallucinations, illusions, idées délirantes) ; 3) la survenue rapide des symptômes, généralement de quelques heures à quelques jours et la fluctuation de ces symptômes sur une période de 24 heures ; 4) l'histoire et l'examen clinique qui tendent à démontrer que le délirium est causé par les conséquences physiologiques d'un problème de santé (ex. : processus infectieux) (Voyer *et al*, 2007). Ils soulignent l'importance d'exercer une vigilance accrue auprès des clients qui présentent la forme hypoactive du délirium (apathie, ralentissement psychomoteur et somnolence), ce qui semble être le cas de M^{me} Labrie. Contrairement à la forme hyperactive (agitation, combativité et hallucinations), la forme hypoactive est plus difficile à déceler.

Selon Voyer (2006), une augmentation de la température corporelle à 37,8 °C, comme c'est le cas chez M^{me} Labrie, ou une élévation de 1,1 °C par rapport à la température habituelle de la personne âgée est un signe d'infection. Les modifications de la réponse immunitaire et des processus de thermorégulation de la personne âgée expliquent la faible hausse de température corporelle, malgré la présence d'une infection.

Le mini-examen de l'état mental (MEEM ou test de Folstein) permet d'effectuer une première évaluation rapide des capacités cognitives de la personne. Un score inférieur à 24 à cet examen indique la nécessité de diriger la cliente au service de psychogériatrie, et un résultat de 10 ou moins représente un stade sévère de démence. La veille de son transfert à l'hôpital, M^{me} Labrie a obtenu un résultat de 21/30, ce qui signifie que ses fonctions mentales et cognitives sont atteintes. Cette altération des fonctions mentales supérieures entrave son autonomie fonctionnelle, car sa capacité à percevoir son envie d'uriner ou d'éliminer est réduite.

Évaluation initiale

L'évaluation initiale vise à établir un profil de la situation de santé du client, en recueillant par divers moyens (collecte de données, examen clinique, tests diagnostiques, etc.) les données de base pertinentes, notamment sur la condition de santé physique et mentale du client en les analysant et en les interprétant. Elle se déroule habituellement à l'admission ou dès le premier contact avec le client (OIIQ, *Mosaïque des compétences*, 2009, à venir).

Dans la situation actuelle, compte tenu du délirium de la cliente et de l'absence de personnes significatives, l'infirmière de l'unité de médecine communie avec l'infirmière de la résidence pour compléter l'évaluation initiale. Toutefois, avant de le faire, l'infirmière de l'unité de médecine doit consulter les données consignées au dossier et structurer son entrevue.

Lors de l'évaluation initiale, l'infirmière prend en compte les renseignements contenus dans le dossier de la cliente sur le plan clinique et sur le plan psychosocial. Elle demande des précisions au sujet de chacun des problèmes de santé de la cliente. Elle questionne sur le moment d'apparition et sur la fréquence du délirium, sur les facteurs contributifs ainsi que sur la condition mentale de la cliente avant l'apparition de ce problème. Elle vérifie notamment s'il existe un résultat antérieur au mini-examen mental (test de Folstein), car cela lui fournirait une base de comparaison des capacités cognitives de M^{me} Labrie avant son admission à l'urgence de l'hôpital. Elle interroge aussi l'infirmière de la résidence concernant le diabète de M^{me} Labrie, la condition physique de la cliente et les circonstances entourant l'apparition de la fièvre. Pour guider ses interventions de maintien et de promotion de l'autonomie fonctionnelle de M^{me} Labrie durant son hospitalisation, l'infirmière cherche à obtenir de l'information sur la capacité de cette dernière à réaliser ses soins d'hygiène, à s'alimenter, à se mobiliser et à percevoir et répondre à ses besoins d'uriner et d'éliminer.

Dès l'admission, le moyen mnémotechnique SERA (Soutien, Environnement, Ressources, Autonomie) peut servir de guide pour la collecte de données. Ainsi, lors de l'entrevue avec l'infirmière de la résidence, l'infirmière de l'unité de médecine commence à préparer le retour de la cliente en hébergement en vérifiant, notamment, le degré d'autonomie requis à la résidence et la nature des services offerts. Selon l'article 42 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, l'infirmière a l'obligation de prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité des clients, notamment en avisant les instances appropriées. Ainsi, si elle anticipe une difficulté liée au congé du centre hospitalier, elle devra prendre les dispositions nécessaires pour assurer la continuité des soins et la prise en charge de la cliente par les ressources appropriées. Selon l'établissement de santé ainsi que la nature et le degré de complexité de la situation, l'infirmière peut, par exemple, diriger la cliente à l'infirmière de liaison ou au service social de son établissement.

Ajustement du plan thérapeutique infirmier (PTI)

Avant d'appeler l'infirmière de la résidence, l'infirmière avait évalué la condition de M^{me} Labrie et inscrit trois constats au PTI : 1) processus infectieux d'étiologie inconnue ; 2) délirium ; et 3) diabète de type 2. À la suite de cette entrevue téléphonique, l'infirmière de l'unité de médecine détermine que deux autres problèmes requièrent un suivi clinique durant l'hospitalisation de M^{me} Labrie : la perte d'autonomie dans les AVQ et l'incontinence urinaire. À la résidence, les interventions mises en œuvre pour gérer l'incontinence ont donné des résultats significatifs. À l'unité de médecine où M^{me} Labrie est actuellement hospitalisée, il devient alors crucial d'inscrire au PTI des directives visant à assurer la continuité des soins et à poursuivre ou, du moins, à maintenir les progrès réalisés à cet égard. La perte d'autonomie semble associée au délirium occasionné par le processus infectieux. C'est pourquoi il est important de l'évaluer toutes les 72 heures afin d'identifier les indices d'amélioration ou de détérioration pouvant influencer sur le retour à la résidence et le besoin de services complémentaires.

Habiletés relationnelles

En prévision de la communication téléphonique avec l'infirmière de la résidence, l'infirmière de l'unité de médecine doit structurer son entrevue de façon à obtenir toute l'information dont elle a besoin, dans les meilleurs délais possible. Pour y arriver, il est suggéré de regrouper les questions par thèmes. À titre d'exemple, l'infirmière du centre hospitalier pourrait regrouper ses questions comme suit : 1) but de l'appel ; 2) situation actuelle de la cliente : raison du transfert, signes présentés par la cliente, changements observés chez la cliente ; 3) antécédents de santé : diabète et autres problèmes ; 4) fonctionnement antérieur à la détérioration clinique : degré d'autonomie fonctionnelle, état mental ; 5) problèmes prioritaires faisant l'objet d'un suivi clinique à la résidence au moment de l'hospitalisation et directives infirmières (PTI) ; 6) soins et traitements prodigués à M^{me} Labrie à la résidence ; et 7) éléments pertinents à la planification du congé.

Scénario pour la personne-ressource simulée

Nom	Germaine Labranche
Âge	55 ans

Cette station a pour but d'évaluer la capacité de la candidate à :

- ↪ recueillir, par téléphone, les données pertinentes sur la situation de santé d'une résidente en vue d'assurer la continuité des soins et
- ↪ ajuster le plan thérapeutique infirmier en fonction des renseignements que vous lui aurez fournis.

RAISON DE L'ENTREVUE	Communication téléphonique pour effectuer une collecte de données concernant M ^{me} Labrie, une résidente de votre établissement privé, qui est actuellement hospitalisée pour détérioration de son état général accompagnée d'un délirium d'origine infectieuse.
OCCUPATION	• Vous êtes infirmière à la résidence depuis 15 ans. • Il s'agit d'une résidence de 80 lits pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes. • Vous travaillez le jour de 8 h à 16 h. • Il y a une seule infirmière responsable par quart de travail.
ATTITUDE ET COMPORTEMENT AU TÉLÉPHONE	• Vous êtes courtoise et disposée à donner l'information requise. • Vous disposez de 5 à 10 minutes seulement, car vous devez aller donner des soins aux résidents. • Vous avez un résumé écrit de la situation. • Vous connaissez bien M^{me} Labrie, puisqu'elle habite le Centre d'hébergement depuis 7 ans.
CONSIGNES POUR LE DÉBUT DE L'ENTREVUE AVEC LA CANDIDATE	• Dès que vous décrochez l'appareil, vous vous identifiez et vous accueillez la candidate en ces termes : « Résidence Montfort, Germaine Labranche, infirmière, bonjour. » • Vous attendez que la candidate s'identifie à son tour avant de lui donner de l'information : nom, fonction et nom de l'hôpital. • Vous demandez à la candidate de s'identifier si elle ne le fait pas spontanément.

	• Si la candidate commence l'entrevue par une question générale, par exemple : « Pour quelle raison avez-vous amené M^{me} Labrie à l'urgence ? » Dites-lui : « C'est parce que son état général s'est détérioré et qu'elle était désorientée depuis un certain temps. »
RAISON DU TRANSFERT À L'HÔPITAL	• Vous avez communiqué avec le médecin qui était venu voir la cliente la veille en raison de la détérioration de son état général et de son état de désorientation. • Le médecin a établi le contact avec l'urgence par téléphone afin d'organiser le transfert. • Vous n'étiez pas présente au Centre d'hébergement hier vers 17 h 30, lors du transfert de M^{me} Labrie. • Vous êtes quand même informée de la situation.
AUTONOMIE	• Vous avez observé une perte globale d'autonomie chez M^{me} Labrie. • La perte d'autonomie est apparue il y 4 ou 5 jours. • Si la candidate vous demande de lui expliquer la perte d'autonomie observée, demandez-lui : « Que voulez-vous savoir, au juste ? » • Si elle vous pose des questions concernant les soins d'hygiène ou l'alimentation ou la locomotion (capacité à se déplacer) de la cliente, répondez à ses questions à l'aide des informations inscrites ci-dessous, en restant vague quant au moment de l'apparition de la perte d'autonomie (voir le tableau Résumé de la situation).
RÉSEAU DE SOUTIEN	• Elle est veuve depuis 7 ans. • Elle n'a pas d'enfant. • Elle est le dernier membre vivant de sa famille.
INTÉGRITÉ DES SENS	• Elle porte des verres correcteurs pour la myopie et la presbytie. • Elle n'a pas de problème d'audition.
RETOUR À LA RÉSIDENCE	• Il faudra évaluer plus tard si la cliente est apte à revenir à la résidence pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes, selon son degré de récupération. • Pour l'instant, sa place est conservée à la résidence.
CONSIGNES POUR LA FIN DE L'ENTREVUE	Huit minutes après le début de la station, si la candidate n'a pas terminé (raccroché le téléphone), dites-lui « Avez-vous d'autres questions, car je dois aller faire un traitement à un résident ? »

Résumé de la situation

	AVANT LA DÉTÉRIORATION	AU MOMENT DU TRANSFERT
AUTONOMIE : AVQ-AVD	Elle était autonome en ce qui concerne les soins d'hygiène, l'alimentation, la mobilité et l'élimination.	
↳ Soins d'hygiène	• C'était une personne fière d'elle-même, bien coiffée. • Elle assurait elle-même ses soins d'hygiène.	Depuis quelques jours : • Elle ne se lave plus seule. • Elle néglige sa tenue et son apparence physique. • Elle ne se coiffe plus.
↳ Alimentation	• Elle mangeait seule. • Son appétit était normal. • Elle se rendait elle-même à la cafétéria des résidents.	Depuis quelques jours : • Elle mange peu. • Elle mange à sa chambre. • Elle est capable de s'alimenter seule seulement si on la stimule.
↳ Locomotion	• Elle marchait lentement pendant de courtes périodes. • Elle était autonome dans ses déplacements. • Elle n'a pas fait de chutes.	Depuis quelques jours : • Elle marche avec l'aide d'un préposé et seulement si elle est stimulée à le faire. • Ses déplacements sont limités, elle va de la chaise aux toilettes et au lit. • Au cours des 12 dernières heures, elle est restée alitée.
↳ Élimination	• Elle était continente et autonome sur le plan urinaire.	Vous avez fait les observations suivantes <u>depuis 4 à 5 jours</u>. Si la candidate ne vous demande pas de préciser depuis quand l'incontinence urinaire est apparue, demeurez vague et dites-lui que c'est apparu depuis quelques jours sans préciser le nombre de jours. Urinaire : • Elle a commencé à être incontinente à raison de 4 à 6 fois par jour.

