

Le plan thérapeutique infirmier dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée

Faits saillants des travaux du comité UL-PTI-CHSLD

Un partenariat entre la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et les établissements de santé de la grande région de Québec



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté des sciences infirmières

Édition Mai 2009

Le plan thérapeutique infirmier dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée a été réalisé par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Ce document, incluant ses études de cas, peut être utilisé par toute personne intéressée à la question. Nous vous demandons uniquement de mentionner la source.

© Faculté des sciences infirmières

Dépôt légal : Second trimestre 2009

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 978-2-922264-06-7

La version électronique des textes est également publiée à l'adresse suivante :
www.fsi.ulaval.ca/professeurs_ca.html

TABLE DES MATIÈRES

Présentation du comité UL-PTI-CHSLD	1
Contexte	3
Introduction.....	4
Historique du comité PTI-CHSLD	5
Stratégies adoptées par le comité UL-PTI-CHSLD	6
Prises de position du comité UL-PTI-CHSLD	8
Constats	9
Directives infirmières	13
Documentation.....	14
Processus d'intégration.....	15
Conclusion.....	17
Annexe 1	19
Aide-mémoire à l'examen clinique gériatrique de l'infirmière.....	21
Annexe 2	23
BPCO.....	24
Plan thérapeutique infirmier (PTI)	25
Sommeil	27
Plan thérapeutique infirmier (PTI)	28
Errance.....	30
Plan thérapeutique infirmier (PTI).....	32
Delirium.....	34
Plan thérapeutique infirmier (PTI).....	36
Risque de chute	38
Plan thérapeutique infirmier (PTI)	40

PRÉSENTATION DU COMITÉ UL-PTI-CHSLD

Ce document présente le fruit du travail de réflexion des personnes suivantes :

- » **Philippe VOYER**
Responsable du comité UL-PTI-CHSLD
Professeur agrégé
Faculté des sciences infirmières, Université Laval

- » **Nancy CYR**
Coordonnatrice du comité UL-PTI-CHSLD
Professeure de clinique
Faculté des sciences infirmières, Université Laval
Conseillère clinique en soins infirmiers
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

- » **Martin BÉDARD**
Adjoint à la direction de l'hébergement
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord

- » **Nicole CARON**
Directrice des soins infirmiers
Centre de santé et de services sociaux des Etchemins

- » **Alain COULOMBE**
Directeur adjoint aux soins infirmiers
Groupe Roy Santé inc.

- » **René DUBOIS**
Infirmier clinicien
Regroupement Jeffery Hale / St-Brigid's

- » **Nathalie GAUTHIER**
Conseillère clinicienne en soins infirmiers
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord

- » **Isabelle JACQUES**
Conseillère clinicienne en soins infirmiers et gestionnaire des risques
Centre de santé et de services sociaux des Etchemins

- » **Lise KASPRZAK**
Conseillère clinicienne en soins infirmiers
Institut universitaire en santé mentale de Québec

- » **Louise LAPOINTE**
Conseillère en soins infirmiers
Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral

- » **Sylvain LAVOIE**
Conseiller clinique
Groupe Roy Santé inc.

- » **Harriet LÉPINE**
Conseillère clinicienne en soins infirmiers
Regroupement Jeffery Hale / St-Brigid's

- » **Julie MERCIER**
Conseillère clinicienne en soins infirmiers
VIGI-Santé Ltée.

- » **Guylaine PARENT**
Directrice adjointe des soins infirmiers
Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral

- » **Sylvie REY**
Conseillère clinicienne en soins infirmiers
Centre de santé et des services sociaux de Portneuf

CONTEXTE

Il appert essentiel de signaler aux lecteurs, que ce compte rendu vise uniquement à soutenir d'autres groupes et organisations dans leur réflexion sur le plan thérapeutique infirmier (PTI). Ainsi, il est très important pour vous de reconnaître les éléments suivants concernant ce document :

- 1) Il n'est pas un produit de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Ainsi, en cas de disparités entre le contenu de cet écrit et ceux de l'OIIQ, vous devez prioriser les documents de l'OIIQ.
- 2) Les principes émis sont des suggestions.
- 3) Les principes émis sont applicables au contexte clinique des participants. Chaque milieu est invité à faire sa propre réflexion.
- 4) Le document, incluant ses études de cas, peut être utilisé par toute personne intéressée à la question. Nous vous demandons uniquement de mentionner la source :

Voyer, P., Cyr, N., Kasprzak, L., Lépine, H., Rey, S., Gauthier, N., Jacques, I., Lavoie, S., Bédard, M., Caron, N., Coulombe, A., Dubois, R., Lapointe, L., Parent, G., Mercier, J. (2009). *Le plan thérapeutique infirmier dans les centres d'hébergement de soins de longue durée : Faits saillants des travaux du comité UL-PTI-CHSLD*, Québec.

INTRODUCTION

La loi 90 a été mise en vigueur en janvier 2003, suite à de nombreux mois de travail par les ordres professionnels. Ce changement législatif a entraîné un ensemble de répercussions majeures pour la profession infirmière. L'une de celles-ci est l'apparition du plan thérapeutique infirmier (PTI) qui est un nouvel outil de documentation obligatoire mettant les décisions infirmières en évidence.

Pour certains membres de la profession, l'apparition du PTI dans la discipline est une source de stress car son entrée en vigueur oblige souvent à revoir les pratiques actuelles et les modes de fonctionnement dans leur organisation. Il provoque donc des réflexions qui conduisent généralement à des prises de position. Le présent ouvrage décrit justement le fruit des réflexions des membres du comité UL-PTI-CHSLD de la grande région de Québec. Il s'agit donc d'un document de partage envers les collègues de la profession, dans lequel vous trouverez de façon synthétique, les décisions, les points de vue et les prises de position des membres du comité. Ces prises de position qui font l'unanimité dans le comité, découlent d'échanges et de discussions qui se sont déroulés au courant des dernières années. Enfin, il est opportun de rappeler que ce document ne vise pas à donner des réponses à toutes les questions ou à convaincre d'un point de vue en particulier, il vise uniquement à partager les faits saillants de nos travaux.

Cet écrit se divise en quatre grandes sections. La première présente le court historique du comité UL-PTI-CHSLD. La deuxième section explique brièvement, les stratégies adoptées par le comité pour s'approprier le PTI. La troisième section présente les prises de position du comité PTI-CHSLD. Enfin, la quatrième et dernière section comprend les études de cas qui ont soutenu les travaux du comité.

HISTORIQUE DU COMITÉ PTI-CHSLD

Le comité UL-PTI-CHSLD a vu le jour, sous l'initiative de M. Philippe Voyer, professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. La première rencontre a eu lieu dans le cadre d'une journée régionale sur le PTI organisée par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval (26 septembre 2007). Depuis cette date, les rencontres du comité sont mensuelles ou bimestrielles. La création du comité UL-PTI-CHSLD visait des objectifs académiques et cliniques.

Sur le plan académique, il était important de regrouper les CHSLD de la région de Québec afin qu'ils partagent une vision commune du PTI avec l'équipe vieillissement de la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université Laval. En effet, il était important pour cette équipe de la FSI, que le contenu enseigné en rapport avec le PTI soit cohérent avec les pratiques actuelles et à venir concernant le PTI dans les CHSLD. De plus, il était important d'avoir une vision similaire pour les étudiantes et étudiants en stage dans ces milieux. Nous avons donc adopté une approche proactive en regroupant nos partenaires cliniques des CHSLD.