	AVANT LA DÉTÉRIORATION	AU MOMENT DU TRANSFERT
		• Elle devait porter une culotte d'incontinence, car elle ne demandait plus d'aller uriner. • Elle urinait dans sa culotte si on ne la conduisait pas aux toilettes aux 2 heures. • Par contre, si on l'accompagnait aux toilettes toutes les 2 heures, elle ne s'échappait pas. • Le personnel soignant était attentif et la conduisait régulièrement aux toilettes. • Vous lui suggérez d'adopter cette mesure qui était très efficace.
VIE SOCIALE	• C'était une personne enjouée, bien orientée et fière d'elle-même. • Elle aimait participer à toutes les activités offertes par le Centre. • Elle savait exprimer ses besoins. • C'était une dame avec qui il était habituellement très intéressant de discuter.	• État général : elle était moins enjouée depuis quelques jours. • Elle ne participait plus aux activités offertes par le centre.
ÉTAT MENTAL	• Avant, elle pouvait vous nommer (orientation par rapport aux personnes). • Mis à part le test de Folstein d'hier, aucun autre test ne lui avait été administré antérieurement, puisque sa condition mentale était normale.	Depuis 4 à 5 jours ou depuis quelques jours (selon les questions de la candidate) : • Elle fonctionne au ralenti et tient des propos incohérents. • Elle s'est mise à oublier ses effets personnels un peu partout. • Elle oublie de se présenter aux activités qu'elle ne manque habituellement jamais. • Elle est désorientée. • C'est la première fois que ça lui arrive. • Elle ne nous reconnaît plus (orientation par rapport aux personnes).

	AVANT LA DÉTÉRIORATION	AU MOMENT DU TRANSFERT
		• Elle confond les situations présentes et passées (orientation dans le temps). • Elle ne peut dire à quelle résidence elle se trouve (orientation dans l'espace). • Au test de Folstein, elle a obtenu la cote de 21/30 hier.
ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE		• État général : elle est très fatiguée, léthargique et moins enjouée depuis quelques jours.
↳ Signes vitaux		• Vers 17 h 30, au moment du transfert : TA 140/80, P 85/min, rég., R 16/min, rég., T°B 37,7 °C.
↳ Condition respiratoire		• M^{me} Labrie ne toussait pas au cours des derniers jours.
↳ Fièvre		• La fièvre est apparue il y a environ 4 jours. • Sa T°B s'est toujours maintenue entre 37,5 °C et 37,8 °C.
↳ Diabète	• Elle a un diabète de type 2 depuis une vingtaine d'années. • Elle respectait rigoureusement sa diète sans sucre. • Son diabète était très bien contrôlé par metformine (Glucophage) 750 mg PO bid et glyburide (Diabeta) 10 mg PO die. • Son hémoglobine glycosylée ne présentait pas de particularités. • Hier, avant le transfert, il était à 5,8 %. • Elle faisait elle-même ses glycémies le matin et le soir et, généralement, ses résultats étaient normaux. • Elle était suivie par un interniste tous les 6 mois et voyait le médecin de la résidence tous les mois.	• Elle se dit incapable de faire sa glycémie elle-même.

SOINS ET TRAITEMENTS DURANT LES 12 HEURES QUI ONT PRÉCÉDÉ LE TRANSFERT	• Elle a été alitée. • Elle a reçu 650 mg d'acétaminophène (Atasol) aux 4 h au cours des 2 derniers jours. • La dernière dose lui a été administrée juste avant son transfert à l'hôpital où vous travaillez, vers 17 h 30.
---	---

Matériel nécessaire

Un bureau sur lequel se trouvent :

- un téléphone ;
- la note d'évolution de l'urgence, comprenant les données biomédicales, les antécédents médicaux, le diagnostic provisoire et les données psychosociales ;
- les ordonnances médicales ;
- le plan thérapeutique infirmier (PTI).

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- changements normaux liés au vieillissement ;
- distinction entre délirium, démence et dépression ;
- facteurs de risque et déclencheurs du délirium ;
- signes de déshydratation ;
- principales infections rencontrées chez la personne âgée : respiratoires, urinaires et autres ;
- manifestations cliniques d'un processus infectieux chez la personne âgée.

RÉFÉRENCES

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2005a). « Planification de départ », dans *Guide clinique en soins infirmiers*, 2^e éd., Montréal, CHUM, Direction des soins infirmiers, p. 24-31.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2005b). « Prévention et gestion du délirium », dans *Guide clinique en soins infirmiers*, 2^e éd., Montréal, CHUM, Direction des soins infirmiers, p. 423-430.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2005c). « Prévention et soins de l'incontinence », dans *Guide clinique en soins infirmiers*, 2^e éd., Montréal, CHUM, Direction des soins infirmiers, p. 64-69.

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., et Dirksen, S.R. (2003). « Troubles rénaux et urologiques », dans *Soins infirmiers : médecine-chirurgie*, Laval, Groupe Beauchemin, vol. 3, p. 332-337.

Miller, C.A. (2007). *L'essentiel en soins infirmiers gériatriques*, Montréal, Beauchemin Chenelière Éducation.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009, à venir). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales*, Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2006). *L'intégration du plan thérapeutique infirmier à la pratique clinique*, Montréal, OIIQ.

Paquette-Desjardins, D., et Sauvé, J. (2007). *Modèle conceptuel et démarche clinique : outils de soutien aux prises de décision*, Montréal, Beauchemin Chenelière Éducation.

Potter, P.A., et Perry, A.G. (2005). « La personne âgée », dans *Soins infirmiers*, 2^e éd., Laval, Groupe Beauchemin, p. 176-204.

Smeltzer, S.C., et Bare, B.G. (2006). « Soins aux personnes âgées », dans *Médecine et chirurgie*, 4^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 1, p. 241-276.

Voyer, P. (sous la dir. de) (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique.

Voyer, P., Doucet, L., Danjou, C., Cyr, N., et Benounissa, Z. (2007). « Le dépistage du délirium par les infirmières », *Perspective infirmière*, vol. 5, n° 2, p. 13-20.

Situation 9

DIRECTIVES À LA CANDIDATE

Contexte	Unité de médecine et de soins palliatifs
Nom	Monique Auger
Raison de l'hospitalisation	Convulsions et maux de tête violents

Situation clinique

Depuis 4 jours, M^{me} Auger, 48 ans, est hospitalisée pour la première fois à l'unité de médecine et de soins palliatifs. Elle est admise pour maux de tête violents liés à des métastases cérébrales secondaires d'un cancer au sein droit. Il est 12 h 30, M^{me} Auger sonne, vous vous rendez à sa chambre.

Instructions

Vous avez 10 minutes pour :

1. Évaluer la situation de M^{me} Auger
2. Intervenir en fonction de ses besoins
3. Ajuster le PTI de M^{me} Auger, s'il y a lieu

Documentation à votre disposition :

- Extrait du plan thérapeutique infirmier (PTI)
- Ordonnances médicales
- Extraits du CPS relatifs aux médicaments prescrits
- Feuille d'administration des médicaments comportant ceux qui ont été administrés au cours de la nuit dernière et depuis le début du quart de travail

Extrait du plan thérapeutique infirmier (PTI)

M^{me} Auger

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	8:30	2	Céphalées récidivantes liées aux métastases	HB				
			cérébrales					

SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	8:30	2	Vérifier la présence de céphalées q 1 h le jour et le soir et lorsque réveillée la nuit					
			Administrar de façon régulière les entredoses de morphine si douleur > 2 sur une échelle de 0 à 10					
			Aviser inf. si administration > 3 entredoses de morphine die					
			Évaluer l'efficacité du contrôle de la douleur die par inf.	HB				

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Hélène Bissonnette, inf.	HB				

Ordonnances médicales

- dexaméthasone (Decadron) 4 mg PO qid
- gabapentine (Neurontin) 100 mg PO tid
- morphine LA 30 mg PO q 12 h
- morphine 5 mg PO q 45 à 60 min PRN
- lorazépam (Ativan) 0,5 mg tid SL PRN
- senné (Senokot) 2 co PO hs
- docusate (Colace) 200 mg PO bid
- prochlorpérazine (Stemetil) 5 à 10 mg PO qid PRN

Extraits du CPS relatifs aux médicaments prescrits

- dexaméthasone (Decadron)
- gabapentine (Neurontin)
- morphine LA
- morphine
- lorazépam (Ativan)
- senné (Senokot)
- docusate (Colace)
- prochlorpérazine (Stemetil)

Feuille d'administration des médicaments

DATE	HEURE	DOULEUR	MÉDICAMENT REÇU	OBSERVATION	SIGNATURE
2008-12-13	1:00	3/10	REFUSE entredose Morphine	Céphalée	Barbara Fournier, inf.
2008-12-13	2:00	1/10	---	Céphalée	Barbara Fournier, inf.
2008-12-13	3:00	1/10	---	Céphalée	Barbara Fournier, inf.
2008-12-13	4:00	2/10	---	Céphalée	Barbara Fournier, inf.
2008-12-13	5:00	4/10	Morphine 5 mg PO (entredose)	Céphalée	Barbara Fournier, inf.
2008-12-13	6:00	1,5/10	---	Céphalée	Barbara Fournier, inf.
2008-12-13	7:00	2/10	---	Céphalée	Barbara Fournier, inf.
2008-12-13	8:00		Neurontin 100 mg PO Colace 200 mg PO		Hélène Bissonnette, inf.
2008-12-13	9:00	2/10	Morphine LA 30 mg PO Dexaméthasone (Decadron) 4 mg PO	Céphalée	Hélène Bissonnette, inf.
2008-12-13	9:30	5/10	Morphine 5mg PO (entredose)	Céphalée	Hélène Bissonnette, inf.
2008-12-13	11:30	3/10	REFUSE entredose Morphine	Céphalée	Hélène Bissonnette, inf.

Portrait de la station

À l'arrivée dans la chambre, vous observez :

Posture de la cliente

- couchée sur le dos avec la tête de lit levée à 30° ;
- main gauche placée sur le front.

Matériel à votre disposition

- un extrait du PTI ;
- les ordonnances médicales ;
- des extraits du CPS relatifs aux médicaments prescrits ;
- la feuille d'enregistrement des médicaments administrés la nuit dernière et depuis le début du quart de travail de jour.

Attitude et comportement de la cliente pendant l'entrevue

- visage crispé, membres supérieurs et inférieurs tendus ;
- découragée par la présence de céphalées récidivantes ;
- ambivalente à l'idée de prendre la médication de façon régulière et fréquente ;
- inquiète des effets de la médication ;
- collabore bien si vous lui expliquez les effets de la médication ou si vous lui posez les questions clairement.

Rappel

Au besoin, retournez aux instructions pour connaître les activités à réaliser :

1. Évaluer la situation de M^{me} Auger
2. Intervenir en fonction de ses besoins
3. Ajuster le PTI de M^{me} Auger, s'il y a lieu

Guide d'analyse

1. Évaluation de la situation

Quelles données allez-vous recueillir auprès de M^{me} Auger, compte tenu des signes et symptômes présentés ?

Quelle évaluation complémentaire allez-vous réaliser en lien avec le refus occasionnel de la cliente en ce qui concerne la prise de la médication ?

2. Interventions

Quelle information allez-vous transmettre à la cliente qui craint les effets secondaires de la morphine ?

Quelles recommandations ferez-vous à la cliente, compte tenu de la douleur qu'elle ressent et de son appréhension en ce qui concerne l'analgésie ?

3. Ajustement du PTI

Devez-vous ajuster le PTI de M^{me} Auger, compte tenu de la crainte exprimée à l'endroit de la médication ? Si oui, comment ? Sinon, pourquoi ?

4. Habiletés relationnelles

Quels comportements allez-vous privilégier pour établir une communication thérapeutique avec M^{me} Auger ?

Grille d'observation

Pour obtenir la cote « fait », la candidate doit :		✓ si fait
1. Évaluation de la situation		
1.1	Évaluer la douleur :	
1.1.1	Facteurs qui ont déclenché ou provoqué la douleur (P)	
1.1.2	Mesures de soulagement prises par la cliente, autres que la médication (P)	
1.1.3	Description qualitative de la douleur (Q) (ex. : pulsative, lancinante, aiguë)	
1.1.4	Intensité selon l'échelle de 0 à 10 (Q)	
1.1.5	Région et irradiation de la douleur (R)	
1.1.6	Présence de signes et symptômes associés (S) : nausées, vomissements ou autres	
1.1.7	Début et durée de la douleur (T)	
1.1.8	Signification pour la cliente ou facteurs susceptibles d'influencer la douleur selon la cliente (U)	
1.2	S'informer auprès de la cliente de l'efficacité du dernier analgésique	
1.3	Évaluer l'analgésie :	
1.3.1	Consulter la feuille des médicaments administrés (IO)	
1.3.2	Indiquer l'heure de la dernière entredose reçue : 9 h 30	
1.3.3	Mentionner que la cliente a refusé l'entredose de morphine à deux reprises : au cours de la nuit et à 11 : 30 ce matin, et ce, malgré une douleur > 2	
1.3.4	Explorer les raisons de ses refus de prendre la médication (IO)	
2. Interventions en fonction des besoins de la cliente		
2.1	Donner au moins une information pertinente sur chacun des thèmes suivants pour apaiser les craintes de la cliente (IO) :	
	- Somnolence	
	- Dépression respiratoire	
	- Dépendance/accoutumance	
2.2	Offrir à la cliente de prendre une entredose de morphine immédiatement	
2.3	Lui suggérer de recevoir une entredose de morphine toutes les 45 à 60 minutes	
2.4	Lui expliquer les avantages de ne pas retarder une entredose (IO)	
2.5	Lui mentionner que le dosage de la morphine est établi de façon à éviter la dépression respiratoire	
3. Ajustement au PTI (IO)		
	Voir grille de correction	
4. Habiletés relationnelles		
4.1	S'asseoir (près, en face ou à côté) de la cliente et garder un contact visuel	
4.2	Refléter ou reformuler l'expression de l'ambivalence de la cliente	
4.3	Éviter la rassurance inefficace (IO)	

Instructions à l'observatrice (IO)

- 1.3.1 Lorsqu'elle consulte la liste des médicaments administrés, demandez à la candidate quelle analyse elle fait du document consulté.

Pour obtenir la cote « fait », la candidate doit :

- 1.3.4 Poser une question comme « Qu'est-ce qui vous a motivé à refuser l'analgésique proposé pour vous soulager la nuit dernière et ce matin? » **ou** « Pouvez-vous me parler des raisons qui vous incitent à craindre la morphine ? »

- 2.1 Donner au moins un renseignement parmi les suivants :

Somnolence

- Peut se produire au début de l'utilisation des analgésiques narcotiques ou lors d'une augmentation des doses. Cette situation a tendance à se stabiliser après quelques jours.

Dépression respiratoire

- Dire à la cliente que son rythme respiratoire actuel est de 16/min, ce qui est considéré comme normal **ou** ;
- Lui indiquer que son rythme respiratoire varie entre 12 et 24/min depuis le début de son hospitalisation **ou** ;
- L'informer que l'augmentation progressive des narcotiques (comme c'est le cas ici) n'entraîne généralement pas de dépression respiratoire.

Dépendance/accoutumance

- L'utilisation de narcotiques dans le soulagement de la douleur conduit très rarement à l'accoutumance (dépendance, selon la cliente) **ou** ;
- Dans une situation de cancer accompagné de métastases, le recours à des doses plus importantes peut être associé à la progression de la maladie **ou** ;
- Dans la situation présente, le stress et l'anxiété peuvent augmenter la douleur et contribuer ainsi au besoin plus grand de narcotiques.

- 2.4 Expliquer qu'une douleur très intense est difficile à soulager et qu'une approche préventive contribue généralement à diminuer la quantité de médicaments requise pour assurer le soulagement à long terme.

3. Une fois que la candidate a terminé son évaluation et a tenté de répondre aux préoccupations de la cliente ou trois minutes avant la fin de l'entrevue, demandez-lui s'il lui paraît nécessaire d'ajuster le PTI. Dans l'affirmative, remettez-lui un formulaire PTI et demandez-lui de l'ajuster.
- 4.3 Éviter la rassurance inefficace, comme dire à la cliente des paroles du type « Ne vous en faites pas » ou « Vous n'avez pas raison de vous inquiéter. »

Grille de correction

Extrait du plan thérapeutique infirmier (PTI)

M^{me} Auger

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	8:30	2	Céphalées récidivantes liées aux métastases	HB				
			cérébrales					
2008-12-16	12 :30	3	Peurs ou craintes par rapport à l'analgésie	Vos initiales				
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	8:30	2	Vérifier la présence de céphalée q 1 h le jour et le soir et lors des changements					
			de position la nuit					
			Administrer de façon régulière les entredoses morphine si douleur > 2 sur une					
			échelle de 0 à 10					
			Aviser inf. si administration > 3 entredoses de morphine die					
			Évaluer l'efficacité du contrôle de la douleur die par inf.	HB				
2008-12-16	12 :30	3	Renseigner la cliente sur les effets bénéfiques des entredoses de morphine et	Vos initiales				
			les effets secondaires et indésirables appréhendés par celle-ci OU					
2008-12-16	12 :30	3	Encourager la cliente à exprimer ses peurs ou craintes lorsqu'elle refuse la	Vos initiales				
			médication et la rassurer, au besoin					
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	
Hélène Bissonnette, inf.		HB						
Votre nom et votre titre		Vos initiales						

Synthèse

Le but de cette épreuve consiste à évaluer la situation d'une cliente qui a des craintes par rapport à l'analgésie, à cibler l'intervention appropriée en vue d'assurer le soulagement de sa douleur cancéreuse dans le contexte des soins palliatifs et à ajuster le plan thérapeutique infirmier, s'il y a lieu.

Contexte clinique

Le contrôle optimal de la douleur et le maintien du confort représentent les principaux objectifs de soins lors d'une hospitalisation en soins palliatifs.

La douleur se distingue par son origine, soit nociceptive, soit neuropathique, ainsi que par sa durée et son intensité. Dans la situation à l'étude, compte tenu de son instabilité, la douleur cancéreuse est traitée comme une douleur neuropathique, persistante et aiguë. Le gabapentine (Neurontin) traite la douleur neuropathique engendrée par le processus tumoral, alors que la morphine vise le soulagement de la douleur persistante et aiguë. Pour ses propriétés anti-inflammatoires, le dexaméthasone (Decadron) est aussi administré afin d'offrir le meilleur soulagement possible à la cliente en diminuant l'œdème cérébral.

La douleur est considérée comme neuropathique lorsqu'elle est occasionnée par un dommage au tissu nerveux. Ce dernier aurait pu survenir, par exemple, à la suite des traitements de chimiothérapie. La douleur persistante dure plus de 3 mois et est habituellement liée à une diminution des capacités fonctionnelles ainsi qu'à des perturbations psychologiques. Ce type de douleur nuit inévitablement à la qualité de vie de la personne. La douleur aiguë a une cause précise et dure généralement moins de 3 mois. Dans la situation, M^{me} Auger présente les deux types de douleur, c'est pourquoi les entredoses sont prescrites en complément de la morphine à longue action.

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer la perception de la douleur ressentie par M^{me} Auger : 1) des facteurs psychologiques (isolement, peur, dépression, tristesse, anxiété, culpabilité) ; 2) des facteurs socioéconomiques (moyens financiers, situation familiale ou professionnelle) et ; 3) des facteurs spirituels (regrets, crainte de la mort). L'état de santé de M^{me} Auger, les céphalées dont elle souffre et la prise d'analgésiques génèrent, chez elle, de l'inquiétude et de nombreuses appréhensions, dont celle d'une détérioration de son état physique, de son état cognitif et de son état émotif, accompagnée d'un sentiment d'impuissance et même de désespoir.

Évaluation de la situation

La douleur est évaluée à l'aide d'échelles qui permettent d'objectiver la perception du client de sa douleur et de renseigner sur l'efficacité des interventions.

Le **PQRSTU** est fréquemment utilisé pour décrire la douleur. Le **P** permet d'identifier les facteurs qui l'ont **p**rovoquée ou encore **p**alliée (soulagée) ; le **Q** fournit des informations à la fois sur sa **q**ualité et sur sa **q**uantité [de 0 (aucune douleur) à 10 (douleur insupportable)] ; le **R** renseigne sur la **r**égion et les zones d'irradiation ; le **S** sur sa sévérité ou la présence de **s**ignes et **s**ymptômes associés ; le **T** sur le **t**emps (début et durée) ; et le **U** permet de **v**érifier la signification qu'elle a pour la cliente ou les facteurs susceptibles de l'influencer («understand»), ainsi que de s'informer de l'efficacité du dernier analgésique.

La morphine (opiacé) représente un médicament de choix dans le soulagement des douleurs cancéreuses. Dans la situation à l'étude, la cliente reçoit deux types de morphine : l'une à longue durée d'action (12 h) et l'autre à courte durée d'action (4 h environ). Cette dernière est administrée sous forme d'entredoses, c'est-à-dire entre les doses régulières de la morphine à longue durée d'action. Les entredoses sont employées afin de soulager les percées de douleur, ces « augmentations temporaires de la douleur à une intensité plus forte que modérée (...) » (Jovey, 2002, p. 10). En présence de métastases cérébrales, une coanalgie peut être utilisée. Celle-ci consiste, dans la situation à l'étude, à l'emploi de corticostéroïdes (dexaméthasone ou Decadron) qui, en diminuant l'œdème et l'inflammation, diminuent la douleur cérébrale.

En phase palliative, certains clients présentent une douleur légère constante (évaluée à 2 sur une échelle de 0 à 10) ; cette situation est considérée comme acceptable, étant donné l'importance de la maladie. Un soulagement incomplet ou une douleur au-delà du seuil acceptable (intensité supérieure à 2 sur une échelle de 0 à 10), comme c'est le cas pour M^{me} Auger, exige une réévaluation de la situation.

Interventions dans le soulagement de la douleur

En soins palliatifs, l'administration régulière de narcotiques à longue durée d'action en association avec des narcotiques à courte durée d'action (entredoses) favorise la diminution de la quantité totale de narcotiques, à long terme. Cet avantage pourrait contribuer à rassurer la cliente qui se montre réticente à prendre des entredoses régulièrement, pour soulager sa douleur. Cependant, s'il y a progression de la maladie, une augmentation des doses peut s'avérer nécessaire pour soulager adéquatement la douleur qui s'intensifie. Ainsi, une administration quotidienne de plus de 3 à 4

entredoses de morphine exige une révision du dosage de la morphine à longue durée d'action administrée aux 12 heures.

Dans la situation à l'étude, l'infirmière doit donc faire de l'enseignement à la cliente sur les effets secondaires et les effets indésirables des narcotiques et lui faire valoir les avantages des entredoses de morphine pour soulager sa douleur.

Les craintes de la cliente par rapport à la médication sont de trois ordres : l'accoutumance, la somnolence et la dépression respiratoire. L'infirmière informera la cliente que l'utilisation de narcotiques dans le soulagement de la douleur persistante ne conduit pas à l'accoutumance. L'accoutumance se traduit par la préoccupation d'obtenir des opiacés, malgré une analgésie adéquate, et est peu probable dans le contexte actuel. La cliente risque plutôt de développer une forme de tolérance à la médication. Cette réaction, dite « neuroadaptation » aux opiacés, peut, avec la progression de la maladie, expliquer la nécessité d'augmenter les doses pour produire l'effet qui était obtenu préalablement avec des doses moindres.

La somnolence peut se produire au début de l'utilisation des narcotiques ou lors d'une augmentation des doses. Par contre, cette situation est généralement transitoire. Elle a tendance à se stabiliser après quelques jours de la prise de la médication.

Par ailleurs, tous les narcotiques peuvent conduire à une dépression respiratoire. La cliente craint la dépression respiratoire et a peur de mourir. L'infirmière rassure M^{me} Auger en lui mentionnant que le dosage de la morphine est établi en fonction de son poids, de ses besoins physiologiques et de sa condition clinique et que l'augmentation de la posologie des narcotiques ne s'effectue que progressivement. Ces mesures permettent généralement de prévenir une dépression respiratoire.

L'infirmière écoute la cliente et cherche à atténuer l'anxiété et la douleur que cette dernière ressent. Tant que sa condition clinique le lui permet, la cliente est impliquée dans les décisions liées au soulagement de sa douleur, car c'est elle qui connaît le mieux ce qui lui apporte soulagement et bien-être (OIIQ, 2007).

La collaboration de l'équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, pharmacien, travailleur social, aumônier et autres) est essentielle aux soins prodigués à la personne en phase palliative. Idéalement, la cliente doit avoir accès à ces personnes-ressources pour répondre à ses inquiétudes, à son désespoir et à ses craintes. L'infirmière joue un grand rôle dans cet accompagnement et intervient autant auprès de la cliente que de ses proches.

De nombreuses interventions non pharmacologiques peuvent être combinées au traitement pharmacologique pour favoriser le soulagement optimal de la douleur. Bien que, dans la situation actuelle, l'administration des médicaments soit l'intervention de choix, d'autres moyens peuvent contribuer à atténuer la douleur. Parmi ces moyens, on retrouve l'écoute active, la rassurance, l'enseignement, les exercices respiratoires, la musicothérapie, la négociation, la stimulation électrique, l'hypnose et l'imagerie mentale (OIIQ, 2007).