Sur le plan clinique, nous étions conscients que les CHSLD n'étaient pas tous harmonisés dans le processus d'intégration du PTI dans leur milieu. Nous savions qu'en les invitant à participer à ce comité, nous leur permettions de partager leurs expériences avec l'intégration du PTI. Nous ne nous sommes pas trompés car le nombre de CHSLD participant à nos travaux s'est graduellement accru au cours des mois.

Les rencontres du comité ont été pour les partenaires cliniques, un moment unique pour échanger sur le PTI et discuter des défis de son intégration en partageant entre eux, les meilleures stratégies d'implantation ainsi que les moins bonnes. Cette démarche a été rassurante pour les milieux cliniques car elle illustre clairement que l'intégration du PTI est un enjeu pour tous, un grand défi, mais qu'il est réalisable.

D'autre part, la participation au comité UL-PTI-CHSLD permettrait à ses membres d'être plus efficaces relativement au PTI. En effet, les membres avaient des obligations envers le comité. Par exemple, un membre était responsable de faire le suivi concernant l'informatisation du PTI, un autre d'assurer la rédaction des comptes rendus, un autre de contacter l'OIIQ pour une question particulière du comité, etc. Tous les membres devaient aussi contribuer à la création des études de cas. Bref, tous les membres ont contribué aux travaux du comité UL-PTI-CHSLD. Qui plus est, il était prévu que le comité allait se dissoudre le 1^{er} avril 2009, date d'entrée en vigueur du PTI. Toutefois, en raison des avantages observés par les participants à échanger sur les enjeux des soins infirmiers en CHSLD en comité, les membres ont convenu de poursuivre les activités du comité et d'aller au-delà du PTI et d'élargir à d'autres thèmes. Enfin, tous les membres ont souligné leur appréciation de travailler en synergie entre les milieux cliniques et universitaire.

En conclusion, il importe de souligner que le comité n'a reçu aucune aide financière pour remplir son mandat; ainsi il s'est réalisé uniquement grâce au leadership infirmier de la région, ce qui est fort louable.

STRATÉGIES ADOPTÉES PAR LE COMITÉ UL-PTI-CHSLD

Le comité UL-PTI-CHSLD étant une nouvelle entité, il était impératif dès le départ, de se doter de stratégies de fonctionnement qui favoriseraient la productivité, le sentiment d'appartenance et d'imputabilité envers ses collègues. Nous souhaitons que le comité produise des résultats tout en tenant compte des réalités cliniques des partenaires. Pour ce faire, nous avons adopté quelques stratégies :

A. PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

La première fut d'établir que le document final du comité serait la propriété intellectuelle de tous les membres. Ainsi, la contribution de chacun sera reconnue et tous pourront utiliser ce document et leurs études de cas pour le bénéfice de leurs milieux cliniques. De même, les milieux cliniques qui n'ont pas participé à nos travaux peuvent utiliser le document et leurs études de cas sans réserve. Il est demandé uniquement de mentionner la source.

B. PARTAGE DE L'INFORMATION

La deuxième stratégie visait à favoriser chez les membres, le partage de l'information qu'ils détiennent. Il s'avérait crucial d'établir un climat de partage et non de compétition, car énormément d'informations circulent dans le réseau de la santé relativement au PTI. Avec cette attitude de partage et de générosité envers les autres membres, ces derniers ont réussi à faire des pas de géant en capitalisant sur les apports des autres. Un temps incalculable a été épargné par toutes les organisations participantes.

C. CONTRIBUER POUR PARTICIPER

La troisième stratégie du comité fut d'établir que la contribution de tous les membres est obligatoire. En d'autres termes, il n'y a pas d'observateur, il n'y a que des membres actifs. La réciprocité était donc une valeur au cœur de ce comité, surtout que l'on misait énormément sur le partage de l'information.

D. CONFORMER AUX RÈGLES ÉDICTÉES PAR L'OIIQ

La quatrième stratégie fut de se conformer aux règles édictées par l'OIIQ (ses représentants, son site Web et ses formations). Plusieurs membres du comité ont eu des rencontres en personne ou par téléphone avec des représentants de l'OIIQ afin de valider notre compréhension. Ceci nous a permis de constater le dévouement des représentants de l'OIIQ et comment le PTI est un outil en constante évolution.

E. CRÉER DES ÉTUDES DE CAS SPÉCIFIQUES AUX CHSLD

La dernière stratégie du comité, qui fut certainement la plus significative, fut de créer des études de cas spécifiques aux CHSLD. La création des études de cas a permis de favoriser des échanges dans le comité sur ce que constituent les soins infirmiers en CHSLD, ce qu'est le PTI et toute la documentation qui l'entoure. Les études de cas ont permis au comité de se prononcer sur le niveau de compétence nécessaire chez les infirmières pour décider du constat et des directives infirmières dans le PTI. En somme, les études de cas ont été la source de nos réflexions desquelles ont découlé nos prises de positions.

PRISES DE POSITION DU COMITÉ UL-PTI-CHSLD

Dans les prochaines lignes, vous trouverez des prises de position de notre comité. Nous les partageons dans ce document, uniquement pour stimuler votre propre réflexion.

La structure du texte des prochaines pages suit la logique du PTI, c'est-à-dire que nous transmettons nos positions concernant les « constats », les « directives infirmières », les enjeux liés à la « documentation » et à « l'intégration du PTI ». Notez toutefois que sous chacune de ces catégories, nous transmettons de façon télégraphique nos différentes prises de position et non les justifications de toutes ces décisions. Il aurait été trop exigeant pour les ressources du comité de rédiger le contenu de tous nos échanges... Bonne réflexion!

CONSTATS

1. L'INCONTOURNABLE : EXAMEN CLINIQUE

- 1.1. Les membres du comité sont d'avis que pour faire état de constats de qualité dans le PTI, il est essentiel que les infirmières soient en mesure de réaliser un examen clinique de qualité. Sans cette compétence, nos observations sont que les constats des PTI reposent malheureusement, sur des aspects subjectifs, des opinions ou des intuitions.
- 1.2. Les systèmes à prioriser pour la formation portant sur l'examen clinique en CHSLD sont :
 - » Pulmonaire;
 - » Abdominal;
 - » Mentaux (démence, dépression, delirium);
 - » Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence;
 - » Musculosquelettique (contexte de chute);
 - » Cardiaque.

2. LA RÉDACTION DE CONSTATS PERTINENTS

- 2.1. Afin de rédiger des constats pertinents à la condition des résidents, les infirmières doivent maîtriser les connaissances relatives aux problématiques (chroniques ou aiguës) les plus courantes en centre d'hébergement : maladie de Parkinson, différents types de démences (Alzheimer, fronto-temporale, à corps de Lewy et vasculaire), symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (troubles du comportement), diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique, bronchopneumopathies chroniques obstructives (emphysème, bronchite chronique), AVC, troubles de sommeil, etc.

3. LES PROBLÈMES POTENTIELS PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN PTI

- 3.1. Des directives peuvent être émises concernant le risque de chutes d'un résident dans une situation particulière ou encore le risque d'effets indésirables des médicaments en général.

3.2. Dans le contexte des CHSLD et de la polymédication, tous les résidents risquent de présenter des effets indésirables. Toutefois, d'un résident à l'autre, ils ne sont pas sujets à présenter les mêmes effets indésirables compte tenu de leur profil médicamenteux distinct. Certains sont plus à risque de saignement, d'autres de troubles digestifs, d'autres de delirium, d'autres de dyskinésie tardive, etc. C'est pour cette raison que tous les résidents devraient avoir un constat à ce sujet (risque d'effets indésirables des médicaments). Cependant, les signes à surveiller notés dans le PTI (section directive infirmière) seront différents d'un résident à l'autre.