Ajustement du plan thérapeutique infirmier (PTI)

Dès l'admission, l'infirmière inscrit au PTI de M^{me} Auger le problème prioritaire de céphalées récidivantes liées aux métastases cérébrales. Au cours de l'hospitalisation, l'évaluation de la condition de la cliente permet de constater un autre problème prioritaire requérant un suivi clinique, soit les craintes de M^{me} Auger par rapport à la prise d'analgésiques. Ce nouveau constat est inscrit au PTI avec les directives qui y sont associées afin de promouvoir le soulagement optimal de la douleur persistante liée aux métastases cérébrales. Les directives portent principalement sur des activités visant à diminuer les craintes de la cliente. Elles consistent à la renseigner sur les effets bénéfiques des entredoses de morphine et sur les effets secondaires et indésirables appréhendés, ainsi qu'à encourager M^{me} Auger à exprimer ses peurs ou ses craintes lorsqu'elle refuse de prendre une entredose et à la rassurer, au besoin.

SCÉNARIO POUR LE CLIENT SIMULÉ

Cancer du sein accompagné de métastases cérébrales

Nom	Monique Auger
Âge	48 ans
Raison de l'hospitalisation	Convulsions et maux de tête violents

Cette station a pour but d'évaluer la capacité de la candidate à :

- ↳ évaluer votre douleur actuelle et
- ↳ vous donner l'information appropriée pour vous permettre d'obtenir un soulagement optimal.

STATUT SOCIOÉCONOMIQUE	• Vous êtes mariée depuis 25 ans. • Vous êtes la mère de 2 filles de 21 et 23 ans.
OCCUPATION	• Vous avez quitté votre emploi de réceptionniste dans un bureau d'avocats peu après l'annonce du diagnostic de cancer du sein, il y a 1 an.
TENUE VESTIMENTAIRE	• Vous portez une robe de nuit qui vous appartient. • Vous êtes décoiffée. • Vous avez les yeux cernés et le teint terne.
POSTURE	• Vous êtes couchée sur le dos. • Votre tête de lit est levée à 30°. • Votre main gauche est sur votre front (vous simulez un mal de tête).
ATTITUDE ET COMPORTEMENT PENDANT L'ENTREVUE	• Vous répondez adéquatement aux questions de l'infirmière, malgré votre mal de tête. • Vous êtes souffrante. • Votre visage est crispé et vos sourcils se froncent à 4 reprises durant l'entrevue.
SITUATION ACTUELLE	• Vous êtes hospitalisée à l'unité de médecine depuis 4 jours pour convulsions et maux de tête violents. • Vous êtes atteinte d'un cancer au sein droit depuis 1 an. • Il y a 1 mois, on a découvert des métastases au cerveau qui vous occasionnent des maux de tête, des convulsions et des pertes d'équilibre. • C'est votre première hospitalisation en soins palliatifs. • Vous ne recevez plus de chimiothérapie ni de radiothérapie. • L'objectif des soins est d'assurer votre confort.

ÉTAT PHYSIQUE	• Vous êtes fatiguée et vous manquez d'énergie. • Vous avez l'impression de livrer un autre combat. • Vous dormez peu, de crainte de cesser de respirer pendant votre sommeil. • Vous mangez avec moins d'appétit et vous êtes nauséuse. • Vous êtes souffrante.
ÉTAT ÉMOTIF	• Vous êtes découragée par rapport à l'avenir, vos espoirs s'écroulent tout d'un coup. • Vous savez que la mort est peut-être plus proche que vous l'aviez prévu, vous croyez que c'est la fin. • Vous voulez vivre pleinement les mois qu'il vous reste à vivre. • Vous ne désirez pas rester confinée dans un lit d'hôpital.
CONSIGNES POUR LE DÉBUT DE L'ENTREVUE	• Dès que la candidate entre dans la pièce, vous lui dites : « Je ne comprends pas ! J'ai encore mal ! Pourtant, je prends plus de médicaments depuis que je suis arrivée à l'hôpital. » • Vous lui demandez : « Que puis-je faire pour être soulagée davantage ? » • Si la candidate vous propose de prendre vos entredoses de façon régulière, vous lui dites : « J'ai peur. »
DOULEUR	• Votre douleur au sein droit est actuellement bien contrôlée (1 sur une échelle de 0 à 10). • La douleur actuelle se manifeste sous forme de maux de tête. • Votre mal de tête se présente actuellement de la façon suivante : - Région : au front avec irradiation dans la nuque. - Quantité (intensité) : 7 (échelle de 0 à 10). - Temps : la douleur n'a jamais complètement disparu depuis le petit-déjeuner. • Douleur provoquée par : vous l'ignorez, elle est présente même au repos. • Signes et symptômes associés : vous avez présentement des nausées. • Douleur soulagée par : vous avez été partiellement soulagée par l'entredose reçue à 9 h 30, mais vous avez refusé celle de 11 h 30. • Vous essayez aussi de faire, à l'occasion, de la visualisation comme vous le faisiez auparavant pour soulager la douleur, mais cela ne suffit plus. Compréhension du problème : vous croyez que les métastases évoluent et qu'elles sont la source de la douleur.
ATTITUDE PAR RAPPORT AUX MÉDICAMENTS ANALGÉSQUES	• Le médecin vous a prescrit des entredoses de morphine que vous n'osez pas prendre. • Vous trouvez que vous prenez beaucoup trop de médicaments et vous craignez leurs effets secondaires, surtout ceux de la morphine.

	• Vous avez refusé de prendre les entredoses de morphine à deux reprises cette nuit et à 11 h 30, malgré la douleur. • Vous êtes ambivalente en ce qui concerne la médication analgésique à recevoir. • Vous trouvez que vous prenez déjà une dose importante de morphine toutes les 12 heures. • Si la candidate explore les raisons pour lesquelles vous hésitez à prendre les entredoses de morphine, vous lui dites que vous craignez : - de devenir de plus en plus somnolente, de perdre contact avec la réalité et de devenir confuse (sommolence) ; - que l'augmentation de la médication vous affaiblisse de plus en plus en ralentissant votre respiration et vous mène plus rapidement vers la mort (dépression respiratoire) ; - d'être dépendante des narcotiques parce que vos doses augmentent (accoutumance). • Vous montrez beaucoup d'hésitation à prendre la médication proposée (morphine en entredoses) tant que la candidate ne vous donne pas d'information sur chacune de vos 3 grandes craintes. • Vous acceptez de prendre la médication si la candidate vous a donné une information pour vous rassurer au sujet de vos 3 craintes. • Vous mentionnez que vous demeurez craintive par rapport à la médication, malgré les informations transmises.
MÉDICATION	Le médecin a prescrit plusieurs médicaments. • Pour la douleur : - Vous prenez de la morphine 2 fois par jour et des entredoses aux heures ou aux 45 minutes. - Vous prenez aussi de la gabapentine (Neurontin) et du Decadron. • Pour l'anxiété, vous prenez de l'Ativan. • Pour les nausées, vous prenez du Stemetil. • Pour la constipation, du Senokot et du Colace.
VOTRE MÉDICATION À LA MAISON ÉTAIT	• Colace 200 mg PO bid • Morphine LA PO q 12 h. • Morphine 5 mg q 4 h si non soulagée.
RÉSEAU DE SOUTIEN	• Vous avez le soutien de vos enfants et de votre conjoint.

Matériel et équipement

- chambre d'hôpital ;
- bracelet d'hôpital ;
- robe de nuit qui vous appartient ;
- extrait du PTI ;
- ordonnances médicales :
 - dexaméthasone (Decadron) 4 mg PO qid (9-13-17-21)
 - gabapentine (Neurontin) 100 mg PO tid (8-16-24)
 - morphine LA 30 mg PO q 12 h (9-21)
 - morphine 5 mg PO q 45 à 60 min PRN
 - lorazépam (Ativan) 0,5 mg tid SL PRN
 - senné (Senokot) 2 co PO hs
 - docusate (Colace) 200 mg PO bid (9-17)
 - prochlorpérazine (Stemetil) 5 à 10 mg PO ou IR qid PRN
- analgésiques administrés depuis le début du service
- monographie des médicaments prescrits :
 - dexaméthasone (Decadron)
 - gabapentine (Neurontin)
 - morphine LA
 - morphine
 - lorazépam (Ativan)
 - senné (Senokot)
 - docusate (Colace)
 - prochlorpérazine (Stemetil)

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- approche en soins palliatifs ;
- types de douleur et approches thérapeutiques ;
- approches pharmacologiques du traitement de la douleur ;
- approches non pharmacologiques du soulagement de la douleur ;
- processus de deuil ;
- méthode d'administration de la médication à longue et à courte durée d'action.

RÉFÉRENCES

Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (2002). *Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes*, 3^e éd., Montréal, APES.

Gallagher, R. (2002). « Douleur cancéreuse », dans R.D. Jovey (sous la dir. de), *La gestion de la douleur : la référence des professionnels canadiens de la santé*, Toronto, Rogers Publishing – Healthcare and Financial Publishing, p. 134-141.

Jovey, R.D. (2002). « Voies et physiopathologie de la douleur », dans R.D. Jovey (sous la dir. de), *La gestion de la douleur : la référence des professionnels canadiens de la santé*, Toronto, Rogers Publishing – Healthcare and Financial Publishing, p. 8-14.

Merskey, H., et Bogduk, N. (sous la dir. de) (1994). « Pain Terms », dans *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*, 2^e éd., Seattle, IASP Press, p. 209-214.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2005). « Douleur », dans *PRN : comprendre pour mieux intervenir : guide d'évaluation, de surveillance clinique et d'intervention infirmières*, Montréal, OIIQ, p. 283-313.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (sous la dir. de) (2007). « La douleur liée aux plaies », dans *Les soins de plaies : au cœur du savoir infirmier*, Montréal, OIIQ, p. 99-117.

Potter, P.A., et Perry, A.G. (2005). « Exercice et mobilité restreinte », dans *Soins infirmiers*, 2^e éd., Laval, Groupe Beauchemin, p. 864-916.

Sauvé, J., et Paquette-Desjardins, D. (2003). « Gérer le problème de la douleur », dans *Analyse et interprétation des données, planification des interventions : reconnaître la problématique et planifier le changement*, Montréal, Chenelière/McGraw-Hill, p. 94-111.

Smeltzer, S.C., et Bare, B.G. (2006). « Douleur », dans *Médecine et chirurgie*, 4^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, vol. 1, p. 279-318.

Situation 10

DIRECTIVES À LA CANDIDATE

Contexte	Unité de psychiatrie
Nom	M. Simon Tremblay
Raison de l'hospitalisation	Dépression majeure

Situation clinique

Vers 13 h 30, M. Simon Tremblay, 23 ans, a été admis à l'unité de psychiatrie contre son gré après avoir été conduit à l'urgence par un ami.

À 15 h 50, lors du rapport de relève, l'infirmière du quart de jour vous indique que M. Tremblay a été placé en « Garde provisoire en établissement » pour dépression majeure avec urgence suicidaire élevée. Il est à la chambre 12, lit 2. Un contrat verbal de non-passage à l'acte a été établi pour une durée de 24 heures. Vous travaillez avec un préposé aux bénéficiaires (PAB) de l'équipe volante qui n'a pas d'expérience à l'unité de psychiatrie.

Instructions

En lien avec le constat d'urgence suicidaire élevée inscrit au PTI, vous avez 10 minutes pour :

1. Transmettre au préposé les renseignements pertinents au sujet du client
2. Expliquer au préposé les activités de surveillance à réaliser et les mesures de protection requises pour assurer la sécurité du client pendant la durée du quart de travail
3. Préciser au préposé les données pertinentes à vous transmettre en vue d'assurer le suivi du client

Documentation à votre disposition :

- Extrait des données recueillies lors de l'évaluation initiale
- Extrait du plan thérapeutique infirmier (PTI)

Extrait des données recueillies lors de l'évaluation initiale de l'infirmière

Histoire de la maladie actuelle

- Aucun antécédent psychiatrique.
- Première hospitalisation.

Données psychosociales

- Provient d'une famille dysfonctionnelle.
- Parents ont divorcé quand il avait 4 ans.
- Il y a un mois, s'est séparé de sa conjointe avec qui il vivait depuis 2 ans.
- Triste, se sent responsable de cette séparation.
- Depuis, a cessé de se présenter à ses cours (baccalauréat en informatique) et a réduit ses contacts avec ses amis.
- Tendance à s'isoler.
- A confié à son ami son intention de vouloir mettre fin à ses jours par pendaison dans les prochaines heures.