4. LES DIAGNOSTICS MÉDICAUX ONT AUSSI LEUR PLACE

4.1. Nous convenons que l'infirmière doit surtout faire ressortir les problèmes ou symptômes spécifiques découlant de la pathologie pour laquelle des directives infirmières sont nécessaires.

4.1.1. Par exemple, pour un client diabétique, il se peut qu'il y ait deux constats. Le premier sera le diagnostic de diabète car il requiert un suivi particulier (vision, poids, téguments, neuropathie périphérique). Le deuxième pourrait être relié à un épisode d'hypoglycémie nécessitant un suivi particulier.

4.1.2. Un autre exemple dans le cas d'un résident atteint de la maladie d'Alzheimer : Le premier constat sera « maladie d'Alzheimer » car cela demande un suivi particulier (cognition, autonomie, comportements). Le deuxième constat pourrait être « résistance à la prise de médicaments » pour laquelle des stratégies particulières pourront être élaborées.

4.1.2.1. Pour plus de renseignements sur les différentes pathologies, consulter: Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée au CHSLD*. Saint-Laurent, Québec: ERPI. 662 pages. ISBN 2-7613-1728-9.

- Démence;
- Parkinson;
- AVC;
- BPCO;
- Insuffisance cardiaque;
- Dépression;
- Delirium;
- Etc.

5. L'IMPRESSION CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE

5.1. L'infirmière peut avoir comme constat une impression clinique qu'un résident a une maladie, mais dont le diagnostic médical n'a pas encore été posé par le médecin.

5.1.1. Cette situation est très particulière et fréquente en CHSLD en raison de la présence discontinue de médecins dans l'établissement. L'infirmière suivant son évaluation d'un résident (examen clinique) va souvent soupçonner la présence d'un nouveau problème de santé. Lors de son appel téléphonique avec le médecin, elle pourra lui décrire la situation clinique. Ce dernier pourra prescrire une démarche à suivre et n'examinera réellement le résident qu'une semaine plus tard. Durant cette période latente, l'infirmière pourra avoir comme constat au PTI, si la problématique clinique s'y prête, un problème de santé non diagnostiqué.

5.1.2. L'infirmière écrira son impression de la façon suivante : « Portrait clinique de pneumonie » ou « État suggestif de pneumonie » ou « État indicatif de pneumonie ». Lorsque le Dx est confirmé, l'infirmière modifiera le constat pour l'inscrire directement. Dans ces circonstances, l'OIIQ accepte les formulations suivantes :

- Portrait clinique de :
- État suggestif de :
- État indicatif de :

5.2. Il est important d'utiliser ces formulations car elles font la distinction entre donner le résultat de son jugement clinique sur une situation (ce que l'infirmière doit faire) et faire un diagnostic médical.

5.3. Nous avons été témoin d'un nombre incalculable de situations où le partenariat entre le médecin et l'infirmière a été amélioré par la capacité de l'infirmière à donner le résultat de son jugement clinique.

» À titre d'exemple, c'est un vendredi et il est 9 h, une infirmière ausculte les poumons d'un résident insuffisant cardiaque qui présentait de l'essoufflement. Son auscultation témoigne de crépitations aux lobes inférieurs en face postérieure. Elle communique par téléphone au médecin le résultat de son examen clinique (histoire de santé et examen physique) et rapporte que ce résident présente un portrait clinique d'un œdème aigu du poumon. Le médecin ajuste le diurétique du résident. À 15 h, l'infirmière fait son examen clinique pulmonaire de suivi et note la disparition des crépitations. Cette collaboration optimale a permis d'éviter une dégradation de l'état du résident et possiblement un transfert. Le fait que l'infirmière soit autorisée à communiquer clairement son constat de l'évaluation favorise une bonne collaboration.

5.4. Comme on le note, il est important que le jugement clinique de l'infirmière s'appuie sur un examen clinique. De plus, dans plusieurs situations, il ne sera pas possible de proposer un terme médical (*Portrait clinique de...*), compte tenu de la complexité des signes et symptômes. Dans ces circonstances, l'infirmière a comme constat les symptômes pour lesquels un suivi est nécessaire.

5.4.1 Prenons, l'exemple suivant : un résident présente des crampes et une diarrhée. De plus, l'infirmière note ceci à l'examen physique :

- » INSPECTION : se tient le ventre, positionnement antalgique, abdomen arrondi.
- » AUSCULTATION : bruits hyperactifs aux 4 quadrants. Souffles artériels : inaudibles.
- » PERCUSSION : QID+QSD+QIG : matité, QSG : tympanisme.
- » PALPATION : superficielle : N 4Q. Profonde : douleur 4 quadrants, signe du ressaut négatif 4 Q, signe du psoas gauche et droit positif.

5.4.2 Dans un tel cas, il y a plusieurs problèmes potentiels (début de péritonite, appendicite, diverticulite, occlusion intestinale, etc). Ainsi on n'écrira pas « portrait clinique de diverticulite » car le risque d'erreur est trop élevé. L'examen clinique ne permet pas d'avoir une hypothèse solide. Le constat pourra porter sur les symptômes gastro-intestinaux : diarrhée, crampes, douleur.

6. LE CONSTAT

6.1. Dans la logique de la pratique clinique, le constat devrait être écrit seulement après l'examen clinique et la note au dossier.

6.2. Dans les faits, la séquence proposée est :

- » Évaluation (examen clinique);
- » Note au dossier;
- » Constats et directives au PTI;
- » Ajustement des plans de travail.

DIRECTIVES INFIRMIÈRES

Il importe de rappeler aux lecteurs que ce document présente de façon très synthétique et télégraphique les observations et prises de position des membres du comité.

1. Les membres du comité sont d'avis que les infirmières pratiquant en CHSLD sont très compétentes sur plusieurs aspects. Toutefois, dans le contexte du PTI, les membres ont eu la réflexion suivante :
 - » Partant du fait que le jugement clinique doit, entre autres, s'appuyer sur de solides compétences, les membres du comité appuient l'idée que la mise en place du PTI est un levier important pour accompagner les infirmières des milieux gériatriques dans le rehaussement de leurs connaissances et compétences.
 - » Le message doit être très clair. Une directive infirmière inscrite au PTI doit reposer sur des données probantes (livres ou articles scientifiques) et être ajustée au contexte de soins. Il faut donc que les CHSLD rendent disponible une telle documentation et que les infirmières n'hésitent pas à actualiser leurs connaissances.

2. Les membres du comité pensent que l'information suivante peut être utile à savoir par nos collègues. Sur la base de son évaluation clinique, l'infirmière peut donner à l'infirmière auxiliaire la directive d'appliquer une ordonnance collective en précisant les conditions, s'il y a lieu.
 - » Par exemple, l'infirmière peut, suite à son évaluation, autoriser l'application de l'ordonnance collective : administrer de l'acétaminophène pour céphalée x 48 heures si douleur.

DOCUMENTATION

1. Les membres du comité sont unanimes à dire qu'il faut éviter toute duplication d'écriture. Une infirmière ne devrait jamais écrire deux fois la même information.
 - 1.1 À noter que cet objectif d'éviter la duplication ne peut être atteint que s'il y a informatisation des documents.
2. Il faut revoir les outils de documentation en priorisant le PTI.
 - 2.1 Il faut absolument éviter d'ajouter de la documentation. Ainsi, pour plusieurs CHSLD, ceci signifie retirer un document.
3. Dans un CHSLD, les outils de documentation des soins infirmiers qui sont jugés obligatoires ou essentiels sont : plan d'intervention interdisciplinaire (PII), PTI, notes au dossier, plans de travail et les formulaires d'enregistrement systématique (par exemple : SV, médicaments). Le suivi de l'information est assuré grâce aux rapports interservices et à l'agenda des rendez-vous.
 - 3.1 Ainsi, seul le plan de soins (plan d'interventions) n'est pas obligatoire par la loi ou essentiel. C'est pour cette raison que ce document doit être retiré de ceux utilisés par l'infirmière.
 - » À noter que le « plan de soins » (document de cinq colonnes) n'est pas obligatoire.
 - 3.2 Les directives se retrouvent uniquement dans le PTI et/ou le plan de travail (ce dernier représente en CHSLD le PSTI). La note au dossier reflète notamment les notions reliées à l'évaluation ayant mené au constat et à l'identification du problème.
4. Le PQRST a été développé comme angle d'analyse d'une situation clinique. Le comité utilise également le PQRST pour rédiger la note au dossier.
5. De l'acronyme SOAPIE, le comité privilégie l'acronyme SOI :
 - 5.1 S : Anamnèse (PQRST)
 - 5.2 O: Examen physique (inspection, palpation, percussion, auscultation)
 - 5.3 I : Interventions
 - » Dans le I (acronyme SOAPIE) de la note au dossier, les membres du comité s'entendent sur le fait que l'on inscrive :
 - » PTI élaboré ou ajusté et non l'ensemble des directives dans le but de ne pas répéter l'information.

PROCESSUS D'INTÉGRATION

1. Il est primordial de s'assurer que le rôle infirmier gériatrique contemporain soit bien compris et intégré de façon optimale dans les établissements. Ce rôle actualisé permet à l'infirmière d'avoir les conditions lui permettant de jouer pleinement son rôle. De cette façon, il sera possible d'observer des PTI de qualité qui ont réellement un effet positif sur les résidents.
2. Il faut s'assurer d'une révision et d'une compréhension juste des rôles des autres intervenants de l'équipe de soins (infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires).
 - 2.1 Par exemple, en CHSLD, il est urgent que les infirmières auxiliaires distribuent les médicaments, fassent le décompte des narcotiques et effectuent les ponctions veineuses.
 - 2.2 Dans le même sens, les infirmières auxiliaires devraient jouer un rôle dans la collectes des données initiales portant sur les données nominales et descriptives (collecte et non analyse). Lorsque cette tâche est complétée, l'infirmière fait la lecture des données recueillies et par la suite, elle ira réaliser son examen clinique initial d'évaluation. Il existe un aide-mémoire pour réaliser l'examen clinique gériatrique de l'infirmière (voir annexe 1, page 21).
 - » Le rehaussement du rôle de l'infirmière doit s'accompagner obligatoirement par le rehaussement de celui de l'infirmière auxiliaire.
3. Il est fondamental d'enseigner le PTI à partir de situations cliniques propres aux soins infirmiers gériatriques dans le but de développer les connaissances et les compétences des infirmières sur des problèmes ou besoins ciblés et liés au champ clinique.
4. Le langage et la terminologie utilisés doivent être adaptés à la situation clinique. Il faut viser une progression de novice à expert.
5. Les étapes à privilégier pour l'implantation :
 - » Sensibilisation générale des infirmières (et autres personnes impliquées ou touchées par les PTI : MD et autres professionnels) au PTI.
 - » Enseignement du PTI à travers une formation avec thématique pertinente (voir nos études de cas) et se rapprochant de la réalité clinique.
 - » Recours au coaching clinique, à l'aide de situations cliniques réelles dès le départ, c'est-à-dire l'élaboration de vrais PTI, évitant ainsi la période d'essai.
 - » Mise en place de personnes-ressources sur chaque unité pour le soutien clinique quotidien.
 - » Évaluation des résultats d'une manière qualitative et quantitative.

6. L'implantation du PTI doit être vue comme une opportunité ou un levier pour faire des changements cliniques significatifs :
 - 6.1 Les membres du comité PTI-CHSLD ont décidé d'éliminer les diagnostics infirmiers et les plans d'interventions (tels que définis dans Clinibase) pour faire place au PTI et au PSTI (plans de travail, rapports interservices).
 - 6.1.1 Le comité PTI-CHSLD est d'avis qu'il faille abolir l'utilisation des diagnostics infirmiers car le comité s'entend sur le fait qu'ils ne correspondent plus aux exigences professionnelles. Le constat doit être précis, limpide, rigoureux et spécifique à la situation du résident et inscrit dans un vocabulaire connu des autres professionnels.
 - » Le diagnostic infirmier ne rencontre pas ces critères.
 - 6.1.2 Bref, la priorité est et doit demeurer le PTI.
7. En rapport avec le PTI, le comité est d'avis que les modèles conceptuels infirmiers génériques qui offrent une vision des soins infirmiers ne permettent pas à l'infirmière en CHSLD de remplir ses fonctions en lien avec le PTI de façon rigoureuse et avec compétence.
 - 7.1 Pour être en mesure d'effectuer ses activités réservées avec compétence, l'infirmière requiert minimalement un fort leadership, des connaissances sur l'examen clinique et les pathologies à jour. De plus, elle appuie ses interventions sur des données probantes et a une pratique respectant les valeurs de la profession, les indicateurs de qualité de l'exercice infirmier en hébergement et le code de déontologie.
 - 7.1.1 Le comité PTI-CHSLD est d'avis que les infirmières doivent baser leur pratique clinique sur des données scientifiques qui émanent de recherches quantitatives ou qualitatives.
 - 7.1.2 Les modèles conceptuels pourront apparaître seulement en aval à l'intégration de toutes ces compétences et règles.

CONCLUSION

Le comité UL-PTI-CHSLD visait à atteindre des objectifs académiques et cliniques. Plus précisément, il visait à assurer une cohérence entre l'enseignement du PTI à l'Université Laval et son utilisation clinique dans les CHSLD de la région. De même, il souhaitait soutenir et encourager l'implantation du PTI dans les milieux cliniques. Après près de deux ans de travaux, on peut conclure sans hésitation que les objectifs du comité ont été atteints.

Les membres du comité ont décidé de rédiger ce rapport qui présente le fruit des réflexions car ils pensent bien humblement que celui-ci pourra servir aux autres infirmières des CHSLD de la province.

ANNEXE 1

AIDE-MÉMOIRE À L'EXAMEN CLINIQUE GÉRIATRIQUE DE L'INFIRMIÈRE



Examen clinique gériatrique de l'infirmière

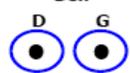
St-Georges Admission
Le Royer Épisode aigu

Date Année/mois/jour _____ / _____ / _____
DX _____

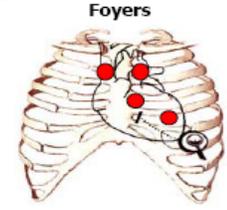
SIGNES VITAUX

T° (température) _____ R B R : rectale B : buccale (personne âgée 37.8°)
Respiration _____ / min.
Sat. (%) _____ % AA Intermittent L/min
Pls (X 1 min.) _____ / min. Régulier Irrégulier BD BG
T.A. Couchée / Assis / Debout BD BG DIFF.: _____
Poids _____ Kg Taille (cm) _____ IMC _____
Perte d'autonomie > 7 jours O N Spécifiez _____ Initiales _____

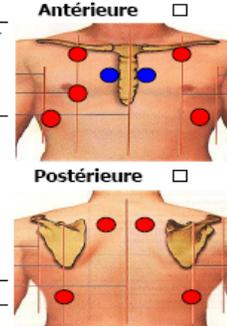
EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL

ATCD _____
État de conscience _____ /15 (Glasgow) PERLA (pupilles) O N Oeil
Hyper alerte O N Si anomalie spécifiez (ex.: Cataractes) 
Alerte O N
Léthargie (parole) O N
Stupeur (toucher) O N
Attention (contact visuel) O N
Contact visuel O N
Suit les consignes simples O N
Non applicable (cochez) Audition (normal) O N Spécifiez : _____
Langage (normal) O N Spécifiez : _____
CAM O N Résultat : _____
MMSE _____ / _____ Initiales _____