Examen physique

- Amaigri et traits tirés : appétit diminué depuis le départ de sa conjointe (a perdu 10 kg en un mois).
- Apparence négligée.
- Signes vitaux : TA 122/78, P 76/min, R 20/min, rég.
- Fatigue extrême : dit dormir environ 4 heures par nuit, plutôt que les 8 heures habituelles.
- A tendance à dormir le jour.
- Antécédents de chlamydia qui a été traitée.

État émotif

- Répond aux questions avec hésitation, par monosyllabes seulement.
- Est coupé de ses affects.

Extrait du plan thérapeutique infirmier (PTI)

M. Tremblay

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	13:30	1	Dépression majeure	GM				
		2	Urgence suicidaire élevée	GM				
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-12	13:30	1	Appliquer le plan standardisé de soins spécifique à la dépression majeure	GM				
		2	Évaluer risque suicidaire q 8 h					
			Établir q 24 h un contrat de non-passage à l'acte					
			Dir. verb. PAB : appliquer mesures de surveillance et mesures de protection					
			Dir. verb. PAB : aviser inf. si signes de détérioration de la condition mentale					
			Dir. p. trav. PAB : rendre visite au client q 15 min, à intervalles irréguliers	GM				
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	
Guillaume Malenfant, inf.		GM						

Portrait de la station

À l'arrivée au poste de garde, vous observez :

- La présence d'un préposé aux bénéficiaires (PAB) masculin en tenue civile ;
- Le préposé est assis et ne vous adresse pas la parole ;
- Le préposé garde le silence pendant que vous lisez les renseignements que vous avez sur le client ;
- Le préposé est prêt à recevoir l'information qui lui sera utile pour surveiller le client suicidaire.

Rappel

Au besoin, retournez aux instructions pour connaître les activités à réaliser :

1. Transmettre au préposé les renseignements pertinents au sujet du client
2. Expliquer au préposé les activités de surveillance à réaliser et les mesures de protection requises pour assurer la sécurité du client pendant la durée du quart de travail
3. Préciser au préposé les données pertinentes à vous transmettre en vue d'assurer le suivi du client

Guide d'analyse

1. Renseignements prioritaires à transmettre au PAB sur la situation du client

Quelles sont les données pertinentes à transmettre au préposé sur la situation du client pour qu'il soit en mesure d'en assurer la surveillance et la protection ?

2. Renseignements à transmettre au PAB sur les activités de surveillance et les mesures de protection

Quelles sont les mesures de surveillance et les mesures de protection qui doivent être expliquées au préposé afin qu'il comprenne bien son rôle ?

2.1 Activités de surveillance du client

Que devra faire le PAB pour surveiller le client suicidaire ?

2.2 Mesures de protection

Quelles sont les mesures à mettre en place pour protéger le client qui présente un risque suicidaire élevé ?

3. Observations à rapporter à l'infirmière

Quelles observations le PAB doit-il vous rapporter afin que vous puissiez exercer un suivi clinique approprié ?

4. Habiletés relationnelles

Quels sont les éléments à considérer afin de faciliter la collaboration et communiquer de façon efficace avec le PAB ?

Grille d'observation

Pour obtenir la cote « fait », la candidate doit :		✓ si fait
1. Transmission des renseignements pertinents au sujet de la situation du client		
1.1	La candidate donne les renseignements suivants sur la situation du client :	
1.1.1	Nom du client et numéro de chambre	
1.1.2	Niveau d'urgence suicidaire élevée ou les idées suicidaires avec plan	
1.1.3	Admission contre son gré ou garde provisoire en établissement	
1.1.4	Contrat de non-passage à l'acte ou de non-suicide pour 24 h	
1.1.5	1 ^{re} hospitalisation	
1.2	La candidate respecte le caractère confidentiel de certaines données : famille dysfonctionnelle et chlamydia	
2. Directives concernant les mesures de surveillance et les mesures de protection (IO)		
2.1	Visiter le client aux 15 minutes et à intervalles irréguliers	
2.2	Mesures de protection :	
2.2.1	But de la garde provisoire en établissement (IO)	
2.2.2	Nécessité du confinement à l'unité de soins	
2.2.3	Jaquette d'hôpital en permanence	
2.2.4	Effets personnels sous clé ou pas d'accès à ses effets	
2.2.5	Retrait des objets dangereux	
2.2.6	Trois exemples d'objets dangereux (IO)	
2.2.7	Précautions à prendre auprès des visiteurs (IO)	
3. Directives concernant les observations à rapporter à l'infirmière		
3.1	La candidate demande au préposé de signaler :	
3.1.1	Agitation ou anxiété	
3.1.2	Expression de sentiments négatifs ou d'idées suicidaires	
3.1.3	Recherche active de moyens pour se suicider ou comportement d'isolement	
3.1.4	Changement radical d'attitude ou si devient souriant, euphorique, détaché de ses problèmes, etc.	
4. Habiletés relationnelles		
La candidate doit :		
4.1	Se présenter au préposé : nom et fonction	
4.2	Transmettre des consignes claires au préposé	
4.3	Réévaluer la compréhension des consignes par le préposé ou demander au préposé ce qu'il a compris	
4.4	Offrir sa disponibilité au préposé	

Instructions à l'observatrice (IO)

Pour obtenir la cote « fait », la candidate doit :

- 2.2.1 Préciser que la garde provisoire en établissement vise à soumettre le client à l'évaluation psychiatrique prévue dans la loi pour le protéger du danger qu'il représente pour lui-même.
- 2.2.6 Mentionner trois objets potentiellement dangereux, par exemple :
- ceintures
 - allumettes
 - cigarettes
 - objets en verre
 - lacets
 - objets pointus
 - armes
 - alcool et drogues
 - produits de nettoyage
 - vernis à ongles
 - ustensiles de cuisine
 - etc.
- 2.2.7 Expliquer qu'il faut surveiller ce que les visiteurs apportent au client **OU** que les paquets/cadeaux doivent être inspectés **OU** que les visiteurs doivent être avisés de ne pas apporter d'objets potentiellement dangereux pour le client.

Synthèse

Le but de cette épreuve consiste à évaluer la capacité de la candidate à communiquer efficacement à un préposé aux bénéficiaires (PAB) avec lequel elle travaille les renseignements prioritaires sur un client suicidaire et à lui expliquer les mesures de surveillance et les mesures de protection requises ainsi que les observations à lui rapporter en vue d'assurer le suivi clinique du client.

Contexte clinique

Le suicide et les tentatives de suicide sont un important problème de santé publique au Québec (OIIQ, 2007b). L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) soutient que la pendaison, l'arme à feu et l'absorption de substances médicamenteuses sont les moyens les plus souvent utilisés par les Québécois pour se suicider (St-Laurent et Gagné, 2007 ; cité dans OIIQ, 2007b, p. 29). La majorité des suicides surviennent chez les personnes dépressives (OIIQ, 2007b). Dans la situation clinique à l'étude, M. Tremblay est hospitalisé pour une dépression majeure avec urgence suicidaire élevée. En vertu de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* et du *Code civil du Québec*, le client a été placé contre son gré en garde provisoire dans un établissement de santé afin d'obtenir une évaluation psychiatrique.

Selon l'OIIQ (2007b), trois catégories de facteurs sont susceptibles d'augmenter le niveau de risque suicidaire : les facteurs prédisposants, les facteurs contributifs et les facteurs précipitants. Dans le cas de M. Tremblay, sa rupture amoureuse récente (facteurs contributifs et précipitants) conjuguée à une histoire familiale dysfonctionnelle et à un diagnostic de dépression majeure (facteurs prédisposants) augmentent son risque suicidaire.

Le suicide met un terme à une situation de crise qui a évolué dans le temps. Avant d'en arriver au passage à l'acte, le client recherche d'abord des solutions à ses idées suicidaires qui se présentent spontanément comme solution à la souffrance qu'il ressent. Puis, cette idéation revient régulièrement pour prendre forme de plus en plus. Il y a alors perte d'espoir, c'est la rumination suicidaire, puis il y a cristallisation de l'idée et enfin l'impasse, où il y a passage à l'acte (OIIQ, 2007b).

L'urgence suicidaire correspond à l'imminence d'un passage à l'acte dans les 48 heures (OIIQ, 2007b). Les signes avant-coureurs d'un passage à l'acte se reconnaissent dans les propos directs ou indirects du client liés au suicide ou dans des changements de comportements et devraient alerter les proches. L'ami de M. Tremblay a su décoder ces signes dans les propos du client, qui a l'intention de se suicider par pendaison.

L'existence d'un plan, la recherche de moyens pour le réaliser, la présence d'une psychose ou d'une intoxication, le fait de réfléchir au contenu d'une note à laisser après sa mort et le refus de conclure un contrat de non-suicide indiquent, chez l'individu, une urgence suicidaire et ne doivent pas être négligés. Leur présence nécessite une surveillance étroite et la mise en œuvre de mesures de sécurité. Ainsi, chez M. Tremblay, le niveau d'urgence suicidaire est élevé, et sa situation peut évoluer rapidement, et ce, malgré l'établissement du contrat verbal de non-passage à l'acte.

Certains établissements préconisent l'utilisation d'un contrat de non-suicide verbal ou écrit. L'utilisation d'une telle modalité d'intervention favorise l'engagement du client dans ses soins ainsi que sa responsabilisation. Toutefois, un tel contrat ne peut pas se substituer aux diverses mesures de sécurité à mettre en place, et ne garantit pas non plus qu'il n'y aura pas de passage à l'acte par le client suicidaire (Drew, 2001 ; Videbeck, 2004). Le délai du contrat est en général de 24 heures (Carson, 2000).

En outre, les changements de quart de travail et les salles de bains des établissements de santé sont des moments et des lieux où surviennent les suicides. Il faut assurer une surveillance accrue en raison du potentiel de dangerosité qu'ils représentent (OIIQ, 2007b). Diminuer l'accès aux moyens que le client pourrait utiliser pour se suicider lui assure un environnement plus sécuritaire et fait partie des actions à réaliser pour réduire le risque de passage à l'acte.

Renseignements pertinents au sujet du client

Dans la situation à l'étude, l'infirmière met le PAB à contribution pour assurer la surveillance et la protection d'un client à risque suicidaire élevé. Par conséquent, elle doit lui transmettre l'information nécessaire à cet effet. En vertu de la *Charte des droits et libertés de la personne* qui stipule que chaque client a droit au respect du secret professionnel, l'infirmière doit uniquement transmettre au PAB les renseignements nécessaires à l'exercice de son rôle et ne pas divulguer les renseignements à caractère confidentiel, comme les antécédents personnels familiaux (provenance d'un milieu dysfonctionnel) ou médicaux (ex. : antécédents de chlamydia) dont le PAB n'a pas besoin pour intervenir adéquatement auprès de M. Tremblay.

Activités de surveillance, mesures de protection et suivi clinique

« Lorsqu'une personne présente un risque de suicide, il est important de déterminer le niveau de surveillance requis selon la situation, de donner des directives claires aux membres de l'équipe soignante sur la surveillance à effectuer, sur les signes à rapporter et sur les actions à mettre en œuvre. » (OIIQ, 2007b, p. 29) Ces décisions cliniques doivent être indiquées dans le plan thérapeutique infirmier pour réaliser le suivi clinique et assurer la continuité des soins.

Ainsi, pour assurer le suivi de l'urgence suicidaire élevée de M. Tremblay, l'infirmière a inscrit quatre directives au PTI. Les deux premières, qui la concernent exclusivement, portent sur la surveillance clinique du risque suicidaire et le renouvellement du contrat de non-passage à l'acte. Pour ce faire, elle rencontre le client dès le début de son quart de travail et à d'autres moments par la suite, selon l'évolution de la condition de ce dernier.

La troisième directive porte sur les mesures relatives à la surveillance et à la protection du client. La surveillance confiée au PAB consiste à visiter le client aux 15 minutes, à intervalles irréguliers. Les mesures de protection du client suicidaire comprennent : le port de la jaquette d'hôpital par le client, la restriction du droit de circuler hors de l'unité de soins, le retrait des effets personnels, un environnement exempt d'objets potentiellement dangereux, comme ceintures, allumettes, cigarettes, objets en verre, lacets, objets pointus, ustensiles d'acier, armes, alcool et drogues, produits de nettoyage et vernis à ongles. De plus, l'équipe de soins doit surveiller les visites du client et inspecter les paquets et les cadeaux qu'il reçoit.