EXAMEN CARDIAQUE

ATCD _____
Auscultation
B1 et B2 Présents DRS O N _____ /10
B3 (aigu) O N >20 min O N
B4 (chronique) O N Soulagé par nitro O N _____ puffs
Souffle O N Œdème MI O N
ECG O N Léger (1 sec)
Pacemaker O N Modéré (2 sec)
Pouls pédiéux O N Sévère (3 sec)
Pouls poplité O N Diamètre (cm) MID Mollet _____ cm MIG Mollet _____ cm
ITB O N Cheville _____ cm Cheville _____ cm
Indice
Signe d'Homan Positif Négatif
Non applicable (cochez)  Initiales _____

EXAMEN PULMONAIRE

ATCD _____
Auscultation (Antérieure ou postérieure spécifiez) _____
Bruits bronchiques (normaux) O N Toux O N
Murmure vésiculaire (normal) O N Expecto. O N
Ronchi O N Couleur : _____
Sibilances/Wheezing O N → LSD LSG LM LID LIG
Crépitants O N → LSD LSG LM LID LIG
Frottement pleural O N → LID LIG
O² dépendant O N Cyanose O N
Trachéo O N Lèvres MS MI
Commentaires : _____
Non applicable (cochez)  Antérieure
Postérieure Initiales _____

Créé par Sylvain Lavoie Groupe Roy Santé Inc. (droits réservés)

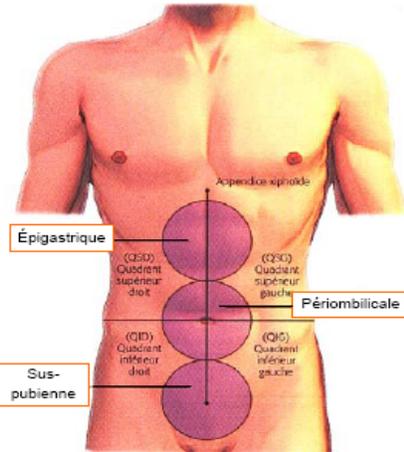
sylvain.lavoie.groys@ssss.gouv.qc.ca

EXAMEN ABDOMINAL

ATCD

Nausée O N _____
Vomissement O N Spécifiez : _____
Constipation O N _____
Diarrhée O N X (nombre) _____
Stomie O N Spécifiez : _____
Douleur _____ / 10
 Irradiation O N Spécifiez : _____

1. **Inspection** : (Cicatrices) O N spécifiez - →
 2. **Auscultation** : Péristaltisme (4) O N
 Spécifiez le cadran si absence : 1. QID 3. QSG
 2. QSD 4. QIG
 3. **Percussion** : Tympanisme _____ → spécifiez T →
 Matité _____ → spécifiez M →
 4. **Palpation** : Normal O N spécifiez X →
 Commentaires : _____



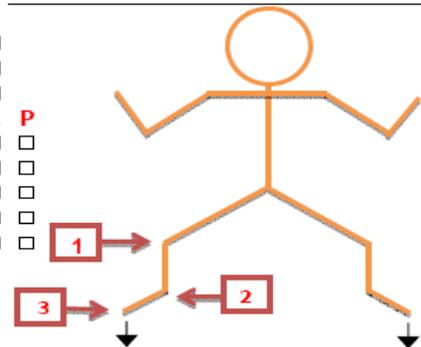
Non applicable (cochez)

Initiales

MUSCULO SQUELETTIQUE

ATCD

Alignement corporel Normal Altération Spécifiez : _____
Blessures O N **Réflexes** :
Rougeur O N 1. Rotulien O N
Oedème O N 2. Achilien O N
Position antalgique O N 3. Plantaire O N
Faciès crispé O N **Pointage** R A P
Prothèse O N Absence d'activité 0
 Spécifiez : _____ Hyporéflexie 1+
Orthèse O N Normale 2+
 Spécifiez : _____ Hyperréflexie 3+
Force musculaire Normal Altération Anormale 4+
Coordination Normal Altération
Manoeuvre de Romberg Positif Négatif



Non applicable (cochez)

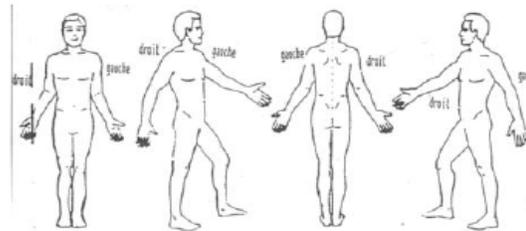
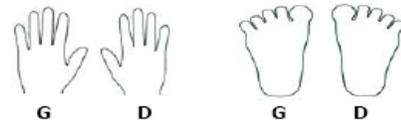
Initiales

TÉGUMENTS ET PHANÈRES

ATCD

Déshydratation {
Muqueuse buccale Normal O N
 Spécifiez : _____
Test de Turgor Frontal
 Normal O N
 Sternal
 Normal O N
Présence de plaie O N Stade _____
 Spécifiez à l'aide du schéma : _____
Échelle de Braden _____ / 23
 Commentaires : _____

Ongles MSG MSD MID MIG
 Normal
 Altération
 Spécifiez à l'aide du schéma :



Non applicable (cochez)

Signature et initiales

--	--

Légende → O : Oui N : Non

Initiales

ANNEXE 2

ÉTUDES DE CAS

Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Étude de cas: Situation d'un résident atteint d'emphysème (BPCO). Le PTI se réalise dans le contexte d'une nouvelle admission et il faut planifier les soins pour répondre aux besoins de l'ainé.

Signe : L'ainé présente de la dyspnée et une toux sans expectoration.

Examen clinique standard:

- Examen clinique respiratoire
 - 1- Anamnèse de suivi
 - Difficulté respiratoire (incluant la nuit), essoufflement, toux, expectorations, céphalée matinale, douleur thoracique, anxiété r/a condition respiratoire.
 - 2- Examen physique
 - **INSPECTION :** examen état mental (état de conscience, attention), gravité BPCO et de la dyspnée, respiration (fréquence, type, orthopnée, muscles acc.), toux, expectorations durant l'examen, cyanose, saturométrie (95 %+), exacerbations au courant du dernier mois (dyspnée, toux, exp.), poids.
 - **AUSCULTATION:** Bruits bronchiques (ronchi et sibilances), murmures vésiculaires (MV) (crépitants et sibilances), frottement pleural.

Note au dossier

Examen clinique respiratoire initial:

S : Anamnèse de suivi : Le résident se dit constamment essoufflé jour et nuit. Toux occasionnelle le matin sans expectoration. Il ne signale aucune céphalée le matin ni douleur thoracique. Se dit anxieux par sa condition respiratoire.

O : Examen physique : **INSPECTION :** alerte et attentif, BPCO de gravité modérée et dyspnée de grade 4, FR : 28 de type thoracique, régulière, présence d'orthopnée, aucune utilisation muscles accessoires, pas de cyanose, aucune toux et expectoration durant l'examen, saturométrie 90 %, 6 épisodes d'exacerbations au courant du dernier mois. Poids stable : 68 Kg (10 avril 2008), 69 Kg (10 mai 2008).

AUSCULTATION: BB : N, Face antérieure : MVN, Face postérieure : LSs : MVN, LIG : MV diminué, LID : sibilant.

I : Interventions : MD avisé, visite prévue le 19 mai 2008. PTI élaboré.