La quatrième directive vise à permettre à l'infirmière d'assurer la surveillance clinique de M. Tremblay en indiquant au préposé les observations à lui rapporter : tout changement dans l'attitude du client, comme un détachement survenant subitement, l'expression de sentiments négatifs ou d'idées suicidaires, le goût de s'isoler davantage, de ne pas parler, ainsi que tout comportement du client qui pourrait laisser penser à une recherche active de moyens pour attenter à ses jours. En présence d'un préposé sans expérience en psychiatrie, l'infirmière doit s'assurer que ce dernier a compris avant de lui confier la surveillance et la protection du client.

SCÉNARIO POUR LE PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES SIMULÉ

Nom	Gaston Robert
Âge	62 ans
Raison de consultation	Relève du quart de travail

Cette station a pour but d'évaluer la capacité de la candidate à :

- ↳ vous transmettre les renseignements pertinents au sujet d'un client suicidaire et
- ↳ vous expliquer les activités qu'elle vous confie pour surveiller et protéger le client.

OCCUPATION	Vous êtes préposé aux bénéficiaires.
STATUT SOCIOÉCONOMIQUE	- Vous travaillez comme préposé aux bénéficiaires de l'équipe volante depuis 1 an. - Auparavant, vous travailliez à l'entretien ménager dans ce même hôpital. - Vous avez un emploi à temps complet sur rotation, c'est-à-dire que vous pouvez travailler le jour, le soir ou la nuit.
TENUE VESTIMENTAIRE	Vous êtes en tenue civile.
POSTURE	Vous êtes assis au poste de garde.
ATTITUDE ET COMPORTEMENT PENDANT L'ENTREVUE	- Vous êtes travaillant et vous aimez comprendre la nature exacte des tâches à accomplir. - C'est la première fois que vous travaillez au département de psychiatrie : cette unité de soins vous effraie. - Vous avez besoin d'explications pour comprendre les raisons pour lesquelles il est nécessaire de surveiller étroitement le client. - En cours d'entrevue, si la candidate ne précise pas ce que vous devez faire pour surveiller ou protéger le client, demandez-lui de préciser ce qu'elle veut dire. - Vous ne comprenez pas trop l'importance de la surveillance indiquée, car on vous a dit que le client a promis de ne pas se suicider (contrat de non-passage à l'acte).

CONSIGNES POUR LE DÉBUT DE L'ENTREVUE	• Vous êtes silencieux. • Une fois que la candidate a fini de prendre connaissance des documents à sa disposition et qu'elle se dirige vers vous, vous vous présentez : « Bonjour, je m'appelle Gaston Robert, je suis préposé. C'est la première fois que je viens ici. Je travaille ce soir. On m'a dit de venir vous voir au sujet d'un client que je dois surveiller. »
CONSIGNES PENDANT L'ENTREVUE	• Au fur et à mesure que la candidate aborde les sujets suivants (les activités de surveillance, les mesures de protection, le type de garde), demandez-lui des explications du type « pourquoi ».
GARDE EN ÉTABLISSEMENT	• La candidate devrait parler de la loi qui oblige le client à rester à l'hôpital contre son gré quand il présente un risque pour lui-même. • Si la candidate n'aborde pas la notion de « garde provisoire en établissement », demandez-lui : « S'il veut absolument partir, qu'est-ce que je fais ? Ailleurs, les clients peuvent quitter l'hôpital s'ils le veulent. Après tout, on ne peut pas le garder contre sa volonté. »
ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE	• Si la candidate ne précise pas à quelle fréquence vous devez rendre visite au client (ex. : 15 minutes), demandez-lui : « Est-ce qu'il faut que j'aille le voir souvent ? »
MESURES DE PROTECTION	• Si la candidate ne vous parle pas des mesures pour réduire les risques de suicide (port de la jaquette, limite de circulation à l'unité de soins, contrôle des objets personnels, des cadeaux, des visiteurs, vigilance par rapport aux objets dangereux, etc.), demandez-lui : « À part le fait d'aller lui rendre visite souvent, est-ce qu'il y a d'autres mesures à prendre pour réduire le risque suicidaire ? » • Si la candidate n'a pas abordé le sujet des restrictions sur les déplacements (limités à l'unité de soins), demandez-lui : « Est-ce qu'il peut se promener partout ? Comme aller à la cafétéria ? »
FIN DE L'ENTREVUE	• Si la candidate vérifie avec vous si vous avez bien compris ce qu'il y avait à faire, vous dites oui et vous lui répétez seulement les points qu'elle a mentionnés : « Je vais le surveiller de très près. » « Je vais même aller dans sa chambre pour voir s'il n'y a rien de dangereux. » « Je vais m'assurer qu'il porte une jaquette d'hôpital. » « Je vais m'assurer que ses vêtements sont dans un endroit sécuritaire. » « Je vais lui dire qu'il doit rester à l'unité de soins. »

Ressources et matériel nécessaires

- un préposé aux bénéficiaires simulé ;
- un extrait du PTI ;
- un extrait des données obtenues à l'évaluation initiale.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- suicide : potentiel suicidaire, rôle de l'infirmière, documentation au dossier ;
- signes, symptômes et traitement de la dépression majeure ;
- la garde en établissement : garde préventive, garde provisoire, garde à la suite d'une évaluation psychiatrique.

RÉFÉRENCES

Association québécoise de prévention du suicide (2004). *Le suicide : comprendre et intervenir*, éd. rev., [www.aqps.info/docs/suicide/index.html].

Carson, V.B. (sous la dir. de) (2000). *Mental Health Nursing: The Nurse-Patient Journey*, 2^e éd., Philadelphie, W.B. Saunders.

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12.

Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64.

Drew, B.L. (2001). « Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 15, n° 3, p. 99-106.

Fortinash, K.M., et Holoday-Worret, P.A. (2003). « Suicide », dans *Soins infirmiers : santé mentale et psychiatrie*, Laval, Groupe Beauchemin, p. 574-595.

Institut national de santé publique du Québec (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?*, Québec, INSPQ.

Lehne, R.A. (2007). *Pharmacology for Nursing Care*, 6^e éd., St. Louis, Saunders Elsevier. (Note de PB : référence non vérifiée)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, L.R.Q., c. P-38.001.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., c. I-8.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). *L'exercice infirmier en santé mentale et en psychiatrie*, Montréal, OIIQ, coll. « Guide d'exercice ».

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007a). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007b). *Prévenir le suicide pour préserver la vie : guide de pratique clinique*, Montréal, OIIQ.

Phaneuf, M. (2002). « La résolution de problème et de conflit, et l'attitude à adopter en situation de crise », dans *Communication, entretien, relation d'aide et validation*, Montréal, Chenelière/McGraw-Hill, p. 461-535.

Townsend, M.C. (2004). « Les troubles de l'humeur », dans *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 337-376.

Videbeck, S.L. (2004). *Psychiatric Mental Health Nursing*, 2^e éd., Philadelphie, Lippincott Williams & Wilkins.

Villeneuve, F. (2001). « Le consentement aux soins et la loi », *L'Infirmière du Québec*, vol. 9, n° 1, p. 25-34.

Situation 14

DIRECTIVES À LA CANDIDATE

Contexte	Centre d'hébergement
Nom	M ^{me} Ouellette
Raison de l'hospitalisation	Ulcère veineux

Situation clinique

M^{me} Ouellette, 73 ans, présente une hémiplégie gauche à la suite d'un AVC survenu il y a 3 mois. Depuis un mois, elle réside au centre d'hébergement en raison d'une perte d'autonomie. M^{me} Ouellette a un ulcère veineux au tiers inférieur médial de la jambe gauche, depuis 2 semaines. Au besoin, elle prend de l'acétaminophène, 325 mg/co 1 à 2 co q 4 h pour soulager sa douleur.

Il y a 2 jours, vous avez réévalué la plaie de M^{me} Ouellette. Il est maintenant 14 h et Carole-Anne Melanson, une infirmière auxiliaire, vous rapporte ses observations au sujet du pansement de M^{me} Ouellette qu'elle a refait.

Instructions

Vous avez 10 minutes pour :

1. Évaluer la plaie de M^{me} Ouellette en recueillant toutes les données pertinentes
2. Donner à l'infirmière auxiliaire les directives appropriées concernant le plan de traitement de la plaie
3. Ajuster le plan thérapeutique infirmier, s'il y a lieu

Documentation à votre disposition :

- Plan de traitement de la plaie
- Formulaire d'évaluation de la plaie
- Extrait du plan thérapeutique infirmier (PTI)

Plan de traitement n° 1 de la plaie

- Nettoyer plaie avec NaCl 0,9 %
- Crème barrière au pourtour de la plaie
- Hydrogel dans le lit de la plaie
- Pansement primaire non adhérent imprégné de gelée de pétrole de type Bactigras
- Pansement secondaire : gazes sèches

Formulaire d'évaluation de la plaie

1. Date de la première évaluation : 2008-12-08 2. Plaie présente à l'admission le 2008-11-24 : non 3. Date d'apparition de la plaie : 2008-12-08 4. Plaie récurrente : non 5. Étiologie : vasculaire (insuffisance vasculaire chronique) 6. Site de la plaie : tiers inférieur médial de la jambe gauche		
	Première évaluation	Dernière évaluation
Date	2008-12-08	2008-12-22 (il y a 2 jours)
Localisation/classe	Jambe gauche : tiers inférieur médial/classe 6	Jambe gauche : tiers inférieur médial/classe 6
Dimensions Longueur Largeur Profondeur	3,5 cm 6 cm superficielle	2,5 cm 4,5 cm superficielle
Tissu (lit de la plaie)	Rosé	Rosé
Peau environnante	Rosée et sèche	Rosée et sèche
Exsudat Type Quantité Odeur	Séreux Léger Aucune	Séreux Léger Aucune
Douleur	4/10	3/10

Extrait du plan thérapeutique infirmier (PTI)

M^{me} Ouellette

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-08	8:30	2	Ulcère veineux classe 6 : tiers inférieur médial	DG				Diététiste, ergo, physio
			jambe gauche					
2008-12-10	11:00	3	Douleur au MIG	DG				
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-08	8:30	2	Évaluer la plaie q sem. (lundi ou mardi) par inf.					
			Appliquer le plan de traitement n° 1 q 2 jours si exsudat léger					
			Aviser inf. si détérioration de la plaie ou si signes d'infection	DG				
2008-12-10	11:00	3	Administrer analgésique 30 à 45 min avant la réfection du pansement					
			Aviser inf. si cliente non soulagée par 2 co d'acétaminophène					
			Évaluer le contrôle de la douleur q 3 jours par inf.	DG				
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière			Initiales
Diane Guérin, inf.			DG					

Portrait de la station

À l'arrivée au poste des infirmières, vous observez :

- La présence de l'infirmière auxiliaire.

Éléments de contexte

- Vous avez effectué une évaluation initiale de la plaie ulcéreuse au membre inférieur gauche, il y a 2 semaines.
- À la dernière évaluation, il y a 2 jours, l'évolution de la plaie était satisfaisante.

Attitude et comportement de l'infirmière auxiliaire pendant l'entrevue

- Elle démontre un intérêt à vous rapporter ses observations, à collaborer et à apprendre.
- À votre demande, elle fournit des données concernant l'évolution de la plaie de M^{me} Ouellette.
- Elle ne transmet pas spontanément l'information, mais elle répond adéquatement et de plein gré à vos questions.

Situation actuelle

- L'infirmière auxiliaire vous rapporte l'information suivante au sujet de la plaie de M^{me} Ouellette :
 1. peau blanchâtre au pourtour de la plaie.
 2. pansement mouillé aux 2/3.

Documentation à votre disposition :

- Plan de traitement de la plaie.
- Formulaire d'évaluation de la plaie : paramètres de la plaie depuis son apparition.
- Extrait du plan thérapeutique infirmier (PTI).

Rappel

Au besoin, retournez aux instructions pour connaître les activités à réaliser :

1. Évaluer la plaie de M^{me} Ouellette en recueillant toutes les données pertinentes
2. Donner à l'infirmière auxiliaire les directives appropriées concernant le plan de traitement de la plaie.
3. Ajuster le plan thérapeutique infirmier, s'il y a lieu

Guide d'analyse

1. Évaluation de la plaie

Quelles sont les données à recueillir auprès de l'infirmière auxiliaire concernant l'évolution de la plaie ?

Comment devez-vous agir si l'infirmière auxiliaire vous rapporte des données indiquant un changement de la plaie, comparativement à la dernière évaluation ?

Que signifie la présence d'une peau blanchâtre au pourtour de la plaie ?

De quelles autres données avez-vous besoin pour évaluer la plaie ? Comment allez-vous les recueillir ?