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

CONSTATS DE L'ÉVALUATION									
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés	
					Date	Heure	Initiales		
2009-04-01	10 h	1	Emphysème (2000)					Inhalo	
		2	Dyspnée de grade 4					MD	
		3	Anxiété modérée liée à sa condition respiratoire	PV					
SUIVI CLINIQUE									
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE				
					Date	Heure	Initiales		
2008-05-15	10 :00	1	Effectuer examen clinique respiratoire mensuel le 1 ^{er} du mois par inf.						
		1	Prendre SV + saturation mensuelle						
		1	Prendre poids mensuel [Dir. p. trav. PAB]						
		1	Élever la tête du lit à 45° en tout temps [Dir. p. trav. PAB]						
		1	Aviser inf. si : essoufflement, respiration sifflante et anxiété [Dir. p. Trav. PAB]						
		2	Enseigner technique respiratoire abdominale ID (19 h) jusqu'au 2008.05.29 par inf.						
		2	Évaluer dans les 72 heures, l'efficacité du traitement pulmonaire en aérosol par inf.						
		2	Faire marcher BID (11 h -15 h) pour 15 minutes [Dir. p. trav. PAB]						
		3	Accompagner pendant un mois pour intégrer le cycle de la boucle dyspnée/anxiété par inf.	PV					
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service
<i>Philippe Voyer</i>			<i>PV</i>	<i>CHSLD, U Laval</i>					

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

AH-602 DT (06-06)

Page ___

Plan de travail découlant du PTI

- Infirmière
 - Effectuer l'examen clinique respiratoire mensuel par inf. (1^{er} du mois)
 - Enseigner et faire pratiquer la technique respiratoire abdominale ID (19 h)
 - Évaluer dans les 72 heures (18 mai 2008), l'efficacité du traitement pulmonaire en aérosol et capacité d'utiliser les pompes correctement
 - Expliquer le cycle de la boucle dyspnée/anxiété
 - Enseigner la technique de respiration panique
 - Enseigner et pratiquer la visualisation pour faire face aux situations d'anxiété.

- Infirmière auxiliaire
 - Aviser inf. si dyspnée, respiration sifflante et anxiété
 - Prendre SV + saturation mensuelle. (1^{er} du mois).

- Préposée aux bénéficiaires
 - Faire marcher BID (11 h -15 h)
 - Toujours élever la tête du lit à 45°
 - Poids mensuel (1^{er} du mois).
 - Aviser inf. si dyspnée, respiration sifflante et anxiété.

SOMMEIL

Étude de cas : Résidente présentant un déficit cognitif léger. Admise depuis un mois en centre d'hébergement. Elle présente des manifestations cliniques reflétant un trouble du sommeil. Le PTI se réalise dans le contexte où la problématique était présente avant son admission (depuis environ 3 mois).

Signe : L'aînée présente les signes suivants :

- Latence d'endormissement augmentée (plus de 30 minutes)
- Éveil prolongé durant la nuit (plus de 30 minutes)
- Fatigue importante durant la journée qui l'empêche de participer aux activités.

Examen clinique standard:

- Examen clinique du sommeil
 1. Histoire de santé
 - Nature de la plainte
 - Durée et évolution des difficultés du sommeil
 - Exploration au moment du coucher, durant la nuit et fonctionnement diurne.
 2. Examen physique
 - Inspection : état de conscience et attention, agenda du sommeil (sur une semaine) et score à index de sévérité de l'insomnie de Bastien.

Note au dossier

Examen clinique dans le contexte du sommeil

S : Depuis trois mois, la résidente dit avoir de la difficulté à s'endormir et se réveille fréquemment durant la nuit. Elle se dit fatiguée durant le jour, ne participe pas aux activités. Sa famille nous indique que depuis la mort de son conjoint (3 mois), la routine du coucher de madame est modifiée (se couche à 20 h 30 alors qu'elle se couchait à 22 h 30) et ne fait plus les mêmes activités avant de se mettre au lit, dit que le bruit en centre d'hébergement la nuit la dérange, ne rapporte aucune douleur.

O : INSPECTION : Alerte et attentive, Score à l'échelle de Bastien : 16. Agenda du sommeil (sur une semaine) : se couche à 20 h tous les soirs, se lève à 6 h, se réveille en moyenne 8 fois durant la nuit, aucun épisode d'apnée du sommeil et de mouvements périodiques des membres inférieurs observés, sieste d'environ 1 h 30 en p.m. (entre 14 h et 15 h 30), somnole au fauteuil une bonne partie de la journée. Facteurs précipitants et prédisposants observés : boit deux tasses de thé au souper et fume une cigarette au fumoir vers 19 h 30. Ativan, 1 mg au coucher depuis 5 ans.

I : Md avisé et PTI ajusté.

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-03-01	10 h 30	1	Trouble du sommeil depuis 3 mois	NC	---	---	NC	
2008-03-10	13 h 30	1	Insomnie primaire	NC				Md + pharmacien
2008-03-10	13 h 30	2	Processus de deuil	NC				

SUIVI CLINIQUE							
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2008-03-01	10 h 30	1	Compléter l'agenda du sommeil x 7 jours [Dir. p. de trav. PAB].		2008-03-08	14 h	NC
			Compléter l'index de sévérité de l'insomnie de Bastien x 7 jours par inf.	NC	2008-03-08	14 h	NC
2008-03-09	14 h	1	Cesser les activités stimulantes (téléviseur, radio, marche) à 20 h [Dir. p. de trav. PAB].				
		1	Offrir un verre de lait chaud à 20 h à sa chambre [Dir. p. de trav. PAB].				
		1	Attendre que les symptômes d'endormissement (paupières lourdes, bâillements) se manifestent avant la mise au lit [Dir. p. de trav. PAB].				
		1	Éliminer les siestes durant la journée [Dir. p. de trav. PAB].				
		1	Stimuler à participer au programme d'activités physiques adaptées de 14 h [Dir. p. de trav. PAB].				
		1	Éliminer le thé au souper et les cigarettes après 18 h [Dir. p. de trav. PAB].				
		1	Évaluer l'efficacité du programme à l'aide de l'index de sévérité de l'insomnie de Bastien, le 23 avril, par inf.	NC			
2008-03-09	14 h	2	Offrir une écoute thérapeutique une fois par jour x 15 minutes par inf.	NC			

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Nancy Cyr	NC	CHSLD, U Laval			

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

Plan de travail

- Infirmière
 - Implantation d'un programme d'hygiène du sommeil (voir PTI)
 - Écoute thérapeutique une fois par jour x 15 minutes
 - Évaluer l'efficacité du programme à l'aide de l'index de sévérité de l'insomnie de Bastien (apparaîtra le 23 avril).

- Infirmière auxiliaire
 - Éliminer les siestes durant la journée
 - Stimuler à participer au programme d'activités physiques adaptées de 14 h
 - Éliminer le thé au souper et les cigarettes après 18 h.

- Préposée aux bénéficiaires
 - Éliminer les siestes durant la journée
 - Cesser les activités stimulantes à 20 h
 - Offrir un verre de lait chaud à 20 h à sa chambre
 - Attendre que les symptômes d'endormissement (paupières lourdes, bâillements) se manifestent avant la mise au lit
 - Éliminer le thé au souper et les cigarettes après 18 h.

ERRANCE

Étude de cas : Monsieur Lamarche est âgé de 73 ans. Il est atteint d'une démence vasculaire. Il a été admis en centre d'hébergement, il y a un mois. Monsieur est un ancien fonctionnaire, amateur de musique classique et de golf. Il est en bonne condition physique. Il ne peut communiquer verbalement, ne peut décoder le sens d'une question, ne comprend pas les consignes. Il est désorienté dans le temps et l'espace. Il partage sa chambre avec M. Lavoie qui pousse des cris de façon intermittente toute la journée mais surtout lorsqu'il est stimulé (soins d'hygiène, repas, visites).