2. Directives à transmettre sur la réfection du pansement

Sur la base de votre interprétation des données recueillies sur la plaie, quelles directives allez-vous donner à l'infirmière auxiliaire concernant le plan de traitement de la plaie et la réfection du pansement ?

Comment allez-vous réagir à la suggestion de laisser la plaie à l'air libre pour réduire l'humidité ?

Quel est le rôle de l'hydrogel dans le soin de la plaie ?

3. Ajustement du plan thérapeutique infirmier

Est-ce que la situation actuelle requiert l'ajustement du PTI ? Si oui, comment ? Sinon, pourquoi ?

4. Habiletés relationnelles

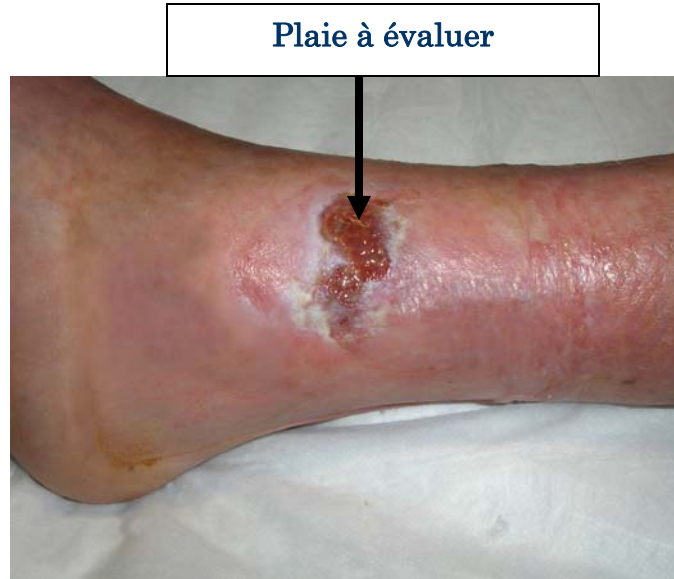
Quels sont les principes essentiels à respecter pour favoriser un climat de collaboration interprofessionnelle entre vous et l'infirmière auxiliaire ?

Grille d'observation

Pour obtenir la cote « fait », la candidate doit :		✓ si fait
1.	Évaluation de la plaie	
1.1	Collecte de données sur l'évolution de la plaie auprès de l'infirmière auxiliaire	
1.1.1	Vérifier la présence de changements depuis la dernière réfection du pansement :	
1.1.1.1	aspect du pansement	
1.1.1.2	présence d'exsudat	
1.1.1.3	aspect de l'exsudat : type et quantité et odeur	
1.1.1.4	aspect de la peau au pourtour de la plaie	
1.1.1.5	présence de douleur	
1.2	Examen de la plaie	
1.2.1	Indiquer la nécessité de se rendre auprès du client pour évaluer la plaie (IO)	
1.2.2	Indiquer que le tissu blanchâtre sur la peau environnante est dû à une condition de macération ou à un excès d'humidité	
1.2.3	Nommer deux causes possibles au problème de macération (IO)	
1.2.4	Signaler la nécessité de mesurer la dimension de la plaie (IO)	
1.2.5	Mentionner que le lit ou le fond de la plaie est rosé ou qu'il présente du tissu de granulation	
2.	Directives concernant le plan de traitement et la réfection du pansement	
2.1	Donner une raison pour laquelle la plaie ne doit pas être laissée à l'air libre et expliquer pourquoi avant que l'infirmière auxiliaire en demande la raison (IO)	
2.2	Nommer au moins deux bienfaits liés au milieu humide (IO)	
2.3	Demander d'appliquer une barrière cutanée au pourtour de la plaie à chaque changement de pansement	
2.4	Rappeler l'importance d'appliquer de l'hydrogel uniquement au lit (fond) de la plaie	
2.5	Mentionner que le pansement devra être changé chaque jour dès demain	
2.6	Rappeler l'importance de signaler toute observation pertinente	
3.	Ajustement du PTI	
	Voir la grille de correction	
4.	Habiletés relationnelles	
4.1	Souligner à l'infirmière auxiliaire la pertinence des données transmises	
4.2	Vérifier auprès de l'infirmière auxiliaire la méthode de réfection du pansement utilisée avant de lui donner des directives	
4.3	S'assurer de la compréhension des directives transmises en demandant à l'infirmière auxiliaire de résumer brièvement les étapes préalablement expliquées	
4.4	Lui offrir sa disponibilité	

Instructions à l'observatrice (IO)

- 1.3 Au moment où la candidate mentionne l'importance d'aller évaluer la plaie, remettez-lui la photo de la plaie et dites-lui « Décrivez ce que vous observez. »



- 1.2.3 Pour obtenir la cote « fait », la candidate doit nommer deux causes possibles du problème de macération parmi les suivantes :
- Utilisation excessive d'hydrogel
 - Écoulement accru de la plaie
 - Choix inadéquat de pansement
 - Absence d'utilisation d'un protecteur cutané au pourtour de la plaie
- 1.2.4 Au moment où la candidate signale la nécessité de mesurer la dimension de la plaie, dites-lui que la dimension n'a pas changé depuis la dernière évaluation.
2. Si la candidate mentionne qu'elle va diriger la cliente vers le stomothérapeute, dites-lui qu'il n'y en a pas dans l'établissement et qu'elle doit donner des directives à l'infirmière auxiliaire.
- 2.1 Pour obtenir la cote « fait », la candidate doit donner une raison pour laquelle la plaie ne doit pas être laissée à l'air libre parmi les suivantes :
- Éviter la formation de croûte **ou**
 - La présence de croûte est un obstacle physique à la prolifération cellulaire **ou**
 - La présence de croûte ralentit le processus de guérison **ou**

- Nécessité de protéger la plaie contre la contamination

2.2 Pour obtenir la cote « fait », la candidate doit mentionner 2 bienfaits associés au milieu humide parmi les suivants :

- Empêche la formation de croûtes
- Favorise l'autolyse (autoguérison)
- Déclenche les phases de réparation
- Maintient une stabilité thermique
- Accélère le processus de réparation du derme et de l'épiderme
- Diminue l'inflammation et la douleur
- Laisse moins de cicatrices
- Prévient la déshydratation cellulaire

3. Lorsque la candidate mentionne qu'elle ajuste le PTI, remettez-lui un formulaire PTI. Trois minutes avant la fin de l'entrevue, si la candidate ne vous a pas parlé du PTI, demandez-lui si elle doit ajuster le PTI à partir des données recueillies. Si elle répond oui, remettez-lui un formulaire PTI et dites-lui de l'ajuster.

Grille de correction

Extrait du plan thérapeutique infirmier (PTI)

M^{me} Ouellette

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-08	8:30	2	Ulcère veineux classe 6 : tiers inférieur	DG	-	-	-	Diététiste, ergo, physio
			médial jambe gauche					
2008-12-10	11:00	3	Douleur au MIG	DG				
2008-12-24	15:00	2	Ulcère veineux classe 6 : tiers inférieur	Vos initiales				Diététiste, ergo, physio
			médial jambe gauche : plaie macérée					
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-12-08	8:30	2	Évaluer la plaie q lundi par inf.		2008-12-24	15:00	Vos initiales	
			Appliquer le plan de traitement n° 1 q 2 jours si exsudat léger ou PRN		2008-12-24	15:00	Vos initiales	
			si exsudat important					
			Aviser inf. si réfection de pansement > q 2 jours		2008-12-24	15:00	Vos initiales	
			Aviser inf. si détérioration de la plaie ou si signes d'infection	DG				
2008-12-10	11:00	3	Administrer analgésique 30 à 45 min avant la réfection du pansement					
			Aviser inf. si cliente non soulagée par 2 co d'acétaminophène					
			Évaluer le contrôle de la douleur q 3 jours par inf.	DG				
2008-12-24	15:00	2	Évaluer la plaie die par inf. ET	Vos initiales				
			Appliquer le plan de traitement n° 1 die OU	Vos initiales				
2008-12-24	15:00	2	Appliquer le plan de traitement n° 1 die par inf.	Vos initiales				
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Diane Guérin, inf.			DG					
Votre nom et votre titre			Vos initiales					

Synthèse

Le but de cette épreuve consiste à évaluer la capacité de la candidate à évaluer une plaie ulcéreuse de classe 6 (ulcère actif), à en suivre l'évolution, à évaluer l'efficacité du plan de traitement, en recueillant des données auprès d'une infirmière auxiliaire, et à ajuster le plan thérapeutique infirmier (PTI) en donnant des directives appropriées à l'infirmière auxiliaire.

Contexte clinique

L'ulcère veineux correspond à environ 70 % de tous les cas d'ulcères des membres inférieurs, alors que l'ulcère artériel en représente 10 % et l'ulcère mixte (veineux et artériel), de 10 % à 15 %. « L'ulcère veineux est une plaie située dans le tiers inférieur de la jambe, plus particulièrement à la zone malléolaire médiale, et son origine est une dysfonction du système veineux. » (OIIQ, 2007f, p. 205). Avec le temps, l'hypertension veineuse provoquée par l'insuffisance veineuse chronique compromet l'apport d'éléments nutritifs nécessaires au maintien de l'intégrité de la peau.

Il existe plusieurs facteurs de risque à l'hypertension veineuse responsable de l'ulcère veineux, dont le vieillissement, les antécédents familiaux, la diminution de la mobilité, la diminution ou la perte de masse musculaire, l'obésité et les antécédents de thrombose veineuse. Dans la situation actuelle, M^{me} Ouellette présente un ulcère veineux actif de classe 6, au membre inférieur gauche, depuis 2 semaines. L'hémiplégie dont elle est atteinte la rend vulnérable à l'ulcère veineux, en raison des facteurs de risque qui y sont associés.

L'ulcère veineux de classe 6 se caractérise par la présence d'un ulcère actif. « Jusqu'à récemment, les ulcères veineux étaient considérés comme des plaies relativement exemptes de douleur. De nombreuses recherches ont cependant démontré le contraire (...). » (OIIQ, 2007f, p. 217) La douleur associée à l'ulcère veineux se manifeste d'abord par une sensation de brûlure et de lourdeur au membre inférieur. Lorsqu'elle progresse, la douleur se localise à la surface et au pourtour de la plaie et ailleurs dans le membre inférieur. Cette douleur est exacerbée par temps chaud et humide ainsi qu'en fin de journée, surtout si la position assise, jambes pendantes, a été maintenue pendant longtemps. L'une des méthodes de soulagement est le repos, les jambes surélevées.

Évaluation de la plaie et collecte de données sur l'évolution de la plaie auprès de l'infirmière auxiliaire

L'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* précise qu'en matière de soins de plaies, l'infirmière détermine le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments. Quant à l'infirmière auxiliaire, elle contribue aux soins de plaie par l'application de ce plan de traitement.

L'évaluation de la plaie est une activité réservée à l'infirmière. L'évaluation se fait habituellement sur une base hebdomadaire, ou plus fréquemment, selon la nature de la plaie et de son évolution. Selon l'OIIQ (2007b), certaines situations cliniques nécessitent une évaluation systématique de la plaie : 1) à l'admission d'un client dans un établissement ; 2) après une chirurgie ; 3) après un débridement ; 4) en présence de signes de détérioration ou d'exsudat abondant, malodorant ou purulent et, 5) à la suite d'un changement de traitement topique. Les données recueillies auprès de l'infirmière auxiliaire concernent les caractéristiques de la plaie, de l'état de la peau environnante et de l'exsudat.

Dans la situation actuelle, l'évaluation de la plaie effectuée par l'infirmière à partir de son examen de la plaie et des données recueillies auprès de l'infirmière auxiliaire confirme la macération du pourtour de la plaie.

Cet ulcère veineux de classe 6 est présent au membre inférieur gauche depuis 2 semaines. La peau au pourtour de la plaie est ramollie et blanchâtre, alors qu'elle était rosée, il y a 2 jours. Le fond de la plaie est toujours rosé. Il y a présence d'un écoulement clair et plus abondant qu'il y a 2 jours. La plaie et le pansement sont inodores. Les dimensions de la plaie sont les mêmes que lors de la dernière évaluation.

La macération, qui est définie comme un ramollissement de la peau ayant séjourné dans une région trop humide, peut considérablement nuire à la guérison de la plaie. Le contrôle de l'exsudat s'effectue en maintenant le lit de la plaie humide et la peau environnante intacte et sèche (Registered Nurses Association of Ontario, 2002). L'utilisation excessive d'hydrogel et d'un pansement inadéquat ainsi que le non-usage de protecteur cutané au pourtour de la plaie comptent parmi les causes potentielles de macération de la peau.