Bien qu'il soit pacifique, depuis deux jours, monsieur Lamarche dérange les autres personnes et les visiteurs car il entre dans les chambres et s'empare des objets des autres. Il déambule constamment, il ne prend aucune pause et devient épuisé en fin de soirée. De plus, il fait peur aux résidents qu'il croise lorsqu'il déambule en leur présentant un faciès crispé et en émettant un sifflement qu'il produit constamment avec sa bouche, en aspirant et expirant l'air entre ses dents. L'hétérogénéité de la clientèle de cette unité fait en sorte que ces intrusions constantes sont dérangeantes pour les autres résidents.

Signe (pour des fins pédagogiques, nous nous intéressons uniquement aux signes d'errance dans cette étude de cas) :

- L'aîné entre dans les chambres des autres résidents et s'empare de leurs objets.

Examen clinique standard:

Malaise dominant :

Anamnèse aiguë :

P :
Q :
R :
S :
T :

Examen physique

INSPECTION : État de conscience et attention, Grille pour quantifier (fréquence et sévérité) le signe comportemental, podologie, risque de chute.

PALPATION : douleur ou malaise.

Note au dossier :

Examen clinique dans le contexte de l'errance.
Malaise dominant : errance constante.

SO : Anamnèse aiguë

P : Cris de son voisin de chambre, ennui, douleur, désorientation spatiale. Aucune mesure palliative.

Q : Marche lente et continue, visage vers le sol, sans période de repos, invasive, sans circuit stéréotypé. Tendence à entrer dans les chambres ou les pièces calmes et sombres. Marche du lever jusqu'en fin de journée, difficile de le faire asseoir lors des repas.

R : N/A

S : Faciès crispé, sifflement constant.

T : Depuis deux jours et l'errance est constante.

Examen physique :

INSPECTION : Alerté et attentif. PACSLAC complété en lien avec le faciès crispé : score de 2 non suggestif d'une douleur. Errance évaluée avec 2 items de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (items 1 et 14, score maximum : 14) : 13. Inspection podologique : aucune lésion ou rougeur aux pieds, chaussures adaptées. Aucune perte d'équilibre durant la marche. Il ne participe pas aux activités offertes.

PALPATION : aucun signe de douleur à la palpation MS, MI, abdomen et région dorsale.

I : Interventions : Événement ajouté à la feuille de visite médicale et PTI ajusté.

PTI (rappel que pour des fins pédagogiques, ce PTI ne fait mention que du constat d'errance).
Remarquer dans le PTI, que suite à la rencontre avec la famille, de nouvelles directives ont été ajoutées en relation avec les activités préférées de monsieur Lamarche.

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

M. LAMARCHE

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-03-15	10 : 00	1	Démence de type vasculaire (2000)	LK				
		2	Errance invasive constante x deux jours	LK				Ed. phys.
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2008-03-15	10 : 00	2	Déterminer la fréquence et identifier les facteurs en cause de l'errance au moyen de la grille d'observation clinique x 3 jours.		2008-03-18	14 : 00	LK	
		2	Compléter l'histoire biographique par inf.		2008-03-19	20 : 00	LK	
		2	Aviser l'infirmière si signe de fatigue tel que plier les jambes durant la marche [Dir. p. trav. PAB].	LK				
2008-03-19	20 : 00	2	Conduire dans la salle de musique, faire écouter musique classique, si errance invasive [Dir. p. trav. PAB].					
		2	Accompagner pour une marche à 14 h tous les jours pendant 10 minutes [Dir. p. trav. PAB].					
		2	Évaluer fréquence de l'errance invasive avec l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield, q 2 sem., le mardi par inf.	DH				

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Lise Kasprzak	LK	CHSLD, U Laval			
Diane Heppel	DH	CHSLD, U Laval			

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

Plan de travail

- Infirmière
 - Faire recadrage avec les membres de l'équipe au besoin.
 - Évaluer l'effet escompté des activités occupationnelles le mardi aux 2 semaines.
- L'infirmière auxiliaire :
 - Aviser l'infirmière si signe de fatigue ou de faiblesse, tel que plier les jambes.
- Préposée aux bénéficiaires :
 - Si errance, conduire monsieur dans la salle de musique et faire écouter de la musique classique.
 - Accompagner pour une marche à 14 h à tous les jours pendant 10 minutes.
 - Aviser l'infirmière si signe de fatigue ou de faiblesse tel que plier les genoux

DELIRIUM

Étude de cas : Mme Sirois – Delirium (adapté de : Voyer, 2006 : chap. 7, pp. 117 - 126).

Âgée de 82 ans et vivant depuis 4 mois dans une chambre semi-privée d'un CHSLD. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer et présente 3 autres problèmes de santé : hypertension, arthrose et insomnie. Au cours des deux derniers mois, elle a chuté à 2 reprises. Depuis, la majeure partie du temps, elle est immobilisée à l'aide d'une contention physique. Au cours du dernier mois, elle a tendance à avoir des comportements agressifs. Ainsi, parfois, elle frappe, crache ses médicaments ou empoigne fermement le personnel lors des soins.

Elle prend 6 médicaments : Aricept (Alzheimer); Norvasc et Lasix (HTA); Novasen (arthrose); Ativan (au coucher); Risperdal (comportements agressifs), ce dernier depuis 5 jours.

Au cours de la dernière semaine, l'infirmière auxiliaire a noté au dossier que Mme Sirois était plus amorphe à certains moments. Lors de la toilette et de l'habillement, le préposé aux bénéficiaires rapporte qu'il fallait lui répéter à plusieurs reprises les demandes qu'elle comprenait bien habituellement. Toutefois, Mme Sirois n'était pas ainsi tous les jours. L'infirmière discute de la situation avec une collègue, qui lui signale que Mme Sirois fonctionnait très bien mardi matin et mercredi après-midi, mais était léthargique le mercredi matin. D'autres infirmières suggèrent de ne pas trop s'inquiéter, car tout le monde a de mauvaises périodes.

Signe : L'aînée présente une fluctuation de son état mental, de la léthargie et depuis quelques jours, on a noté une diminution de l'autonomie fonctionnelle aux AVQ.

Examen clinique standard:

- Examen clinique de l'état mental

Malaise dominant :

- Anamnèse aiguë :

- P :
- Q :
- R :
- S :
- T :

- Examen physique

- INSPECTION : état de conscience et attention. Compléter une échelle de mesure telle que le *Minimal Data Set-2 (MDS-2)* ou le *Confusion Assessment Method (CAM)*.

Note au dossier

Examen clinique de l'état mental

Malaise dominant : léthargie

S : Anamnèse aiguë :

P : Aucun événement significatif ou accident n'a été repéré par les soignants ni par la fille. Risperdal ajouté depuis 5 jours. Aucune mesure palliative.

Q : Léthargie, ouvre les yeux à la stimulation verbale.

R : N/a

S : Au cours des 2 derniers jours et selon l'équipe soignante, présente symptômes fluctuants suivants : ↓ autonomie fonctionnelle dans les AVQ, fonctions mentales variables. Fille inquiète par la situation, dit trouver sa mère moins bien et se pose beaucoup de questions sur la démence de type Alzheimer (DTA).

T : Depuis 2 jours, de façon intermittente, léthargie présente plusieurs fois par jour (2-4 fois).

O : Examen physique :

INSPECTION : Entrevue difficile par manque d'attention et réponses incompréhensibles. Communication : parle peu de façon spontanée; ne répond pas toujours aux questions et propos incohérents. Voix basse et quasi inaudible. Présente une difficulté majeure à voir/repérer les objets (n'est pas en mesure de prendre le verre sur la table). Garde les yeux fermés en quasi continuité, les ouvrent sur stimulation verbale. Fluctuation du niveau de collaboration lors des AVQ. Périodes d'agitation vs périodes où la personne est amorphe (n'offre aucune aide lors de l'habillement). Inattention + léthargie + fluctuation + installation récentes des symptômes : CAM+ (portrait clinique d'un delirium).

I : Interventions : PTI ajusté et MD avisé.

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

Mme Sirois

Delirium

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-02-15	10 :00	1	Démence de type Alzheimer (2001) stade 6 de Reisberg.	SR				
2008-04-10	14 :00	2	Portrait clinique d'un delirium	SR				MD
2008-04-10	14 :00	3	Risque d'étouffement	SR				

SUIVI CLINIQUE							
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2008-04-10	14 :00	2	Compléter le MDS-2 ID jusqu'à disparition des symptômes du delirium.				
		2	Aviser inf. si score 2 à l'un des items MDS-2.				
		2	Aviser inf. si : changement dans l'état mental (sommolence, comportement) [Dir.p.trav.PAB].				
		3	Lever la tête du lit à 90° lors de l'alimentation et hydratation [Dir.p.trav.PAB].				
		3	Aviser inf. si : signes d'aspirations pulmonaires (étouffements, respiration sifflante et difficile) [Dir.p.trav.PAB].	SR			

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Sylvie Rey	SR	CHSLD Ulaval			

Plan de travail

- Infirmière
 - Vérifier la présence des symptômes avec le MDS-2 (complété par l'infirmière auxiliaire)
 - Effectuer examen clinique global pour identifier les facteurs prédisposants du delirium probable
 - Effectuer examen de l'environnement pour identifier les facteurs précipitants du delirium probable.
- Infirmière auxiliaire
 - Compléter le MDS-2 ID jusqu'à disparition des symptômes
 - Aviser inf. si score 2 à l'un des items MDS-2
 - Aviser inf. si : changement dans l'état de conscience et les comportements
 - Attention à l'aspiration pulmonaire lors de l'administration des médicaments r/à léthargie.
- Préposée aux bénéficiaires
 - Aviser inf. si : somnolence et changements dans les comportements tels qu'opposition aux soins, combativité, etc.
 - Attention à l'aspiration pulmonaire lors de l'alimentation/hydratation r/à somnolence (tête de lit à 90°)
 - Surveillance étroite lors des déplacements en raison de la somnolence.

Note concernant les instruments de détection du delirium :

- Le CAM permet à l'infirmière de confirmer une impression clinique de delirium; cet outil est utile pour la détection et ne peut être utilisé que par l'infirmière.
- Le MDS-2 permet de surveiller la présence ou l'absence des symptômes de delirium; cet outil est utile pour la surveillance quotidienne d'un delirium et permet de préciser l'évolution des symptômes. Il peut être complété par l'infirmière auxiliaire.

RISQUE DE CHUTE

Étude de cas : Mme Gravel âgée de 85 ans présente une démence mixte (Alzheimer et vasculaire) (MEEM : 17/30), un souffle aortique, une dégénérescence maculaire et une hypotension orthostatique.

Elle est hébergée en CHSLD depuis 8 mois et présente un historique de chutes fréquentes, incluant une fracture récente de la hanche droite il y a 6 mois. Au courant du dernier mois, bien que l'intensité des soins de réadaptation ait été réduite, madame circule de façon de plus en plus autonome. Elle n'a pas chuté au cours des 4 dernières semaines, mais présente à l'occasion des pertes d'équilibre. L'infirmière souhaite réévaluer son risque de chute.

Signe : L'aînée présente des pertes d'équilibre

Examen clinique initiale chute standard :

Anamnèse initiale

- Vision, étourdissements, perte d'équilibre, douleur aux pieds.

Examen physique

- INSPECTION : examen état mental (état de conscience, attention), grille d'analyse du risque de chute (voir page : 243 dans Voyer; 2006).
- PALPATION :

Routine de base

- Force musculaire (MS et MI)
- Coordination MS + proprioception (doigt-nez : yeux ouverts et fermés)
- Toucher superficiel (main et cheville)
- Coordination MI (talon-tibia)
- Debout :
 - Pieds collés, yeux ouverts
 - Test de Romberg.

Tests optionnels

Sensoriel :

- Douleur
- Proprioception : situer doigt/orteil
- Vibration : diapason

MS : Coordination : doigts ou main-cuisse

MI : Équilibre : une jambe, démarche talon-orteil Réflexes : rotulien, achilléen, plantaire.

Note au dossier

Examen clinique chute (réévaluation)

S : Anamnèse :

Mme dit ne pas avoir de problème visuel, dit avoir des étourdissements occasionnels ainsi que des pertes d'équilibre. Ne se plaint pas de douleurs aux pieds.

O : Examen physique :

INSPECTION : Alerté et attentive, circule en nécessitant un appui (rampe ou une personne), faciès crispé à l'occasion. T.A. (bras gauche) couchée : 124/70, pls : 64, debout : 104/68, pls : 75. Risque de chute élevé : score de 18.

PALPATION : force musculaire MS et MI normaux. Coordination MS et proprioception (doigt et nez : yeux ouverts et fermés) normaux. Touchers superficiels (main, cheville) normaux. Coordination (talon-tibia) : MIG : N et MID : impraticable due à sa prothèse de la hanche droite. Debout : pieds collés : N ; Test de Romberg : N.

I : Interventions : PTI ajusté et MD avisé.

À NOTER QUE LE CONTENU DU PTI POURRAIT ÊTRE DIFFÉRENT SELON LES OUTILS UTILISÉS DANS VOTRE CHSLD. DE PLUS, POUR DES FINS PÉDAGOGIQUES, ON TRAITE UNIQUEMENT DU 3^E ET 4^E CONSTATS DANS CE PTI.

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

Mme G

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2008-06-06	10 :00	1	Démence mixte (Alzheimer et vasculaire; 2000)	DG				
2008-06-06	14 :00	2	Fracture de la hanche droite (2008-01-06)	HL				Physio
2008-06-06	14 :00	3	Risque de chute	HL				
2008-06-06	14 :00	4	Hypotension orthostatique	HL				MD

SUIVI CLINIQUE							
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
		1	-----				
		2	-----				
2008-06-06	14 :00	3	Évaluer le risque de chute à l'aide de l'outil de dépistage q 2 mois par inf.	HL			
		3	Aviser infirmière si : pertes d'équilibre et démarche chancelante [Dir. au p. trav. PAB].	HL			
		3-4	Contrôler signes vitaux (T/A couché / debout) deux fois par semaine.	HL			
		4	Appliquer les principes du changement de position et du lever en étape (Dir. au p. trav. PAB).	HL			

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Denis Gagnon	DG	PTI-CHSLD U. Laval			
Harriet Lépine	HL	PTI-CHSLD U. Laval			

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

Plan de travail de :

- Infirmière
 - Évaluer le risque de chute à l'aide de la grille d'analyse du risque de chute aux deux mois (prochaine évaluation : 2008-08-06).
- Infirmière auxiliaire
 - Contrôler signes vitaux (T/A couché / debout) deux fois par semaine (mardi et jeudi)
 - Appliquer les principes du changement de position et du lever en étape
 - Aviser infirmière si : pertes d'équilibre et démarche chancelante.
- Préposée aux bénéficiaires
 - Appliquer les principes du changement de position et du lever en étape
 - Aviser infirmière si : pertes d'équilibre et démarche chancelante.
 - S'assurer que le système TABS est en place.