Directives concernant le plan de traitement de la plaie et la réfection du pansement

Le plan de traitement tient compte des résultats probants et des meilleures pratiques en matière de soins de plaies. Ainsi, l'infirmière doit bien connaître les conditions d'utilisation des produits et les principes de sélection des différents types de pansement. Le plan de traitement de M^{me} Ouellette indique que la plaie doit être nettoyée avec du NaCl 0,9 %. Cette solution saline isotonique, utilisée à température ambiante, constitue un des meilleurs choix de traitement dans la situation et est peu coûteuse. De plus, cette solution non cytotoxique est compatible avec les tissus humains et ne contient habituellement aucun agent de conservation (RNAO, 2002).

Le pansement primaire est appliqué directement sur la plaie, alors que le pansement secondaire est appliqué par-dessus le pansement primaire pour, notamment, le protéger et absorber le surplus d'exsudat. Dans la situation actuelle, la plaie de M^{me} Ouellette est recouverte d'un pansement primaire non adhérent, imprégné de gelée de pétrole, de type Bactigras. Ce type de pansement a la propriété d'empêcher les pansements secondaires d'adhérer au lit (fond) de la plaie et de minimiser les dommages tissulaires et la douleur associée au retrait du pansement. Le pansement non adhérent imprégné de gelée de pétrole, de type Bactigras, est polyvalent. Il est perméable à l'exsudat, il permet l'irrigation de la plaie et il peut être combiné avec certains produits topiques, comme l'hydrogel. Par contre, il n'a aucune capacité d'absorption, d'où l'importance de le recouvrir d'un pansement secondaire, composé de gazes.

Maintenir la plaie humide favorise la guérison en prévenant la formation de croûte, qui constitue un obstacle physique à la granulation (prolifération cellulaire). De plus, le milieu humide favorise l'autolyse (autoguérison), déclenche les phases de réparation, maintient une stabilité thermique, accélère le processus de réparation du derme et de l'épiderme, diminue l'inflammation et la douleur, laisse moins de cicatrices et prévient la déshydratation cellulaire. C'est pourquoi, dans la situation actuelle, l'infirmière souligne à l'infirmière auxiliaire l'importance de conserver un pansement sur la plaie et de poursuivre l'application d'hydrogel, malgré la présence de macération de la peau au pourtour de la plaie. L'hydrogel est une substance qui permet d'absorber ou de libérer l'humidité, selon la quantité d'exsudat de la plaie. De plus, il protège des traumatismes au lit de la plaie, au moment du retrait du pansement.

Lorsque la ré-épithélialisation progresse bien et que la plaie est pratiquement fermée par du tissu blanchâtre, cela indique qu'il n'est plus nécessaire de mettre du gel, car la plaie est suffisamment humide. L'application d'un pansement imperméable, comme un hydrocolloïde ou une pellicule transparente, à changer aux 5 jours, conservera l'humidité nécessaire à la fermeture complète de la plaie.

Ajustement du plan thérapeutique infirmier (PTI)

La macération de la peau au pourtour de la plaie de M^{me} Ouellette constitue un changement significatif de la plaie qui requiert un ajustement du PTI. L'infirmière indique cette évolution en mettant des tirets dans les espaces correspondant à la date et à l'heure de la résolution du problème et en apposant ses initiales. Elle inscrit ensuite au PTI un nouveau constat qui reflète la détérioration de la plaie (macération), en utilisant le même numéro de problème. De la même façon, elle modifie les directives relatives au suivi clinique, en augmentant la fréquence de l'évaluation de la plaie et de la réfection du pansement de façon à les effectuer quotidiennement. Ces directives

remplacent celles de l'évaluation hebdomadaire de la plaie et de l'application du plan de traitement aux 2 jours.

Habiletés relationnelles, coordination de l'équipe de soins et leadership clinique

L'infirmière reconnaît l'importance et l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle pour la qualité des soins. Dans la présente situation, elle souligne à l'infirmière auxiliaire la pertinence de l'information qu'elle lui a transmise, vérifie auprès d'elle la méthode de réfection du pansement qu'elle a utilisée et s'assure de sa compréhension du plan de traitement afin d'obtenir un niveau d'humidité optimal pour favoriser la guérison de la plaie, en lui offrant sa disponibilité si elle a besoin de la consulter.

SCÉNARIO POUR L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE SIMULÉE

Nom	Carole-Anne Melanson
Âge	22 ans

Cette station a pour but d'évaluer la capacité de la candidate à :

- ↳ évaluer la plaie à partir des données qu'elle recueille auprès de vous et à partir d'une photo de la plaie, ainsi qu'à
- ↳ ajuster le plan thérapeutique infirmier.

OCCUPATION	- Vous êtes infirmière auxiliaire au Centre d'hébergement depuis 4 mois. - Vous avez un emploi à temps complet.
TENUE VESTIMENTAIRE	Vous portez un uniforme (la couleur de votre choix).
POSTURE	Vous êtes assise au poste des infirmières.
ATTITUDE ET COMPORTEMENT PENDANT L'ENTREVUE	- Vous collaborez avec l'infirmière. - Vous êtes enthousiaste à l'idée de partager vos observations avec la candidate. - Vous répondez uniquement aux questions posées par la candidate. - Vous aimez comprendre la nature exacte des soins que vous dispensez. - Vous êtes très intéressée à comprendre les modalités liées au traitement des plaies. - Vous écoutez attentivement les directives qu'elle vous donne et vous lui dites que vous allez les appliquer. - Si elle vous montre une photo de la plaie, vous la regardez avec elle et vous écoutez ce qu'elle vous explique.
SITUATION ACTUELLE	- Vous connaissez l'infirmière avec laquelle vous travaillez aujourd'hui (la candidate). - Vous connaissez M^{me} Ouellette : elle habite le Centre d'hébergement depuis 1 mois. - Vous avez refait son pansement deux fois, il y a 2 jours et aujourd'hui. - Vous savez que la cliente a une plaie ulcéreuse au tiers inférieur médial (face antérieure) de la jambe gauche depuis 2 semaines.

CONSIGNES POUR LE DÉBUT DE L'ENTREVUE AVEC LA CANDIDATE	• Vous avez vos notes d'observation de la plaie en main. • Vous attendez que la candidate commence la conversation avant de lui parler. • Si la candidate entreprend la collecte d'information par une question très large, par exemple, « Décrivez-moi l'état de la plaie de M^{me} Ouellette », dites-lui que : 1. le pansement était très humide et 2. la peau autour de la plaie vous paraissait plus blanchâtre aujourd'hui qu'il y a 2 jours.
INFORMATION CONCERNANT LA PLAIE DE M^{me} OUELLETTE	• Vous répondez aux questions de la candidate concernant l'état de la plaie et du pansement au fur et à mesure qu'elle vous les pose. • Vous avez constaté un changement depuis avant-hier. Ce matin, lors de la réfection du pansement, vous avez observé :
☞ Pansement	• Le pansement est très humide ou mouillé aux 2/3. • Le pansement est plus humide qu'il y a 2 jours.
☞ Exsudat de la plaie	• L'écoulement est clair et abondant.
☞ Odeur de la plaie	• Il n'y a aucune odeur particulière ni en provenance de la plaie ni en provenance du pansement.
☞ Peau au pourtour de la plaie	• La peau au pourtour de la plaie est blanchâtre. • Avant-hier, la peau était rosée au pourtour de la plaie. • Si la candidate ne réagit pas à cette information, demandez-lui : « Sais-tu pourquoi la peau est blanchâtre au pourtour de la plaie ? »
☞ Lit de la plaie (fond) ou tissu de granulation	• Le fond de la plaie est rosé.
☞ Dimension de la plaie	• Vous n'avez pas observé de changement significatif concernant les dimensions de la plaie.
☞ Signes d'infection	• Vous n'avez observé aucun signe d'infection : pas d'odeur, pas de rougeur au pourtour de la plaie, exsudat clair.

DOULEUR CHEZ LA CLIENTE	• Si la candidate vérifie la présence de douleur chez la cliente pendant la réfection du pansement, répondez-lui : « La cliente présentait une douleur évaluée à 3/10 à la jambe gauche avant la réfection du pansement » et « Je lui ai administré 2 co d'acétaminophène 325 mg/co 45 minutes avant la réfection du pansement afin d'atténuer la douleur » et « Elle a été complètement soulagée et ne présentait aucune douleur pendant la réfection du pansement. »
MÉTHODE DE RÉFECTION DE PANSEMENT UTILISÉE	• Vous avez suivi le plan de traitement indiqué : - Nettoyage de la plaie avec du sérum physiologique. - Application d'hydrogel en quantité généreuse. - Pansement non adhérent et absorbant. - Si la candidate vous demande si vous avez appliqué un protecteur cutané au pourtour de la plaie, répondez-lui oui.
PLAN DE TRAITEMENT	• Lorsque la candidate vous parle du plan de traitement, demandez-lui : « Peut-on laisser la plaie à l'air libre afin qu'elle sèche ? » Si elle répond non, demandez-lui : « Pour quelle raison ? » « Pourquoi est-il si important d'appliquer du gel s'il y a beaucoup d'humidité dans la plaie ? »
TRANSMISSION DE NOUVELLES DIRECTIVES INFIRMIÈRES EN LIEN AVEC LE PTI	• Vous comprenez rapidement les consignes que l'infirmière vous a données. Si elle vous le demande et en fonction de ce qu'elle vous a déjà donné comme consigne, vous lui répétez : « Changement de pansement tous les jours, plutôt qu'aux 2 jours. »
FIN DE L'ENTREVUE	

Aide-mémoire destiné à l'infirmière auxiliaire simulée

Questions à poser pendant l'entrevue :

- Peut-on laisser la plaie à l'air libre, puisqu'elle est très humide ?
- Pourquoi est-il si important d'appliquer du gel s'il y a déjà beaucoup d'humidité dans la plaie ?
- À quoi correspond la peau blanchâtre au pourtour de la plaie ?
- Pourquoi la peau blanchâtre a-t-elle apparu ?

Matériel nécessaire

- un extrait du plan thérapeutique infirmier (PTI) comportant les données initiales du début de la station ;
- le formulaire d'évaluation de la plaie comprenant les paramètres d'évaluation de la plaie précisés dans la situation ;
- le plan de traitement de la plaie ;
- une photographie d'une plaie avec macération au membre inférieur.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- critères d'évaluation de la plaie ;
- critères de sélection d'un pansement ;
- échelle de Braden ;
- indice tibio-brachial ;
- plaies chroniques : plaie de pression, ulcère veineux, ulcère artériel, ulcère du pied diabétique ;
- plaies aiguës : brûlures, plaies traumatiques, plaies chirurgicales, déchirures cutanées ;
- principes de débridement ;
- technique de culture de plaie ;
- technique de mesure d'une plaie ;
- thérapie de compression ;
- traitement des plaies chroniques, comparativement au traitement des plaies aiguës.

RÉFÉRENCES

Huynh, T., et Nadon, M. (2007). « Rouages de la collaboration infirmière-infirmière auxiliaire dans les soins des plaies », *Perspective infirmière*, vol. 5, n° 1, p. 12-22.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2006). *L'intégration du plan thérapeutique infirmier à la pratique clinique*, Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (sous la dir. de) (2007a). « La douleur liée aux plaies », dans *Les soins de plaies : au cœur du savoir infirmier*, Montréal, OIIQ, p. 99-117.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (sous la dir. de) (2007b). « L'évaluation de la plaie », dans *Les soins de plaies : au cœur du savoir infirmier*, Montréal, OIIQ, p. 47-74.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (sous la dir. de) (2007c). « Les modalités adjuvantes », dans *Les soins de plaies : au cœur du savoir infirmier*, Montréal, OIIQ, p. 453-467.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (sous la dir. de) (2007d). « La préparation du lit de la plaie », dans *Les soins de plaies : au cœur du savoir infirmier*, Montréal, OIIQ, p. 25-44.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (sous la dir. de) (2007e). « Les produits et les pansements », dans *Les soins de plaies : au cœur du savoir infirmier*, Montréal, OIIQ, p. 425-450.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (sous la dir. de) (2007f). « Les ulcères des membres inférieurs », dans *Les soins de plaies : au cœur du savoir infirmier*, Montréal, OIIQ, p. 205-265.

Registered Nurses Association of Ontario (2002). *Évaluation et traitement des lésions de pression de stades 1 à 4*, Toronto, RNAO, coll. « Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers ».

Voyer, P. (sous la dir. de) (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique.