



RESSOURCES EDUCATIONNELLES MEDICALES ET LINGUISTIQUES EN SOINS PALLIATIFS

Ressources éducationnelles créées dans le cadre du projet Erasmus + Programme

**Cours en ligne avec support vidéo pour le domaine des soins palliatifs et la
communication médicale**

(Réf. 2014-1-RO01-KA203-002940)



Ce projet a été financé avec le soutien de la Commission européenne.
Cette publication n'engage que son auteur et la Commission n'est pas responsable de l'usage qui
pourrait être fait des informations qui y sont contenues..

Editura "Gr. T. Popa" UMF Iasi, 2017

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Ressources éducationnelles médicales et linguistiques en soins palliatifs /

ed.: Ovidiu Petriș, Anca Colibaba. - Iași : Editura Gr.T. Popa, 2017

Conține bibliografie

ISBN 978-606-544-482-9

I. Petriș, Ovidiu Rusalim (ed.)

II. Colibaba, Anca Cristina (ed.)

61

Ressources éducationnelles créées dans le cadre du projet Erasmus + Programme Cours en ligne avec support vidéo pour le domaine des soins palliatifs et la communication médicale (Réf. 2014-1-RO01-KA203-002940)

Include:

20 procédures pédagogiques en soins palliatifs

20 unités d'apprentissage de la langue pour la communication médicale

2 DVD avec du matériel audio-vidéo et du matériel de support supplémentaire.

Les ressources éducationnelles et linguistiques médicales dans les soins palliatifs figurant dans cette publication sont la composante des cours en ligne MedLang, disponibles au lien suivant: www.medlang.eu/course

Copyright© 2014-2017 Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T.Popa” Iași. Tous les droits sont réservés.

“Grigore T.Popa” UMF Iasi est le bénéficiaire du projet Erasmus + Cours en ligne avec support vidéo pour le domaine des soins palliatifs et la communication médicale, Réf. 2014-1-RO01-KA203-002940.

Aucune partie de ce volume ne peut être copiée ou transmise par tous les moyens, électroniques ou mécaniques, y compris par photocopie, sans une préalable permission écrite du partenaire du projet 2014-1-RO01-KA203-002940.

Partenariat

Roumanie



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA IAȘI

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași

Web site: www.umfiasi.ro

Contact: Ovidiu Petris, ovidiupetris@yahoo.com



UNIVERSITATEA
TRANSILVANIA
BRAȘOV

Universitatea Transilvania Brașov

Web site: www.unitbv.ro

Contact: Mosoiu Daniela, daniela.mosoiu@hospice.ro



EUROED

Fundatia EuroEd Iași

Web site: www.euroed.ro

Contact: Anca Colibaba, acolib@euroed.ro



Institutul
Regional de
Oncologie Iași

IRO

Institutul Regional de Oncologie Iași

Web site: www.iroiasi.ro

Contact: Mirela Grosu, manager@iroiasi.ro

Belgique



KdG

Karel de Grote
Hogeschool

Karel De Grote Hogeschool Katholieke Hogeschool Antwerpen

Web site: www.kdg.be

Contact: Bart Geurden, bart.geurden@kdg.be

Espagne



**Universidad
Europea**

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES

Universidad Europea De Madrid SL

Web site: www.uem.es

Contact: Benjamin Herreros, benjamin.herreroruizvaldepenas@uem.es

Italie



A.S.L. TO3

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

Azienda Sanitaria Locale TO3

Web site: www.aslto3.piemonte.it

Contact: Michele Presutti, mpresutti@aslto3.piemonte.it



PIXEL
ASSOCIAZIONE

Pixel Associazione Culturale

Web site: www.pixel-online.net

Contact: Elisabetta Delle Donne, eli@pixel-online.net



CONNECTIS
WEB APPLICATIONS TECHNOLOGY

Connectis

Web site: www.connectisweb.com

Contact: Riccardo Rossi, r.rossi@connectisweb.com

Éditeurs / Coordonnateurs:

Colibaba Cristina Anca

Petris Ovidiu Rusalim

Principaux auteurs:

Bonansea Alessandro, Colibaba Cristina Anca, Geurden Bart, Moşoiu Daniela, Petris Ovidiu Rusalim, Poroeh Vladimir, Valenti Emanuele

Co-auteurs:

Claes Laura, Jannsens Stef, Stevens An, Vandevijvere Herman, Vercauteren Tinne, Carozzo Antonella, De Marie Daniela, Giordano Antonio, Grigolo Sabrina, Pons Andrea, Ramonda Evelin, Antohe Ileana, Arhip Cristian, Azoicai Doina, Colibaba Cintia Lucia, Colibaba Stefan, Colibaba Stefana Anais, Cretu Ioana, Crucianu Liliana Nicoleta Dinu Claudia, Drugus Daniela, Dumea Raluca, Gardikiotis Rodica, Gheorghiu Elza, Gheorghiu Emanuela, Grecu Ioana, Mercas Alice, Nistor Ionut, Pascu Alina, Stoica Alexandra, Volovat Simona, Coca Cristina, Moreno Beatriz, Real de Asua Diego, Ruiz Valdepeñas Benjamin Herreros, Velasco Tyra

Édition / Graphisme:

Ionel Andreea

Rossi Riccardo

Editeur de vidéo:

Zamosteanu Dragos

Les critiques scientifique:

Alexa Ioana Dana

Tarcoveanu Eugen

Sommaire

ARGUMENT	7
LA RÉALISATION DU CATHÉTÉRISME VÉSICAL (LA SONDE FOLEY) - APPAREIL URO-GÉNITAL FÉMININ .	9
Procédure médicale	10
Unité linguistiques.....	17
LA RÉALISATION DE LA PARACENTÈSE	21
Procédure médicale	22
Unité linguistiques.....	26
LA PERFUSION SOUS-CUTANÉE AVEC LE PORTABLE POMPE SERINGUE	31
Procédure médicale	32
Unité linguistiques.....	36
PASSAGE DU DÉCUBITUS DORSAL SOUTENU AU DÉCUBITUS LATÉRAL SOUTENU	41
Procédure médicale	42
Unité linguistiques.....	47
LA CONSPIRATION DU SILENCE - APPROCHE DE LA COLLUSION	51
Procédure médicale	52
Unité linguistiques.....	56
ÉCOUTE ACTIVE ET RÉPONSE EMPATHIQUE	61
Procédure médicale	62
Unité linguistiques.....	66
COMMUNICATION DU DIAGNOSTIC DANS UNE MALADIE GRAVE (DONNER DE MAUVAISES NOUVELLES)	71
Procédure médicale	72
Unité linguistiques.....	74
L'ÉVALUATION SPIRITUELLE	79
Procédure médicale	80
Unité linguistiques.....	83
LA RÉALISATION DE L'ALIMENTATION AU LIT DU PATIENT	87
Procédure médicale	88
Unité linguistiques.....	94
HYGIENE BUCCO-DENTAIRE	99
Procédure médicale	100
Unité linguistiques.....	108
LA TOILETTE DU PATIENT - TOILETTE AU LIT - LAVER UN PATIENT ALITÉ EN UTILISANT DE L'EAU ET DU SAVON	113

Procédure médicale	114
Unité linguistiques.....	118
ÉVALUATION DE LA DOULEUR - MESURER LA DOULEUR CHEZ LES PATIENTS ADULTES CONSCIENTS EN UTILISANT L'ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)	123
Procédure médicale	124
Unité linguistiques.....	126
PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS CONTRE LA DOULEUR EN CONFORMITÉ AVEC L'ÉCHELLE ANALGÉSIQUE DE L'OMS.....	131
Procédure médicale	132
Unité linguistiques.....	135
LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	139
Procédure médicale	140
Unité linguistiques.....	144
DISCUSSION SUR LES SOINS EN FIN DE VIE (LIEU DES SOINS, TRAITEMENT AGRESSIF, DNR – NE PAS RESSUSCITER)	149
Procédure médicale	150
Unité linguistiques.....	152
GESTION DE LA PHASE TERMINALE.....	157
Procédure médicale	158
Unité linguistiques.....	161
PRÉVENTION DES ESCARRES LE CHANGEMENT DE POSITION	167
Procédure médicale	168
Unité linguistiques.....	172
ÉVALUATION DU NIVEAU DE CONSCIENTISATION DU PATIENT SUR SA MALADIE	177
Procédure médicale	178
Unité linguistiques.....	180
LE RÉSEAU RELATIONNEL D'APPUI DES PATIENTS	185
Procédure médicale	186
Unité linguistiques.....	188
RÉPONSE AUX BESOINS DES SOIGNANTS.....	193
Procédure médicale	194
Unité linguistiques.....	197
BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE	201

ARGUMENT

Pourquoi MedLang? Pourquoi une médecine palliative? Pourquoi un MOOC interdisciplinaire?

Medlang est apparu comme une conséquence de certaines demandes urgentes de plusieurs pays européens. Avant tout, ces demandes découlent du manque d'une approche professionnelle cohérente et standardisée des problématiques liées à la médecine palliative. Donc, les partenaires du projet Erasmus+ 2014-1-RO01-KA203-002940 ont négocié des solutions adéquates pour répondre à ce défi et pour partager les résultats de leur effort commun avec le plus grand nombre d'acteurs possible intéressés non seulement en Europe, mais aussi dans le monde entier.

Les aspects liés à la mobilité globale, notamment le besoin de force de travail, les mobilités d'étude, celles personnelles ou l'affaire des réfugiés en Europe, transposent le sujet des soins palliatifs, au début un problème surtout médicale, administratif ou financier, en un nouveau paradigme de la langue et de la communication, de la culture, de la religion, des valeurs. Le partenariat stratégique roumain-belge-italien-espagnol, réunissant des institutions médicales et éducationnelles, d'état ou privées, a abordé le sujet de la médecine palliative et les zones associées à la lumière des contextes institutionnels spécifiques et en se rapportant à l'image du présent. Les auteurs internationaux de l'ouvrage sont, par conséquent, conscients que la perspective proposée est limitée au périmètre géographique choisi et aux besoins du moment. En même temps, ceux-ci sont persuadés que l'ouvrage comble un espace relativement vide dans le domaine visant l'approche standardisée, conforme à l'infrastructure existante, mais aussi les priorités contextuelles liées aux stratégies médicales nationales, les valeurs et les politiques culturelles.

Les documents rassemblés dans le volume témoignent de l'orientation promue de commun accord par les partenaires contributeurs: une sélection de procédures de base, les plus représentatives, en médecine palliative, conformes aux développements les plus récents dans le domaine, et puis la communication en six langues concernant les procédures et les films qui démontrent leur mise en oeuvre. À partir d'un inventaire de plus de 50 procédures, les négociations à l'intérieur du partenariat ont réduit la liste à 20 interventions et types de communication qui visent les approches médicales courantes des pays impliqués aussi bien que les tendances actuelles, comme la médecine par le dialogue, les valeurs interculturelles et la célébration de la diversité de croyances et pratiques.

Pour se faire une idée du type de décisions et de généralisations qui ont nécessité une attention minutieuse avant de commencer le travail proprement dit sur les items sélectionnés, il est important de mentionner que les partenaires et les auteurs du volume ont dû décider la quantité d'informations nouvelles dans le domaine, de chaque pays, qui allait être introduite dans cet inventaire générique de procédures et de valeurs (par exemple, la législation et les procédures opérationnelles en Belgique sur l'euthanasie dans le cas des adultes et des enfants). Les sujets choisis varient de l'hygiène orale et du déplacement du patient dans le lit ou son alimentation, jusqu'à la communication des mauvaises nouvelles ou le syndrome d'épuisement, le processus impliquant un grand nombre d'interlocuteurs: patients hospitalisés ou en ambulatoire, familles, aide-soignantes, infirmières et médecins.

Un autre objectif du volume est celui de livrer des ressources modernes qui visent la professionnalisation des spécialités médicales de médecine palliative dans les pays intéressés, y compris la Roumanie en tant que partenaire coordinateur du projet, et dans d'autres régions de l'Europe, dans des régions ayant moins d'expérience dans l'appropriation formelle de cette filière médicale en tant qu'offre pour l'enseignement supérieur ou pour les écoles d'infirmières. À partir de la Faculté de Médecine de Braşov, où il existe depuis plus de 5 ans le seul programme de master en médecine palliative de Roumanie, ayant ensuite comme Partenaire Associé Casa Speranței de Braşov (le premier établissement de médecine palliative fondé en Roumanie au milieu des années '90) et arrivant à ces 20 procédures validées par le plus grand hôpital oncologique de Iaşi, Roumanie, les documents élaborés dans le cadre du projet répondent sur le plan professionnel à l'aspiration initiale.

L'approche interdisciplinaire, qui relie le domaine médical et celui du système de soins et de l'éducation à la fois, se trouve à l'origine de cet ouvrage. En offrant aux praticiens de la médecine des ressources éducationnelles de valeur, le volume fournit à la fois un soutien important aux formateurs et

aux stagiaires visant une communication efficace en plusieurs langues (anglais, français, espagnol, italien, flamand) sur les sujets médicaux identifiés. Le besoin d'une telle approche a été signalé depuis plus de 10 ans par des diplômés des universités médicales et des écoles d'infirmières qui se confrontent chaque jour à des problèmes de communication professionnelle, et non seulement s'ils travaillent à l'étranger. Le support vidéo, les autoévaluations ou les évaluations collégiales qui vérifient le niveau de compétences /habiletés médicales et de communication contribuent, à leur tour, à l'autonomie dans l'apprentissage.

En parallèle avec le volume publié, qui s'adresse surtout à ceux qui préfèrent apprendre d'après le manuel, un support technologique spécifique a été élaboré. Certes, nous sommes conscients que le nombre d'utilisateurs traditionnels baissera bientôt, mais nous considérons qu'il est opportun de les informer que les documents sont intégralement disponibles sur le site du projet www.medlang.eu. Nous sommes confiants que les utilisateurs du volume adopteront le style mixte, explorant ainsi les ressources existantes sous forme numérique. Nous pensons que l'explication de ce transfert réside dans la pédagogie spécifique du cours du type MOOC, qui facilite une manière d'apprentissage différente, fondée sur des réseaux, des contenus et tâches de travail. La collaboration avec des personnes intéressées à une tâche de travail médicale ou de communication rajoute une signification à cette tâche, vérifiant en même temps le degré d'efficacité des compétences des participants. De plus, les stratégies actuelles de l'éducation moderne favorisent le développement des habiletés, en acceptant l'importance du curriculum fondé sur des compétences. À cet égard, le volume est complété avec des CD à contenu vidéo et avec d'autres ressources d'apprentissage qui offrent la solution en concordance avec ce type d'approche. Les utilisateurs intéressés à exprimer une opinion professionnelle, à consolider leur argumentation, ou à structurer les capacités d'autoévaluation sont invités à utiliser les forums de discussions de la plateforme disponible et à devenir des participants actifs sur des sujets d'intérêt.

L'invitation d'apprendre dans son propre rythme, d'après le projet d'étude, est intrinsèque au volume et à MOOC à la fois, le dernier donnant priorité aux activités collaboratives et aux interactions inter-collégiales ou entre le formateur et le stagiaire pour un échange d'idées, un débat et une argumentation. Certaines tâches de travail offrent la satisfaction de la co-crédation de connaissances, par exemple celles fondées sur des valeurs culturelles et religieuses.

La qualité des connaissances acquises est mesurée par le biais de certains paramètres comme l'originalité, la documentation, une ambiance positive pendant les discussions, l'échange d'idées (turn taking), les compétences du modérateur, les modèles de succès votés par les stagiaires, la précision de la simulation. Dans le livre et dans le MOOC à la fois l'apprentissage invite à la réflexion et aux modalités de s'entraîner à base de portfolio numérique et des vidéos. Les styles individuels d'apprentissage sont entraînés par l'apprentissage linéaire du livre, l'apprentissage interactif, l'apprentissage par des activités (by doing) et par des clips vidéo. MOOC a un design technologique qui facilite la dissémination des activités des participants par une ou plusieurs plateformes dans un milieu ouvert, avec libre accès et une invitation à une participation massive, offrant aux stagiaires et aux formateurs le sentiment d'une communauté de pratique avec un accent non dissimulé sur le processus d'apprentissage. MOOC dispose, pourtant, d'un système interne plus cohérent d'évaluation et d'accréditation des connaissances et des compétences en comparaison avec le livre, le dernier étant plus adapté à des situations d'éducation face à face, comme instrument d'apprentissage pour le développement professionnel permanent et pour la formation à l'aide des simulations.

En conclusion, l'ouvrage et, en l'occurrence, le cours en ligne MOOC fonctionnent comme des instruments indépendants et en même temps complémentaires qui viennent à l'appui des praticiens, des étudiants, du grand public qui désirent s'informer sur la médecine palliative et sur les processus de communication associés. Les documents représentent le produit final de certaines stratégies pédagogiques qui associent l'apprentissage traditionnel aux nouvelles tendances qui impliquent l'interaction, l'appropriation des rôles et des responsabilités des formateurs et des stagiaires à la fois.

Éditeurs



LA RÉALISATION DU CATHÉTÉRISME VÉSICAL (LA SONDE FOLEY) - APPAREIL URO-GÉNITAL FÉMININ

Procédure médicale

Unité linguistiques



LA RÉALISATION DU CATHÉTÉRISME VÉSICAL (LA SONDE FOLEY)

LA RÉALISATION DU CATHÉTÉRISME VÉSICAL (LA SONDE FOLEY) - APPAREIL URO-GÉNITAL FÉMININ

<p>La réalisation d'une communication directe avec l'intérieur de la vessie urinaire (son contenu) par l'intermédiaire d'un tube médical spécialement conçu dans ce but (la sonde Foley) introduit jusque dans la vessie et dirigé par l'urètre.</p>		<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> P
<p>1. Évaluation rapide de la présence des fonctions vitales (la présence de conscience, mobilité, respiration, parler) -fonctions vitales présentes -arrêt cardio-respiratoire Bonjour. Mon nom est.....je suis le médecin/l'infirmier qui va vous examiner aujourd'hui.</p>		<p>0 2 5</p>
<p>2. Pourriez-vous confirmer, s'il vous plaît, votre nom.....(ou vérification du bracelet d'identification, s'il est disponible) Et votre date de naissance..... Merci (<i>on évite ainsi la confusion entre les patients et la mise en œuvre du protocole chez un autre patient que celui indiqué. De même, on évite des questions telle « Vous êtes Monsieur Popescu ? » ce qui pourrait générer une confirmation fautive à cause d'une réponse « Oui » donnée automatiquement par un patient peu connecté à la discussion avec le personnel médical</i>) Correspondance avec la fiche d'observation médicale pour Nom .../ Date de naissance</p>		<p>ESSENTIEL</p>
<p>3. Création d'une atmosphère intime pour l'examen (chambre avec un seul lit, rideaux etc.) Je vais placer une sonde au niveau de la vessie urinaire pour la vider directement dans des récipients spécialement conçus (ce qu'on va faire)</p>		<p>0 1 3</p>
<p>4. C'est un geste qui suppose le passage d'un tube flexible par les zones associées à l'urination. La technique est en général simple à effectuer. Cela n'implique pas d'incision ou de ponction. Ce n'est pas douloureux. (en quoi consiste le geste)</p>		<p>0 1 3</p>
<p>5. Il est très important que vous soyez calme, relâchée, pendant la procédure. Quand on va vous le demander, restez s'il vous plaît sans changer la position de votre corps et de vos jambes, en gardant celle fixée par nous, afin que nous puissions introduire la sonde de façon à ne pas toucher des zones de microbes. De même, quand on va vous le demander, inspirez profondément et puis expirez, respirez profondément, lentement, sans forcer, plusieurs fois de suite (comment peut contribuer la patiente)</p>		<p>0 1 3</p>
<p>6. L'élimination du contenu de la vessie urinaire est un élément important de votre état médical. C'est en fonction de cela que nous nous décidons les médicaments que nous allons vous recommander. (<i>à quoi sert l'examen qui suit</i>)</p>		<p>0 1 3</p>
<p>7. Est-ce que j'ai réussi à bien vous expliquer le geste ? Voudriez-vous me poser des questions sur le geste qui suit ?</p>		<p>ESSENTIEL</p>
<p>8. Savez-vous quand et combien vous avez uriné la dernière fois ? (évaluation de la perception que la patiente a de sa santé et de son intérêt pour la santé)</p>		<p>0 1 3</p>
<p>9. Est-ce que vous avez jamais eu une sonde urinaire ? À l'occasion d'autres opérations antérieures peut-être ?</p>		<p>0 1 3</p>
<p>10. Êtes-vous allergique à quelque chose ? Aux produits de caoutchouc, iode,</p>		<p>ESSENTIEL</p>

	sparadrap ? (évaluation d'une possible allergie au latex des gants ou de la sonde urinaire)	
11.	Êtes-vous d'accord avec le prélèvement de produits biologiques? (évaluation des convictions personnelles à l'égard du prélèvement des produits biologiques)	ESSENTIEL
12.	Quand avez-vous mangé la dernière fois ? (si c'est possible, il est préférable de ne pas faire le cathétérisme vésical immédiatement avant ou après le repas de la patiente)	0 1 6
13.	La sélection de la sonde Foley (caractéristiques techniques) à utiliser dans la situation clinique respective, si cela n'est pas spécifié dans les documents médicaux de la patiente. L'évaluation des documents médicaux de la patiente du point de vue de l'âge et du sexe : -enfant – sonde avec le diamètre de 8-10 (circonférence externe de 2,7-3,4mm) longueur de 30cm, avec un ballonnet de 3ml; -adulte – sonde avec le diamètre de 14-18 (4,7-6mm) avec un ballonnet de 5ml. (une taille plus petite du ballonnet permet au bout distal de la sonde, avec les œils de drainage, un positionnement à un niveau plus proche du point urétral de la vessie urinaire, ce qui permet qu'elle se vide complètement), une longueur de 23-26 cm;	0 1 9
14.	L'évaluation des documents médicaux de la patiente du point de vue du diagnostic qui se trouve à la base de l'indication du cathétérisme vésical (pathologie uro-génitale préexistante) : - dans l'indication de drainage en cas de rétention urinaire (suspicion d'incapacité du système vésico-urétral d'assurer l'évacuation de l'urine accumulée dans la vessie urinaire) - le cathétérisme vésical est reporté jusqu'au moment où le volume d'urine dans la vessie urinaire est estimé par l'intermédiaire d'un échographe vésical portable (celui-ci présente de manière digitalisée la quantité trouvée, avec une précision de 85% pour une quantité jusqu'à un litre; on considère nécessaire une quantité de 500-800 ml pour déclencher la sensation de miction ; dans le cas où l'on constate l'existence d'un volume plus petit que 500ml au niveau de la vessie urinaire le cathétérisme est décalé à cause du risque d'infection que celui-ci suppose, pouvant mobiliser les micro-organismes présents d'habitude au niveau de la zone distale de l'urètre vers l'espace, normalement non contaminé, de la vessie urinaire) Je vais laisser l'eau couler et vous pouvez tenir vos mains sous l'eau. C'est ainsi que la sensation d'aller aux toilettes apparaît, d'habitude. - dans le drainage des caillots, flocons denses, hématurie – sonde de 20 (6,6ml) - dans les pathologies qui imposent l'irrigation en continu ou intermittente de la vessie urinaire – la sonde Foley à trois voies (l'une pour le drainage du contenu de la vessie urinaire, la deuxième pour remplir/vider le ballonnet de la sonde et la troisième pour introduire le liquide d'irrigation vésicale)	0 1 9
15.	L'évaluation des documents médicaux de la patiente du point de vue de la durée estimée pour maintenir le cathétérisme vésical : - une semaine au maximum - utilisation de la sonde Foley en plastique (flexibilité réduite - à conséquences traumatiques élevées), PVC (meilleure flexibilité à la température du corps, prenant le contour de l'urètre) ou latex (le risque allergique doit être évalué au préalable ; la fréquence élevée dans le milieu médical des phénomènes allergiques développés au latex décourage actuellement son utilisation dans beaucoup d'institutions médicales) -jusqu'à 4 semaines - utilisation de la sonde Foley avec polytétrafluoroéthylène –(téflon) -jusqu'à 12 semaines - utilisation de la sonde Foley en silicone (plus chère que les autres) éventuellement imprégnée de substances antimicrobiennes (nitrofurantoïne, hydrogel, argent etc.)	0 1 3
16.	L'évaluation des documents médicaux de la patiente du point de vue	0

	des diagnostics associés (<i>ex. coagulopathies etc.</i>) des paramètres para cliniques (<i>ex: thrombocytes <150000, INR>1,5 etc.</i>) et de la médication en association (<i>ex. Sintrom, Trombostop, Aspirine, Plavix etc.</i>) pour l'évaluation du risque de saignement prolongé		1 5
17.	Une fois les caractéristiques techniques de la sonde à utiliser choisies, deux cathéters vésicaux pareils doivent être disponibles, dès le début, pour pouvoir remplacer à tout moment la sonde en cas de contamination ou de détérioration pendant la réalisation du geste.		0 1 3
18.	L'évaluation de la disponibilité de la patiente de collaborer pour la réalisation de la procédure. L'évaluation de la fiche médicale de la patiente du point de vue des maladies associées qui représentent des contre-indications au décubitus dorsal (<i>ex. Insuffisance cardiaque sévère avec dyspnée de décubitus</i>) ou à la flexion des genoux/rotation externe de la cuisse (<i>affections orthopédiques/rhumatologiques</i>)		0 1 5
19.	Pouvez-vous résister allongée sur le dos, dans le lit, les genoux fléchis et écartés (<i>la rotation externe de la cuisse et le fléchissement des genoux permettent une visualisation optimale de la zone du périnée où se trouve le méat urinaire qui doit être touché pendant le geste</i>), pour 15-30 minutes? Pouvez-vous me le montrer, s'il vous plaît ? Pliez vos genoux. Parfait. Vous les écartez et faites un mouvement de rotation de la cuisse vers l'extérieur. Merci. Il est difficile pour vous de maintenir cette position ? (<i> dans le cas où la patiente ne peut pas être positionnée ainsi, l'aide d'un collègue est recommandée pour soutenir les genoux et les cuisses. Autrement, la patiente peut s'allonger légèrement sur un côté ou en décubitus semi-ventral – position Sim</i>)		0 1 3
20.	Vu que la manœuvre exige l'exposition de la zone génitale, pour votre intimité préférez-vous que le personnel impliqué ne soit que féminin ?		0 1 9
21.	Si on ne les a pas récemment évaluées : la tension artérielle, l'oxymétrie de pouls, la thermométrie : TA..... mm Hg, SaO2, T ° C. Lavez les mains. Enfilez des gants propres, dans le cadre des précautions standard.		0 1 3
22.	Utilisez un tampon imbibé d'alcool pour décontaminer le mobilier utilisé pendant la réalisation du geste.		0 1 3
23.	Jetez les gants utilisés à la poubelle des déchets infectieux non piquants. Lavez vos mains. Enfilez une nouvelle paire de gants, dans le cadre des précautions standard		0 1 3
24.	Le geste suppose le lavage préalable de la région génitale avec de l'eau et du savon. Vous pouvez effectuer vous-même cette opération ou nous pouvons la faire à votre place. Comment préférez-vous ? Lavez la région du périnée avec de l'eau et du savon – la majorité des patientes préfèrent faire elles-mêmes cette toilette (<i>puisque'elle implique la zone génitale</i>), et elles la réussissent très bien si elles reçoivent des indications claires : Lavez-vous et essuyez-vous toujours des zones propres vers les zones sales, de l'avant vers l'arrière (<i>la zone anale a une charge microbienne élevée</i>)		0 1 9
25.	Couvrez la patiente, qui se trouve dans son lit en décubitus dorsal, d'un drap sous forme de losange, les coins vers la tête, les pieds et respectivement les côtés.		0 1 3
26.	Je vous prie de tenir vous-même le coin du drap sous votre menton pendant que nous enlevons le drap et la couverture d'avant restés en dessous. Sans dévoiler la patiente on replie le drap et la couverture qui la couvraient, vers les pieds, afin de les laisser entre les jambes de la patiente et la planche du lit.		0 1 3

27.	Maintenant nous vous prions de retirer vos habits de la taille en bas, sous le drap reçu auparavant et de nous les donner pour les mettre de côté jusqu'à la fin du geste. Merci		0 1 3
28.	Je vous prie de plier vos genoux. Écartez les plantes à 60 cm l'une de l'autre. Parfait. Très bien, maintenant tournez les cuisses légèrement vers l'extérieur.		0 1 3
29.	Placez au niveau de la table de travail les instruments nécessaires.		0 1 3
30.	Assurez-vous que vous avez une bonne lumière pour l'examen et la procédure au niveau du périnée (<i>une lampe pourrait être préparée à l'avance</i>)		0 1 3
31.	Placez-vous sur la droite de la patiente (<i>ou sur la gauche si celui qui effectue la procédure est gaucher</i>). Soulevez le lit au niveau de la taille de celui qui effectue le geste.		0 1 3
32.	Croisez les coins latéraux du drap sous les cuisses de la patiente permettant au coin dirigé vers les pieds de masquer la région périnéale. (<i>en exposant moins cette zone intime, cela réduit chez la patiente le sentiment de gêne et maintient à la fois un confort thermique pendant le cathétérisme vésical</i>)		0 1 3
33.	Soulevez le coin de la couverture dirigé vers les pieds pour faciliter l'accès à la région du périnée. Placez une serviette absorbante sous les fesses de la patiente et entre les cuisses (<i>on évite de la sorte de salir les draps du lit</i>)		0 1 3
34.	Ouvrez le paquet stérile qui contient le sac de collecte des urines, fixez-le à l'aide du crochet spécialement prévu dans la structure du lit de l'hôpital, laissant à portée de main le bout du tube qui raccorde le sac de collecte à la sonde Foley.		0 1 9
35.	Ouvrez le paquet stérile qui contient le kit de cathétérisme vésical et mettez-le sous la main faisant attention à ne pas dé-stériliser le contenu.		0 1 3
36.	Appliquez des solutions antiseptiques (fréquemment iode-bétadine) sur cinq compresses stériles avec lesquelles on fera la décontamination de la région péri-méat urinaire. Jetez à la poubelle des déchets non-infectieux les sachets vides de solution antiseptique utilisée.		0 1 6
37.	Retirez les gants utilisés et jetez-les à la poubelle des déchets infectieux non piquants. Lavez vos mains. Mettez des gants à usage unique stériles tout en gardant stérile l'emballage à mettre entre les jambes de la patiente (<i>sur l'emballage on mettra les compresses stériles utilisées pour la décontamination du méat urinaire</i>)		0 1 6
38.	Extrayez la sonde Foley de son emballage et injectez (<i>avec une seringue stérile de volume approprié connectée en poussant son bout au niveau de la valve de la sonde Foley afin de dépasser la soupape y placée</i>) une quantité d'eau distillée stérile, conformément au mode d'emploi, pour remplir le ballonnet et vérifier ainsi son intégrité et sa fonctionnalité. (<i>si vous détectez des problèmes il faut remplacer la sonde avant la réalisation effective du cathétérisme</i>). Videz complètement le ballonnet de la sonde, déconnectez la seringue qui contiendra le volume d'eau distillée stérile nécessaire à remplir le ballonnet de la sonde quand il est nécessaire. Placez la seringue dans la casserole stérile existante dans le kit de cathétérisme vésical. Appliquez du lubrifiant stérile au bout de la sonde qui inclut le ballonnet, sur une distance de 2,5-5cm. Assurez une connexion stérile de la sonde au sac collecteur d'urines.		0 1 9

39.	Avec la main non-dominante, exposez la zone du méat urinaire – écartez les grandes lèvres en utilisant les doigts 3 et 4 (déstérilisées ainsi !), la paume orientée vers le haut. <i>Faites attention à maintenir les grandes lèvres écartées ; celles-ci ne doivent entrer en contact avec le méat urinaire jamais pendant la réalisation du geste. Ainsi, l'utilisation de certains doigts précis, permet que ceux-ci - les doigts 1 et 2 assurent une prise stable du bout du tube correspondant à la valve du ballonnet qui est ainsi raccordée à la seringue remplie d'eau distillée stérile, à la fin de la réalisation du protocole.</i>		0 1 9
40.	En utilisant la pince stérile du kit de cathétérisme vésical et des compresses stériles, à l'aide de la main dominante, essuyez en décontaminant la zone des lèvres avec des mouvements unidirectionnels comme il suit: l'intérieur de l'une des grandes lèvres dans la direction antéro-postérieure (de l'avant en arrière), l'intérieur de l'autre grande lèvre dans la direction antéro-postérieure ; l'intérieur de l'une des petites lèvres dans la direction antéro-postérieure, l'intérieur de l'autre petite lèvre dans la direction antéro-postérieure ; directement le méat en direction antéro-postérieure, en utilisant successivement cinq compresses stériles. <i>(le cathétérisme vésical c'est le geste qui génère le plus souvent des infections nosocomiales – infections acquises en milieu hospitalier, c'est pourquoi il faut strictement respecter les règles antiseptiques pendant la réalisation de ce geste)</i> Jetez les compresses à la poubelle des déchets infectieux après chaque utilisation et à la fin la pince aussi. A cette occasion identifiez anatomiquement les structures de la zone du périnée et détectez la position précise du méat urinaire (difficile parfois à identifier chez les patientes).		0 1 9
41.	Introduisez 10-15 ml de gel lubrifiant au niveau du méat urinaire (à la place du gel lubrifiant on peut utiliser du gel à base de Xyline qui, en plus, réduit l'inconfort dû au passage de la sonde au niveau des voies urinaires par l'effet anesthésique de la Xyline et qui nécessite 5 minutes de plus d'attente pour l'action de l'anesthésique. Après utilisation jetez la seringue à la poubelle des déchets infectieux.		0 1 9
42.	Tenez dans la paume dominante le bout de la sonde Foley, avec les connecteurs, formant une boucle (afin de contrôler sa longueur), et le bout opposé à introduire au niveau du méat urinaire saisi à une distance de 5-7,5 cm de son extrémité, positionné comme un stylo entre le doigt 1, d'un côté, et les doigts 2 et 3 de l'autre côté.		0 1 9
43.	Avec la main non dominante fixez la zone qui doit être cathétérisée en maintenant les grandes lèvres écartées. <i>(par ce geste le trajet de l'uretère devient rectiligne, facilitant ainsi le passage de la sonde à ce niveau)</i>		0 1 3
44.	Introduisez la sonde Foley au niveau du méat sans toucher des structures voisines. <i>(si cela arrive la sonde doit être remplacée car elle est contaminée ; au cas où elle est introduite accidentellement dans le vagin, la sonde est maintenue là-bas pendant la réalisation du cathétérisme vésical en tant que repère pour l'introduction correcte d'une nouvelle sonde stérile)</i>	ESSENTIEL	
45.	Maintenant, respirez profondément, s'il vous plaît, rarement, plusieurs fois. Très bien, inspirez expirez... (l'avancement de la sonde se réalise pendant l'expiration)...lentement. Parfait, recommencez.		0 1 6
46.	Avancez la sonde au niveau de l'urètre dans l'intervalle de l'expiration de la patiente.		0 1 3
47.	Au cas où vous percevez une résistance à l'introduction de la sonde, au moment du passage au niveau du sphincter urétral, maintenez une pression constante sur la sonde sans forcer. <i>(le sphincter urétral est censé se relaxer, permettant l'avancement de la sonde ou bien la sonde peut être tournée dans un sens et dans l'autre pour la faire avancer)</i>		0 1 6
48.	Déroulez la boucle de la sonde tout au long de son avancement au niveau		0

	urétral, faisant attention au moment où l'urine commence à couler.		1 3
49.	Placez, tout de suite après ce moment, l'extrémité de la sonde Foley à l'intérieur de la casserole du kit de cathétérisme vésical, pour permettre à l'urine vidée de la vessie s'y accumuler.		0 1 3
50.	À partir de ce point, insérez la sonde encore 5 cm, ou même toute sa longueur jusqu'à la ramification du tube de connexion avec le sac collecteur d'urines <i>(pour maximiser les chances que la zone de la sonde qui contient le ballonnet ait dépassé le niveau urétral et ait trouvée une location vésicale. Le gonflement du ballonnet dans une location urétrale peut générer des traumatismes des voies urinaires avec des complications indésirables)</i>		0 1 9
51.	Apportez le tube de la sonde Foley comprenant la valve du ballonnet, en utilisant la main dominante, au niveau des doigts de la main non dominante, en maintenant les grandes lèvres écartées <i>(par les positionnements mentionnés ci-dessus)</i> .		0 1 3
52.	Avec la main dominante, libre maintenant, prenez la seringue avec de l'eau distillée stérile, antérieurement placée sous la main, et introduisez-la à l'extrémité de la sonde avec la valve du ballonnet. En soutenant la valve avec les doigts de la main non dominante, poussez le bout de la seringue afin de dépasser la soupape y placée et injectez le volume approprié d'eau distillée pour remplir complètement le ballonnet. <i>(l'utilisation de la solution saline dans cette étape a été abandonnée à la suite d'études qui ont démontré que par la précipitation partielle des solutions NaCl qui se passe dans le temps, le remplissage du ballonnet et implicitement son volume diminue et il y a des pertes d'urine qui coule à côté de la sonde)</i>		0 1 3
53.	En cas de douleur ou d'inconfort pendant la manœuvre de remplissage du ballon, il est obligatoire d'arrêter l'injection d'eau stérile, vider complètement le ballonnet et avancer encore la sonde dans la vessie. Réessayez après de remplir le ballonnet, tenant compte des symptômes.	ESSENTIEL	
54.	Enlevez la seringue couplée à la sonde Foley jetez-la à la poubelle des déchets infectieux.		0 1 3
55.	Libérez le bout du tube correspondant à la valve du ballonnet de la prise antérieure. En maintenant la zone du méat sans contact avec les structures voisines, utilisez la main dominante pour tirer gentiment la sonde Foley vers l'arrière, dans le canal de l'urètre, jusqu'à ce que vous sentiez un arrêt, généré par le placement du ballonnet de la sonde au niveau vésical de l'orifice urétral.		0 1 3
56.	Retirez la main non dominante du niveau des structures soutenues durant la réalisation du geste et repositionnez-la au niveau du tube de drainage de l'urine. Avec la main dominante raccordez la sonde Foley au tube du collecteur d'urine. <i>(cette étape a lieu donc en utilisant les deux mains)</i>		0 1 3
57.	Sécurisez le tube de la sonde Foley en le fixant au niveau de la cuisse intérieure de la patiente, de façon qu'il soit tendu <i>(pour ne pas permettre l'avancement du ballonnet à l'intérieur de la vessie, parce que cela libère l'orifice urétral et rend possible l'écoulement de l'urine à côté de la sonde, tout au long de l'urètre ; en dehors des problèmes d'hygiène ainsi apparues, un circuit fermé, contrôlé et stérile devient un espace ouvert soumis à un risque majeur de contamination)</i> mais pas trop pour permettre à la patiente d'effectuer des mouvements habituels <i>(pour sécuriser il est conseillé d'utiliser des dispositifs spéciaux dont les preuves ont démontré la réduction du risque de contamination infectieuse . Ce n'est pas ainsi quand l'attachement des</i>		0 1 3

PROCÉDURE MÉDICALE



	<i>tubes est fait par bande adhésive nécessairement élastique).</i>			
58.	Il est possible que vous ayez la sensation de miction et de brûlure. Cela ne va durer que pendant que vous vous habituez avec la sonde. L'inconfort devrait disparaître en quelques minutes.			0 1 3
59.	Essuyez la région du périnée avec des compresses et des solutions alcooliques. <i>(pour enlever la Bétadine utilisée antérieurement pour la décontamination, mais qui peut irriter localement en cas de contact prolongé avec les téguments/ les muqueuses).</i>			0 1 6
60.	Mesurez la quantité d'urine éliminée et évaluez son aspect.			0 1 3
61.	Régalez le tube pour éviter les déformations, assurez-vous que le niveau supérieur du sac collecteur est toujours plus bas que tout segment du tube. <i>(pour ne pas créer les conditions que l'urine du sac se verse en arrière, vers les voies urinaires – risque de contamination)</i>			0 1 3
62.	Jetez des déchets résultant à la fin de la réalisation du geste à la poubelle des déchets infectieux non piquants.			0 1 3
63.	Enlevez les gants stériles et jetez-les à la poubelle des déchets infectieux non piquants.. Lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon.			0 1 3
64.	Vous pouvez étendre les jambes et vous relaxer. On a fini la réalisation du geste. Bravo.			0 1 3
65.	Recouvrez la patiente avec le linge antérieur, en le roulant sous le drap sale qu'il faut jeter après dans la poubelle des déchets infectieux.			0 1 3
66.	Utilisez un tampon imbibé d'alcool pour décontaminer le mobilier utilisé pendant la réalisation du geste. Lavez-vous les mains.			0 1 3
67.	Le sac collecteur d'urines sera vidé toutes les 8 heures où aussi souvent que nécessaire, pour ne pas se remplir plus de la moitié.			0 1 3
68.	Une fois par jour au moins, la région génitale doit être lavée avec de l'eau et du savon, pour prévenir les irritations ou les infections locales.			0 1 3
69.	Le tube urinaire ne sera retiré dans aucune circonstance. Si quelque chose vous gêne dans le système de drainage, annoncez-nous et nous nous en occupons afin de corriger les problèmes apparus.			0 1 3
70.	Faites attention à ce que le tube ne soit pas plié, déformé ou serré, pour ne pas bloquer le passage de l'urine.			0 1 3
71.	Prenez aussi soin que le sac collecteur soit toujours placé plus bas que le niveau de la vessie.			0 1 3

Score total : 300	<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
	<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
	<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

Bibliographie sélective:

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



LA RÉALISATION DU CATHÉTÉRISME VÉSICAL (SONDE FOLEY)

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

fatigue	date d'expiration	cathétérisme	brûler
la vessie urinaire	infection	cathéter	drainage

Définitions:

1. Utilisation ou insertion d'un cathéter (dans la vessie, la trachée ou le cœur).
2. Un tube souple, de longueur variable et mince pouvant être introduit dans un conduit, un vaisseau (artère, veine) ou un organe creux (canal), permettant leur exploration, l'injection d'un liquide ou la vidange d'une cavité.
3. Un sac membraneux qui sert à la rétention temporaire de l'urine qui est situé dans l'abdomen en face du rectum, reçoit de l'urine par les deux uretères et la délivre à certains laps de temps dans l'urètre par un orifice qui est fermé par un sphincter.
4. La date marquée sur les produits emballés qui indique le moment quand la validité expire et le fait qu'ils ne peuvent plus être mis en vente après la date respective.
5. L'acte ou le processus d'extraction des liquides d'une cavité ou d'une blessure suite à son aggravation ou par un processus d'évacuation. Cela se réalise par l'aspiration ou à cause de la gravitation.
6. Le résultat de l'action d'un agent infectieux ou du contact avec un matériel contaminé avec un agent infectieux.
7. Sentir ou causer une sensation de brûlure.
8. L'état de se sentir fatigué après un effort physique ou intellectuel.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions que le médecin réalise dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qui se retrouvent dans le tableau ci-dessous ?
Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin informe la patiente quand la procédure est finie.

Le médecin salue la patiente et se présente.

Le médecin explique les pas de la procédure.

Le médecin dit à la patiente ce qu'il va faire, les gestes qu'il va réaliser et dans quel but.

Le médecin aide la patiente à être détendue et calme.

Le médecin évalue le désir de la patiente de collaborer pendant la réalisation du geste (flexibilité/ raisons intimes qui la retiennent de collaborer pleinement).

Le médecin instruit la patiente sur la manière de faire son hygiène personnelle (pour les patientes qui préfèrent la faire elles-mêmes).



Le médecin réalise le geste en introduisant la sonde Foley.
Le médecin rassure la patiente que tout va bien malgré qu'elle ressente un certain inconfort.
Le médecin fait des recommandations/donne des conseils.

Lire & Vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Qu'est-ce qu'un cathéter Foley ?

C'est un tube mince qui draine l'urine de la vessie.

C'est un dispositif qui remplit la vessie.

2. Comment la patiente doit-elle porter le sac collecteur d'urines ?

La patiente maintient le sac collecteur d'urines au-dessous de la vessie (quand elle est allongée ou debout).

La patiente maintient le sac collecteur d'urines au-dessus de la vessie.

3. Quand la patiente doit-elle changer ou vider le sac collecteur d'urines ?

Le sac collecteur d'urines doit être changé quand il est à moitié plein.

Le sac collecteur d'urines doit être changé quand il est plein.

4. Qu'est-ce que la patiente doit faire lorsqu'elle porte le sac collecteur d'urines ?

Ne pas boire trop d'eau.

Vérifier si l'urine est normale (celle-ci devrait être claire et jaune).

Vrai ou Faux (cliquez sur la variante correcte):

1. Le cathétérisme, c'est l'utilisation ou insertion d'un cathéter dans la vessie (la trachée ou le cœur). V/F

2. La vessie urinaire, c'est un sac membraneux qui reçoit l'urine des reins et en fait la collecte en vue de l'évacuation. V/F

3. Le cathéter, c'est une sonde avec laquelle on réalise le cathétérisme. V/F

4. Le drainage, c'est l'acte ou le processus d'absorption des liquides d'une cavité ou blessure par extraction ou écoulement dû à l'aggravation. V/F

5. L'infection, c'est le processus pathologique déclenché par l'invasion de l'organisme par plusieurs agents pathogènes suivie de leur prolifération. V/F

6. Inspirer signifie faire entrer l'air dans le trajet respiratoire, garder l'air dans la poitrine et les poumons. V/F

7. Expirer signifie éliminer l'air des poumons. V/F

8. La sonde, c'est un instrument médical qui vérifie la profondeur et l'orientation d'une blessure et des sinus. V/F



Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses de la patiente:

Questions du médecin :	Réponses de la patiente :
Quel est votre nom ?	Le 3 mars 1976.
Quelle est votre date de naissance ?	Non, jamais.
Savez-vous quand et combien vous avez uriné la dernière fois ?	Le matin au petit déjeuner, à 8 heures.
Est-ce que vous avez jamais eu une sonde urinaire ?	Non, je ne suis pas allergique à quoi que ce soit.
Êtes-vous allergique à quelque chose ?	Oui, je suis d'accord.
Êtes-vous d'accord avec le prélèvement de vos produits biologiques ?	Mon nom est Ioana Ionescu.
Quand avez-vous mangé le plus récemment ?	Il y a 30 minutes. Je ne sais pas précisément combien j'ai uriné, probablement la quantité habituelle.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales formelles :

drainage	expulser de l'air
abdomen	écoulement
consommer	ventre
supérieur	jambes
inférieur	poitrine
maxillaire	menton
membres inférieurs	manger
zone lombaire	taille
zone thoracique	en haut
expirer	en bas

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte :

1. S'il vous plaît, la sonde au patient du salon no.3.
places / placez / plaçons

2. Vous pouvezun morceau de bandage ?
coupe / coupes / couper

3. Je vous prie de le patient et insérer le cathéter.
préparer / préparons / préparez

4. Quand je vous le demande,la sonde au niveau de la vessie urinaire.
pose / poses / posez



5. Il faut que tu à faire correctement le geste de cathétérisme uréthro-vésical.
réussissons / réussisses / réussissez

Cliquez sur le mot ou l'expression correcte :

1. *Je vous prie de/ Je vous prie d'être/ Vous pouvez* détendue, calme, pendant la réalisation du geste.
2. *Quand nous vous le demandons / Il faut/ Je vous prie de* rester étendue sur le lit, pendant 15 minutes.
3. *Il faut être / Vous pouvez/ Je vous prie d'être* laver la zone respective avec de l'eau et du savon.
4. *Quand je vous le demande / Vous pouvez / Il faut avoir* respirez rarement plusieurs fois.
5. *Il faut/ Je vous prie / Vous pouvez vous* vous étendre les jambes maintenant, vous relaxer.

Expression orale

Faites des recommandations comment il faut utiliser le sac collecteur d'urines et enregistrez ces recommandations, qui seront envoyées automatiquement au Forum pour être évaluées par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....
.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Il faut faire attention et s'assurer que le sac collecteur d'urines est toujours placé en-dessous de la vessie.



LA RÉALISATION DE LA PARACENTÈSE

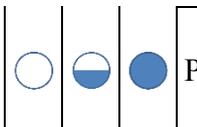
Procédure médicale

Unité linguistiques



LA RÉALISATION DE LA PARACENTÈSE

La création d'une communication directe avec la cavité abdominale par un abord transcutané



1.	<p>Evaluation rapide de la présence des fonctions vitales (présence de l'état de conscience, mouvements, langage, respiration) : fonction vitales gardées....; arrêt cardiaque....</p> <p>Préparation du matériel nécessaire – le kit de prélèvement</p> <p>Bonjour. Mon nom est..... Je suis le médecin/l'infirmier qui vous examinera aujourd'hui.</p>				0 2 5
2.	<p>Pourriez-vous confirmer, s'il vous plaît, votre nom.....(ou vérification du bracelet d'identification, s'il est disponible) et votre date de naissance..... Merci.</p> <p><i>(on évite ainsi la confusion entre les patients et la mise en œuvre du protocole chez un autre patient que celui indiqué. De même, on évite des questions telle "Vous êtes Monsieur Popescu ?" ce qui pourrait générer une confirmation fautive à cause d'une réponse donnée automatiquement par un patient peu connecté à la discussion avec le personnel médical)</i></p> <p>Correspondance avec la fiche d'observation pour Nom .../ date de naissance</p>	ESSENTIEL			
3.	<p>La création d'un milieu privé pour l'examen (<i>chambre d'hôpital avec un lit, rideaux...</i>)</p> <p>Êtes-vous d'accord avec le prélèvement des produits biologiques ?</p> <p><i>(évaluation des convictions personnelles sur le prélèvement)</i></p>	ESSENTIEL			
4.	<p>S'il y a des accompagnateurs du patient, ceux-ci sont priés de ne pas assister à la paracentèse et de quitter la pièce.</p>				0 1 3
5.	<p>Positionnez confortablement le patient (<i>assis dans un fauteuil ou allongé dans le lit</i>).</p> <p>Nous allons faire la paracentèse, qui est un geste médical qui nous ouvre l'accès à la région abdominale où, à cause de votre maladie, vous avez une grande quantité de liquide accumulé. Avez-vous subi ce geste à une autre occasion ? (<i>ce qu'on lui fait</i>)</p>				0 1 3
6.	<p>Cela suppose l'insertion d'une aiguille au niveau de la région latérale de votre abdomen, à gauche, juste pour pénétrer à l'intérieur où, à présent, à cause de la maladie, vous avez du liquide. Pour faciliter et rendre le geste plus sûr, nous vous prions de rester allongé sur le côté gauche, pour que le liquide soit ramené vers le lieu de la ponction. Il est fort important que la position soit commode parce que pendant la procédure vous devez ne pas bouger du tout. Tout mouvement peut conduire à piquer une autre structure que celle envisagée. C'est pourquoi on vous demande de ne pas bouger ou parler sans nous prévenir avant, en levant la main. Autant que possible, essayez de ne pas tousser. Toute la procédure peut durer jusqu'à quelques dizaines de minutes. Vous allez sentir une pression quand l'aiguille est introduite, mais elle disparaîtra vite et puis aucun inconfort majeur ne vous gênera plus à l'exception de celui dû à la position immobile. (<i>en quoi consiste le geste</i>)</p>				0 1 3
7.	<p>Il est très important que vous soyez calme et détendu pendant le geste,</p>				0 1

	que vous retiriez les vêtements qui couvrent l'abdomen et que vous vous asseyez comme on vous a déjà expliqué. Il est important de ne pas bouger brusquement pendant que la seringue et tout près de vous. <i>(comment il peut contribuer à la réalisation du geste)</i>		3
8.	Le liquide prélevé, analysé dans le laboratoire, nous fournira beaucoup d'informations sur votre état médical et c'est en fonction de cela que nous décidons les médicaments que l'on peut ou on ne peut pas vous prescrire. <i>(à quoi sert l'examen qui suit)</i>		0 1 3
9.	Est-ce que tout est clair en ce qui concerne la procédure ? Avez-vous d'autres questions là-dessous ?	ESSENTIEL	
10.	Évaluez la fiche médicale du patient du point de vue des diagnostics associés - coagulopathies etc. – les paramètres non cliniques - plaquettes <150000, INR> 1,5 etc.- et de la médication concomitante - Sintrom, Trombostop, Aspirine, Plavix etc. – pour évaluer le risque de saignement prolongé.		0 1 9
11.	Êtes-vous allergique à quelque chose ? À des produits en caoutchouc, iode, pansements, sparadrap ? <i>(évaluation d'une possible allergie)</i>		0 1 9
12.	Si on ne les a pas récemment évaluées : la tension artérielle, l'oxymétrie de pouls, la température : TA mm Hg, SaO2%, T ° C. Lavez vos mains. Enfilez des gants propres, dans le cadre des précautions standard. Décontaminez avec de l'alcool les surfaces du mobilier utilisé pendant le geste.		0 1 3
13.	Jetez les gants utilisés à la poubelle des déchets infectieux. Lavez vos mains. Enfilez une nouvelle paire de gants de protection propres, dans le cadre des précautions standard.		0 1 3
14.	Relisez les indications de paracentèse, et, si c'est le cas, les indications d'administration ultérieure de médicaments intra-péritonéaux (dans l'abdomen)		0 1 3
15.	Maintenant nous vous prions d'enlever vos habits pour découvrir complètement l'abdomen. Relevez le lit du patient à la hauteur de la taille de celui qui réalise la manœuvre. Positionnez-vous sur la gauche du lit.		0 1 3
16.	Inspectez le tégument de l'abdomen du point de vue de la présence locale des lésions cutanées infectieuses <i>(ce qui déconseille la réalisation de la ponction à cause du risque de dissémination de l'agent infectieux au niveau des lésions cutanées)</i>		0 1 9
17.	Examinez la fiche médicale du patient du point de vue du diagnostic qui ait déterminé l'accumulation du liquide péritonéal. <i>(localisation, type, caractère échographique)</i> Utilisez une alèse pour la literie <i>(drap imperméable placé sous le niveau de la zone abdominale et de la hanche du patient)</i> Je vous prie de vous asseoir sur le côté gauche, comme je vous ai déjà expliqué.		0 1 9
18.	Identification de la position de l'épine iliaque antéro supérieure et du nombril.		0 1 9
19.	Identification du point d'union de la 1/3 externe avec 2/3 interne de la ligne qui unit les deux repères, qui représentera le lieu de réalisation de la paracentèse. <i>(la position optimale pour la paracentèse parce que sur le côté</i>	ESSENTIEL	

	<i>gauche le colon est positionné le plus postérieurement possible, les anses intestinales dû au caractère glissant des séreuses péritonéales qui les couvrent "évitent" la pince à ponction, et par le décubitus latéral nous déplaçons le liquide abdominal vers la zone à ponction)</i>		
20.	Marquez le point de la ponction par un X avec le bout de l'ongle.		0 1 9
21.	Percussion de l'abdomen pour confirmer la présence du liquide au niveau du lieu choisi pour la paracentèse (l'exploration échographique abdominale associée à l'examen clinique objectif aide à mieux déterminer l'endroit de ponction de la paracentèse) et pour une sélection finale du point d'abord.		0 1 6
22.	Essuyez avec un tampon imbibé d'iode une zone de 5 cm ² , par des mouvements en spirale, à partir du lieu identifié pour la paracentèse. <i>(une décontamination chimique – par la solution alcoolique iodée – et mécanique – par le nettoyage du tégument avec des mouvements poussés en sens hélicoïdal)</i> Jetez à la poubelle de déchets infectieux le tampon utilisé.		0 1 9
	Répétez la procédure de décontamination en utilisant un nouveau tampon imbibé d'iode. Jetez à la poubelle des déchets infectieux le tampon utilisé.		
23.	Répétez la procédure de décontamination en utilisant un troisième tampon imbibé d'iode. Jeter à la poubelle des déchets infectieux le tampon utilisé.	ESSENTIEL	
24.	Lavez vos mains et enfiler des gants stériles.		0 1 6
25.	Fixez l'aiguille à la seringue. Eventuellement : S'il te plaît, une seringue de 20 <i>(demandez à un collègue de vous aider en ouvrant et en présentant le contenu stérile du paquet avec la seringue et l'aiguille, qui ne seront ainsi touchés directement que par celui qui réalise le geste, avec des gants stériles, limitant ainsi au minimum le risque infectieux)</i>		0 1 3
26.	Retirez le couvre-aiguille. Placez la seringue avec l'aiguille perpendiculairement au tégument.		0 1 6
27.	On va commencer la paracentèse et vous allez sentir une petite piqûre. Je vous prie de rester immobile.		0 1 6
28.	La seringue est pressée d'un mouvement ferme et contrôlé avec la ponction de la peau et l'avancement sous cutané de l'aiguille 5-7 mm en profondeur	ESSENTIEL	
29.	Le positionnement des deux mains au niveau du complexe seringue-aiguille et respectivement du piston permet de continuer l'avancement dans une direction perpendiculaire, vers l'espace péritonéal, en même temps avec la réalisation d'une pression négative au niveau de la seringue, en tirant le piston <i>(cela permet la perception exacte du moment d'accès dans l'espace péritonéal, car on saisit l'apparition du liquide au niveau de la seringue – cette technique permet un contrôle du risque de ponction accidentelle des structures abdominales, si on maintient la même longueur de l'introduction de l'aiguille et sa position perpendiculaire par rapport au tégument)</i>		0 1 9
30.	Très bien. Maintenant on va enlever une partie du liquide qui vous empêchait de bien respirer. Je vous prie de garder encore cette position. Ne bougez pas !		0 1 3
31.	Aspirez la quantité de liquide prévue <i>(en général, pour une évaluation initiale on suit la distinction entre le transsudat et l'exsudat par des explorations biochimiques)</i>		0 1 3

PROCÉDURE MÉDICALE



	– protéines, LDH, cholestérol – auxquelles on associe la glucose, l'amylase etc. aussi bien que les explorations cytologiques et microbiologiques)			
32.	On peut éventuellement brancher l'aiguille de ponction à un système d'aspiration (pour la récupération dans un récipient gradué), avec l'extraction plus facile de la quantité de liquide prévue (<i>l'extraction d'environ 5 litres de liquide péritonéal n'a pas en général des conséquences physiopathologiques négatives</i>)			0 1 3
33.	Très bien. On a presque fini. Ne bougez pas encore, s'il vous plaît !			0 1 3
34.	Appliquez un tampon imbibé d'iode à l'endroit de la ponction et retirez attentivement le complexe aiguille-robinet-seringue sur une direction perpendiculaire par rapport au tégument, tout en pressant avec le tampon l'orifice de la ponction, après l'enlèvement de l'aiguille.			0 1 9
35.	J'ai fini. Bravo ! Vous avez très bien résisté.			0 1 3
36.	Jetez l'aiguille à la poubelle des déchets coupants/piquants et la seringue à la poubelle des déchets infectieux non piquants.			0 1 6
37.	Maintenant tournez-vous, s'il vous plaît, sur la droite (<i>le décubitus latéral droit réduit la pression du liquide sur le trajet de ponction abdominale et favorise sa fermeture sans complications</i>)			0 1 9
38.	Essuyez le tégument abdominal de la solution iodée en utilisant des tampons avec de l'alcool (<i>la persistance de la solution iodée sur la peau peut conduire à une irritation locale</i>)			0 1 9
39.	Appliquez un tampon avec de l'alcool sur la peau, au niveau de la ponction, en remplaçant celui d'iode, qui sera jeté à la poubelle des déchets infectieux. Fixez le tampon avec du sparadrap.			0 1 6
40.	Nous envoyons les prélèvements au laboratoire et par la suite nous aurons plus d'informations sur votre maladie et sur ce qu'on doit encore faire.			0 1 6
41.	Remplissez le dossier médical du patient en mentionnant tous les détails liés à la réalisation du geste, éventuels accidents, complications, les caractéristiques du liquide enlevé (couleur, clarté etc.), la date et l'heure.	ESSENTIEL		
42.	Merci. Le geste est finalisé. Vous pouvez vous rhabiller. Si c'est le cas, prenez toutes les mesures nécessaires pour la sécurité du patient (<i>le lit descendu au niveau inférieur de la hauteur et éventuellement relevez ses parties latérales</i>), la mise à sa portée des objets personnels (<i>par ex. portable, livre, mots croisés</i>) du verre d'eau, de la sonnette pour appeler le personnel médical. Nous allons faire encore..... (ex. : un électrocardiogramme), dans environ.... minutes. (<i>Offrez des informations sur le programme médical ultérieur et annoncez dans combien de temps vous allez revenir chez le patient.</i>)			0 1 9
	Score total: 200	<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

Bibliographie selective

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



LA RÉALISATION DE LA PARACENTÈSE

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

paracentèse	seringue	percussion
gants à usage unique	aiguille	piqûre
tampon d'ouate	pénétrer	ponction

Définitions:

1. Intervention chirurgicale qui consiste dans la pénétration à l'aide d'une aiguille à l'intérieur d'une cavité, d'un organe, d'un tissu afin d'extraire un liquide ou pour y introduire un médicament.
2. Méthode de diagnostiquer une affection d'après le son résulté en tapotant doucement une région du corps plusieurs fois, avec les doigts ou avec un instrument.
3. La création d'une communication directe avec la cavité abdominale par un abord, une ponction transcutanée.
4. Entrer, passer par...
5. Objet qui vêt les mains en les protégeant.
6. Lésion provoquée par la perforation de la peau par un objet aigu.
7. Instrument médical utilisé pour introduire ou extraire un liquide de l'organisme.
8. Morceau d'ouate ou de compresse de gaz stérilisé et utilisé dans le but de désinfecter.
9. Tige mince d'acier avec la pointe aiguë utilisé en chirurgie, stomatologie pour faire des injections ou des ponctions.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions réalisées par le médecin dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qui se retrouvent dans le tableau ci-dessous ? (Drag and drop). Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin se présente, puis fait l'évaluation de l'état du malade et prépare les matériels nécessaires.

Le médecin identifie la place exacte où il faut faire la ponction sur l'abdomen et fait la percussion de la zone respective pour avoir la confirmation de la présence du liquide au niveau de l'endroit choisi.

Quand il a fini de collecter le liquide, le médecin applique un tampon avec de la solution iodée à l'endroit de la ponction et ensuite enlève l'aiguille attentivement.

1. Le médecin positionne confortablement le patient, explique ce qu'il va faire, en quoi consiste le geste et comment le patient peut aider à son accomplissement.



2. Le médecin revoit les indications du geste de paracentèse, demande au patient d'enlever ses vêtements de sorte que l'abdomen soit complètement dévêtu et ensuite de se coucher sur le côté gauche tout comme on lui a expliqué.
3. Le médecin réalise la procédure de stérilisation de la zone, en utilisant des tampons avec une solution iodée qu'il jette à la poubelle des déchets infectieux. Il répète trois fois cette procédure.
4. Le médecin utilise une seringue de 20 pour réaliser la ponction et il introduit l'aiguille 5-7 mm sous la peau, en position perpendiculaire par rapport à la peau.
5. Le médecin extrait la quantité de liquide, surveille constamment la réalisation de la ponction.
6. Le médecin repositionne le patient en décubitus latéral droit, ce qui aide à la réduction de la pression sur la zone respective.
7. Le médecin envoie le liquide prélevé au laboratoire d'analyses ce qui va contribuer à une meilleure connaissance de l'état du patient et de la thérapie à suivre.

Lire et vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. En quoi consiste la paracentèse ?

La paracentèse signifie la création d'une communication directe avec la cavité abdominale par un abord (une ponction) transcutané(e).

La paracentèse signifie la création d'une communication indirecte avec la cavité thoracique par un abord (une ponction) transcutané(e).

2. Qu'est-ce que le patient doit faire s'il n'est pas à l'aise pendant le déroulement du geste ?

Il doit tousser.

Il doit lever la main.

3. Pourquoi le patient doit-il rester sans bouger du tout ?

Parce que tout mouvement peut conduire à la piqûre d'autres structures anatomiques.

Pour que le médecin puisse introduire l'aiguille.

4. Pourquoi le médecin doit-il collecter le fluide de l'intérieur de l'abdomen du patient ?

Parce que la position du patient va changer ainsi.

Parce que le liquide collecté, une fois envoyé au laboratoire, peut donner des informations sur l'état du patient.

Vrai ou faux:

1. La paracentèse signifie la création d'une communication indirecte avec la cavité thoracique par un abord (une ponction) transcutané(e). V/F
2. Pour une ponction plus facile le patient devra rester couché sur le côté gauche dans le lit, ce qui permet au fluide de mieux couler. V/F



3. Le geste va durer 2 heures au minimum. V/F
4. Il est important que la position du patient soit confortable, mais il n'est pas nécessaire qu'il ne bouge pas. V/F
5. Le patient n'a pas la permission de faire des mouvements brusques tandis que l'aiguille se trouve dans l'abdomen. V/F
6. Le médecin fait l'examen de la fiche du patient du point de vue des antécédents médicaux. V/F
7. Le médecin identifie l'endroit approximatif de la réalisation de la paracentèse. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient :

Questions du médecin :	Réponses du patient :
Bonjour ! Mon nom est Dan Ionescu, je suis votre docteur et je vais vous examiner.	Non, c'est la première fois.
Pouvez-vous me dire votre nom, s'il vous plaît?... Et la date de naissance ? ... Je vous remercie.	Non, je ne le suis pas.
Est-ce que tout est clair en ce qui concerne le protocole ? Avez-vous d'autres questions là-dessous ?	Bonjour Docteur !
Êtes-vous d'accord avec le prélèvement de vos produits biologiques ?	Oui, tout est clair. Je n'ai pas de questions maintenant.
Avez-vous subi une autre paracentèse ?	Oui, tout de suite.
Êtes-vous allergique à la solution iodée, aux produits en caoutchouc ou à l'adhésif du sparadrap ?	Mon nom est Ramon Suares. Je suis né le 5 août 1971.
Pouvez-vous enlever vos vêtements de sorte que l'abdomen soit complètement dévêtu et ensuite vous coucher sur le côté gauche ?	Oui, je suis d'accord.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales formelles :

Pénétrer	Enlever ses vêtements
Tégument	Ventre
Se déshabiller	Peau
Fluide	Adéquat
Abdomen	Liquide
Aspirer le fluide	Sous la peau
Optimal	Tirer le liquide
Intra-péritonéal	Faire des analyses
Sous-cutané	A l'intérieur du ventre
Faire le prélèvement de produits biologiques	Entrer



Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte de réponse :

1. Êtes-vous d'accord avec le prélèvement de vos produits biologiques ?

Oui, je suis d'accord.

Non, les produits biologiques ne sont pas dans le laboratoire.

2. Voulez-vous enlever vos vêtements de sorte que l'abdomen soit complètement dévêtu ?

Non, je ne m'habille pas tout de suite.

Oui, je veux enlever mes vêtements.

3. Avez-vous quelque objection si nous effectuons une prise sang pour des analyses ?

Bien sûr que non.

Non, je n'ai pas reçu du laboratoire le résultat des analyses.

4. C'est bien pour vous qu'on réalise ce geste maintenant ?

Oui, le plus tôt possible.

Non, je n'ai pas de la fièvre.

5. Êtes-vous contre s'il s'agit de faire ce geste maintenant ?

Non, je n'ai pas vu l'infirmière aujourd'hui.

Je suis pour.

Cliquez sur l'expression qui complète correctement la question :

1. Êtes-vous d'accord avec / Est-ce que vous vous excusez le traitement indiqué ?

2. Voulez-vous commencer/ Voulez-vous que je vous donne la réalisation du geste maintenant?

3. Êtes-vous content / Êtes-vous contre le prélèvement du liquide ?

4. Avez-vous des objections si / Êtes-vous allergique à quelque chose nous utilisons une seringue 20 ?

5. C'est bien pour vous de / C'est tout clair vous hospitaliser ?



Expression orale

Écrivez des questions que les médecins posent aux patients dont on prélève du liquide de l'abdomen et enregistrez ces questions, qui seront envoyées automatiquement au Forum pour être évaluées par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez :

.....

.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Etes-vous d'accord avec le prélèvement de vos produits biologiques? Tout est clair en ce qui concerne le protocole?



LA PERFUSION SOUS-CUTANÉE AVEC LE PORTABLE POMPE SERINGUE

Procédure médicale

Unité linguistiques



**LA PERFUSION SOUS-CUTANÉE AVEC LE
PORTABLE POMPE SERINGUE**

LA PERFUSION SOUS-CUTANÉE AVEC LE PORTABLE POMPE SERINGUE

La plupart des patients qui se retrouvent dans les soins palliatifs arrivent, à un moment donné dans l'évolution de leur maladie, à ne pouvoir plus recevoir la médication per os. Ils pourront recevoir les médicaments par voie parentérale (intramusculaire, intraveineuse ou sous-cutanée) ou par voie rectale. Les médicaments sont souvent administrés au niveau sous-cutané, soit par injection, soit par perfusion en continu. La perfusion en continu permet l'administration des opioïdes, des anxiolytiques, des corticostéroïdes et des anticholinergiques. Tous ces médicaments sont utilisés pour le contrôle des symptômes des patients avec des affections évolutives menaçant leur vie. Les médicaments peuvent être mélangés dans la même seringue et administrés en même temps. Les médicaments sont absorbés lentement par le tissu adipeux et les niveaux de plasma des médicaments sont constants, offrant un meilleur contrôle des symptômes. La perfusion sous-cutanée est une procédure moins douloureuse que l'injection intra-musculaire ; elle peut être appliquée sans difficulté au domicile du patient et peut être surveillée par un membre de la famille instruit par l'équipe médicale. Ainsi, le geste est plus facilement accepté par le patient et par la famille.

○	◐	●	P
---	---	---	---

1.	Évaluez si le patient est conscient ou pas (<i>présence de l'état de conscience, du parler, de la respiration, de la mobilité</i>) fonctions vitales conservées..... arrêt cardio-respiratoire	0 1 3
2.	Pouvez-vous me dire votre nom, s'il vous plaît?... – ou vous vérifiez le bracelet d'identification du patient, s'il est disponible – et la date de naissance.... Merci. (<i>Cela est nécessaire pour éviter la mise en œuvre du protocole chez un autre patient. De même, évitez des questions telle "Vous êtes Monsieur Smith ?" ce qui pourrait générer une confirmation fausse par un patient distrait par les symptômes ou à cause d'autres raisons</i>) Vérifiez deux fois le dossier du patient : Nom..... Date de naissance.....	ESSENTIEL
3.	Assurez un milieu isolé pour la procédure. Informez le patient ou le soignant sur ce que vous allez faire: Nous allons poser une perfusion sous cutanée à l'aide du portable pompe seringue.	0 1 3
4.	En quoi consiste le geste ? Nous devons poser au niveau sous-cutané ce cathéter qui restera sur place une période de temps plus longue (jusqu'à 14 jours). Le cathéter sera branché à ce portable pompe seringue ; ainsi la médication vous sera administrée automatiquement, en continu, 24 heures sur 24.	0 1 3
5.	Comment pouvez-vous contribuer à la réalisation du geste ? La pose du cathéter ne dure pas longtemps. Restez calme, relaxé. Vous allez sentir une petite piqûre. Le dispositif est en général bien toléré et ne devrait pas interférer avec vos activités usuelles, mais si vous faites bien attention, le cathéter restera fixé plus longtemps.	0 1 3
6.	Quelle est l'utilité de ce geste ? A l'aide de ce geste les médicaments qui vous aident vous seront introduits dans le corps constamment d'une manière confortable. Cela conduira à une amélioration des symptômes pour une période plus longue. Si les douleurs ou d'autres symptômes (nausée, dyspnée)	ESSENTIEL

	persistent, on peut ajouter, à tout moment, d'autres médicaments.		
7.	<p>Posez ces questions au patient et au soignant :</p> <p>Avez-vous compris en quoi consiste le geste ?</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Avez-vous jamais subi ce geste avant ?</p>		0 1 3
8.	<p>Vérifiez le dossier médical du patient :</p> <p>a. situations qui imposent l'utilisation de la perfusion sous-cutanée à l'aide du portable pompe seringue: nausées, dysphagie, malabsorption, intolérance gastro-intestinale, administration problématique de la médication par voie orale, bas niveau de conscience, faiblesse sévère, patient en phase terminale, contrôle de symptômes multiples, nécessitant une combinaison de médicaments</p> <p>b. médicaments, doses, rythme d'administration</p>		0 3 6
9.	<p>Avez-vous jamais utilisé ces médicaments avant ?</p> <p>Êtes-vous allergique à certains médicaments ?</p> <p>Auxquels?</p> <p>Les questions sont adressées au patient/ au soignant.</p>	ESSENTIEL	
10.	<p>Le consentement du patient et/ou du soignant doit être consigné dans le dossier médical.</p> <p>Êtes-vous d'accord avec la réalisation de ce geste ?</p>	ESSENTIEL	
11.	<p>La préparation du matériel :</p> <p>a. le portable pompe seringue</p> <p>b. seringue Luer de 20ml.</p> <p>c. le cathéter de 21 ou 25</p> <p>d. les ampoules de médicaments</p> <p>e. solution de chlorure de sodium 0,9% pour la dilution</p> <p>f. tampons imbibés d'alcool</p> <p>g. sparadrap transparent</p>		0 1 3
12.	<p>Préparation de la seringue :</p> <p>a. vérifiez les médicaments prescrits :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. type et nom 2. dose 3. date de péremption 4. aspect macroscopique/conformité <p>b. compatibilité des médicaments associés dans le cas où plusieurs médicaments doivent être combinés dans la seringue.....</p> <p>c. prélevez la quantité de médicament prévue, complétez avec la quantité de solvant nécessaire</p>	ESSENTIEL	
13.	<p>Étiquetage</p> <p>a. Complétez les détails sur le médicament/ les médicaments</p> <p>b. assurez-vous que l'étiquette ne gêne pas le mécanisme de l'appareil</p> <p>c. assurez-vous que l'étiquette permet la visualisation de la graduation de la seringue</p> <p>d. assurez-vous que l'étiquette ne gêne pas les capteurs de l'appareil</p>		0 1 3
14.	<p>Préparation de l'appareil :</p> <p>a. insérez la batterie</p> <p>b. placez correctement la seringue dans l'appareil de sorte que la graduation soit visible</p>		0 3 6

	c. mesurez le contenu de la seringue à l'aide de la graduation de la pompe d. réglez, sur l'écran de l'appareil, le débit /la durée/ la vitesse pour les médicaments administrés		
15.	Consignez dans la fiche de l'appareil, avant de commencer l'administration : a. le nom des médicaments et leurs doses b. le débit total en ml. c. la vitesse en ml/h		0 3 6
16.	Installez la ligne de perfusion comme il suit : Inspectez le patient et choisissez le site convenable selon les principes ci-dessous : -pour les patients cachectiques on préfère la partie abdominale, excepté 3 cm péri ombilical -chez les patients avec ascite le site est dans la partie supéro-antérieure du thorax, au-dessus de la glande mammaire et à distance de l'aisselle - chez les patients agités le site est dans la partie supérieure du dos, autour du scapula - la partie supérieure du bras - la partie externe de la cuisse - il faut changer à tour de rôle les sites d'administration Contre-indications de site : des zones affectées par des anomalies - risque d'infection, proéminences osseuses, des zones articulaires, infections de la peau, plaies, érythème, ulcérations, téguments irradiés, tumeurs, plis cutanés		0 3 6
17.	Lavez-vous les mains. Enfilez des gants stériles.	ESSENTIEL	
18.	Désinfectez les téguments avec de la Bétadine ou de l'alcool et attendez que la peau sèche.		0 1 3
19.	Connectez le cathéter à la seringue et introduisez la solution pour éliminer l'air du cathéter		0 1 3
20.	Pincez fermement la peau en réalisant un gros pli cutané pour soulever le tissu sous-cutané. Faites pénétrer l'aiguille juste sous l'épiderme. L'angle d'insertion sera de 30 ° jusqu'à 45° en fonction de l'épaisseur du tissu adipeux. L'insertion plus profonde de l'aiguille permettra de garder le même site plus longtemps.		0 1 3
21.	Relâchez le pli cutané.		0 1 3
22.	Formez une boucle avec le tube du cathéter pour prévenir le retrait accidentel lors des mouvements du patient.		0 1 3
23.	Couvrez le cathéter d'un pansement transparent qui permette l'inspection du site toutes les 4 heures.		0 1 3
24.	Connectez la pompe à la ligne de perfusion. Attention : Ne pas brancher la seringue au patient avant de l'installer celle-ci dans le berceau de seringue Ne branchez pas l'appareil avant d'enregistrer : -le nom du médicament		0 1 3

	- la dose du médicament - le vitesse d'administration - l'heure de la mise en marche de la perfusion		
25.	Lancez la perfusion en appuyant sur la touche ON/OFF. Soyez attentif au signal acoustique et à la lumière qui doivent apparaître sur l'écran.		0 1 3
26.	Jetez les ampoules vides (dans le container à déchets coupants/piquants), les tampons, les gants (dans le container à déchets infectieux non coupants) ; le cathéter retiré (si c'est le cas) et les aiguilles utilisées dans le container approprié.		0 1 3
27.	Lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon.		0 1 3
28.	Gardez le cathéter dans la position fixée par nous. (Le patient et le soignant seront conseillés à ne pas retirer la canule)		0 1 3
29.	Vous pouvez solliciter et recevoir des médicaments supplémentaires si vos symptômes ne seront pas contrôlés de manière satisfaisante.		0 1 3
30.	Prenez toutes les mesures nécessaires pour la sécurité du patient – ajustez le lit, relevez les parties latérales.		0 2 4
31.	Vérifiez la condition du patient (au moins toutes les 4 heures), en l'observant ou, si c'est le cas, en entamant un dialogue Comment vous sentez-vous ? Vous êtes dans une position confortable ? Vous avez des douleurs ? Vous avez d'autres soucis ? Réévaluez, si nécessaire. Vérifiez si le piston de la seringue marche correctement ou s'il y a d'autres complications (<i>rougeurs, sang dans la canule</i>) sur le site.		0 3 6
32.	Assurez-vous que l'appareil marche – le témoin est allumé, on entend le bruit.		0 1 3
33.	Observez le volume de substance resté dans la seringue en corrélation avec le temps resté jusqu'à la fin de la procédure.		0 1 3
34.	Observez l'aspect du contenu de la seringue – clarté, éventuelles modifications de la couleur, dépôts.		0 1 3
35.	.Vérifiez l'aspect du site de perfusion, en observant, si c'est le cas, la présence de : a hématome ; b douleur locale. c tuméfaction locale ; d érythème local ; e perte de médicament au site d'insertion ; f présence du sang dans le cathéter ; g dislocation du cathéter Toute complication doit être mentionnée dans le dossier du patient.	ESSENTIEL	
Score total : 100		<input type="radio"/>	critère inaccompli %
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli %
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli %

Bibliographie sélective:

NHS Trust Oxford Radcliffe Hospital Clinical protocol for the use of syringe drivers in palliative care (adults)

<http://www.palliativedrugs.com/download/SDprotocol.pdf>

Ministry of Health. 2009. *Guidelines for Syringe Driver Management in Palliative Care in New Zealand*.

Wellington: Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>

The State of Queensland, Queensland Health, 2010 *Guidelines for syringe driver management in palliative care*. Second edition 2010 https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0029/155495/guidelines.pdf

LA PERFUSION SOUS-CUTANÉE AVEC LE PORTABLE POMPE SERINGUE

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent. Drag and drop.

perfusion	pompe	nausée
omoplate	consentement	ampoule
érythème	cathéter pour perfusion	hématome

Définitions:

1. Appareil utilisé pour comprimer ou déplacer un liquide/ gaz.
2. Accord du patient, sous signature, ou de la part du tuteur ou de la famille, nécessaire dans tous les cas où une intervention chirurgicale, une investigation ou un acte thérapeutique exposent le patient à un risque.
3. Le soin qui consiste à injecter lentement et continuellement un liquide par voie sous-cutanée.
4. Sensation imminente de d'écœurement perçue d'habitude dans la gorge ou dans l'épigastre. Celle-ci précède ou accompagne d'habitude les versements.
5. Tube flexible qui s'insère dans une veine périphérique pour faciliter l'administration périodique des médicaments sous forme liquide.
6. Petit objet en verre ayant la gorge étroite, fermé hermétiquement, où l'on garde d'habitude des médicaments (des liquides ou des poudres stériles injectables).
7. Agglomération de sang coagulé provoquée par la rupture spontanée ou traumatique des vaisseaux sanguins.
8. Os large qui avec la clavicule et l'humérus forme l'épaule.
9. Rougeur sous forme de taches qui apparaît sur la peau en différentes maladies.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions réalisées par le médecin dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qu'on retrouve dans le tableau ci-dessous ? (Drag and drop). Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin salue, se présente, fait l'identification du patient puis fait l'évaluation de l'état médical du patient.

Le médecin vérifie périodiquement, après avoir fini la réalisation du geste, l'état du patient et du site de perfusion, le contenu de la seringue (quantité, couleur, clarté) et du cathéter; il vérifie également si l'appareil fonctionne correctement.

Le médecin désinfecte l'endroit choisi et insère le cathéter sous l'angle correcte.

1. Le médecin explique les pas de la réalisation du geste et s'assure qu'il a été bien compris. Il dit qu'il va placer un cathéter sur le bras ou sur la jambe et que celui-ci va être connecté à un appareil. Le médicament sera administré automatiquement et continuellement 24 heures sur 24.



2. Le médecin demande le consentement du patient
3. Le médecin effectue le lavage des mains en vue de se désinfecter et prépare la seringue avec le médicament qui va être administré au patient, en plaçant correctement la seringue dans l'appareil.
4. Le médecin fait l'examen du patient en vue de choisir le site de perfusion qui est décidé en fonction de l'état et des maladies du patient.
5. Le médecin note l'heure, le médicament, la dose et la quantité administrée par heure et ensuite connecte l'appareil. Il jette toujours les objets qui ne sont plus nécessaires dans les containers prévus.
6. Le médecin conseille le patient de ne pas démonter ou changer la place du cathéter.

Lire et vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. En quoi consiste la perfusion ?

C'est le soin qui consiste à injecter lentement et continuellement un liquide par voie sous-cutanée.

C'est le soin qui consiste à injecter rapidement et de façon discontinue un liquide par voie sous-cutanée.

2. Quelles sont les situations qui demandent la perfusion ?

Les situations sont les suivantes : la céphalée, le mal à l'estomac et le rhume.

Les situations sont les suivantes : l'intolérance à la médication par voie orale, l'état d'inconscience et les phases terminales.

3. Quels sont les matériels nécessaires pour la réalisation de ce geste ?

Les matériels nécessaires sont : le portable pompe seringue, la seringue, le cathéter, les flacons avec des médicaments en poudre et le chlorate de sodium.

Les matériels nécessaires sont : le portable pompe seringue, la seringue, le cathéter, les flacons avec de médicaments en poudre et un bistouri.

4. Quand l'appareil doit-il être connecté ?

Le médecin connecte l'appareil avant qu'il ait noté l'heure, le médicament, la dose et la quantité administrée par heure.

Le médecin connecte l'appareil après avoir noté l'heure, le médicament, la dose et la quantité administrée par heure.

Vrai ou faux:

1. La pompe est un appareil utilisé pour comprimer ou déplacer un liquide/ un gaz. V/F
2. L'érythème est une agglomération de sang coagulé provoquée par la rupture spontanée ou traumatique des vaisseaux sanguins. V/F
3. Le médecin conseille le patient de démonter et de changer la place du cathéter s'il ne se sent pas bien. V/F
4. Le médecin désinfecte la peau avec de la Bétadine, de la Chlorhexidine ou de l'alcool. V/F
5. L'appareil doit être placé à un niveau supérieur par rapport au site de perfusion. V/F
6. Le patient est informé qu'on peut lui administrer d'autres médicaments si les symptômes persistent. V/F
7. Le médecin jette toujours les objets qui ne lui sont plus nécessaires dans les containers prévus. V/F
8. Le médecin surveille la situation médicale et il maintient la communication avec le patient pour s'assurer de son confort. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient :

Questions du médecin :	Réponses du patient :
Pouvez-vous me dire quel est votre nom, s'il vous plaît?	Oui, mon nom est Pierre Renaud.
Dites-moi s'il vous plaît quel âge vous avez.	J'ai 35 ans, je suis né le 12 février 1981.
Voulez-vous me dire si tout est clair en ce qui concerne le geste à réaliser ?	Oui, tout est clair.
Vous souvenez-vous si on vous a posé d'autres fois une autre perfusion ?	Oui, deux fois déjà.
C'est bien pour vous si nous vous prélevons des produits biologiques ?	Oui, s'il est nécessaire.
Savez-vous si vous êtes allergique aux médicaments prévus.	Non, je ne sais pas.
Désirez-vous me poser d'autres questions sur ce que nous allons faire?	Non, je n'ai pas de questions maintenant.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales/ formelles:

Obstruction	Obstacle, blocage
Mourant	En train de mourir
Scapula	Omoplate
Zone axillaire	Sous le bras
Thorax	Poitrine
Erythème	Rougeur
Hématome	Bleu de la peau
Vaisseaux capillaires	Petits vaisseaux sanguins
Signal acoustique	Signal sonore
Persister	Continuer

Grammaire intégrée

ÉTUDIEZ LA FICHE GRAMMATICALE ET FAITES L'EXERCICE SUIVANT :

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Pouvez-vous me dire si vous avez déjà pris ces médicaments?

Oui, je peux dire que je les déjà ai utilisés deux fois.

Non, je peux dire que l'appareil ne fonctionne pas.

2. Désirez-vous changer de position?

Oui, je désire changer les médicaments.

- Non, je ne désire pas changer de position.

3. Savez-vous quelle est l'utilité de ce geste?

Oui.

Oui, vous allez injecter des médicaments par voie sous-cutanée.

4. Voulez-vous faire venir la famille chez vous, n'est-ce pas ?

Oui, je veux les faire venir le plus tôt possible.

Mais si.

5. Vous souvenez-vous quand vous avez eu mal à l'estomac, avant ou après avoir mangé ?

Oui, je me souviens que j'ai eu mal après avoir mangé.

Non.

Cliquez sur la variante correcte de réponse :

1. Pouvez-vous me dire où / Savez- vous si / Voulez-vous me dire si est le cathéter s'il vous plaît ?

2. Vous souvenez-vous / Voulez-vous me dire si / Pouvez-vous me dire où la dose de médicament est correcte ?

3. Désirez-vous / Savez-vous si / Vous souvenez-vous à quelle heure on a connecté l'appareil ?

4. Savez- vous si / Vous souvenez- vous / Désirez- vous le patient a un problème de malabsorption ?

5. Pouvez-vous me dire où / Savez- vous / Désirez-vous qu'on vérifie l'allergie aux médicaments prévus ?



Expression orale

Écrivez les questions que les médecins posent aux patients quand on pose une perfusion et enregistrez ces questions, qui seront envoyées automatiquement au Forum pour être évaluées par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez :

.....
.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Le médecin pince la peau avec fermeté pour arriver plus facilement au tissu sous-cutané. Ensuite il insère le cathéter juste sous la peau.



PASSAGE DU DÉCUBITUS DORSAL SOUTENU AU DÉCUBITUS LATÉRAL SOUTENU

Procédure médicale

Unité linguistiques



**PASSAGE DU DÉCUBITUS DORSAL SOUTENU AU DÉCUBITUS LATÉRAL
SOUTENU**

	<i>Diazépam, antihistaminiques – ex. Romergan ; tranquillisantes – ex. Xanax etc.)</i> • Examen général pour mettre en évidence l'utilisation par le patient de certains appareils orthopédiques, l'existence des traces d'une opération récente. Procédure à effectuer : seul..... à l'aide d'un collègue..... avec l'utilisation d'aides techniques		
10.	Avez-vous des douleurs de poitrine ? OUI : on reporte le repositionnement NON : on continue le déroulement de la procédure – évaluation clinique, électrocardiographique, enzymatique – conformément au protocole local d'assistance du syndrome coronarien aigu		0 1 6
11.	Des problèmes de respiration ?		0 1 6
12.	Quel est votre poids, s'il vous plaît ? Combien vous pesez ? (<i>les patients en surpoids ont besoin de plusieurs personnes pour la mobilisation</i>) Procédure à effectuer : seul.....; à l'aide d'un collègue; avec l'utilisation d'aides techniques		0 1 6
13.	Vous pouvez bouger facilement les bras, les pieds ? Montrez-le-moi, s'il vous plaît. Merci. Vous pouvez plier vos genoux, vos coudes ? Montrez-le-moi, s'il vous plaît. Merci Manœuvre à effectuer : seul..... à l'aide d'un collègue ; avec l'utilisation d'aides techniques		0 1 6
14.	Vous êtes confiné au lit depuis combien de jours ? Vous vous sentez affaibli ? Sans force ? Vous pouvez changer de position dans le lit sans aide ? Ou, au moins vous soulever, vous élever un peu sans prendre appui sur le lit ? (évaluation de l'anamnèse du patient sur les mobilisations antérieures), il peut marcher tout seul ou il a besoin d'aide pour la mobilisation. Procédure à effectuer : seul..... à l'aide d'un collègue..... avec l'utilisation d'aides techniques		0 1 6
15.	Serrez-moi les doigts s'il vous plaît ! (<i>vous offrez les doigts 2 et 3 et puis vous les retirez pour analyser l'existence d'une éventuelle asymétrie de la force musculaire du patient</i>). Quel est le bras sur lequel vous vous appuyez mieux... où vous sentez avoir plus de force ? Quelle est la jambe la plus forte ? Quel est le degré de faiblesse, de manque de force du bras, de la jambe affectée ?		0 1 6
16.	Appréciation de la disponibilité du patient de coopérer dans le cadre de la manœuvre pour évaluer la nécessité de la mettre en route : seul....; avec un collègue....; avec l'utilisation d'aides techniques Vous avez des douleurs ? -administration éventuelle d'analgésiques		0 1 9
17.	Identifiez et placez de manière appropriée les éventuels dispositifs médicaux auxquels le patient est branché. (<i>tubulure de perfusion, cathéter urinaire, les câbles de l'électrocardiographie, oxymétrie de pouls, température</i>)	ESSENTIEL	
18.	Désinfectez avec un tampon imbibé d'alcool les surfaces du mobilier utilisées pendant le soin.		0 1 3
19.	Enlevez les gants utilisés et jetez-les à la poubelle des déchets infectieux non piquants. Lavez-vous les mains. Enfillez une nouvelle paire de gants propres, dans le cadre des précautions standard.		0 1 9
20.	Haussez le lit au niveau de la taille du médecin/de l'infirmier qui réalise le soin (<i>pour éviter la surcharge des muscles dorsaux du médecin/de l'infirmier par</i>		0 1 9

	<i>une posture trop penchée sur le patient). Descendez les parties latérales du lit.</i>			
	Enlevez l'oreiller fixé entre les pieds du patient et le lit (<i>antérieurement placé pour éviter l'ankylose de l'articulation du pied due à la flexion plantaire prolongée de celui-ci).</i>			
21.	<p>VI. Tăblie de pat deplasabilă plasată între tăblia patului și tăpile pacientului pentru a obține flexia dorsală a piciorului</p> <p>I. Pernă plasată sub ceafă și umeri, de grosime potrivită pentru a realiza alinierea gâtului pacientului și a preveni hiperextensia acestuia.</p> <p>II. Pernă plasată sub curbura lombară pentru a preveni flexia posterioară a coloanei vertebrale, la acest nivel.</p> <p>III. Pătură rulantă, plasată în dreptul soldului pentru o bună fixare a acestuia în scopul prevenirii rotației externe a mem brului inferior.</p> <p>IV. Plasarea unei peme sub coapsă pentru a obține o ușoară flexie a genunchiului.</p> <p>V. Pernă plasată sub gambe pentru a reduce presiunea la nivelul călcâielor</p>		0 1 3	
22.	Enlevez l'oreiller de dessous les mollets - <i>antérieurement placé pour réduire la pression au niveau des talons.</i>		0 1 3	
23.	Enlevez le rouleau fixé à côté de chaque hanche - <i>antérieurement placé pour prévenir la rotation externe du membre inférieur.</i>		0 1 3	
24.	Enlevez l'oreiller fixé en-dessous des cuisses - <i>antérieurement placé pour prévenir l'ankylose de l'articulation du genou par l'hyper-extension prolongée de celle-ci).</i>		0 1 3	
25.	Enlevez l'oreiller ou le rouleau fixé sous la courbure lombaire- <i>antérieurement placé pour prévenir la flexion postérieure de la colonne vertébrale.</i>		0 1 3	
26.	Enlevez l'oreiller fixé sous la tête et la nuque - <i>antérieurement placé pour réaliser l'alignement du cou du patient et prévenir son hyper -extension, surtout chez les patients avec un thorax globuleux.</i>		0 1 3	
27.	<p>Déplacement latéral dans le lit d'un 1/3 du corps du patient à l'aide d'un drap de rotation fixé entre celui-ci et les linges du lit.</p> <p><i>Le positionnement des pieds du médecin/de l'infirmier : un pied du côté du lit, le bout des orteils orienté vers le patient, le genou plié ; la plante de l'autre pied perpendiculaire à la plante du premier, à une certaine distance du lit, le genou en extension ;</i></p> <p><i>Saisissez des deux mains le bout du drap de rotation qui est vers le médecin/l'infirmier, antérieurement plié 2-3 fois pour augmenter sa résistance, et appliquez sur ce drap une force de traction dans la direction du médecin/de l'infirmier par le transfert du poids du corps - du pied placé à côté du lit vers l'autre qui est plus éloigné : par l'extension du genou à côté du lit en même temps avec la flexion de l'autre genou).</i></p>			0 1 9
28.	Soulevez la barrière du côté respectif du lit.		0 1 3	
29.	Repositionnement du médecin/de l'infirmier sur la partie opposée du lit, au niveau de l'autre partie latérale.		0 1 3	

30.	La baisse de la barrière latérale correspondante.		0 1 3
31.	Saisissement, à l'aide des deux mains, de l'épaule et respectivement de la hanche du patient – <i>correspondant aux deux ceintures, scapulo-humérale et coxo-fémorale, et permettant ainsi un soutien efficace du patient.</i>		0 1 9
32.	<p>La rotation du corps du patient par un mouvement de traction vers le médecin/l'infirmier, mouvement réalisé au niveau de ces deux prises</p> <p><i>La position des pieds du médecin/de l'infirmier : un pied du côté du lit, le bout des orteils orienté vers le patient, le genou plié ; la plante de l'autre pied perpendiculaire à la plante du premier, à une certaine distance du lit, le genou en extension</i></p> <p>Saisissement du patient, à l'aide des deux mains, au niveau de l'épaule et de la hanche controlatérale, appliquez une force de traction dans la direction du médecin/de l'infirmier par le transfert du poids du corps - du pied placé à côté du lit vers l'autre qui est plus éloigné : par l'extension du genou à côté du lit en même temps avec la flexion de l'autre genou – avec la rotation du patient « sur un côté », le visage vers le médecin/l'infirmier qui réalise la manœuvre.</p>		ESSENTIEL
33.	Stabilisez cette position en plaçant un oreiller dans le dos du patient.		0 1 9
34.	Soulevez la barrière latérale respectue.		0 1 3
35.	Repositionnement du médecin/de l'infirmier sur la partie opposée du lit, au niveau du dos du patient. Baisse de la barrière latérale correspondante. Fixation précise de l'oreiller entre le lit et le dos du patient.		0 1 3
36.	Soulevez la barrière latérale respectue.		0 1 3
37.	Repositionnement du médecin/de l'infirmier sur la partie opposée du lit, au niveau du visage du patient. Baissez la barrière latérale correspondante.		0 1 3
38.	Fixation sous la tête d'un oreiller ayant une épaisseur appropriée, pour réaliser l'alignement du cou du patient, pour prévenir sa flexion latérale et la surcharge des muscles du cou – <i>sternocléidomastoïdiens.</i>		0 1 9
39.	Placez le bras du patient au niveau du matelas – détendu, dans une position confortable, le coude fléchi.		0 1 9
40.	Placez un oreiller sous l'autre avant-bras pour l'aligner au corps (<i>on facilite ainsi la réalisation plénière des mouvements respiratoires en évitant la rotation interne et l'adduction de l'épaule, ce qui pourrait attirer des limitations fonctionnelles ultérieures de celui-ci.</i>)		0 1 9
41.	Placez un oreiller entre les jambes du patient, légèrement pliées, en vérifiant l'alignement correct des hanches et des épaules pour prévenir la torsion de la colonne (<i>secondaire par rapport à la rotation interne et à l'adduction des cuisses.</i>)		0 1 9

PROCÉDURE MÉDICALE



	<p>Pemă plasată sub ceafă și uneri, de grosime potrivită, pentru a realiza alinierea gâtului pacientului</p> <p>Pemă plasată sub celălalt antebraț pentru a-l alinia cu corpul.</p> <p>Bratul de la nivelul șalei relaxat, flectat din cot, plasat confortabil</p> <p>Plasarea unei peme între membrele inferioare ale pacientului, ușor flectate verificând alinierea corectă a șoldurilor și a umenilor pentru a preveni trosiunea coloanei vertebrale</p>			
42.	Inscrivez dans le dossier médical du patient la réalisation de la manœuvre, les accidents, les complications survenues, si c'est le cas, la date et l'heure.		0 1 3	
43.	Prenez toutes les mesures nécessaires pour la sécurité du patient (<i>le lit baissé au niveau inférieur de la hauteur et éventuellement relevez ses parties latérales</i>). Placez à la portée du patient ses objets personnels (<i>par ex. portable, livre, mots croisés</i>) le verre d'eau, la sonnette pour appeler le personnel médical. Offrez des informations sur le programme médical ultérieur et sur le moment quand on va revenir chez le patient.		0 1 3	
Score total: 200		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

Bibliographie selective

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

PASSAGE DU DÉCUBITUS DORSAL SOUTENU AU DÉCUBITUS LATÉRAL SOUTENU

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent

patient immobilisé	escarres	lésion	fiche d'observation médicale
capacité motrice	repositionner	poids	auscultation du patient

Définitions:

1. Pression d'un corps sur sa surface d'appui comme résultat de la force de gravitation
2. Zone où la peau est détruite
3. plaies de la peau et éventuellement des couches sous cutanées dues à une interruption de la circulation du sang – et implicitement de l'oxygène et des nutriments associés, suite au pincement des vaisseaux zonaux provoqué par une immobilisation prolongée
4. Le document organisé systématiquement qui contient des informations médicales concernant l'état de santé et les soins délivrés au patient
5. Action que le médecin réalise pendant la visite médicale
6. Changer la position du patient
7. L'habilité locomotrice de la personne
8. Patient qui est confiné au lit à cause d'une maladie ou d'une blessure

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions réalisées par le médecin dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qu'on retrouve dans le tableau ci-dessous ? (Drag and drop). Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin explique au patient ce qu'il envisage de faire, en quoi consiste la procédure, comment le patient peut contribuer à la réalisation de celle-ci et pourquoi cette manœuvre est importante pour lui.

Le médecin ou l'infirmière hausse ou baisse le lit au niveau de la taille pour éviter la surcharge des muscles dorsaux causée par la posture penchée sur le patient.

Le médecin et l'infirmière rendent stable la position du patient par le positionnement de l'oreiller au niveau du dos du patient de sorte que celui-ci soit dans une position détendue, confortable, avec son coude plié.

Le médecin réalise une évaluation rapide de la présence des fonctions vitales du patient (l'état de conscience, la mobilité, le parler, la respiration etc.).

Le médecin vérifie les documents médicaux du patient pour identifier des diagnostics éventuels ou des médicaments qui diminuent la capacité motrice du patient.

Le médecin identifie les données essentielles de l'anamnèse du patient concernant les mobilisations antérieures.

Le médecin évalue la capacité du patient de coopérer pendant la réalisation de la manœuvre.

Le médecin identifie et range de façon appropriée tout dispositif médical auquel le patient est connecté.

Le médecin et l'infirmière enlèvent les oreillers qui se trouvent aux pieds du patient, ensuite les oreillers de dessous les jambes, les rouleaux des hanches, les oreillers de dessous les cuisses, la courbe lombaire, la tête et la nuque.

Le médecin et l'infirmière font tourner le corps du patient vers eux, par un mouvement de traction.

Lire et vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. En quoi consiste la première étape de la procédure ?

La procédure commence par enlever les oreillers et les rouleaux des deux côtés du patient.

La procédure commence par déplacer le patient à l'aide des draps de rotation au bord du lit et le faire tourner sur un côté.

2. Qu'est-ce que le médecin doit faire ?

Il doit changer la position du patient dans le lit et le faire faire tourner sur un côté.

Il doit mettre le patient dans un autre lit.

3. Pourquoi le médecin doit-il changer la position du patient dans le lit ?

Rester dans le lit pendant longtemps peut aggraver la condition médicale du patient et des escarres peuvent apparaître dans les zones du corps qui soutiennent le poids du patient au niveau du lit.

L'infirmière doit changer les draps.

4. Qu'est-ce qui arrive si le patient a mal à la poitrine ?

Le médecin et l'infirmière continuent la procédure.

On reporte le changement de la position du patient.

Vrai ou faux

1. Des escarres peuvent apparaître dans les zones du corps qui soutiennent le poids du patient au niveau du lit. V/F

2. Les patients ayant du surpoids n'ont pas besoin de plusieurs personnes pour les faire changer de position. V/F

3. Les patients qui se sentent fatigués ne peuvent pas bouger tous seuls, ils ont besoin d'aide pour changer de position. V/F

4. Les médecins doivent évaluer la disponibilité du patient de collaborer pendant la réalisation de la procédure pour évaluer si celle-ci peut être accomplie par le médecin seul ou à l'aide d'un collègue. V/F

5. Le médecin demande au patient de lui serrer les doigts et ensuite le médecin les retire du poing du patient pour évaluer l'éventuelle existence d'une asymétrie dans la force musculaire du patient. V/F

6. Il n'est pas nécessaire de soulever le lit au niveau de la taille du médecin/ de l'infirmière pendant le déroulement de la procédure. V/F
 7. S'aggraver signifie s'empirer. V/F
 8. Rester assis signifie rester allongé. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient:

Questions du médecin :	Réponses du patient :
Bonjour ! Mon nom est Dan Ionescu, je suis votre médecin et je vais vous examiner.	Oui, je peux le faire. Aucun problème avec les genoux ou les coudes.
Pouvez-vous me dire votre nom, s'il vous plaît?... Et la date de naissance ? ... Je vous remercie.	Non, je n'ai pas mal. Je n'ai pas de douleurs.
Est-ce que tout est clair en ce qui concerne la procédure ? Avez-vous d'autres questions sur ce que nous allons faire ?	Bonjour Docteur !
Avez-vous mal à la poitrine maintenant ?	Oui, tout est clair. Je n'ai pas de question maintenant.
Quel est votre poids ? Combien de kilos pesez-vous ?	Depuis deux semaines. Je me sens assez fatigué.
Pouvez-vous bouger les mains et les jambes lentement ? Faites-le ! Pouvez-vous plier les genoux et les coudes ? Faites-le, s'il vous plaît. Je vous remercie.	Mon nom est John Brown. Je suis né le 12 octobre 1968.
Depuis combien de temps êtes-vous au lit ? Est-ce que vous vous sentez fatigué, faible ?	Je pèse 80 kilos.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales/ informelles :

S'aggraver	Zones pressées
Exclure	S'empirer
Décubitus dorsal	Aide
Repositionner	Remettre
Décubitus latéral	Genou plié
Courbe lombaire	Eliminer
Assistance	La courbe d'en bas du dos
Escarres	Allongé sur le dos
Genou fléchi	Lésions de la peau
Zones comprimées	Allongé sur le côté

Grammaire intégrée

Choisissez la question qui correspond à la réponse donnée :

1. Combien de kilos pesez-vous ? / Où avez-vous des kilos ?
J'ai 80 kilos.
2. Depuis combien êtes-vous au lit ? Depuis combien de temps êtes-vous au lit ?
Depuis trois semaines.
3. Quelles sont les instructions ? Quelles instructions sont ?
Les instructions sont de changer la position.
4. Allergique êtes-vous quelque chose ? / Êtes-vous allergique à quelque chose ?
Non, je ne suis pas allergique.
5. S'aggraver peut l'état médical ? / Est-ce que l'état médical peut s'aggraver ?
Oui, il peut s'aggraver si vous ne respectez pas les instructions.

Cliquez sur la variante correcte :

1. Quand / Combien / Quoi changez-vous de position ?
2. Combien / Comment / Qui allez-vous ?
3. Où / Pourquoi / Quels symptômes avez-vous ?
4. Depuis combien de temps / Quelle / Qui avez-vous mal ?
5. Combien / Où / Quoi avez-vous des escarres ?

Expression orale

Écrivez les questions que les médecins posent aux patients ayant des escarres et enregistrez ces questions, qui seront envoyées automatiquement au Forum pour être évaluées par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez :

.....
(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Depuis combien de jours êtes-vous au lit ? Êtes-vous affaibli ? Êtes-vous sans force ?



LA CONSPIRATION DU SILENCE - APPROCHE DE LA COLLUSION

Procédure médicale

Unité linguistiques



LA CONSPIRATION DU SILENCE - APPROCHE DE LA COLLUSION

Du point de vue éthique, les patients ont le droit de recevoir le maximum d'informations qu'ils désirent sur leur état médical (diagnostic, pronostic, traitement...). La collusion n'est pas éthique, mais c'est un phénomène universellement remarqué, tant dans la société occidentale que dans d'autres pays. La collusion signifie cacher les informations sur le diagnostic, pronostic et les détails médicaux sur le malade, dans le sens de ne pas les partager avec les personnes concernées. La collusion signifie, en même temps, que les informations médicales importantes sont divulguées de manière sélective ou pas du tout au patient et/ ou aux proches. Les équipes médicales conspirent parfois avec les proches du patient pour leur cacher le diagnostic (ex. « nous vous prions de ne lui dire rien sur la gravité de sa maladie »), ou bien les médecins complotent avec le patient (ex. « je vous prie de ne pas parler à mon mari ou à ma famille de ma maladie ») et, par la suite, ils n'informent pas la famille sur le diagnostic ou le pronostic du patient. Les motifs les plus importants de la collusion sont dus à la pratique des médecins, à une large échelle, de dévoiler le diagnostic à un membre de la famille du patient, avant même de le communiquer au patient et la sous-estimation de la part des cliniciens des besoins d'information des patients. De plus, c'est plus facile pour les médecins de faire appel à la collusion que de dire la vérité parce que cela réduit leurs propres stress et angoisse provoqués par la communication d'un diagnostic grave.

○	◐	●	P
---	---	---	---

1.	Présentez-vous aux membres de la famille. Bonjour, je suis le médecin..... et l'infirmière.... (il est conseillé qu'à cette discussion soient présents deux membres de l'équipe) Et vous, vous êtes..... ? (Vous lui permettez de dire son nom. Evitez une expression telle « Vous êtes Monsieur Ion ? », ce qui pourrait générer de fausses confirmations par une réponse automatique « Oui »)	ESSENTIEL		
2.	Serrez la main, si l'un des proches le veut.			0 1 3
3.	Informez-vous qui est la personne qui accompagne le patient et en quelle relation se trouve avec celui-ci. Vous êtes venu aujourd'hui pour discuter de M. /Mme. et vous prononcez le nom du patient. Pouvez-vous me dire qui vous êtes et quelle est votre relation avec le patient ? (Evitez de deviner « Vous êtes sa femme ? »- c'est peut-être une fille ou quelqu'un d'autre et vous pouvez créer ainsi des situations embarrassantes)			0 1 3
4.	Assurez une atmosphère intime pour la conversation. Fermez la porte après avoir signalé que dans la chambre se déroule un entretien important (ou une consultation etc.) Si le patient est alité, tirez le rideau autour du lit. (Par une communication correcte vous gagnerez la confiance ; commencez par prouver du respect vis-à-vis de la personne qui est devant vous)			0 1 3
5.	Réduisez les facteurs perturbateurs le plus possible. Eteignez la radio, la télé, le portable - ou demandez à la secrétaire de répondre aux appels à votre place (Habituez le personnel et les autres patients à ne pas entrer dans la pièce pendant la consultation)			0 1 3
6.	L'aménagement de l'espace			0 1

	a. invitez l'accompagnateur de s'asseoir. Prenez place, s'il vous plaît ! <i>(Le patient perçoit différemment le temps si vous êtes assis tous les deux. Le même temps sera perçu comme plus long si on est debout)</i>				3
7.	b. Prenez place vous aussi. Si le patient est dans le lit, prenez une chaise et asseyez-vous tout près du lit - A une distance confortable - 1 m - Le regard du médecin devrait être au même niveau avec celui du patient - avec une exception : quand le patient pleure ou est furieux votre regard devrait être plus bas que celui du patient - Si les patients arrivent accompagnés par un proche vous devez garder le contact visuel avec le patient, étant plus près du patient que du proche				0 1 6
8.	c. Eloignez les barrières entre vous et le patient - Mettez la chaise de façon à être près de l'interlocuteur – il vaut mieux s'asseoir au coin de la table que de l'autre côté -Dégagez le bureau du côté du patient <i>(Ne vous mettez pas derrière la table ou l'ordinateur -dans le non-verbal, cela empêche la communication)</i>				0 1 3
9.	d. Préparez-vous pour les patients/ les proches qui pleurent Il est bien que vous ayez des mouchoirs en papier à votre portée, s'ils pleurent ; offrez-les-leur				0 1 3
10.	Le langage du corps : Adoptez une posture neutre qui montre que vous n'êtes pas en hâte et que vous êtes calme - les pieds sur le plancher - les épaules détendues, légèrement en avant - une expression amicale du visage - les mains sur les genoux <i>(Quand vous parlez sur des sujets difficiles comme les mauvaises nouvelles, les diagnostics, les pronostics, les angoisses du patient etc. vous sentirez un inconfort, c'est pourquoi il est important d'entraîner votre corps, de façon que le langage non verbal paraisse calme et offre de la confiance au patient)</i>				0 1 6
11.	Le commencement de la discussion : Précisez le but de la présente discussion pour le proche. Pourriez-vous me dire pourquoi vous êtes venu me voir aujourd'hui ? <i>(A ce moment le proche vous dira : je sais que le patient a du cancer, mais « je vous prie de ne pas lui dire la vérité car il perdra l'espoir et il cessera de lutter contre la maladie..... »).</i>				0 1 3
12.	Confirmez la complicité et puis vous discutez les raisons : Vous m'avez dit que vous estimez que M./Mme...nom du patient/... ne devrait pas savoir ce qui se passe. Pourquoi vous croyez cela ?			ESSENTIEL	
13.	Demandez-lui pourquoi il veut garder le secret sur le diagnostic. Avez-vous aussi d'autres raisons pour lesquelles vous considérez que le patient ne doit pas connaître la vérité ?				0 1 3
14.	Utilisez vos habiletés d'écoute : a. posez des questions ouvertes (Quoi...? Comment....? Pourquoi....? etc.) auxquelles on peut facilement répondre b. encouragez l'interlocuteur, par le langage non-verbal ou par une courte			""	0 1 6

	proposition, de continuer ses idées. Approuvez, faites des pauses, souriez, utilisez des réponses comme « oui », « dites -moi plus » c. gardez le silence et n'interrompez pas la personne. Ecoutez ce qu'elle vous dit -contenu, tonalité, mais faites attention aussi à la communication non verbale (gestes, expression faciale, position du corps) d. maintenez le contact visuel sans être intrusif e. clarifiez- Quand vous dites que....vous voulez dire que....? (<i>donnez-lui la possibilité de développer l'affirmation antérieure ou de mettre en évidence certains aspects quand vous exprimez votre intérêt sur le sujet en question</i>)		
15.	Démontrez que vous comprenez les raisons de la collusion et validez ses raisons : Eh bien, vous le connaissez le mieux et il est possible que vous ayez raison. C'est bien comme ça car si vous lui disiez... Il paraît que vous avez de vraies raisons pour ne pas lui dire.		0 1 3
16.	Appréciez le prix de la collusion, du point de vue émotionnel, sur le proche. Je comprends maintenant pourquoi vous avez caché l'information au patient, mais quel effet a cela sur vous ?	ESSENTIEL	
17.	Gardez le silence et écoutez avec attention les soucis du proche. (<i>l'angoisse, la difficulté de faire face aux mensonges, des barrières dans la communication avec le patient etc.</i>)		0 1 3
18.	Vous vous confrontez aussi avec d'autres problèmes dus au fait que vous lui cachez la vérité ?		0 1 3
19.	Résumez et continuez Donc, vous avez plusieurs raisons pour lesquelles vous essayez de cacher la vérité.... (<i>vous faites un bilan de celles-ci; par ex. cette situation met une pression sur vous, entrave la communication avec votre mari...</i>) Je pourrais vous suggérer quelques modalités pour améliorer la situation		0 1 6
20.	Demandez la permission de parler avec le patient Est-ce que je pourrais parler avec le patient ? Ce que je voudrais faire c'est de discuter avec lui pour voir ce qu'il pense vis-à-vis de cette situation. Il est possible qu'il me dise qu'il sait qu'il a du cancer. Dans ce cas-là, il n'y a aucune raison de faire semblant.	ESSENTIEL	
21.	Etablissez le niveau de conscientisation du patient Si vous ne connaissez pas le patient, présentez-vous d'abord et puis adressez-lui une question pertinente pour apprendre son point de vue/sa vision sur ce qui se passe. Je voulais avoir une discussion avec vous pour voir comment vous allez. ou Comment gérez-vous la situation que vous traversez ?		0 1 6
22.	Si le patient connaît la vérité- vous passez à l'étape 27 Si le patient ne connaît pas la vérité ou s'il a une compréhension partielle de son état médical- vous continuez ainsi : Explorez son désir d'apprendre plus d'informations sur sa maladie et arrêtez-vous là. Vous êtes content des informations que vous avez reçues sur votre maladie ?		0 1 4
23.	Si le patient répond OUI, cela signifie que ce n'est pas le bon moment pour rompre la collusion.		0 1 4
	Si le patient répond NON, cela signifie qu'il désire plus d'informations- programmez un entretien pour discuter sur le diagnostic. Je vais regarder les résultats de vos analyses/tests et d'autres documents médicaux que vous avez et à la prochaine rencontre je vous offrirai plusieurs informations.		
24.	Explorez d'autres besoins du patient (douleur, appétit, mobilité) et offrez		0 1

PROCÉDURE MÉDICALE



	<p>vos aide pour leur gestion.</p> <p>Avez-vous des problèmes liés à la maladie ?</p>			4
25.	<p>Informez les membres de la famille sur le désir du patient et offrez votre aide pour agir en conséquence. Votre proche désire connaître le diagnostic. Je suis prêt à lui communiquer les mauvaises nouvelles avec délicatesse. Etes-vous d'accord ?</p>			0 1 4
26.	<p>Communiquez au patient le diagnostic. (Utilisez le schéma de la communication des mauvaises nouvelles)</p>			0 1 4
27.	<p>Si le patient connaît la vérité, mais la famille ne le sait pas : Ex.: J'ai toujours su que ce que vous aviez appelé ulcère précancéreux, était en fait un cancer- maintenant vous devriez confirmer qu'il a raison- Je suis désolé mais vous avez raison.</p>			0 1 5
28.	<p>Demandez la permission de transmettre au membre de la famille/ à son proche/ami ce qu'il sait, en indiquant que cette personne connaît le diagnostic. Je peux informer votre femme que vous comprenez quelle est votre maladie ? Elle sait déjà le diagnostic.</p>			0 1 5
29.	<p>Essayez de comprendre le vécu du patient. J'ai l'impression que vous ne trouvez pas utile une discussion en ce moment car vous considérez que cela ne changera en rien votre situation.</p>			0 1 5
30.	<p>Discutez comment vous allez vous impliquer dans les soins à venir. Il est peut-être utile de discuter sur ce que vous sentez, sur ce qui vous inquiète. Il est fort probable que je puisse faire des choses pour vous aider en ce qui concerne la souffrance physique et émotionnelle que vous éprouvez.</p>			0 1 5
31.	<p>Tombez d'accord sur un projet de gestion et écrivez quelques instructions pour le patient. Vérifiez si le patient a compris. Ici vous avez les instructions, dites-moi s'il vous plaît, si vous les avez comprises. Pourriez-vous les répéter, s'il vous plaît?</p>			0 1 5
32.	<p>Fin de la discussion. Invitez le patient à vous poser des questions. Avez -vous des questions ?</p>			0 1 3
33.	<p>Établissez la date du futur rendez-vous. Je demanderai à l'infirmière de vous appeler d'ici dans deux jours pour voir comment le traitement a fonctionné et on se reverra dans une semaine.... ça marche ? Au revoir ! A la semaine prochaine !</p>			0 1 3
34.	<p>Vous inscrivez le bilan/les conclusions de votre discussion avec le patient et avec ses proches dans le dossier du patient (ainsi, tous les membres de l'équipe seront informés et agiront en conséquence)</p>			0 1 3
Score total: 120		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

Références:

- Peter Maguire, Ann Faulkner Communicate with cancer patients: Handling uncertainty, collusion, and denial BMJ 1988 VOLUME 297 15 OCTOBER pg 972-974
- Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. Palliat Med. 2002 Jul;16(4):297-303
- Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth? J Clin Oncol. 2008 Mar 1;26(7):1175-7.
- [James Alvin Low](#), [Sim Lai Kiow](#), [Norhisham Main](#), [Koh Kim Luan](#), [Pang Weng Sun](#), [May Lim](#), Reducing Collusion Between Family Members and Clinicians of Patients Referred to the Palliative Care Team Perm J. 2009 Fall; 13(4): 11-15.
- [Santosh K. Chaturvedi](#), [Carmen G. Loiselle](#), [Prabha S. Chandra](#), Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective Indian J Palliat Care. 2009 Jan-Jun

LA CONSPIRATION DU SILENCE - APPROCHE DE LA COLLUSION

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

collusion
algorithme

dévoiler
valider

anxiété
contact visuel

conscientisation
apaisement

Définitions:

1. La verbalisation par des mots consolateurs ayant le but de rendre l'interlocuteur moins angoissé.
2. La stratégie qui suppose de garder secrètes ou de ne pas partager entre les personnes impliquées des informations sur le diagnostic, le pronostic ou d'autres détails médicaux sur le patient.
3. La compréhension ou la connaissance d'une situation présente sur la base de l'information ou de l'expérience.
4. Situation où deux personnes se regardent réciproquement dans les yeux en même temps.
5. Rendre connu, révéler, divulguer.
6. Accepter, approuver officiellement quelque chose, surtout après examen.
7. Sentiment fâcheux d'agitation ou de peur en lien avec quelque chose qui se passe ou qui peut arriver à l'avenir.
8. Set de règles ou d'instructions mathématiques qui aident à la résolution d'un problème logique.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions réalisées par le médecin dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qu'on retrouve dans le tableau ci-dessous ? (Drag and drop). Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin salue le parent du patient, se présente et demande au parent de se présenter et de dire quelle est sa relation avec le patient.

Le médecin admet la collusion et explore avec le parent les raisons de celle-ci.

Le médecin demande la permission de parler avec le patient pour réaliser l'état de conscientisation de celui-ci sur le diagnostic.

Le médecin prépare la chambre pour l'entrevue médicale avec le parent du patient et il range l'espace précis où aura lieu la discussion : les chaises proches l'une de l'autre, situées au même niveau et sans d'autres objets autour.

Le médecin adopte une posture qui encourage la communication : il est détendu avec les deux pieds sur le plancher, il a une expression amicale et les deux mains sur les genoux.

Le médecin commence la conversation en clarifiant les raisons de la visite – pourquoi le parent est venu discuter avec le médecin.



Le médecin n'interrompt pas le parent, il utilise le langage verbal et non verbal et les techniques de l'écoute active pour encourager la communication.

Le médecin écoute les inquiétudes du parent, montre qu'il comprend les raisons de la collusion et les valide.

Le médecin reprend de façon synthétique les inquiétudes liées à la collusion qui ont été mentionnées par le parent et y propose des solutions.

Le médecin discute ensemble avec le patient les pas suivants du traitement et fixent ensemble la date du rendez-vous suivant.

Lire et vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Qu'est-ce que la collusion ?

La stratégie qui implique de garder secrète toute information sur le diagnostic, le pronostic ou d'autres détails médicaux sur le patient.

La verbalisation par des mots consolateurs ayant le but de rendre l'interlocuteur moins angoissé.

2. Qu'est-ce qu'un algorithme ?

Un algorithme est un sentiment fâcheux d'agitation ou de peur en lien avec quelque chose qui se passe ou qui peut arriver.

Un algorithme est un set de règles ou d'instructions mathématiques qui aident à la résolution d'un problème logique.

3. Quelle est la posture du médecin pendant la communication avec le parent du patient ?

Le médecin adopte une posture qui encourage la communication : il est détendu avec les deux pieds sur le plancher, il a une expression amicale et les deux mains sur les genoux.

Le médecin adopte une posture qui encourage la communication : il est détendu avec les deux pieds sur le plancher, il a une expression amicale et les deux mains sur la table.

4. Comment procède le médecin si le patient ne connaît pas la vérité sur sa maladie ?

Si le patient ne connaît pas la vérité, le médecin ne va pas discuter avec le patient.

Si le patient ne connaît pas la vérité, le médecin va discuter avec le patient pour apprendre à quel point celui-ci désire d'être informé sur sa maladie.

Vrai ou faux

1. Le médecin demande au parent quelle est sa relation avec le patient. V/F

2. Le médecin s'assied à une distance d'un mètre par rapport au parent/ au patient. V/ F

3. Le médecin ne s'intéresse pas au but de la visite du parent du patient. V/F

4. Le médecin utilise des questions fermées pour apprendre les raisons de la collusion. V/F

5. Dès le commencement de la discussion le médecin montre qu'il ne comprend pas les raisons de la collusion. V/F

6. Le médecin demande la permission de parler avec le patient. V/F

7. Le médecin demande au patient s'il a d'autres besoins liés à sa maladie. V/F

8. Si le patient connaît la vérité, le médecin ne lui confirme pas qu'il a raison. V/F



Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du parent:

Questions du médecin :	Réponses du parent :
Pouvez-vous me dire quel est votre nom et quelle est votre relation avec le patient, s'il vous plaît ?	Je suis venue pour parler de mon mari, Monsieur Dumitrescu, il n'en sait rien.
Dites-moi, s'il vous plaît, pourquoi vous êtes venue me voir aujourd'hui ?	Parce que je n'ai pas su comment lui dire tout cela.
Pourquoi pensez-vous qu'il serait mieux que Monsieur Dumitrescu ne sache pas la vérité sur sa maladie ?	Oui, parce qu'il soupçonne quelque chose et il est très agité.
Quel effet a eu sur vous le fait que vous ne lui avez pas dit la vérité ?	Mon nom est Paula Dumitrescu, je suis l'épouse du patient.
Craignez-vous que le fait de garder le secret vous mette dans une difficulté de communication avec votre mari ?	Oui, vous pouvez lui demander.
Pourrais-je avoir votre permission de parler avec Monsieur Dumitrescu ?	Je suis très troublée.
Pourrais-je lui demander ce qu'il sait de la situation actuelle ?	Oui, je suis d'accord.

Faites la correspondance entre les expressions médicales formelles et celles informelles:

Dévoiler	Accepter
Anxiété	Approuver officiellement
Valider	Content
Eduquer	Rendre connu
Admettre	Emploi du temps
Coût	Montrer
Satisfait	Gestion
Programme	Former
Indiquer	Peur
Management	Prix



Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte :

Si le patient ne connaît pas la vérité le médecin discutera avec lui.
Si le patient ne connaîtrait pas la vérité le médecin discutera avec lui.

Le médecin ne dévoilerait pas la vérité si le patient est content avec son état actuel.
Le médecin ne dévoilera pas la vérité si le patient est content avec son état actuel.

Si le patient désirait plus d'informations, le médecin programmerait un autre rendez-vous.
Si le patient désire plus d'informations, le médecin programmerait un autre rendez-vous.

Si le patient connaîtra le diagnostic, le médecin demanderait sa permission pour dévoiler ce fait au parent.
Si le patient connaissait le diagnostic, le médecin demanderait sa permission pour dévoiler ce fait au parent.

Si vous ne comprenez pas les instructions, posez-moi des questions.
Si vous ne compreniez pas les instructions, posez-moi des questions.

Cliquez sur le verbe au conditionnel :

1. Je suggérerais / je suggèrai / je suggère à l'infirmière de m'appeler en ce qui concerne le traitement.
2. Je désire/ je désirerais/ j'ai désiré de parler avec lui de sa situation.
3. Êtes-vous/ Serez-vous /Seriez-vous d'accord avec ce diagnostic ?
4. Je voudrais / j'ai voulu/ je veux vous suggérer comment discuter avec lui.
5. Vous pouvez/vous pourriez / vous pourrez avoir raison parce que vous le connaissez mieux.



Expression orale

Écrivez un dialogue du médecin avec un parent du patient dans un contexte d'éthique médicale (par exemple celui du texte) en utilisant les expressions exercées antérieurement. Enregistrez ce dialogue qui sera envoyé automatiquement au Forum pour être évalué par un collègue.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez :

.....
.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

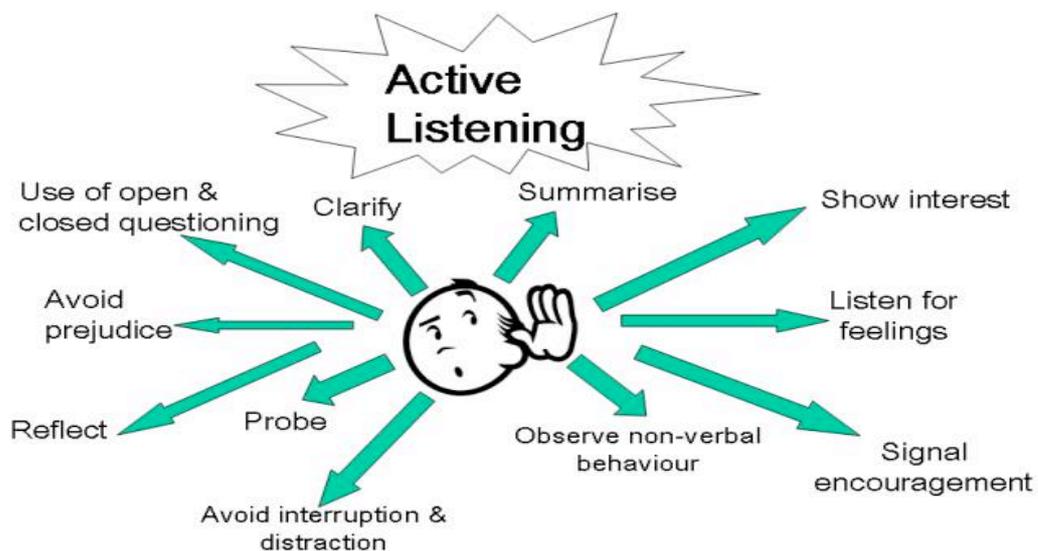
Je veux vous dire que je n'ai pas l'intention de lui dévoiler la vérité maintenant. Ce que je veux faire c'est de parler avec lui pour voir ce qu'il croit de la situation actuelle. Cela nous montrerait ce qu'il sait sur sa maladie.



ÉCOUTE ACTIVE ET RÉPONSE EMPATHIQUE

Procédure médicale

Unité linguistiques



ÉCOUTE ACTIVE ET RÉPONSE EMPATHIQUE

L'écoute active est le processus qui signifie écouter les autres dans le but de comprendre les idées, les opinions et les sentiments, et démontrer qu'on a tout bien compris. L'écoute active est une habileté précieuse car elle nous permet de démontrer que nous comprenons ce que les autres disent, et par empathie nous percevons ce que la personne ressent par rapport à ce qu'elle communique.



	○	◐	◑	●	P
--	---	---	---	---	---

1.	Vous vous présentez au patient. Bonjour, je suis le docteur/ le prêtre / l'infirmière... Vous êtes....? Permettez au patient de dire son nom. <i>Evitez des questions telles « Vous êtes M. Ion? » (qui pourraient générer une fausse confirmation par une réponse automatique du genre OUI, réponse donnée par un patient qui n'est pas attentif à la discussion à cause des symptômes)</i>	ESSENTIEL			
2.	Si le patient est accompagné par un parent ou un ami vous devez apprendre en quelle relation celui-ci se trouve avec le patient. Je me réjouis de voir que vous accompagnez M/Mme....et vous dites le nom du patient. Pourriez -vous me dire qui vous êtes et quelle est votre relation avec le patient ? <i>Evitez de faire des suppositions comme « Vous êtes sa femme ? » - elle pourrait être sa fille ou quelqu'un d'autre et vous risquez ainsi de créer des situations pénibles.</i>				0 1 3
3.	Serrez la main du patient si celui-ci le désire. D'abord, vous serrez la main du patient et après celle de l'époux/ de l'épouse/de l'ami (si cette personne est présente). Cette communication non-verbale démontre que le patient est la priorité				0 1 3
4.	Assurer l'intimité de la discussion - Fermer la porte après avoir signalé sur la porte qu'il s'agit d'une discussion importante ou d'une consultation etc. - Si le patient est immobilisé au lit, tirez les rideaux Par une communication adéquate vous allez gagner la confiance et vous montrez du respect envers la personne devant vous.				0 1 4
5.	Réduisez les facteurs perturbateurs qui vous entourent Eteignez la radio, la télé, le portable ou bien demandez à la secrétaire de le faire à votre place et de répondre au téléphone Habituez le personnel et les autres patients à ne pas entrer dans la pièce pendant la conversation/ consultation				0 1 3
6.	L'aménagement de l'espace a. Invitez le patient et le soignant à s'asseoir Je vous prie de vous asseoir ! <i>(Le patient perçoit différemment le temps si vous restez assis tous les deux. Le même intervalle sera perçu comme plus long si on est debout)</i>				0 1 3
7.	b. Prenez place vous aussi. Si le patient est alité, prenez une chaise et asseyez-vous tout près du lit - A une distance confortable du patient - 1 m - Le regard du médecin devrait être au même niveau que celui du				0 1 5

	patient - avec une exception : quand le patient pleure ou est furieux votre regard devrait être plus bas que celui du patient - Si le patient est accompagné, asseyez-vous de façon à être en face du patient, plus près de lui que du soignant			
8.	c. Eloignez les barrières entre vous et le patient - Mettez la chaise de façon à être près de l'interlocuteur- mieux au coin de la table que séparés par la table - <i>(Ne vous mettez pas derrière la table ou l'ordinateur – de manière non verbale, cela empêche la communication)</i>			0 1 5
9.	d. Préparez-vous pour des patients/parents qui pleurent Il est bien que vous ayez des mouchoirs en papier à votre portée, au cas où les patients/les parents commencent à pleurer ; offrez-les-leurs			0 1 3
10.	Le langage du corps : Adoptez une posture neutre qui montre que vous n'êtes pas en hâte et que vous êtes calme : les pieds sur le plancher, les épaules détendues, légèrement en avant, une expression amicale du visage, les mains sur les genoux <i>(Quand vous parlez sur des sujets difficiles comme les mauvaises nouvelles, les diagnostics, les pronostics, les angoisses du patient etc. vous sentirez un inconfort, c'est pourquoi il est important d'entraîner votre corps, de façon que le langage non verbal paraisse calme et rassure le patient)</i>			0 1 3
11.	Demandez la permission de lire des documents, de prendre des notes pendant la discussion. Vous me permettez de prendre des notes pendant la conversation ? Il est possible que vous ayez le dossier du patient devant vous, mais ne parlez pas avec le patient pendant la lecture. Il vaut mieux de le lire avant la discussion, mais parfois le patient ramène des documents nouveaux que vous devez regarder pendant la conversation.			0 1 3
12.	Le début de l'interrogatoire. Clarifiez le but de la consultation pour le patient. Pourriez-vous me dire pourquoi vous êtes venu aujourd'hui ? <i>(pour les étudiants qui exercent leurs compétences linguistiques, on peut utiliser un cas de figure ou un scénario)</i>			0 1 3
13.	Habilités d'écoute a. posez des questions ouvertes Je vous prie de me parler davantage de votre maladie/problème <i>(pourquoi le patient est venu à la consultation)</i>			0 1 3
14.	a. Formuez des questions ouvertes <i>(quoi?... comment?...pourquoi?...etc.)</i> auxquelles on peut répondre de plusieurs façons Quelques exemples : Quelle pourrait être la cause de votre douleur ? Comment vous vous êtes senti quand le médecin/ l'infirmière / le prêtre vous a communiqué/ transmis le diagnostic/traitement etc. ? Pourquoi vous avez évité de parler avec la famille de votre problème ? Ce sont de parties nécessaires dans un dialogue thérapeutique			0 1 5
15.	La plus importante technique pour faciliter le dialogue a. gardez le silence et n'interrompez pas votre interlocuteur <i>Ecoutez ce que le patient vous dit à l'aide des mots (contenu, tonalité) mais prêtez aussi attention à la communication non-verbale (gestes, expression faciale, position du corps)</i>	ESSENTIEL		
16.	d. Permettez de courtes périodes de silence quand le patient s'arrête pour			0

	réorganiser ses pensées. S'il est nécessaire d'interrompre le silence, demandez : Qu'est-ce qui vous a déterminé de vous taire ? Le silence pourrait avoir une autre explication : le patient peut penser ou ressentir quelque chose de trop intense pour être exprimé dans des mots		1 5
17.	e. Encouragez le patient, de façon non-verbale ou par une courte proposition, de continuer ses idées. Hochez la tête, faites des pauses, souriez, utilisez des réponses telles : « Oui » et « Dites-moi davantage »		0 1 3
18.	La répétition et la réitération Depuis que j'ai commencé à prendre ces nouveaux comprimés, je suis devenu somnolent. Donc vous êtes plus somnolent à cause des comprimés que vous prenez ? C'est la preuve pour le patient que vous avez entendu ce qu'il vous a dit.		0 1 3
19.	La clarification. Quand vous dites que... vous voulez dire... Donnez au patient la possibilité de développer l'affirmation antérieure ou de mettre en évidence certains aspects quand cela vous intéresse.		0 1 4
20.	Maintenez le contact visuel sans trop insister - Soyez attentif, ne regardez pas directement le patient, mais ne regardez en bas ou ailleurs non plus, pas souvent au moins - Il est utile d'éviter le contact visuel quand le patient est furieux ou pleure		0 1 5
21.	Reconnaissance des émotions, réponse empathique a. Identifiez l'émotion ressentie par le patient. Je vois que vous êtes furieux... nommez l'émotion que le patient ressent. L'empathie est définie comme la capacité de comprendre rationnellement ce que le patient vit émotionnellement. C'est autre chose que la sympathie	ESSENTIEL	
22.	a. Identifiez l'origine de l'émotion :..... parce que le diagnostic a été établi avec un retard nommez la cause qui a généré l'émotion	ESSENTIEL	
23.	a. Répondez d'une façon qui montre au patient que vous avez fait la connexion entre les points 21, 22 Cela doit être difficile pour vous Il est important d'accepter comme normales les émotions négatives aussi bien que celles positives dans le contexte d'une maladie qui limite l'espérance de vie	ESSENTIEL	
24.	N'UTILISEZ PAS : Je comprends comment vous vous sentez Nous ne passons pas par la même expérience que le patient, donc le rassurement est superficiel!		0 1 5
25.	Le contact physique Vous pouvez toucher la main ou le bras mais retenez : Cela doit arriver naturellement, de l'intérieur Différents patients pourraient ne pas se sentir à l'aise avec le contact physique		0 1 3
26.	Stratégie de management Résumez les principaux aspects/problèmes dont le patient a parlé Permettez-moi de faire un résumé pour voir si j'ai bien compris quelles sont vos inquiétudes: la douleur que vous avez aux jambes, la difficulté de respiration et la peur de dormir car la respiration pourrait s'arrêter ; les		0 1 5



	soucis que votre fille pourrait ne pas faire face à ces nouvelles responsabilités... Vous mentionnez toutes les inquiétudes d'ordre physique, psychique, social et spirituel			
27.	Vérifiez le résumé avec le patient J'ai résumé tout ce que vous m'avez dit ?			0 1 3
28.	Si le patient est d'accord avec votre résumé, proposez une stratégie de management. Je suggère qu'on fasse comme il suit : pour la douleur nous prenons des médicaments et nous faisons du massage, l'assistant social contactera votre fille pour la conseiller en ce qui concerne les droits légaux...			0 1 3
29.	Evaluez la réponse du patient et essayez d'inclure sa perspective aussi Quelle est votre impression? Je vois que vous êtes inquiet que les médicaments vous provoquent la somnolence ;, nous commencerons avec de petites doses que nous augmenterons progressivement			0 1 3
30.	Tombez d'accord sur le projet de management et écrivez quelques instructions pour le patient. Vérifiez si le patient a compris. Voilà vos instructions, dites-moi, s'il vous plaît, si vous les avez comprises/ Pourriez-vous les répéter ?			0 1 4
31.	Fin de la discussion. Invitez le patient à poser des questions Avez-vous des questions ?			0 1 4
32.	Vous établissez la date de la prochaine entrevue. Je vais prier quelqu'un/l'infirmière de vous appeler dans 2 jours pour voir comment le traitement a marché et nous nous rencontrerons dans une semaine. Qu'est-ce que vous en pensez ? Au revoir ! A la semaine prochaine !			0 1 4
Score total: 100		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère accompli partiellement	%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

Références:

- Caspersz, Donella and Stasinska, Ania, Can we teach effective listening? An exploratory study, *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 12(4), 2015. Available at:<http://ro.uow.edu.au/jutlp/vol12/iss4/2>
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277(8):678-682.
- Fallowfield L. Jenkins V. - Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur. J. Cancer* 35(11) Oct. 1999 1592-1597
- Lam KK. Empathy - an essential tool for communication for palliative care doctors. *HKSPM Newsletter* 2006, Sep Issue 2, 13.
- Wittenberg-Lyles E. Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication. *Patient Educ Couns* 2012, 89(1), 31-37.
- Bylund CL, et al. Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center. *J Cancer Educ*. 2011, 26, 604-611.
- Brown RF. Patient centered communication skills training for oncologists: describing the content and efficacy of training. *Common Educ*. 2010, 59, 236-249.
- Lelorain S, et al. A systematic review of the association between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology* 2012, 21(12), 1255-64.
- HackTF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 2005, 14(10), 831-845.
- Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med* 1994, 9, 222-226.
- Mosoiu D. Comunicarea in cancer. 2009, 31-35.
- Back LA, Arnold RM, Baile WF, Tulsy JA. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005, 55, 164-177.

ÉCOUTE ACTIVE ET RÉPONSE EMPATHIQUE

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

écoute active, empathie, préjugé, langage non-verbal,
supposer, perception, pronostiquer, tranquilisant

Définitions:

1. Comportements ou éléments de communication, autres que les mots qui transmettent une signification (la voix, l'expression du visage, les gestes, la posture du corps, la distance face à l'interlocuteur, le contact visuel).
2. Ecoute attentive de l'interlocuteur afin de comprendre le message complet qui est transmis (idées, opinions et sentiments) et de démontrer qu'on a compris sans un jugement critique. Le processus implique clarification, réflexion, résumé et feed-back sous forme de paraphrase de la part de celui qui écoute.
3. Processus physique de connaissance sensorielle par l'entremise duquel les objets et les phénomènes sont perçus comme entiers.
4. Médicament contenant une substance qui produit un état de tranquillité, qui calme et détend.
5. Processus complexe (perceptif, intellectuel et affectif) qui suppose un sentiment d'identification du récepteur (médecin ou autre professionnel de la santé) avec l'émetteur (patient ou un parent de celui-ci).
6. Prévoir le déroulement dans le temps d'un phénomène, processus etc. basé sur l'étude du contexte de son apparition et de son évolution.
7. Admettre provisoirement que quelque chose est vrai, réel ou possible.
8. Opinion ou idée préconçue et souvent erronée que quelqu'un adopte vis-à-vis de quelque chose, d'habitude sans connaissance directe.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions réalisées par le médecin dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qu'on retrouve dans le tableau ci-dessous ? (Drag and drop). Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin salue le patient et la personne qui l'accompagne, se présente et identifie le patient.

Le médecin commence la conversation avec le patient en lui posant des questions ouvertes afin de le faire parler de façon détendue, librement.

Le médecin évalue la réponse du patient face aux solutions proposées, y fait des ajustements et ils fixent ensemble la date du prochain rendez-vous.



Le médecin prépare la chambre pour l'entrevue médicale avec le patient et son soignant.

Le médecin range l'espace précis où aura lieu la discussion : les chaises proches l'une de l'autre, situées au même niveau et sans d'autres objets autour.

Le médecin s'assure que le patient est assis confortablement.

Le médecin adopte une posture qui encourage la communication : il est détendu avec les deux pieds sur le plancher, il a une expression amicale et les deux mains sur les genoux.

Le médecin n'interrompt pas le patient, il lui accorde des moments de pause pour réfléchir ou réorganiser les idées et utilise le langage verbal et non verbal pour encourager la communication.

Le médecin écoute le patient, identifie et accepte ses émotions, autant les positives, que les négatives.

Le médecin reprend de façon synthétique les problèmes mentionnés par le patient et y propose des solutions.

Lire et vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Qu'est-ce que l'écoute active ?

a. L'écoute active est la manière de l'interlocuteur de réagir afin de comprendre le message complet qui est transmis (idées, opinions et sentiments) et de démontrer qu'il a compris sans un jugement critique. Le processus implique clarification, réflexion, résumé et feed-back sous forme de paraphrase de la part de celui qui écoute.

b. L'écoute active est la manière de l'interlocuteur de réagir de façon verbale et non-verbale avec attention, avec un jugement critique. Le processus implique clarification, réflexion, résumé et feed-back sous forme de paraphrase de la part de celui qui écoute.

2. Qu'est-ce que l'empathie ?

a. L'empathie est le phénomène naturel (perceptif, intellectuel et affectif) qui suppose un sentiment d'identification du récepteur (médecin ou autre professionnel de la santé) avec l'émetteur (patient ou un parent de celui-ci).

b. L'empathie est le processus complexe (perceptif, intellectuel et affectif) qui suppose un sentiment d'identification du récepteur (médecin ou autre professionnel de la santé) avec l'émetteur (patient ou un parent de celui-ci).

3. Comment le médecin prépare-t-il la chambre où aura lieu la discussion ?

a. Le médecin affiche sur la porte le texte « Consultation en déroulement ». Si le patient se trouve dans le lit, le médecin tire les rideaux. Il élimine les facteurs perturbants (radio, télé, portable).

b. Le médecin affiche sur la porte le texte « Consultation en déroulement ». Si le patient se trouve dans le lit, le médecin tire les rideaux, mais il n'élimine pas les facteurs perturbants (radio, télé, portable).



4. Comment finit la discussion ?

a. Le médecin synthétise et clarifie les problèmes mentionnés par le patient et propose des solutions.

b. Le médecin synthétise et clarifie les problèmes mentionnés par le patient, propose des solutions et par la suite y fait des ajustements en fonction de la réponse et de la réaction du patient et ils fixent ensemble la date du prochain rendez-vous.

Vrai ou faux

1. Quand le médecin se prépare pour discuter avec le patient, il allume le portable. V/F

2. Quand le patient pleure ou il est fâché, le médecin garde la direction de son regard en-dessous de celui du patient. V/F

3. Le médecin demande la permission de lire les documents médicaux du patient et de prendre des notes pendant l'entrevue. V/ F

4. Le médecin demande au patient pourquoi il a évité de parler de ses problèmes de santé avec sa famille. V/F

5. Quand le patient fait une pause, tout de suite le médecin lui pose des questions pour éclaircir la situation. V/F

6. Le médecin nomme l'émotion qu'il voit chez le patient. V/F

7. Le médecin doit dire au patient qu'il comprend ce que celui-ci ressent. V/F

8. À la fin le médecin demande au patient s'il a d'autres questions à poser. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du soignant:

Questions du médecin :	Réponses du soignant :
Pouvez-vous me dire quel est votre nom et quelle relation vous avez avec le patient, s'il vous plaît ?	Parce que mon mari a très mal aux jambes.
Voulez-vous vous asseoir ?	Non, pas de problème.
Est-ce que cela vous dérange si je prends des notes pendant notre entrevue ?	Mon nom est Johanna Hoffmann, je suis l'épouse du patient. Je suis venue avec mon mari qui est fatigué et somnolent.
Dites-moi, s'il vous plaît, pourquoi vous êtes venue chez moi aujourd'hui ?	Oui, merci.
Soupçonnez-vous quelle pourrait être la cause de sa douleur ?	Parce qu'il n'arrive pas à bien dormir la nuit à cause des douleurs, il est somnolent pendant la journée.
Quand vous affirmez qu'il est somnolent, qu'est-ce que vous voulez dire par cela ?	Oui, tout est correct.
Voyons si j'ai bien compris quels sont ses principaux problèmes : le mal aux jambes, la difficulté de respirer, sa peur de s'endormir, le souci que votre fille ne va pas se débrouiller. C'est bien ça ?	Cela pourrait être génétique, sa mère avait les mêmes problèmes.



Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales formelles:

Somnolent	Prédiction
Staff médical	Chance
Pronostic	Sommeillant
Réitération	Grand
Opportunité	Inquiétude
Majeur	Calmant
Préoccupation	Toucher
Tranquillisant	Traitement
Thérapie	Répétition
Contact physique	Equipe médicale

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte:

1. J'ai très mal aux jambes.

Je vous écoute, et... ?

encouragement / clarification/ résumé

2. J'ai des difficultés à respirer.

Cela semble être très important pour vous.

clarification/ feed-back / réflexion

3. J'ai peur de m'endormir.

De quoi avez-vous peur ?

approfondissement/ redirection / paraphrase

4. J'ai le souci que ma fille ne va pas se débrouiller.

Pourquoi pensez-vous cela ? Je vois que vous êtes inquiet.

feed-back/ identification de l'émotion / paraphrase

5. Cela pourrait être génétique.

Qu'est-ce que vous comprenez par cela ?

clarification / réflexion/ encouragement

Cliquez sur la variante correcte:

1. J'ai mal à la jambe gauche.

Je regrette, je sais comment vous vous sentez. / Pouvez-vous préciser quel type de douleur vous ressentez ?

2. Je sens un fourmillement.

Je ne comprends pas de quoi exactement il s'agit, pouvez-vous donner des détails ?/ Je crois que la meilleure chose serait d'aller chez l'orthopédiste.



3. J'étais ce matin dans le lit. Et je pensais à quoi j'allais faire dans la journée. Ensuite je me suis rendu compte que je devais aller au marché...

Ne me donnez pas ces détails, ils ne sont pas importants du point de vue médical. / Racontez-moi à partir du moment où la douleur a commencé.

4. La douleur est arrivée quand j'étais déjà au marché et je me suis heurté contre une pierre.

Corrigez-moi si je n'ai pas bien compris : à cause de la pierre la douleur a commencé. / A l'avenir il est bien d'être plus attentif quand vous marchez.

5. J'ai eu alors une contusion mais j'ai également senti une douleur à l'intérieur qui dure depuis dix jours.

Et pourquoi n'êtes-vous venu chez moi que maintenant ? / Voyons si j'ai bien compris : vous vous êtes heurté contre une pierre et la douleur intérieure a commencé exactement à ce moment-là. Est-ce bien cela ?

Expression orale

Écrivez un dialogue du médecin avec un patient qui a un problème médical (voir, par exemple, le texte donné) en utilisant les expressions d'empathie et d'écoute active exercées antérieurement. Enregistrez ce dialogue qui sera envoyé automatiquement au Forum pour être évalué par un collègue.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez :

.....
.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Le médecin doit s'asseoir à une distance confortable par rapport au patient (environ 1 m). Si le patient est accompagné par un parent ou un ami, le médecin doit s'asseoir de telle façon qu'il soit plus proche du patient que de son parent ou ami.



COMMUNICATION DU DIAGNOSTIC DANS UNE MALADIE GRAVE (DONNER DE MAUVAISES NOUVELLES)

Procédure médicale

Unité linguistiques



COMMUNICATION DU DIAGNOSTIC DANS UNE MALADIE GRAVE

Communiquer des mauvaises nouvelles aux patients, offrir toutes les informations nécessaires pour faciliter les processus de prise des décisions dans les soins palliatifs (la définition des mauvaises nouvelles et des exemples de mauvaises nouvelles dans les soins palliatifs)		○	◐	●	P
1	Entrez et présentez-vous poliment et de façon aimable. Bonjour. Je suis le docteur XXX, votre hématologue, oncologue etc. Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? (<i>vous accordez le temps pour les réponses</i>) ... Cela vous dérange si nous parlons un peu ? S'il n'est pas d'accord : Quand voulez-vous qu'on parle ? (<i>On fait cela pour comprendre l'état d'esprit du patient et pour évaluer l'opportunité du moment pour assimiler les informations</i>)				0 1 3
2	Demandez si le patient veut être seul ou accompagné pendant l'entretien. S'il veut être accompagné, demandez par qui. Fixez une date qui soit convenable à tous les participants. Créez une atmosphère de sécurité et de calme. (<i>pour éviter l'anxiété du patient</i>)				0 1 3
3	Assurez un espace privé, confortable pour l'entretien. (<i>ainsi vous protégez la confidentialité des patients et vous contribuez à la création d'un cadre adéquat pour assimiler les informations, pour éviter les interruptions et d'autres éléments perturbateurs</i>)				0 1 3
4	Accordez une attention spéciale à la communication non verbale pendant l'entretien : éliminez les barrières physiques ; essayez de rester au même niveau que le patient. S'il y a aussi d'autres personnes, facilitez un espace ouvert pour la communication en plaçant les chaises en cercle.				0 1 3
5	Intéressez-vous de quelles informations sur sa situation le patient dispose (<i>il est important de savoir ce que le patient pense sur la gravité de sa situation, et qu'est-ce qu'il sait en plus du nom de sa maladie</i>) Que pensez-vous de la douleur thoracique, de la perte de poids etc. ? Qu'est-ce qu'ils vous ont dit sur votre maladie ? Vous pensez que c'est grave ? Accordez de l'attention à l'état émotionnel du patient : Il y a des choses qui vous inquiètent ? Qu'est-ce qui vous dérange le plus ?				0 1 3
6	Demandez en particulier quelles sont les informations que le patient est prêt à recevoir : Qu'est-ce que vous désirez savoir sur votre maladie ? Voulez-vous que je vous explique....? (<i>le diagnostic, les options de traitement, le pronostic et tout le contenu lié au processus d'information</i>). Laissez au patient la possibilité de choisir (<i>Cela est nécessaire pour respecter l'autonomie du patient et pour promouvoir un plan thérapeutique infirmier construit en commun</i>)	ESSENTIEL			
7	Donnez des indications, verbales et non verbales, au patient concernant le fait qu'il s'agit de mauvaises nouvelles.... Les résultats du CT ne sont pas bons. Voulez-vous que je vous en parle ou que je vous informe sur le traitement ? (<i>cela permettra au patient de décider s'il est prêt du point de vue émotionnel à recevoir les nouvelles</i>).				0 1 6
8	Fournissez les informations graduellement au patient, à partir de sa situation actuelle. Résumez le processus de diagnostic et offrez des options de traitement ou des informations sur le pronostic au cas où le patient est d'accord. Utilisez un langage simple et clair. Evitez le jargon médical. <i>Le</i>				0 1 3

PROCÉDURE MÉDICALE



	<i>processus d'information graduelle est important pour respecter le désir du patient de connaître toutes les informations disponibles.</i>		
9	Utilisez l'écoute active et la réponse empathique, consultez la procédure... <i>(essayez de comprendre les désirs et les valeurs du patient)</i>		0 1 3
10	Adaptez votre langage au niveau social, culturel et éducationnel du patient, exprimant en même temps des messages vrais et intelligibles. <i>(Ainsi, le patient est capable de comprendre les informations et il devient conscient des conséquences, des risques et des bénéfices du plan thérapeutique infirmier. Il est important qu'il existe une stratégie proactive pour promouvoir l'autonomie du patient)</i>		0 1 3
11	Accordez suffisamment de temps, même en silence, s'il est nécessaire. Demandez au patient s'il a besoin de plus de temps pour penser à sa situation ou de se consulter sur ces problèmes avec la famille. Accordez de l'attention à une communication permanente (gardant le contact visuel, manifestant de l'empathie, de la compréhension et du respect vis-à-vis des besoins et des opinions du patient.		0 1 3
12	Vérifiez si le patient a compris les informations fournies. Aidez-le à les réviser. Demandez s'il a des questions, des doutes.		0 1 5
13	Demandez au patient s'il désire partager les informations avec quelqu'un d'autre (par ex. avec une personne qui n'est pas encore dans la même pièce).	ESSENTIEL	
14	Montrez votre disponibilité pour toute autre sollicitation et informez le patient sur la manière dont il peut vous contacter de nouveau. Le patient doit percevoir la continuité des soins.		0 1 3
15	Réviser les aspects les plus importants du plan thérapeutique à mettre en œuvre avec le patient. Celui-ci doit comprendre que la situation est gérée sérieusement et avec du professionnalisme.		0 1 3
16	Évaluez l'état émotionnel après l'entretien : Comment vous sentez-vous maintenant ? Intéressez-vous si le patient a des questions, des inquiétudes.		0 1 3
17	Dites au revoir amicalement.		0 1 3
Score total: 50		<input type="radio"/>	critère inaccompli %
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli %
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli %

Bibliographie selective

- Buckman R. Communication skills in palliative care. A practical guide. *Neurologic Clinics* 2001; 19(4): 989-1004
- Finset A, Ekeberg O, et al. Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. *Psycho-Oncology* 2003; 12:686-693
- Deschepper R, Vander Stichele R, et al. Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flandres, Belgium. *British Journal of General Practice* 2006; 56:14-19
- Treece PD. Communication in the intensive care unit about the end of life. *AACN Advanced Critical Care* 2007; 18(4): 406-414

COMMUNICATION DU DIAGNOSTIC DANS UNE MALADIE GRAVE

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

termes informels	malentendu	charge émotionnelle	éducation thérapeutique du patient
jargon médical	suivi du patient	stratégie proactive	réception

Définitions:

1. Terminologie utilisée par les professionnels de la santé qui n'est pas entièrement comprise par ceux qui travaillent dans d'autres domaines.
2. L'échec de comprendre ou d'interpréter correctement un message.
3. Vocabulaire utilisé pour la réalisation d'une description que chacun peut comprendre, sans avoir des études dans le domaine respectif.
4. Un état d'esprit caractérisé par des sentiments très puissants.
5. Façon de réagir face à quelqu'un ou à quelque chose.
6. Continuation ou reprise d'un traitement déjà établi qui implique l'observation du patient afin de constater les effets de la thérapie.
7. Modification graduée de la perception du patient par l'observation de ses réactions, en renforçant les aspects qui l'approchent du contexte médical et en valorisant l'information médicale pertinente pour celui-ci.
8. Action participative qui suppose la prévention de certaines maladies.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions réalisées par le médecin dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions du tableau ci-dessous dans le texte où celles-ci manquent ? (Drag and drop). Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin s'assied et accorde une importance particulière à la communication non-verbale, il élimine les barrières physiques et il reste au même niveau que le patient. S'il y a plusieurs personnes il va ranger les chaises sous forme de cercle.

Le médecin donne des informations graduellement, de façon verbale et non-verbale, annonçant que les nouvelles sont mauvaises. Il fait un court résumé de la situation et il offre des alternatives de traitement en utilisant un langage simple et clair, en évitant le jargon médical.

Le médecin évalue une dernière fois l'état émotionnel du patient et lui pose de nouveau la question s'il veut apprendre d'autres choses tout en continuant de faire attention à la manière de communiquer, de montrer de l'empathie, de la compréhension et du respect.



- Le médecin crée un milieu qui encourage la communication efficace ; il range l'espace privé où aura lieu la discussion afin de protéger la confidentialité du patient : les chaises rapprochées, au même niveau, sans d'autres objets autour.
- Le médecin évalue la perception du patient sur la maladie et apprend ainsi combien il en sait, combien grave il la perçoit et à quel point il considère que la maladie va l'affecter à l'avenir.
- Le médecin demande quoi encore le patient voudrait apprendre sur sa maladie (diagnostic, traitement, pronostic) ; le patient a le droit de choisir. Tout cela aide le médecin à voir à quel point la compréhension du patient au moment respectif est proche de la réalité médicale.
- Le médecin utilise des stratégies de communication : l'écoute active et la réponse empathique. Il répond à la manifestation des émotions du patient, sans faire des jugements critiques. Le médecin offre son support et il est solidaire avec le patient par une attitude empathique.
- Le médecin adapte son discours en fonction du niveau d'éducation, culturel et social du patient, en maintenant le réalisme du message. Il offre une image correcte incluant également les possibilités d'évolution positive ou négative. C'est ainsi que le patient peut assimiler l'information et être conscient des conséquences, des risques et des bénéfices du plan thérapeutique infirmier présenté.
- Le médecin demande au patient s'il a besoin de plus de temps pour réfléchir à sa situation ou pour consulter des membres de la famille. Il assure le patient qu'il peut compter sur son implication active, se montrant disponible d'offrir assistance et appui au patient et/ou à sa famille.
- Le médecin vérifie de nouveau si le patient a bien compris l'information, l'aide à récapituler le plan thérapeutique infirmier qu'ils vont suivre. Le médecin demande au patient s'il a d'autres questions tout en l'informant qu'il peut le contacter encore.

Lire et vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Qu'est-ce que le jargon médical ?

C'est la terminologie utilisée par les professionnels de la santé qui n'est pas entièrement comprise par ceux qui travaillent dans d'autres domaines.

C'est la terminologie utilisée par les professionnels de la santé qui est comprise par ceux qui travaillent dans d'autres domaines.

2. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique du patient ?

C'est la modification brusque de la perception du patient par l'observation de ses réactions, en renforçant les aspects qui l'approchent du contexte médical et en valorisant l'information médicale pertinente pour celui-ci.

C'est la modification graduée de la perception du patient par l'observation de ses réactions, en renforçant les aspects qui l'approchent du contexte médical et en valorisant l'information médicale pertinente pour celui-ci.

3. Pourquoi le médecin évalue-t-il la perception du patient sur sa maladie ?

Le médecin évalue la perception du patient sur la maladie pour apprendre ainsi combien il en sait, combien grave il la perçoit et à quel point il considère que la maladie va l'affecter à l'avenir.

Le médecin évalue la perception du patient sur la maladie pour mieux le connaître.

4. Comment répond le médecin à la manifestation des émotions du patient ?

Il répond à la manifestation des émotions du patient en faisant des jugements critiques.

Il répond à la manifestation des émotions du patient sans faire des jugements critiques.

Vrai ou faux

1. Le médecin évalue la perception du patient sur la maladie et apprend ainsi combien il en sait. V/F

2. La réponse du patient aide le médecin à voir à quel point la compréhension du patient au moment respectif est proche de la réalité médicale. V/F

3. Le patient a le droit de choisir s'il veut apprendre des informations sur sa maladie.

4. V/F

5. Le médecin ne fait pas un court résumé de la situation en utilisant un langage simple et clair, en évitant le jargon médical. V/F

6. Le médecin adapte son discours en fonction du niveau d'éducation, culturel et social du patient, en évitant d'être réaliste. V/F

7. Le médecin demande au patient s'il a besoin de plus de temps pour réfléchir à sa situation ou pour consulter des membres de la famille. V/F

8. Le médecin vérifie de nouveau si le patient a bien compris l'information, l'aide à récapituler le plan thérapeutique qu'ils vont suivre. V/F

9. Le médecin évalue une dernière fois l'état de santé du patient et lui pose de nouveau la question s'il veut apprendre d'autres choses. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient:

Questions du médecin :	Réponses du patient :
Comment décririez-vous votre situation médicale?	Êtes-vous sûr que le résultat est correct ?
Êtes-vous inquiet de votre maladie et de ses symptômes ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous dérange ?	Je me rends compte qu'elle est grave.
Si la situation devient plus grave désirez-vous le savoir ? Qu'est-ce que vous voudriez savoir de plus?	Je vous remercie pour tout ! Je vais vous contacter quand tout sera plus clair pour moi.
Malheureusement j'ai de mauvaises nouvelles. Les résultats du CT-scan ne sont pas bons. Voulez-vous qu'on discute sur ceux-ci ou sur traitement ?	Oui, je suis inquiet. Je ne réalise pas maintenant s'il y a quelque chose qui me dérange.
Oui, le résultat est correct. Je vois que c'est une très mauvaise nouvelle. Qu'est-ce que vous sentez maintenant ?	Je vous remercie. Vous m'avez toujours soutenu très chaleureusement.



Je vais vous aider avec tout ce que je peux.	Je suis vraiment comblé. Je sens que tout change dans ma vie.
Je vous prie de me contacter pour n'importe quelle question. Voilà mon numéro de téléphone.	Je désire connaître ma situation réelle.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales/informelles:

Jargon	Privation
Exactitude	Langage spécialisé
CT-scan	Réciprocité
Intimité	Tomographie
Solidarité	Réduction de la douleur
Communiquer de mauvaises nouvelles	Refus d'accepter la maladie
Négation de la maladie	Familiarité
Phase terminale	Dire les mauvaises nouvelles
Contrôle de la douleur	Fin de la vie
Frustration	Précision
Jargon	Privation

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte de réponse :

Pouvez-vous me dire si vous avez mal à la tête ?

Oui j'ai toujours mal. / Oui, j'ai changé d'avis. / Non, je n'ai pas oublié.

Vous souvenez-vous quand vous avez pris le médicament ?

Oui c'est vrai. / Non, j'ai oublié. / Ce n'est pas vrai !

Je vous prie de me dire pourquoi je devrais suivre cette thérapie.

Parce qu'elle s'est avérée efficace. / Il se peut qu'on fasse recours à cette thérapie. / Bien sûr.

Quand commence l'opération ?

C'est absolument sûr que l'opération commence à 9 heures. / Non ce n'est pas vrai. / Oui, c'est correct!

Dites-moi, s'il vous plaît, si vous souffrez de quelque chose.

Bien sûr. / C'est absolument nécessaire de faire une radiographie. / Je ne suis pas sûr mais j'irai faire des analyses.



Cliquez sur la variante qui correspond à la formule donnée :

Demander des informations sur l'état de santé.

Pourriez-vous me dire si vous avez mal à la tête ? / Avez-vous changé d'avis en ce qui concerne la thérapie à suivre ?

Répondre à la demande d'informations sur l'état de santé.

Je ne suis pas sûr mais j'irai faire les analyses. / Non, j'ai oublié.

Annoncer un fait

J'ai l'impression que vous avez de la température. / Je voudrais vous dire que vous avez une maladie grave.

Considérer un fait comme vrai

C'est vrai qu'il faut faire de nouvelles investigations. / C'est possible de prévoir la durée du traitement.

Demander des explications

Ne me dites pas quand le mal à la tête a commencé. / Je vous prie de me dire pourquoi il doit suivre cette thérapie.

Expression orale

Ecrivez un dialogue entre un médecin et un patient auquel il communique de mauvaises nouvelles, en utilisant les expressions exercées dans cette unité. Enregistrez ces questions, qui seront envoyées automatiquement au Forum pour être évaluées par l'un de vos collègues.

Evaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

L'écriture

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....
.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Qu'est-ce que vous pensez du mal à la poitrine et de la perte de poids? Qu'est-ce qu'on vous a dit sur votre maladie? Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous dérange?



L'ÉVALUATION SPIRITUELLE

Procédure médicale

Unité linguistiques



L'ÉVALUATION SPIRITUELLE

Les problèmes spirituels devraient être considérés comme très importants, à l'évaluation initiale aussi bien qu'aux visites de réévaluation, selon le cas. Cela permettra de comprendre la souffrance spirituelle/religieuse des patients ainsi que les modalités d'y faire face et de voir les voies censées éclaircir le sens et apporter du soutien par la foi. L'instrument proposé à être utilisé pour une telle évaluation est FICA - foi, importance, communauté, application/adresser. L'instrument d'évaluation spirituelle FICA a été développé par Dr. Puchalski avec un groupe de médecins généralistes, afin de mettre à la disposition des médecins et d'autres professionnels de la santé un instrument pour l'approche des problèmes spirituels des patients.

F aith
I mportance
C hurch
A pply/Address

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	<p>Présentez-vous au patient Bonjour, je suis le prêtre/le médecin/l'infirmière... Vous êtes....? Permettez au patient de dire son nom. <i>(Évitez des expressions telles " Vous êtes M. Ion?"; celles-ci pourraient générer une fausse confirmation par une réponse automatique fausse du genre « Oui », réponse donnée par un patient qui n'est pas attentif à la discussion à cause des symptômes qu'il ressent)</i></p>	ESSENTIEL	
2.	<p>Si le patient est accompagné par un parent/un ami vous devez apprendre en quelle relation celui-ci se trouve avec le patient. Je me réjouis de voir que vous accompagnez aujourd'hui M/Mme....(et vous dites le nom du patient). Pourriez-vous me dire qui vous êtes et quelle est votre relation avec le patient ? Évitez de faire des suppositions comme « Vous êtes sa femme? » <i>(C'est peut-être sa fille ou quelqu'un d'autre et ainsi vous pouvez créer des situations pénibles)</i></p>		0 1 3
3.	<p>Serrez la main du patient <i>(si celui-ci le désire)</i>. D'abord, vous serrez la main du patient et puis du mari /de la femme /de l'ami <i>(si cette personne est présente)</i> Cette communication non-verbale montre que le patient a de la priorité</p>		0 1 3
4.	<p>Assurez l'intimité de la discussion - Fermez la porte après avoir signalé sur celle-ci qu'il s'agit d'une discussion importante (ou d'une consultation etc.) - Si le patient est immobilisé au lit, tirez les rideaux <i>Par une communication adéquate vous allez gagner la confiance et vous montrez du respect pour la personne qui est devant vous.</i></p>		0 1 6
5.	<p>Réduisez les facteurs perturbateurs le plus possible Éteignez la radio, la télé, le portable (ou bien demandez à la secrétaire/ à l'infirmière de répondre aux appels à votre place). <i>Faites savoir au personnel et aux autres patients qu'ils ne doivent pas entrer dans la pièce pendant l'entretien/ la consultation</i></p>		0 1 3
6.	<p>L'aménagement de l'espace a. Invitez le patient (et son proche) à s'asseoir Je vous prie de vous asseoir! <i>(Le patient perçoit différemment le temps si vous êtes assis tous les deux. Le même temps sera perçu comme plus long si on est debout)</i></p>		0 1 3

7.	<p>b. Prenez place vous aussi. Si le patient est dans le lit, prenez une chaise et asseyez-vous tout près du lit</p> <ul style="list-style-type: none"> - À une distance confortable par rapport au patient (environ 1 m) - Le regard du médecin devrait être au même niveau que celui du patient (avec une exception : quand le patient pleure ou il est furieux votre regard devrait être plus bas que celui du patient) - Si le patient est accompagné par un parent/un ami, vous allez vous placer devant le patient, plus proche de celui-ci que de son parent/ son ami. 			0 1 6
8.	<p>c. Éloignez les barrières entre vous et le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettez votre chaise de façon à être près du patient (mieux au coin de la table au lieu que celle-ci vous sépare) <p>(Ne vous mettez pas derrière la table ou l'ordinateur – au niveau non verbal cela empêche la communication)</p>			0 1 6
9.	<p>d. Préparez-vous pour les patients /les parents qui pleurent</p> <p>Il est bien que vous ayez des mouchoirs à votre portée, au cas où le patient ou les parents commencent à pleurer, offrez-les leur!</p>			0 1 3
10.	<p>Le langage du corps: Adoptez une posture neutre qui montre que vous n'êtes pas en hâte et que vous êtes calme</p> <ul style="list-style-type: none"> - les pieds sur le plancher - les épaules détendues, légèrement en avant - une expression amicale du visage - les mains sur les genoux <p>(Quand vous parlez sur des sujets difficiles comme des mauvaises nouvelles, les pronostics, les angoisses du patient etc. vous sentirez un inconfort, c'est pourquoi il est important d'entraîner votre corps, de façon que le langage non verbal paraisse calme et offre de la confiance au patient)</p>			0 1 6
11.	<p>C'est le moment approprié pour une évaluation spirituelle ?</p> <p>Avant de commencer notre discussion, je veux savoir si vous allez bien. Pourriez-vous me dire si vous avez une souffrance physique ou s'il y a quelque chose qui vous inquiète?</p> <p>Si le patient répond OUI, différez l'évaluation spirituelle et concentrez-vous sur l'évaluation des symptômes qui causent la souffrance et sur le traitement approprié.</p> <p>Si le patient répond NON, vous continuez l'évaluation</p>			0 1 6
12.	<p>Demandez la permission de faire l'évaluation.</p> <p>Pour évaluer les multiples souffrances que la maladie vous provoque, je vais vous poser quelques questions concernant votre vie spirituelle. Puis-je commencer?</p> <p>Si la réponse est NON, demandez la permission de revenir une autre fois. Si la réponse est OUI; continuez l'évaluation.</p>			0 1 6
13.	<p>Commencez par des questions générales.</p> <p>Vous êtes réconcilié avec vous-même?</p>	ESSENTIEL		
14.	<p>Si la réponse à la question 13 est NON</p> <p>Quels sont vos inquiétudes? Dites-moi davantage, s'il vous plaît, et puis vous passez à la question 16</p>			0 1 6
15.	<p>Si la réponse à la question 13 est OUI</p> <p>Dites-moi, s'il vous plaît, qu'est-ce qui apporte la paix et donne du sens dans votre vie. Votre travail, votre famille, quoi d'autre?</p>			0 1 6

PROCÉDURE MÉDICALE



16.	Utilisez des stratégies de communication censées faciliter le dialogue. Gardez le silence et n'interrompez pas le patient <i>Écoutez ce que le patient vous dit par des mots (contenu, tonalité) mais accordez de l'attention aussi à la communication non-verbale (gestes, expression faciale, position du corps...)</i>				0 1 3
17.	Permettez des silences courts quand le patient s'arrête pour réorganiser ses pensées. S'il est nécessaire d'interrompre le silence posez la question: Pourquoi vous vous êtes tu? <i>Le silence pourrait signifier aussi que le patient pense ou sent quelque chose de trop intense pour pouvoir l'exprimer en mots.</i>				0 1 6
18.	De façon non-verbale ou par une proposition courte, encouragez le patient à continuer ses idées. Hochez la tête, faites des pauses, souriez, utilisez des réponses telles « Oui », « Dites-moi davantage »				0 1 3
19.	Répétition et réitération Ma famille a été très unie, maintenant quand ils ont appris de ma maladie, ils sont toujours présents pour m'aider au ménage. Donc, la famille vous aide au ménage. <i>Vous allez confirmer au patient que vous avez bien entendu ce qu'il a dit.</i>				0 1 3
20.	La clarification Quand vous dites que... vous vous rapportez à.... ? <i>Donnez au patient la possibilité de développer l'affirmation antérieure ou de mettre en évidence certains aspects quand cela vous intéresse.</i>				0 1 6
21.	La foi occupe une place importante dans votre vie? Est-elle un soutien pour vous dans la situation actuelle? <i>Cette question permettra au patient de parler des systèmes apportant du soutien, mais également des problèmes existentiels.</i>			ESSENTIEL	
22.	Vous appartenez à une communauté religieuse/ confession? Comment pouvons-nous vous soutenir dans votre foi?			ESSENTIEL	
23.	Fin de la discussion Faites une synthèse des aspects les plus importants que vous avez discutés				0 1 6
24.	Invitez le patient à vous poser des questions. Avez-vous d'autres questions?				0 1 6
25.	Établissez la date du futur rendez-vous				0 1 4

Score total: 100	<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
	<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
	<input type="radio"/>	critère complètement accompli	%

L'ÉVALUATION SPIRITUELLE

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

évaluation spirituelle, bien-être, croyance religieuse, symptôme,
paix intérieure, faciliter, acronyme, détresse

Définitions:

1. C'est l'approche qui vise la compréhension de la souffrance spirituelle et religieuse du patient et qui identifie des voies censées aider les patients à trouver support et sens de la vie par la croyance religieuse.
2. Signe, indice d'un état pathologique.
3. La conviction sur l'existence de Dieu, le témoignage de cette conviction par le respect des prescriptions religieuses.
4. Manque de conflits ; accord, harmonie, compréhension.
5. Mot formé de la première ou des premières lettres d'un syntagme, d'une expression, d'un titre.
6. Rendre possible l'accomplissement d'une action ou d'un phénomène.
7. Trouble, problème, souffrance
8. L'état où quelqu'un se sent bien.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions réalisées par le médecin dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qu'on retrouve dans le tableau ci-dessous ? (Drag and drop). Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin prépare la chambre pour l'évaluation spirituelle et il range l'espace précis où aura lieu l'entretien : les chaises proches l'une de l'autre, situées au même niveau et sans d'autres objets autour.

Le médecin demande la permission de commencer la conversation sur des thèmes spirituels.

Le médecin reprend de façon synthétique les principaux thèmes discutés, demande au patient s'il a d'autres questions et ils fixent ensemble la date du prochain rendez-vous.

Le médecin salue le patient et son parent, se présente ensuite il demande au parent de se présenter et de dire quelle est sa relation avec le patient.

Le médecin prend une position qui encourage la communication : il est détendu avec les deux pieds sur le plancher, il a une expression amicale et il a les deux mains sur les genoux.

Le médecin vérifie si le moment est approprié pour l'évaluation spirituelle en s'assurant que l'interlocuteur est dans un état de bien-être.

Le médecin demande au patient quelles sont ses peurs et qu'est-ce qui apporte paix et sens dans sa vie.



Le médecin n'interrompt pas le parent, il utilise le langage verbal et non verbal et les techniques de l'écoute active pour encourager la communication.

Le médecin demande au patient si la croyance religieuse est importante et si celle-ci est un soutien pour lui.

Le médecin demande au patient s'il appartient à une communauté religieuse et comment il pourrait être aidé dans ce sens.

Lire et vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Qu'est-ce que c'est l'évaluation spirituelle?

L'évaluation spirituelle c'est l'approche qui vise la compréhension de la souffrance spirituelle et religieuse du patient et qui identifie des voies censées aider les patients à trouver support et sens de la vie par la croyance religieuse.

L'évaluation spirituelle c'est l'état où quelqu'un se sent bien.

2. Qu'est-ce que c'est la paix intérieure?

L'état de paix intérieure c'est rendre possible l'accomplissement d'une action ou d'un phénomène.

L'état de paix intérieure c'est le manque de conflits, accord, harmonie, compréhension.

3. Quelle permission demande le médecin aux premiers moments de l'entretien ?

Le médecin demande la permission de prendre des notes.

Le médecin demande la permission de commencer la conversation sur des thèmes spirituels.

4. Qu'est-ce que vérifie le médecin quant au moment de l'entretien et à l'état du patient ?

Le médecin vérifie si le moment est approprié pour l'évaluation spirituelle en s'assurant que l'interlocuteur est dans un état de bien-être.

Le médecin vérifie si le moment est tardif pour l'évaluation spirituelle et il ne s'intéresse pas si le patient se sent bien.

Vrai ou faux

1. Le médecin ferme la radio et le portable avant l'entretien avec le patient. V/F

2. Le médecin n'invite pas le patient à s'asseoir. V/ F

3. Le médecin a un paquet de serviettes au cas où le patient pleure et il en a besoin. V/F

4. Le médecin fait l'évaluation spirituelle même si le patient n'est pas dans un état de bien-être. V/F

5. Le médecin fait l'évaluation spirituelle seulement avec la permission du patient. V/F

6. Le médecin utilise les techniques de l'écoute active pour faciliter le dialogue. V/F

7. Le médecin doit continuer de parler quand le patient fait une pause. V/F

8. A la fin de l'entrevue le médecin invite le patient à lui poser d'autres questions. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient:

Questions du médecin:	Réponses du patient:
Je me réjouis de vous voir aujourd'hui. Voulez-vous vous asseoir ?	Non, pour le moment.
Dites-moi s'il vous plaît, avez-vous une peur qui vous préoccupe ?	Oui, la famille est importante pour moi.
Puis-je commencer à vous poser quelques questions quant à votre bien-être spirituel ?	Moi-aussi je me réjouis. Je vous remercie, je m'assieds.
Etes-vous tranquille? Quels sont les problèmes qui vous préoccupent ?	Oui, elle est un support important.
Qu'est-ce qui vous apporte la paix et un sens de la vie – le travail, la famille ou autre chose ?	Oui, j'appartiens à une communauté et je suis ouvert à toute aide dans ce sens.
Est-ce que la croyance est importante dans votre vie ? Est-elle un support pour vous ?	Je suis tranquille, mais le fait de discuter avec vous me rassure en plus.
Appartenez-vous à une communauté religieuse? Comment pouvons-nous vous aider concernant votre croyance ?	Oui, je suis d'accord.

Faites la correspondance entre les expressions médicales formelles et celles informelles:

Initialement	Sens
Support	Terminer
Signification	Au commencement
Progression	Arrêter
Barrière	Vie
Finaliser	Approprié
Adéquat	Expression du visage
Expression faciale	Obstacle
Stopper	Soutien
Existence	Evolution

Grammaire intégrée

Cliquez sur le terme correct :

Je me réjouis/ je n'aime pas de vous voir aujourd'hui.

Je suis déçu / Je suis enchanté que nous avons trouvé ensemble une bonne solution.

J'ai peur/ Je suis heureux que le patient ne comprenne pas le protocole.

Je suis content / Je regrette que le patient n'ait pas pris les médicaments à temps.

Je suis surpris / Je regrette qu'il ait guéri si vite.



Cliquez sur la variante correcte :

J'aime écouter vos explications.

Plaisir/ Surprise/ Espoir

Je suis préoccupé de la réaction du patient face à cette nouvelle.

Désintérêt/ Préoccupation / Résignation

Vous êtes arrivé trop tard à l'hôpital. Je n'y peux rien!

Regret/ Méfiance/ Résignation

Je voudrais vous calmer la douleur avec ce médicament.

Désir/ Intérêt/ Joie

J'ai confiance que vous prendrez la meilleure décision.

Surprise/ Regret/ Confiance

Expression orale

Écrivez un dialogue entre un patient et le médecin qui fait une évaluation spirituelle (par exemple celui du texte) en utilisant les expressions exercées antérieurement. Enregistrez le dialogue réalisé qui sera envoyé automatiquement au Forum pour être évalué par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....
.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Ma famille a été très unie, maintenant quand ils ont appris de ma maladie, ils sont toujours présents pour m'aider au ménage.



LA RÉALISATION DE L'ALIMENTATION AU LIT DU PATIENT

Procédure médicale

Unité linguistiques



LA RÉALISATION DE L'ALIMENTATION AU LIT DU PATIENT

Fournir un apport juste de substances nutritives et de liquides nécessaires à l'organisme, chez un patient confiné au lit. Cet apport a comme objectif la création des conditions optimales pour le fonctionnement de l'organisme du patient mais surtout une bonne qualité de vie de celui-ci. L'alimentation de chaque patient a un potentiel thérapeutique qui se compare avec l'administration de médicaments ; elle doit être individualisée pour correspondre aux habiletés intellectuelles, aux motivations, au style de vie, à la culture, au statut économique de celui-ci.

Il faut intégrer dans ce processus la famille du patient et ses proches.

		Concept:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
1.	Évaluation rapide de la présence des fonctions vitales (<i>présence de l'état de conscience, mobilité, respiration, parler</i>) -fonctions vitales présentes ; arrêt cardio-respiratoire Bonjour. Mon nom est.....je suis le médecin/l'infirmier qui vous examinera aujourd'hui.	initiation de l'entretien				0 3 5
2.	Pourriez-vous confirmer, s'il vous plaît, votre nom..... (ou vérification du bracelet d'identification, s'il est disponible) Et votre date de naissance..... Merci (<i>on évite ainsi la confusion entre les patients et la mise en œuvre du protocole chez un autre patient que celui indiqué. De même, on évite des questions telle « Vous êtes Monsieur Popescu ? » ce qui pourrait générer une confirmation fautive à cause d'une réponse « Oui » donnée automatiquement par un patient peu connecté à la discussion avec le personnel médical</i>)	Correspondance avec la fiche d'observation médicale pour Nom .../ Date de naissance	ESSENTIEL			
		PACIENT CI				
3.	Désinfectez avec un tampon imbibé de solution alcoolique les surfaces du mobilier utilisées pendant les soins. Le lavage médical des mains ± enfillez des gants médicaux propres (<i>seulement s'il y a des lésions du tégument aux mains de celui qui fait l'examen ou si le patient représente un risque élevé d'infection- dans le cadre des précautions standard</i>)	- Précautions standard -				0 1 3
4.	Assurez un milieu privé pour l'examen (<i>chambre avec un seul lit, rideaux</i>) Détermination de la TA, de l'oxymétrie de pouls, de la température - si celles-ci n'ont pas été récemment évaluées	TA:/..... mmHg; SaO2 %; T oC				0 3 6
5.	L'évaluation de l'éventuelle incompatibilité avec la voie d'administration orale : <ul style="list-style-type: none"> • procédures médicales programmées à être effectuées en peu de temps et qui imposent que le patient n'ait pas mangé • existence de la recommandation de NPO -nihil per os- rien par voie orale • patient comateux • présence des nausées/ vomissements • existence d'un appareil d'aspiration gastrique • éventuel examen objectif de l'abdomen : bruits intestinaux diminués/abolis 	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ESSENTIEL			

6.	<p>Arrangez le patient dans le lit, préférablement dans la position haute Fowler - assis, le dos relevé</p> <p>Évaluez la cavité buccale du patient du point de vue de la dentition, l'aspect des gencives, la présence de lésions qui pourraient interférer avec l'alimentation</p>	<p><i>Dans le cas où, à cause de motifs médicaux, cette position n'est pas possible, le patient peut être placé en décubitus latéral -couché sur un côté- posture dans laquelle la déglutition (le fait d'avaler) est plus facile que dans le décubitus dorsal-couché sur le dos-</i></p>	0 5 9
7.	<p>Vous avez la sensation d'uriner ? Ou le besoin d'évacuation des selles?</p>		0 3 5
8.	<p>Consultez la fiche d'observation du patient pour voir les mentions visant les troubles de vue, de goût, d'odorat : Vous voyez bien ? Par exemple la nourriture dans l'assiette ?</p> <p>Le plat a du goût ? Ou bien il y a des problèmes ? - les personnes âgées, à cause de l'atrophie des papilles gustatives, présentent une diminution de la perception du goût sucré et salé ; les aliments qui leur sont administrés, pour avoir un meilleur goût, peuvent être condimentés plus qu'habituellement.</p> <p>Et de l'odeur ?</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	0 3 5
9.	<p>Consultez la fiche d'observation du patient pour voir : l'âge (plus de 65 ans), un diagnostic de démence/sénilité ; une éventuelle mention de la dysphagie ; manœuvres d'aspiration oro-pharyngée dans l'histoire des interventions</p> <p>Il vous arrive de tousser quand vous mangez, de vous étouffer ? Avez-vous des problèmes quand vous ingérez ? Des douleurs ? Un enrouement brusquement apparu ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Evaluation nécessaire pour la prévention de la pneumonie d'aspiration qui peut survenir chez les patients avec dysphagie. Dans le cas où une telle situation est identifiée, un effort commun est nécessaire de la part du nutritionniste, du diététicien et du médecin traitant, du spécialiste en déglutition, de l'orthophoniste, du médecin de famille...</i></p>	0 5 9
10.	<p>OUI <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurez une ambiance calme sans des facteurs perturbateurs pour le patient qui se nourrit. • Mettez une musique de fond, surtout pour les patients atteints de démence (la réduction des troubles de comportement pendant l'alimentation -Liao et al. 2004) • Positionnez le patient assis dans le lit ou sur la chaise aussi haut que possible • Introduisez dans la bouche seulement de petits morceaux qui peuvent être facilement mâchés • Mâchez-les bien avant de les avaler • Introduisez un nouveau morceau après avoir avalé celui d'avant • Après avoir fini on va vérifier si dans votre bouche il y a encore 		0 5 9

	<p>des morceaux qui n'ont pas été avalés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous garderez cette position du moins encore 20-30 minutes après le repas <p>Dans le cas où des signes cliniques d'aspiration trachéo-bronchique (toux, dyspnée- étouffement, dysphonie - enrouement) apparaissent il faut extraire vite les restes alimentaires de la cavité buccale</p>			
11.	<p>On essaie de manger quelque chose ?</p>	<p><i>On explique au patient ce que nous allons faire</i></p>		<p>0 1 3</p>
12.	<p>Il sera nécessaire de mâcher et d'avalier les morceaux de nourriture que vous pouvez couper vous-même, sinon je peux vous aider. Vous devez aussi boire des liquides.</p>	<p><i>On explique au patient la procédure</i></p>		<p>0 1 3</p>
13.	<p>Il est conseillé de vous asseoir ou tout au plus de vous allonger sur le côté pour que vous ne vous étouffiez pas avec l'aliment et que vous l'aspiriez dans les poumons. Si vous avez des problèmes à couper la nourriture je suis là pour vous aider. Ou bien, je peux vous servir moi-même et je peux aussi verser de l'eau dans le verre. Vous n'avez qu'à me le dire. Comme vous voulez. Je reste à côté de vous et j'assiste à votre repas. D'accord ? On peut commencer avec le plat que vous désirez.</p>	<p><i>On informe le patient de la manière dont il peut contribuer à la réalisation de l'administration d'aliments</i></p>		<p>0 1 3</p>
14.	<p>En vous nourrissant, vous offrez à votre corps de l'énergie et les ressources qui lui permettent le fonctionnement. Le moment peut être aussi très agréable.</p>	<p><i>On explique au patient à quoi lui sert de se nourrir de façon correcte.</i></p>		<p>0 1 3</p>
15.	<p>Est-ce que je vous ai bien expliqué ce qui suit ? Avez-vous des questions ?</p>		ESSENTIEL	
16.	<p>Vous avez de l'appétit, en général ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>			<p>0 1 3</p>
17.	<p>NON <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • C'est un bon moment pour manger ? Ou bien vous avez des douleurs ou un inconfort que nous pourrions soigner ? (des analgésiques contre la douleur, des antipyrétiques contre la fièvre) • Il y a quelque chose qui vous inquiète maintenant plus particulièrement? Quelque chose dont vous voudriez parler ? (le stress psychique associe l'anorexie - le manque de l'appétit) • Qu'est-ce que vous aimez manger d'habitude ? • Il est préférable de manger peu car cela ne décourage pas le patient. • Pour les personnes âgées on évite les aliments secs, croquants ou durs ainsi que ceux qui collent 	<p><i>Il est utile d'impliquer les proches du patient qui peuvent fournir des informations concernant ses préférences alimentaires et même apporter ses plats préférés, cuisinés comme le patient le désire.</i></p>		<p>0 1 9</p>



	(par exemple les bananes) à cause de la sécrétion réduite des glandes salivaires, associée à l'âge. <ul style="list-style-type: none"> • Immédiatement avant ou après le repas du patient on évite les procédures médicales difficiles à tolérer. • Créez une ambiance agréable pour le repas (propre, appétissant, qui sent bon) • Vous aurez plus de plaisir à goûter des aliments si avant le repas vous faites une hygiène de la bouche. Voulez-vous vous brosser les dents, rincer la bouche ? Désirez-vous laver votre visage également, avant de manger ? Je peux vous aider, si vous le voulez. 			
18.	Consultez la fiche d'alimentation, sélectionnez du placard le type d'aliments appropriés - Vérification 1 <ul style="list-style-type: none"> • Valider les horaires d'administration prescrits (± 30 minutes) 	La validation de la correspondance de l'aliment sélectionné avec la prescription de la fiche d'administration des médicaments <input type="checkbox"/>		
19.		LE MOMENT CORRECT – C2		
20.	<ul style="list-style-type: none"> • Valider la modalité d'administration prescrite (par exemple exclusivement sous forme semi-solide ou liquide- la viande donc va être hachée ; la nourriture moyennement chauffée- dans les pathologies œsophagiennes il est déconseillé d'exposer la muqueuse à des températures extrêmes chaud/froid ; ou bien la température désirée par le patient, antérieurement décidée 	LA MODALITE D'ADMINISTRATION – C3	ESSENTIEL	L
21.	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la date de péremption 	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
22.	Placez la table au niveau du lit avec le repositionnement du patient pour lui permettre d'observer facilement les plats offerts			0 1 3
23.	Consultant la fiche d'alimentation, sortez les boîtes d'aliments de leurs feuilles d'aluminium, au niveau de la table - La validation de la correspondance de l'aliment sélectionné avec la prescription de la fiche d'administration des médicaments	Vérification 2		0 5 9
24.	La présentation des aliments du menu. Aujourd'hui vous avez dans le menu..... (par ex. : de la soupe crème de tomates, des pommes de terre en purée avec de l'escalope de poulet, du jus d'oranges, de l'eau plate, du pudding de framboises). Vous voulez commencer par quoi ?	LES ALIMENTS CORRECTS – C5		0 2 5
25.	La préparation des aliments solides et liquides conformément aux quantités prescrites	Quantité correcte – C4	ESSENTIAL	
26.	Vous pouvez manger avec les couverts habituels ? Consultez la fiche d'observation médicale du patient pour des diagnostics qui supposent le tremblement des mains, asthénie extrême, impuissance fonctionnelle des membres supérieurs - (qui limitent la capacité de bouger la main, les poignets, les coudes, les épaules- et le cou) Est-ce	Utilisation de la vaisselle et respectivement des couverts spéciaux		0 5 9

	<p>que vos mains tremblent quand vous tenez la cuillère ou la fourchette de façon que vous ayez des difficultés à manger? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Ou bien il est difficile pour vous de pencher la tête en arrière quand vous buvez des verres habituels ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Je vous le demande car on peut vous aider, si c'est le cas, avec des couverts ou de la vaisselle un peu modifiés, ce qui faciliterait l'effort de manipuler la nourriture. Il est difficile pour vous de porter la fourchette vers la bouche ? Faut-il fléchir votre poing, votre coude pour réussir cela? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>			
27.	<p>Consultez la fiche d'alimentation et jetez à la poubelle les feuilles d'aluminium qui ont servi à couvrir les boîtes à aliments / Consultez la fiche de médication et remettez dans l'armoire à pharmacie les boîtes de médicaments d'où l'on a extrait la médication / Vérification III</p>	<p><i>La validation de la correspondance de l'aliment sélectionné avec la prescription de la fiche d'observation médicale/ fiche d'administration des médicaments</i></p>		<p>0 5 9</p>
28.	<p>Évaluez d'éventuelles incompatibilités de l'aliment qu'il faut administrer : Vous êtes allergique à l'aliment</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	ESSENTIEL	
29.	<p>Il y a une incompatibilité d'administration entre l'aliment prescrit et les paramètres vitaux antérieurement déterminés? (ex. TA, fréquence cardiaque, respiration, etc.)</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		
30.	<p>L'évaluation de l'état actuel du patient du point de vue des symptômes et de la condition qui a généré la prescription de la respective alimentation (ex. présence des œdèmes, degrés de la douleur, valeur de la glycémie etc.)</p>	<p>L'ÉVALUATION AVANT L'ALIMENTATION</p>		<p>0 5 9</p>
31.	<p>Je vous prie maintenant d'avalier le morceau de Voulez-vous boire un peu d'eau ? Ou du jus ? (offrez au patient des liquides pour ingestion chaque fois qu'il le sollicite ou bien après toutes les trois -quatre bouchées)</p>	<p><i>Eventuellement on aide le patient en lui portant le verre à la bouche</i></p>		<p>0 5 9</p>
32.	<p>Discutez sur un sujet confortable pour le patient (dans le cas des patients ayant de la disponibilité pour le dialogue, afin de créer une atmosphère détendue, favorable à l'alimentation) L'alimentation du patient</p>			<p>0 3 6</p>
33.	<p>Inscrivez dans la fiche du patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> le type d'aliments administrés 	<p><i>Si le patient refuse les aliments ou s'il a été ignoré par la personne responsable -inscrivez cette situation dans la fiche du patient en expliquant le motif également. En avertir le médecin/l'infirmière</i></p>		<p>0 3 6</p>
34.	<ul style="list-style-type: none"> les quantités administrées, du menu recommandé 			<p>0 3 6</p>
35.	<ul style="list-style-type: none"> modalité d'administration de l'aliment 			<p>0 3 6</p>
36.	<ul style="list-style-type: none"> la date, l'heure et la minute du commencement et de la fin de l'alimentation (s'il s'agit d'une différence plus grande que 30 minutes par rapport à l'heure prescrite- notez le motif du décalage. Les personnes âgées ont besoin de plus de temps pour le repas. Parfois il faut réchauffer les aliments) 			<p>0 3 6</p>
37.	<ul style="list-style-type: none"> les paramètres cliniques et biologiques pertinents, évalués avant l'alimentation du patient (ex. TA, FC, degré 			

	<i>de la douleur, valeur de la glycémie)</i> Signez les observations faites dans la fiche du patient, concernant l'administration de l'alimentation			
38.	Eloigner du lit la table d'alimentation avec ce qui n'a pas été consommé.			0 1 3
39.	Voulez-vous que je vous aide à vous brosser les dents, à vous laver les mains ou le visage, la bouche ?			0 1 3
40.	L'évaluation, après un intervalle réaliste, des paramètres cliniques et biologiques et/ou de l'effet attendu (<i>ex. TA, FC, degrés de la douleur, valeur de la glycémie, installation du sommeil etc.</i>)	L'ÉVALUATION APRÈS L'ALIMENTATION		0 1 3
41.	Inscrivez dans la fiche du patient : • les paramètres cliniques et biologiques et/ou l'effet attendu après l'alimentation (<i>ex. TA, FC, degrés de la douleur, valeur de la glycémie, installation du sommeil etc.</i>)			0 1 3
42.	• l'apparition d'éventuels incidents, accidents ou réactions adverses (<i>nausées, vomissements, difficultés de mastication, d'avalement - ce qui conduira à changer les menus suivants- par ex. leur préparation sous une forme semi-solide etc., les bénéfices de l'utilisation des couverts spéciaux</i>)			0 1 3
43.	• éventuelles mentions de la part du patient, importantes pour l'alimentation (<i>l'acceptation du menu proposé, comment il a été toléré</i>) Signez les observations faites dans la fiche du patient, concernant l'alimentation			0 1 3
44.	Repositionnez confortablement le patient en plaçant le lit au niveau de la hauteur minimale. Placez le verre d'eau, les télécommandes d'utilité du salon (la sonnette, la télécommande de la télé), les objets personnels (<i>ex. lunettes, portable, livre etc.</i>) au niveau de la table à côté du lit du patient			0 5 9
45.	Lavez-vous les mains ± Enfilez des gants médicaux propres. Désinfectez avec un tampon imbibé de solution alcoolique la table médicale utilisée. Enlever les gants éventuellement utilisés antérieurement et jetez-les à la poubelle des déchets infectieux non piquants. Lavez-vous les mains. Au revoir. Je vous laisse vous reposer un peu. Je reviendrai vous voir dans... (<i>ex. 2 heures</i>) quand nous ferons... (<i>par ex. le traitement</i>) Quittez le salon en prenant les débris alimentaires.			0 5 9
Total score: 200		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

LA RÉALISATION DE L'ALIMENTATION AU LIT DU PATIENT

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

alimentation	asthénie	déglutition	antipyrétique
atrophie	dysphagie	glycémie	analgésique

Définitions:

1. L'état de fatigue intense et prolongé, accompagné de faiblesse physique, de diminution de la capacité de travail intellectuel
2. Fournir un apport juste de substances nutritives et de liquides nécessaires à l'organisme.
3. Le médicament qui provoque la diminution de la fièvre
4. La quantité de glucose qui se trouve dans le sang
5. La réduction du volume d'une cellule ou d'un organe à cause de l'inactivité ou suite à une nutrition insuffisante.
6. La difficulté d'avaler les aliments dans les affections de la bouche, du pharynx et de l'œsophage
7. Le médicament qui calme ou qui élimine temporairement la douleur
8. L'acte physiologique reflex par lequel le bol alimentaire passe de la bouche, par l'œsophage, dans l'estomac ; action d'avaler

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions réalisées par le médecin dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qu'on retrouve dans le tableau ci-dessous ? (Drag and drop). Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin assure un milieu privé pour l'alimentation et évalue les éventuelles incompatibilités liées à celle-ci.

Le médecin explique au patient quelle est la position correcte pendant l'alimentation, comment il doit manger correctement, à quoi sert de se nourrir correctement et l'assure de son soutien au cas où il aurait besoin d'aide.

Après l'alimentation le médecin note dans la fiche d'observation médicale du patient les types d'aliments administrés, les quantités administrées, les modalités par lesquelles ceux-ci ont été administrés, la date, l'heure et la minute du commencement et de la fin de l'alimentation ainsi que les paramètres cliniques et biologiques pertinents, évalués avant l'alimentation du patient et s'il y a eu ou non d'éventuels incidents.

- Le médecin salue le patient, se présente et fait une évaluation rapide de la présence des fonctions vitales du patient.
- Le médecin positionne le patient dans le lit, de préférence dans la position haute de Fowler (assis, le dos relevé), ensuite il évalue la cavité buccale du patient du point de vue de la dentition, de l'aspect des gencives, la présence des lésions qui pourraient interférer avec l'alimentation.

- Le médecin consulte la feuille d'observation médicale du patient pour vérifier s'il a des troubles de vue, de goût, d'odorat.
- Le médecin consulte la feuille d'observation médicale du patient pour vérifier s'il a des problèmes liés à l'âge (plus 65 de ans), signes de démence, d'éventuels signes de dysphagie, besoin fréquent de manœuvres d'aspiration oro-pharyngée.
- Le médecin assure au patient une atmosphère détendue, avec une musique de fond relaxante sans rien qui pourrait distraire l'attention du patient de l'activité d'alimentation.
- Le médecin valide la correspondance des aliments sélectionnés avec les prescriptions de la feuille d'administration des médicaments, présente les aliments au patient et ensuite commence l'alimentation. Dans le cas des patients ayant de la disponibilité pour le dialogue on peut discuter sur un sujet confortable pour ceux-ci, afin de créer une atmosphère détendue.
- Le médecin repositionne le patient confortablement en plaçant le lit au niveau de la hauteur minimale, range les objets personnels du patient au niveau de la table de chevet médicale qui se trouve à la portée du patient, désinfecte la surface utilisée de la petite table avec un tampon imbibé de solution alcoolique et quitte la chambre en prenant les débris alimentaires.

Lire et vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Comment procède-t-on au cas de l'apparition pendant l'alimentation des signes cliniques d'aspiration laryngo-trachéo-bronchique (toux, dyspnée - suffocation, dysphonie – voix enrouée etc.) ?

On extrait immédiatement et complètement les morceaux d'aliments existant au niveau de la cavité buccale.

On demande au patient de boire de l'eau.

2. Pourquoi est-il recommandé que le patient reste assis ou tout au plus couché sur le côté pendant l'alimentation ?

Pour que l'aliment ne prenne pas une mauvaise voie et pour que le patient ne se suffoque pas de cette façon en l'aspirant dans les poumons.

Pour que le patient mange confortablement.

3. À quoi sert une alimentation correcte ?

Une alimentation correcte augmente l'appétit.

Une alimentation correcte offre au corps l'énergie et les ressources qui lui permettent un bon fonctionnement.

4. Pourquoi évite-t-on l'administration chez les personnes âgées des aliments secs, croquants ou durs, ainsi que de ceux qui collent ?

Chez les personnes âgées on évite les aliments secs, croquants ou durs ainsi que ceux qui collent (par ex. les bananes) à cause des problèmes des dents.

Chez les personnes âgées on évite les aliments secs, croquants ou durs ainsi que ceux qui collent (par ex. les bananes) à cause de la diminution des sécrétions salivaires associées à l'âge avancé.

Vrai ou faux

1. La réalisation d'un apport adéquat de nutriments et de liquides nécessaires à l'organisme crée les conditions optimales pour le fonctionnement de l'organisme et améliore la qualité de vie. V/F
2. L'alimentation de chaque patient n'a pas un potentiel thérapeutique comparable à l'administration des médicaments. V/F
3. L'alimentation de chaque patient doit être individualisée pour correspondre aux habilités intellectuelles, à la motivation, au style de vie, à la culture, à la condition économique de celui-ci. V/F
4. Dans le processus d'alimentation du malade ne doivent pas être impliqués la famille du patient ou ses proches. V/F
5. Les personnes âgées, à cause de l'atrophie des papilles gustatives, présentent une diminution de la perception du goût sucré et salé ; les aliments qui leur sont administrés, pour avoir un meilleur goût, peuvent être condimentés plus qu'habituellement. V/F
6. Immédiatement avant ou après l'alimentation du patient on évitera les procédures médicales difficilement tolérées par celui-ci. V/F
7. Le patient peut consommer des liquides pour l'ingestion chaque fois qu'il le sollicite, ou bien après toutes les trois-quatre bouchées V/F
8. Il n'est pas bien que le médecin communique avec le patient quand celui-ci mange. V/F
9. Dans le cas du refus de l'alimentation de la part du malade on note cette situation dans la fiche d'observation médicale du patient en expliquant également la raison. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient:

Questions du médecin :	Réponses du patient :
Avez-vous une bonne capacité visuelle, voyez-vous bien la nourriture de l'assiette ?	Non, je n'ai pas de tels problèmes.
Sentez-vous le goût de la nourriture? Ou y a-t-il un problème ?	Oui, je suis allergique au gluten.
Il vous arrive lorsque vous mangez que cela provoque la toux ou vous suffoque ? Avez-vous des problèmes quand vous avalez ? Des douleurs ? Ou vous avez une voix enrouée brusquement ?	Non, je ne sens pas le goût de la nourriture. Je ne sens rien.
Etes-vous allergique à un certain aliment ?	Non, je ne vois pas bien. Ce n'est que difficilement que je vois la nourriture de l'assiette.
En règle générale, avez-vous de l'appétit ? Qu'est-ce que vous aimez manger d'habitude ?	Je voudrais commencer par la soupe de tomates et on va voir après.
Ne voulez-vous pas essayer de manger quelque chose ?	Je vous prie de m'aider. Merci.
Dans le menu d'aujourd'hui il y a de la soupe crème de tomates, des pommes de terre en purée avec de l'escalope de poulet, du jus d'oranges, de l'eau plate, du pudding de framboises. Qu'est-ce que vous aimeriez en prendre ?	Mais si. Pourquoi pas.
Voulez-vous que je vous aide ? Je vous aide avec plaisir. Ou bien je peux vous servir moi-même.	Je n'ai pas trop d'appétit.

Faites la correspondance entre les expressions médicales formelles et celles informelles:

Alimentation	Envie de manger
Déglutition	Difficulté d'avaler les aliments
Dysphagie	Avalement
Dyspnée	Bouche
Dysphonie	Restes
Incompatibilité	Enrouement
Déchets	Inadéquation
Analgésique	Suffocation
Cavité buccale	Calmant de la douleur
Appétit	Nourriture

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte :

Le patient n'a pas répondu au traitement.
Le patient ni a répondu au traitement.

Je lui ai donné rien à manger.
Je ne lui ai donné rien à manger.

Il n'a vérifié ni les fonctions vitales, ni l'état de conscience.
Il a vérifié ni les fonctions vitales, ni l'état de conscience.

Nous nous occupons des patients ni sans incompatibilités pour la voie d'administration orale.
Nous nous occupons des patients sans incompatibilités pour la voie d'administration orale.

Vous n'avez pas du tout la permission d'avaler quand le médecin n'est pas présent.
Vous avez pas du tout la permission d'avaler quand le médecin n'est pas présent.

Elle a une antitolérance alimentaire dont il faut tenir compte.
Elle a une intolérance alimentaire dont il faut tenir compte.

Cliquez sur la variante correcte :

1. Ne désirez-vous pas de laver le visage avant de manger ?
Mais si. / Oui.

2. Je n'ai pas eu de vomissements.
Mais si. / Moi non plus.

3. Désirez-vous prendre d'abord la soupe ?
Non, je ne veux pas. / Mais si.



4. Est-il difficile ou impossible d'utiliser la cuillère ?

Non, ce n'est ni difficile, ni impossible. / Oui, c'est ni difficile ni impossible.

5. Puis-je ne pas respecter cette recommandation ?

Oui, vous ne pouvez pas ne pas respecter cette recommandation. / Non, vous ne pouvez pas ne pas respecter cette recommandation.

Expression orale

Écrivez les questions que les médecins posent aux patients qui sont alimentés au lit. Enregistrez ces questions, qui seront envoyées automatiquement au Forum pour être évaluées par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écris ce que vous entendez:

.....
.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

En vous alimentant vous offrez à votre corps l'énergie et les ressources qui permettent un bon fonctionnement. Manger pourrait être également un moment de plaisir.



HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

Procédure médicale

Unité linguistiques



HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

Les soins oraux supposent la promotion, l'organisation et, chez les patients dans l'incapacité, la réalisation effective d'une hygiène quotidienne des dents (l'utilisation du fil dentaire, le brossage), des gencives (stimulation mécanique), de la bouche ; la promotion/l'organisation des contrôles dentaires réguliers; l'examen de la zone orale et, en fonction des problèmes identifiés à l'évaluation, la promotion/l'organisation d'une consultation supplémentaire avec les spécialistes dans le domaine des soins oraux (dentistes, chirurgiens oraux).

○	◐	●	P
---	---	---	---

1.	<p>Évaluez l'état du patient (<i>conscience, mouvements, parler, respiration</i>) :</p> <p>Fonctions vitales conservées <input type="checkbox"/> ; arrêt cardio-respiratoire <input type="checkbox"/> ; -si c'est le cas suivez le protocole cardio-respiratoire</p> <p>Bonjour. Mon nom est Je suis votre médecin/infirmier/ère.</p>	0 2 5
2.	<p>Pourriez-vous confirmer, s'il vous plaît, votre nom..... Et votre date de naissance..... Merci (<i>Cela se fait pour éviter de donner les soins à un autre patient que celui indiqué, parce qu'il y a parfois plusieurs patients portant le même nom. De même, on évite des questions telle « Vous êtes Monsieur Popescu ? » ce qui pourrait générer une confirmation fautive à cause d'une réponse donnée automatiquement par un patient distrait par ses symptômes ou à cause d'autres raisons</i>). Surtout chez les patients ayant des difficultés de communication (états confusionnels, coma) Vérifiez la correspondance entre le bracelet (<i>qui se trouve au poignet</i>) et la fiche d'observation médicale, concernant l'identité du patient. <i>Les patients confus, comateux, dépressifs, avec des maladies graves ou ceux qui ont besoin de sondes naso-gastriques ou d'oxygénothérapie, ou bien ceux qui nécessitent des soins à long terme présentent un risque élevé de problèmes de santé orale, ceux-ci bénéficiant le plus de la réalisation des soins oraux.</i></p>	ESSENTIEL
3.	<p>Assurez un cadre privé pour l'examen (<i>chambre avec un seul lit, rideaux, paravent etc...</i>)</p> <p>Il faut laver la bouche et les dents. (<i>ce qu'on va faire</i>)</p>	0 1 3
4.	<p>Le soin suppose l'inspection de la bouche pour identifier des caries, des plaques dentaires, la mauvaise haleine, des sécrétions et l'aspect des gencives... On va brosser et utiliser le fil dentaire, on lavera la bouche. Cela est facile à faire généralement, n'implique pas d'incisions ou de piqûres, donc ce n'est pas douloureux. (<i>en quoi consiste le soin</i>)</p>	0 1 3
5.	<p>Vous allez rester assis ou allongé sur un côté. Est-il difficile pour vous de garder une telle position pour plus de 20 minutes par exemple ? Il est très important que vous soyez détendu et calme pendant la procédure. Quand je vous le demanderai, vous devrez cracher le liquide de votre bouche dans une cuvette qui se trouve à votre portée. (<i>comment contribuer à la réalisation du soin</i>)</p>	0 1 3
6.	<p>L'exécution d'une bonne hygiène buccale est un élément important de votre état médical. Un échec dans le maintien de celle-ci comporte de grands risques d'infections associées au niveau local et aussi au niveau des voies respiratoires, telles que la pneumonie. Ou bien un retard, voire un échec dans le processus de guérison. (<i>le bénéfice du soin</i>)</p>	0 1 3
7.	<p>Tout est clair maintenant sur la réalisation du soin ? Avez-vous des questions là-dessus ?</p>	ESSENTIEL
8.	<p>Êtes-vous jamais passé par une procédure de soins de la cavité orale</p>	0 1

	? Pourriez-vous me dire quand et comment vous vous brossez les dents et vous vous lavez la bouche tout seul ? (<i>l'évaluation de la perception et de l'implication des patients dans leurs propres problèmes de santé. Le manque de connaissances concernant l'hygiène orale prédispose aux problèmes oraux</i>)				3
9.	Votre assurance maladie inclut les soins dentaires ? Combien de fois avez-vous fait des contrôles dentaires les dernières années ?				0 1 3
10.	Sentez-vous le goût des aliments ? Vous préférez les salés ou les sucrés ? Par exemple quoi ? (<i>La quantité élevée de sel ou de sucre raffiné peut conduire à des érosions de l'émail dentaire</i>)				0 1 3
11.	Avez-vous souvent la sensation de bouche sèche ? Vous vous réveillez pendant la nuit pour boire de l'eau ? (<i>La diminution des sécrétions salivaires conduit à une muqueuse orale sèche et fine qui favorise les blessures et les lésions locales</i>)				0 1 3
12.	Quelle quantité de liquide ingérez-vous chaque jour ? Y compris la soupe, le thé, tout autre liquide, cela fait au total 2000ml par jour ? Ou moins ? (<i>La diminution de l'apport de liquide conduit à une muqueuse orale sèche et fine qui favorise les blessures et les lésions locales</i>)				0 1 3
13.	Vous fumez ? Combien de cigarettes par jour ? Depuis combien de temps ? (<i>beaucoup fumer, c'est-à-dire 20 cigarettes par jour ou plus, ou bien >20 paquets par an ⇒ le calcul : le nombre de paquets par jour multiplié par le nombre d'années – ⇒ conduit à une muqueuse orale sèche et fine qui favorise les blessures et les lésions locales</i>)				0 1 3
14.	Quel type d'alcool préférez-vous, cognac, vin, bière, vodka... ? En quelle quantité par semaine ? (<i>un consommateur d'alcool à risque élevé signifie consommer plus de 14 unités d'alcool par semaine ⇒ une unité est 10 ml ou 8g d'alcool pur dans 25 ml de boissons fortes d'environ 40% ; dans 76 ml de boissons de type vin d'environ 13,5% ; dans 250ml de boissons de type bière d'environ 4% – ce qui conduit à une muqueuse orale sèche et fine qui favorise les blessures et les lésions locales</i>)				0 1 3
15.	Pendant que vous consultez la fiche d'observation médicale, vérifiez les effets secondaires des médicaments prescrits, par exemple sécheresse de la bouche (<i>diurétiques, laxatifs, tranquillisants surtout utilisés excessivement</i>) ou s'il y a des traitements antérieurs qui impliquent des irradiations au niveau de la tête et de la gorge. (<i>à cause du processus de fibrose des glandes salivaires, développé comme résultat des irradiations qui conduisent à une sécrétion insuffisante. La salive a des caractéristiques anti-infectieuses</i>)				0 1 3
16.	Si on ne les a pas récemment évaluées : la tension artérielle, l'oxymétrie de pouls, la température : la pression artérielle..... mm Hg, SaO2%, T ° C. Enfilez des gants propres, dans le cadre des précautions standard.				0 1 3
17.	Utilisez un tampon imbibé d'alcool pour décontaminer le mobilier utilisé pendant les soins				0 1 3
18.	L'évaluation du dossier médical du patient concernant les maladies associées qui déconseillent soit la position haute de Fowler (<i>par exemple le syndrome d'hypo-perfusion cérébrale</i>), soit le décubitus latéral – des maladies orthopédiques, pathologies locales.				0 1 3
19.	Jetez les gants utilisés à la poubelle des déchets infectieux non piquants. Lavez-vous les mains. Enfilez une nouvelle paire de gants, dans le cadre des précautions standard. (<i>pour éviter la propagation des infections du et vers le</i>				0 1 3

	<p><i>patient</i>) Placez le patient dans la position haute de Fowler (<i>assis dans le lit, la partie supérieure du corps à un angle de 60-90 degrés par rapport à l'horizontale</i>) ou, si cela n'est pas possible, utilisez le décubitus latéral (<i>assis dans le lit sur un côté</i>) (<i>ces positions empêchent le patient d'aspirer dans l'arbre bronchique les liquides utilisés dans la procédure du lavage de la bouche</i>). Relevez le lit du patient au niveau de la taille du personnel qui effectue les soins oraux. (<i>pour éviter la surcharge des muscles para-vertébraux, beaucoup utilisés dans les activités au lit du patient</i>)</p>		
20.	<p>Consultez la fiche d'observation médicale. Avez-vous des dentiers, des bridges dentaires, des interventions dentaires antérieures ? En utilisant la lanterne, examinez la cavité buccale pour identifier des caries, des dents cassées, une édentation partielle, des dépôts sur les dents, des sécrétions, de la mauvaise haleine, l'aspect des gencives, des bridges dentaires, des dentiers. (<i>quant aux prothèses artificielles, celles-ci doivent être nettoyées régulièrement et portées constamment pour maintenir la forme du visage, pour prévenir l'atrophie des gencives, pour permettre une bonne mastication. Pour être nettoyées celles-ci doivent être enlevées de la bouche par le patient s'il peut le faire, sinon par les professionnels de la santé qui s'occupent des soins oraux : les dents supérieures qui se trouvent vers l'avant de la prothèse doivent être saisies avec une gaze et la prothèse doit être enlevée du palais avec des mouvements courts de haut en bas. Les prothèses inférieures sont sorties des gencives mandibulaires en les soulevant d'une partie ou de l'autre. Les prothèses partielles peuvent être enlevées en exerçant une pression sur les dents artificielles en évitant les pinces – qui ne sont pas faites d'un matériel aussi dur que les dents</i>)</p>		0 1 3
21.	<p>Êtes-vous allergique à quelque chose, aux produits en caoutchouc, à la pâte dentifrice, aux produits de nettoyage des prothèses dentaires, au rince-bouche ? (<i>évaluation des possibles allergies au matériel utilisé habituellement pendant ces soins</i>)</p>	ESSENTIEL	
22.	<p>Quand avez-vous mangé la dernière fois? Il est conseillé d'effectuer l'hygiène de la bouche avant et après chaque repas (<i>en fonction des conditions orales locales, l'hygiène de la bouche peut être nécessaire à partir de 1 à 3 fois par jour jusqu'à toutes les 2 heures</i>)</p>		0 1 6
23.	<p>Placez sous le menton du patient un dispositif pour retenir les liquides qui pourraient s'écouler de la cavité orale pendant les soins de l'hygiène de la bouche (<i>par exemple serviette, tampon, tissu absorbant, une cuvette</i>).</p>		0 1 5
24.	<p>La sélection des dispositifs appropriés pour l'hygiène de la bouche</p> <p>Vous vous sentez bien quand vous utilisez la brosse à dents pour l'hygiène de la bouche ? Ou bien cela est désagréable ou vous fait mal ? Vos gencives saignent vite quand vous utilisez la brosse à dents ? La consultation de la fiche d'observation médicale, la vérification des problèmes oraux qui pourraient déconseiller l'emploi de la brosse à dents (<i>des diagnostics, des interventions locales anciennes ou récentes</i>). Si la réponse est « Oui », on peut utiliser une brosse molle ou la remplacer par un tampon en mousse, par exemple. Mais dans ce cas on ne pourra pas enlever le tartre des dents. La même chose arrive si on utilise de la gaze trempée dans une solution saline, qui est un autre dispositif possible à utiliser dans les soins oraux. (<i>les tampons imbibés de la glycérine et du citron, qui représentent une option pour les soins oraux doivent être évités à cause de leur effet irritant sur la muqueuse orale ; de même dans le cas des dents détartrées</i>)</p>		0 1 5
25.	<p>En utilisant l'eau du robinet ou la solution saline, humidifiez le bout de</p>		0 1

	la brosse à dents. Appliquez sur la brosse la pâte dentifrice avec du bicarbonate de soude. <i>(une salive acide va favoriser le développement de la flore orale, ainsi la diminution de l'acidité va conduire à un abaissement de la charge microbienne au niveau de la bouche ; de plus, le bicarbonate de soude contribuera au processus de nettoyage par la dissolution du mucus)</i>		3
26.	Préféreriez-vous brosser vos dents tout seul, sous ma surveillance, ou vous voulez que je le fasse ?	ESSENTIEL	
27.	Assurez-vous qu'il y a une bonne lumière pour l'examen – l'emploi d'une lanterne pourrait être nécessaire.		0 1 3
28.	Positionnez-vous sur la droite du patient <i>(ou sur la gauche si celui qui réalise le soin est gaucher)</i> .		0 1 3
29.	Ouvrez la bouche, s'il vous plaît, en écartant les lèvres pour me permettre de vérifier vos dents et d'insérer la brosse à dents. N'ouvrez pas la bouche trop largement, car vous devez la maintenir dans cette position pendant quelques minutes.		0 1 3
30.	Positionnez les poils de la brosse en contact étroit avec deux ou trois dents, celles supérieures de devant (incisives), au niveau de l'insertion de la dent dans la gencive (le sillon gingival), à un angle de 45 degrés par rapport à la surface des dents.		0 1 3
31.	Appuyez légèrement la brosse sur les gencives et tournez son bout pour brosser les dents <i>(ainsi l'angle changera de 45 degrés en bas vers une position perpendiculaire et finalement à 45 degrés en haut)</i> avec un mouvement ferme de bas en haut <i>(à partir de l'insertion dans la gencive et jusqu'à la couronne)</i> , dans l'intention d'enlever tous les dépôts restés à l'intérieur vers le sillon des gencives et, en même temps, les dépôts au niveau des dents.		0 1 3
32.	A tout moment et chaque fois que vous sentez qu'il est nécessaire, signalez, en levant une main, si vous avez besoin de rincer la bouche de la pâte dentifrice. <i>(dans ce but on peut utiliser l'eau du robinet, aussi bien que des solutions salines ou du rince-bouche simple et, certaines fois, celui-ci en combinaison avec une solution saline ; le peroxyde d'hydrogène représente un bon choix pour rincer la bouche tandis que le rince-bouche avec de l'alcool peut irriter et sécher la muqueuse orale)</i> Un bon rinçage éliminera de la cavité orale toutes les particules détachées pendant le brossage.		0 1 3
33.	Repositionnez les poils de la brosse dans le sillon gingival, à un angle de 45 degrés et répétez le mouvement, jusqu'à ce que les dents et les gencives aient un aspect propre.		0 1 3
34.	Rincez maintenant la bouche, s'il vous plaît, avec un peu de liquide. Offrez au patient une tasse de liquide de rinçage déjà choisi mais, s'il est trop affaibli pour boire de la tasse ou se s'il se trouve en décubitus latéral, offrez-lui une paille. Si vous pouvez cracher le liquide dans cette cuvette, nous vous prions de le faire. Placez-la sous son menton. Crachez tout, s'il vous plaît. Pour les patients comateux qui doivent être positionnés en décubitus latéral les liquides de rinçage sont administrés par une seringue et sont enlevés avec un dispositif d'aspiration. <i>(pour prévenir l'aspiration broncho-alvéolaire à cause de la perte du réflexe de déglutition, qui est caractéristique pour un comateux)</i> Enlevez la cuvette et placez-la à votre portée.		0 1 3

35.	Déplacez-vous à droite ou à gauche, vers le suivant regroupement de dents que vous allez nettoyer et répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique. Finissez toutes les surfaces externes interdentaires de la mâchoire supérieure.			0 1 9
36.	Placez une cuvette médicale en-dessous du menton du patient. Rincez de nouveau la bouche, s'il vous plaît. Crachez dans la cuvette!... Merci. Eloignez la cuvette et laissez-la sous la main. Contrôlez la zone dentaire et les gencives qui ont été nettoyées. Continuez à nettoyer la zone si le résultat n'est pas satisfaisant.			0 1 3
37.	Relâchez vos lèvres et ouvrez davantage la bouche pour que je puisse mieux regarder la partie intérieure des dents et introduire la brosse. Toutefois n'ouvrez pas trop largement la bouche car vous devez garder cette position pendant quelques minutes.			0 1 3
38.	Répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique, cette fois-ci sur la partie intérieure de la mâchoire supérieure.			0 1 3
39.	Répétez les mouvements jusqu'à obtenir un aspect propre des dents. Finalisez toute la surface intérieure de la mâchoire supérieure.			0 1 9
40.	Mettez la cuvette sous le menton du patient. Rincez de nouveau la bouche. Crachez dans la cuvette ... Merci. Eloignez la cuvette et laissez-la à votre portée. Contrôlez la zone dentaire et les gencives nettoyées. Continuez si le résultat n'est pas satisfaisant.			0 1 3
41.	Maintenant écartez vos lèvres de nouveau, s'il vous plaît, la bouche légèrement ouverte. On va brosser les bouts des dents. N'ouvrez pas trop largement, car vous devez rester ainsi quelques minutes.			0 1 3
42.	Placez la brosse au bout des dents (les faces masticantes), celles supérieures du devant de la bouche, perpendiculaires sur l'arc dentaire pour pouvoir placer la brosse à l'intérieur et à l'extérieur de la bouche et brosser l'apex.			0 1 3
43.	Déplacez-vous à droite ou à gauche, vers le suivant regroupement de dents que vous allez nettoyer et répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique. Finissez toutes les faces masticantes de la mâchoire supérieure.			0 1 9
44.	Mettez la cuvette sous le menton du patient. Rincez de nouveau la bouche. Crachez dans la cuvette ... Merci. Eloignez la cuvette et laissez-la à votre portée. Contrôlez la zone dentaire et les gencives nettoyées. Continuez si le résultat n'est pas satisfaisant.			0 1 3
45.	Ouvrez légèrement la bouche pour me permettre de vérifier les dents et insérer la brosse.			0 1 3
46.	Positionnez les poils de la brosse en contact étroit avec deux ou trois dents, celles inférieures de devant (incisives), au niveau de l'insertion de la dent dans la gencive (le sillon gingival), à un angle de 45 degrés par rapport à la surface des dents.			0 1 3
47.	Appuyez légèrement la brosse sur les gencives et tournez son bout pour brosser les dents (<i>ainsi l'angle changera de 45 degrés en bas vers une position perpendiculaire et finalement à 45 degrés en haut</i>) avec un mouvement ferme de bas en haut (<i>à partir de l'insertion dans la gencive et jusqu'à la couronne</i>), dans l'intention d'enlever tous les dépôts restés à l'intérieur du sillon des gencives et, en même temps, les dépôts au niveau des dents.			0 1 3
48.	Repositionnez les poils de la brosse dans le sillon gingival, à un angle de 45 degrés et répétez le mouvement, jusqu'à ce que les dents et les gencives aient un aspect propre.			0 1 3

49.	Déplacez-vous à droite ou à gauche, vers le suivant regroupement de dents que vous allez nettoyer et répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique. Finissez toutes les surfaces externes de la mandibule.			0 1 9
50.	Mettez la cuvette sous le menton du patient. Rincez de nouveau la bouche. Crachez dans la cuvette ... Merci. Eloignez la cuvette et laissez-la à votre portée. Contrôlez la zone dentaire et les gencives nettoyées. Continuez si le résultat n'est pas satisfaisant.			0 1 3
51.	Répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique, cette fois-ci sur la partie intérieure de la mandibule. Relâchez vos lèvres et ouvrez davantage la bouche pour que je puisse mieux regarder la partie intérieure des dents et introduire la brosse. Toutefois n'ouvrez pas trop largement la bouche car vous devez garder cette position quelques minutes.			0 1 3
52.	Répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique, cette fois-ci sur la partie intérieure de la mandibule.			0 1 9
53.	Mettez la cuvette sous le menton du patient. Rincez de nouveau la bouche. Crachez dans la cuvette ... Merci. Eloignez la cuvette et laissez-la à votre portée. Contrôlez la zone dentaire et les gencives nettoyées. Continuez si le résultat n'est pas satisfaisant.			0 1 3
54.	Maintenant écartez vos lèvres de nouveau, s'il vous plaît, la bouche légèrement ouverte. On va brosser les bouts des dents. N'ouvrez pas trop largement, car vous devez rester ainsi quelques minutes.			0 1 3
55.	Déplacez-vous à droite ou à gauche, vers le suivant regroupement de dents que vous allez nettoyer et répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique. Finissez toute les faces masticantes de la mandibule.			0 1 9
56.	Mettez la cuvette sous le menton du patient. Rincez de nouveau la bouche. Crachez dans la cuvette ... Merci. Eloignez la cuvette et laissez-la à votre portée. Contrôlez la zone dentaire et les gencives nettoyées. Continuez si le résultat n'est pas satisfaisant.			0 1 3
57.	Maintenant ouvrez largement la bouche, s'il vous plaît. On va nettoyer la langue. N'ouvrez pas trop largement, car vous devez rester ainsi quelques minutes. Merci.			0 1 3
58.	Placez la brosse à l'envers avec la partie destinée à nettoyer la langue. (<i>si cette partie n'existe pas, vous utilisez la brosse à dents comme d'habitude avec les poils en contact avec la langue</i>) Lavez doucement la surface supérieure de la langue, sans produire de la nausée et des vomissements. (<i>Si la langue n'est pas propre beaucoup de microbes persistent dans la cavité orale ce qui peut conduire à des complications infectieuses orales et respiratoires ayant comme conséquence une mauvaise haleine</i>).			0 1 9
59.	Mettez la cuvette sous le menton du patient. Rincez de nouveau la bouche. Crachez dans la cuvette ... Merci. Eloignez la cuvette et laissez-la à votre portée. Contrôlez la zone dentaire et les gencives nettoyées. Continuez si le résultat n'est pas satisfaisant. (<i>les dépôts au niveau de la langue peuvent être dus à une hygiène orale déficiente mais également à la déshydratation, aux infections fongiques, aux médicaments etc...</i>)			0 1 3
60.	Essuyez les lèvres du patient avec une serviette. Je vais essuyer un peu votre bouche.			0 1 3
61.	Pour enlever les débris alimentaires accumulés dans l'espace entre les dents, utilisez le fil dentaire. Cela ne fait pas partie de l'hygiène de base de la bouche (par le fait qu'il n'y a pas assez de preuves dans ce sens), mais c'est la seule modalité logique de nettoyer cette partie des dents et la zone gingivale associée.			0 1 3

62.	Défaites 45 cm de fil dentaire ciré (<i>celui-ci est meilleur que celui non ciré qui se rompt plus facilement et comme ça les débris alimentaires ne sont plus enlevés d'entre les dents</i>) et enroulez les extrémités autour du troisième doigt de chaque main, deux ou trois fois, pour bien le tenir, en gardant environ 15 cm de fil libre.			0 1 3
63.	Réduisez cette longueur à 2,5 cm et tendez le fil à l'aide du pouce d'une main dirigé vers le haut et de l'index de l'autre main dirigé lui aussi vers le haut, ce qui assure un meilleur nettoyage des dents de la mâchoire supérieure.			0 1 3
64.	Introduisez 2,5 cm de fil dentaire dans l'espace entre les incisives supérieures, une partie à l'intérieur de la bouche et une autre à l'extérieur.			0 1 3
65.	Avancez, par un mouvement descendant, appuyant avec les deux doigts, jusqu'à ce que le fil touche les gencives, soigneusement pour ne pas les blesser. Placez le fil entre les dents dans le sillon gingival et pliez-le autour des côtés latéraux de l'une ou de l'autre dent où l'on travaille, sous la forme de la lettre C.			0 1 3
66.	De cette position, bougez le fil en bas pour faire sortir de l'espace interdentaire les résidus potentiels du sillon gingival et de la partie latérale de la dent traitée.			0 1 3
67.	Répétez ce mouvement en haut et en bas, plusieurs fois jusqu'à l'obtention d'un bon résultat. Passez ensuite le fil autour l'autre dent de l'espace interdentaire, toujours en forme de C, pour nettoyer en entier cet espace.			0 1 3
68.	Déplacez-vous à droite ou à gauche, vers le suivant regroupement de dents que vous allez nettoyer et répétez les gestes d'utilisation du fil dentaire en utilisant la même technique. Finalisez tous les espaces interdentaires du maxillaire.			0 1 9
69.	Rincez maintenant la bouche, s'il vous plaît, avec un peu de liquide. Offrez au patient une tasse de liquide de rinçage déjà choisi mais, s'il est trop affaibli pour boire de la tasse ou se s'il se trouve en décubitus latéral, offrez-lui une paille. Si vous pouvez cracher le liquide dans cette cuvette, nous vous prions de le faire. Placez-la sous son menton. Crachez tout, s'il vous plaît. Pour les patients comateux qui doivent être positionnés en décubitus latéral les liquides de rinçage sont administrés par une seringue et sont enlevés avec un dispositif d'aspiration. (<i>pour prévenir l'aspiration broncho-alvéolaire à cause de la perte du réflexe de déglutition, qui est caractéristique pour un comateux</i>) Enlevez la cuvette et placez-la à votre portée.			0 1 3
70.	Défaites 45 cm de fil dentaire ciré (<i>celui-ci est meilleur que celui non ciré qui se rompt plus facilement et comme ça les débris alimentaires ne sont plus enlevés d'entre les dents</i>) et enroulez les extrémités autour du troisième doigt de chaque main, deux ou trois fois, pour bien le tenir, en gardant environ 15 cm de fil libre.			0 1 3
71.	Réduisez cette longueur à 2,5 cm et tendez le fil à l'aide du pouce d'une main dirigé vers le haut et de l'index de l'autre main dirigé lui aussi vers le haut, ce qui assure un meilleur nettoyage des dents de la mandibule.			0 1 3
72.	Introduisez 2,5 cm de fil dentaire dans l'espace entre les incisives inférieures, une partie à l'intérieur de la bouche et une autre à l'extérieur.			0 1 3
73.	Avancez, par un mouvement descendant, appuyant avec les deux doigts, jusqu'à ce que le fil touche les gencives, soigneusement pour ne pas les blesser. Placez le fil entre les dents dans le sillon gingival et pliez-le autour des côtés latéraux de l'une ou de l'autre dent où l'on travaille, sous la forme de la lettre C.			0 1 3
74.	De cette position, bougez le fil en bas pour faire sortir de l'espace interdentaire les résidus potentiels du sillon gingival et de la partie latérale de la dent traitée.			0 1 3
75.	Répétez ce mouvement en haut et en bas, plusieurs fois jusqu'à l'obtention d'un bon résultat. Passez ensuite le fil autour l'autre dent de l'espace interdentaire, toujours en forme de C, pour nettoyer en entier cet espace.			0 1 3

PROCÉDURE MÉDICALE



76.	Déplacez-vous à droite ou à gauche, vers le suivant regroupement de dents que vous allez nettoyer et répétez les gestes d'utilisation du fil dentaire en utilisant la même technique. Finalisez tous les espaces interdentaires de la mandibule.			0 1 9
77.	Rincez maintenant la bouche, s'il vous plaît, avec un peu de liquide. Offrez au patient une tasse de liquide de rinçage déjà choisi mais, s'il est trop affaibli pour boire de la tasse ou se s'il se trouve en décubitus latéral, offrez-lui une paille. Si vous pouvez cracher le liquide dans cette cuvette, nous vous prions de le faire. Placez-la sous son menton. Crachez tout, s'il vous plaît. Pour les patients comateux qui doivent être positionnés en décubitus latéral les liquides de rinçage sont administrés par une seringue et sont enlevés avec un dispositif d'aspiration. <i>(pour prévenir l'aspiration broncho-alvéolaire à cause de la perte du réflexe de déglutition, ce qui caractérise un comateux)</i> Enlevez la cuvette et placez-la à votre portée.			0 1 3
78.	Appliquez un hydratant soluble sur les lèvres du patient. <i>(de l'huile minérale est déconseillée à cause du risque de pneumonie lipidique en cas d'aspiration dans les poumons)</i>			0 1 3
79.	Appliquez des substituts de salive si la bouche est sèche à cause de la sécrétion salivaire déficitaire.			0 1 3
80.	Jeter les gants au container des déchets infectieux non piquants. Lavez vos mains selon la procédure médicale.			0 1 3
81.	Il est très important pour votre santé de vous laver les dents 4 fois par jour au moins, après les repas et avant de vous coucher le soir, et d'utiliser le fil dentaire une fois par jour au moins. Si vous ne pouvez pas brosser vos dents ou utiliser le fil dentaire, rincez du moins avec du rince-bouche. Ce n'est pas la même chose mais cela pourrait aider au maintien de l'hygiène orale.			0 1 3
82.	Utilisez un tampon imbibé d'alcool pour décontaminer le mobilier utilisé pendant les soins. Enlevez les gants et jetez-les au container des déchets infectieux non piquants Lavez-vous les mains.			0 1 3
83.	Remplissez le dossier médical du patient en mentionnant tous les détails liés à la réalisation du geste - éventuels accidents, complications (selon le cas), la date et l'heure.	ESSENTIEL		
84.	Prenez toutes les mesures nécessaires pour la sécurité du patient <i>(le lit descendu au niveau inférieur de la hauteur et éventuellement relevez ses parties latérales)</i> . Assurez-vous que le patient peut facilement retrouver ses objets personnels <i>(par ex. portable, livre, mots croisés)</i> le verre d'eau, la sonnette pour appeler le personnel médical. Offrez des informations sur le programme médical qui doit être suivi et sur le moment où le patient sera réexaminé.			0 1 3
Score total: 300		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

Bibliographie sélective

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Centers for Disease Control and Prevention. Overview of CDC Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections. Available at URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Guide/overview.htm>
<http://www.smokingpackyears.com/>

UK Chief Medical Officers Low risk drinking guidelines, August 2016

www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf

<http://www.cbsnews.com/news/a-big-problem-with-flossing/>, 2 August 2016

<https://www.youtube.com/watch?v=VVj-3R2Y9Ok>

HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

hygiène bucco-dentaire	prothèse	tartre	mandibule
utilisation du fil dentaire	rince-bouche	bridge dentaire	incisives

Définition:

1. Appareil médical destiné au maintien ou à la restauration des arcades dentaires.
2. Petite prothèse qui remplace un ou plusieurs dents.
3. Réalisation, chez les patients qui ne peuvent pas se déplacer, de l'hygiène quotidienne relative aux dents (le brossage et l'utilisation du fil dentaire), aux gencives (la stimulation mécanique), à la bouche (le rinçage), qui suppose des contrôles réguliers, l'examen de la bouche et, en fonction des problèmes identifiés lors de l'anamnèse, la planification d'une consultation chez un spécialiste dans le domaine respectif (dentistes, chirurgiens etc.).
4. Plaque jaunâtre qui forme un dépôt sur les collets des dents et/ou sous la gencive.
5. Dents avec une couronne tranchante et avec une seule racine sous forme de cône ; il y a quatre incisives, autant pour les dents définitives que pour celles provisoires (de lait).
6. Os ayant la forme de la lettre U, qui réalise le maxillaire inférieur.
7. Technique de nettoyage des dents qui utilise un matériel sous forme de fil afin d'enlever le tartre et les débris alimentaires d'entre les dents et les gencives, là où la brosse à dents ne peut pas passer.
8. Solution pour le rinçage de la bouche censée enlever le tartre et les débris alimentaires d'entre les dents et les gencives. Celui-ci est utilisé après le brossage des dents et fait partie de l'hygiène bucco-dentaire.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions que le médecin réalise dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qui se retrouvent dans le tableau ci-dessous ? Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin assure un milieu privé pour l'examen et il informe le patient sur le but de sa visite : la réalisation de l'hygiène bucco-dentaire (détection des caries, du tartre, de la mauvaise haleine, des sécrétions, l'examen de l'aspect des gencives).

Le médecin demande au patient si on lui a effectué d'autres fois ces soins, si son assurance maladie comprend aussi l'hygiène orale et combien de fois il est allé chez le dentiste les trois dernières années.

Le médecin fait l'anamnèse du patient pour voir s'il y a des problèmes qui constituent des contre-indications à la position haute de Fowler ou bien au décubitus latéral et pour apprendre si le patient est allergique aux produits qui seront utilisés dans la réalisation de l'hygiène (pâte dentifrice, produits pour le nettoyage de la prothèse, rince-bouche).



Le médecin salue le patient, se présente et fait une évaluation de l'état de santé de celui-ci (s'il est conscient, sa mobilité, sa capacité de parler, s'il respire normalement).

Le médecin installe le patient en position assise ou couché sur un côté et lui explique comment il peut contribuer à la réalisation des soins.

Le médecin demande au patient s'il a compris le déroulement des soins et s'il a d'autres questions à poser.

Le médecin veut savoir si le patient sent le goût de la nourriture, s'il a fréquemment la sensation que sa bouche est sèche, combien de liquide il boit par jour et s'il fume.

Le médecin explique au patient comment réaliser l'hygiène bucco-dentaire en s'occupant chaque fois de deux-trois dents.

Après la réalisation du brossage des dents, le médecin assure l'élimination des débris alimentaires en utilisant le fil dentaire et le rinçage de la bouche.

Le médecin remplit la fiche du patient avec tous les détails, les incidents et les complications apparues pendant le déroulement des soins.

Lire & Vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Qu'est-ce que l'hygiène bucco-dentaire ?

a. L'hygiène bucco-dentaire signifie la réalisation, chez les patients qui ne peuvent pas se déplacer, de l'hygiène quotidienne relative aux dents (le brossage et l'utilisation du fil dentaire), aux gencives (la stimulation mécanique), à la bouche (le rinçage), qui suppose des contrôles réguliers, l'examen de la bouche et, en fonction des problèmes identifiés lors de l'anamnèse, la planification d'une consultation chez un spécialiste dans le domaine respectif (dentistes, chirurgiens etc.).

b. L'hygiène bucco-dentaire signifie des contrôles réguliers, l'examen de la bouche et en fonction des problèmes identifiés lors de l'anamnèse, la planification d'une consultation chez un spécialiste dans le domaine respectif (dentistes, chirurgiens etc.)

2. Pourquoi l'hygiène bucco-dentaire implique également l'examen des gencives du patient ?

a. Le déroulement des soins implique également l'examen des gencives du patient pour que le médecin puisse détecter mieux toute carie.

b. Le déroulement des soins implique également l'examen des gencives du patient pour que le médecin puisse détecter tout signe de gingivite ou de parodontose.

3. Pourquoi l'utilisation du fil dentaire est-elle nécessaire ?

a. L'utilisation du fil dentaire est nécessaire pour enlever les débris alimentaires des caries, là où la brosse à dents ne peut pas passer.

b. L'utilisation du fil dentaire est nécessaire pour enlever les débris alimentaires d'entre les dents et les gencives, là où la brosse à dents ne peut pas passer.

4. Comment le médecin va-t-il brosser les dents du patient ?

a. Quand le médecin brosse les dents du patient, il a en vue des groupes de deux-trois dents ; il répète les gestes pour chaque groupe de dents.

b. Le médecin brosse la surface de toutes les dents du patient, en les brossant énergiquement en avant et en arrière.



Vrai ou Faux (cliquez sur la variante correcte) :

1. Le médecin installe le patient en position couchée et lui explique comment il peut contribuer à la réalisation des soins. V/F
2. Le médecin demande au patient si on a lui effectué d'autres fois ces soins. V/ F
3. Il n'est pas important que l'assurance maladie du patient comprenne aussi l'hygiène orale. V/F
4. Le médecin veut savoir combien de liquides boit le patient par jour et de même il veut savoir si celui-ci fume. V/F
5. Il est conseillé de réaliser l'hygiène bucco-dentaire avant et après chaque repas. V/F
6. Le patient ne doit pas se brosser les dents tout seul ; le médecin doit réaliser ce brossage. V/F
7. Le médecin veut savoir si le patient a fréquemment la sensation que sa bouche est sèche. V/ F
8. L'utilisation du fil dentaire est nécessaire au moins une fois par semaine pour enlever le tartre d'entre les dents et les gencives, là où la brosse à dents ne peut pas passer. V/F
9. Le patient est conseillé de rincer la bouche et de jeter ensuite le liquide dans une cuvette. V/ F
10. A la fin l'infirmière remplit la fiche du patient avec tous les détails, les incidents et les complications apparues pendant le déroulement des soins. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient:

Questions du médecin :	Réponses du patient :
Ce qu'on doit faire maintenant c'est l'hygiène de la bouche et des dents. Est-ce que le déroulement des soins vous est clair ? Est-ce que vous avez d'autres questions ?	Non, je ne suis pas allergique.
Avez-vous participé à un tel soin d'autres fois ?	D'habitude je me brosse les dents trois fois par jour, après chaque repas.
Pouvez-vous me dire combien de fois, quand et comment vous vous brossez les dents tout seul ?	Oui, j'ai déjà participé à un tel soin.
Est-ce que votre assurance maladie comprend également l'hygiène bucco-dentaire ? Combien de fois êtes-vous allé à un contrôle les trois dernières années ?	Je préférerais que vous fassiez cela. Je vous en remercie.
Etes-vous allergique à quelque chose : pâte dentifrice, produits pour le nettoyage de la prothèse ou le rince-bouche ?	Oui, mon assurance maladie comprend également l'hygiène bucco-dentaire. Je vais chez le dentiste tous les six mois.
Est-ce que votre gencive saigne quand vous utilisez la brosse à dents ?	Oui, je sais ce qu'on va faire. Je n'ai pas d'autres questions maintenant.
Est-ce que vous préférez vous brosser les dents tout seul sous ma surveillance ou vous désirez que je le fasse à votre place ?	Non, elle ne saigne pas.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales formelles:

Comateux	Espace d'entre les dents et la gencive
Odeur	En comme
Diminuer	Quantité
Apport	Mâchoire inférieure
Mastiquer	Gencive
Mandibule	Mouiller
Disloquer	Réduire
Imprégner	Introduire
Insérer	Mâcher
Sulcus/sillon gingival	Parfum
Interdentaire	Déplacer
Zone gingivale	Entre les dents

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte :

1. Le médecin dit au patient de boire beaucoup de liquides *pour qu'il n'ait pas un déficit d'eau dans l'organisme / pour que la racine de la dent soit bien fixée.*
2. Il faut lui donner une boisson avec du glucose *pour ne pas être en retard chez le dentiste/ pour stimuler son énergie.*
3. La radiographie est nécessaire *afin de réduire le nombre de caries/ afin de voir si la racine de la dent est saine.*
4. Il est parti plus tôt *pour chercher sa fiche d'observation médicale chez le médecin généraliste / pour ne pas brosser ses dents.*
5. Je vais réaliser maintenant les soins *de peur que les incisives ne soient pas affectées / de peur que le liquide ne coule par terre.*

Cliquez sur la variante correcte :

1. J'ai pris des médicaments le mal aux dents.
a. pour traiter
b. traite
c. traiter
2. Tu bois du thé de camomille avant de coucher..... bien la nuit.
a. pour
b. dors
c. pour dormir
3. Nous faisons une radiographie pour que le médecin..... la racine de la dent.
a. peut voir



- b. *puisse voir*
- c. *pouvoir voir*

4. Réduisez la consommation de sucreries afin que vos dents..... plus saines.

- a. *soient*
- b. *être*
- c. *pour être*

5. Il va chez le dentiste tous les six mois..... les dents saines.

- a. *maintenir*
- b. *pour*
- c. *afin de maintenir*

Expression orale

Ecrivez un dialogue entre un médecin et un patient qui parlent de l'hygiène bucco-dentaire (v. l'exemple du texte), enregistrez ce dialogue, qui sera envoyé automatiquement au Forum pour être évalué par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....
.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Est-ce que vous préférez vous brosser les dents tout seul sous ma surveillance ou vous désirez que je le fasse à votre place ?



LA TOILETTE DU PATIENT - TOILETTE AU LIT - LAVER UN PATIENT ALITÉ EN UTILISANT DE L'EAU ET DU SAVON

Procédure médicale

Unité linguistiques



LA TOILETTE DU PATIENT

Le soin de la peau est essentiel pour le bien-être des patients en palliation (immobilisés au lit) et celle-ci représente l'une des pierres de fondement de la pratique de soin quotidien. Le lavage traditionnel avec de l'eau et du savon représente toujours un standard pour les soins. Malgré cela, la toilette du patient à usage unique, avec tout le nécessaire en emballage plastique, à usage unique, avec de l'eau réchauffée avant l'utilisation, acquiert de plus en plus d'intérêt.

		Concept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
PRÉPARATION						
1	Examinez les documents médicaux du patient: <ul style="list-style-type: none"> • Validez les horaires prévus pour le soin de l'hygiène • Vérifiez s'il existe des contre-indications quant à la toilette au lit et à l'utilisation du savon ou de tout autre produit d'hygiène habituel (par exemple allergie au savon) • Vérifiez la présence des cathéters ou d'autres dispositifs médicaux qui peuvent rendre plus compliquée la réalisation de la toilette au lit du patient ou qui peuvent imposer la présence de personnel supplémentaire pour un plus de sécurité 					0 4 9
2	Lavez les mains ou prenez des gants de protection à usage unique (<i>seulement en cas de lésions tégumentaires des mains de l'infirmière ou d'un grand risque d'infection de chez le patient</i>) en tant que partie des mesures de précaution standard.	Précautions standard				0 1 3
3	Préparez tous les équipements nécessaires (<i>2 serviettes de toilette, 2 lavettes, une solution alcoolique pour la désinfection des mains, une carafe, des couches absorbantes adultes s'il est nécessaire une peigne ou une brosse pour les cheveux, un tissu en flanelle, une cuvette, 2 paires de gants de protection à usage unique, des produits de rasage, une brosse à dents, une pâte dentifrice, du savon, des draps propres pour le lit</i>) et prenez-les avec vous dans la chambre du patient.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 5 9
4	Fermez la porte et assurez un cadre privé pour la toilette du patient, si cela est pertinent dans la situation (<i>les rideaux, paravent, mettre une présence etc.</i>)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 4 9
5	Evaluation rapide de la présence des signes vitaux (<i>état de conscience, capacité locomotrice, le parler, la respiration</i>) Bonjour. Je m'appelle.... Je suis l'infirmière qui va faire votre toilette.	Fonctions vitales conservées; arrêt cardiorespiratoire <input type="checkbox"/>				0 2 5
6	Dites-moi votre nom, s'il vous plaît ... Et votre date de naissance... Je vous remercie.	<i>La conformité avec le dossier de soin pour: Nom, Date de naissance</i>	ESSENTIEL			
7	Relevez le lit en position de travail (à une hauteur convenable) et éventuellement descendez ses parties latérales. Pouvez-vous vous étendre sans problèmes ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 4 9
8	Je vais faire votre toilette maintenant. <i>(On explique au patient CE QU'ON VA FAIRE</i>		ESSENTIEL			

	<i>Dites au patient comment peut-il CONTRIBUER à la réalisation de la toilette)</i>						
RÉALISATION DE LA TOILETTE							
9	Ajoutez de l'eau dans la cuvette après avoir demandé au patient quelle est la température bonne pour lui.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
10	Si possible, placez une chaise au bout du lit.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
11	Mettez le tissu en flanelle sur le patient, enlevez la partie supérieure des linges du lit et laissez celle-ci au bout du lit ou sur la chaise. Laissez un seul oreiller sur le lit, écarter les autres oreillers.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Retirez les vêtements du patient.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
13	Posez une serviette de toilette sur l'oreiller, sous la tête du patient.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
14	Lavez et séchez les yeux du patient, à partir de l'oreille jusqu'au nez. N'utilisez pas de savon.						ESSENTIEL
15	Lavez avec de l'eau et du savon, rincez et séchez le visage du patient, derrière les oreilles et le cou.						ESSENTIEL
16	Pliez le tissu en flanelle, posez la serviette de toilette sur la poitrine; lavez, rincez et séchez la poitrine et la région axillaire, ensuite pliez de nouveau le tissu en flanelle.						ESSENTIEL
17	Posez la serviette de toilette sous le bras plus éloigné, lavez, rincez et séchez à partir de la partie supérieure jusqu'à la main et entre les doigts.						ESSENTIEL
18	Posez la serviette de toilette sous le bras plus proche, lavez, rincez et séchez à partir de la partie supérieure jusqu'à la main et entre les doigts.						ESSENTIEL
19	Couvrez le tronc avec le tissu en flanelle et pliez la partie inférieure de celle-ci jusqu'aux genoux.						0 4 9
20	Posez la serviette pour la toilette intime sous la jambe éloignée, lavez, rincez et séchez à partir du genou jusqu'au pied et entre les orteils.						ESSENTIEL
21	Posez la serviette sous la jambe plus proche, lavez, rincez et séchez à partir du genou jusqu'au pied et entre les orteils.						ESSENTIEL
22	Remplissez la cuvette avec de l'eau propre. Retenez la bonne température désirée par le patient.						0 1 3
23	Pliez le tissu en flanelle et posez la serviette sur la partie inférieure de l'abdomen et la région pubienne.						0 4 9
24	Désinfectez vos mains (<i>conformément à l'image ci-dessous, pendant 30 secondes</i>)						0 1 3



Sursa: www.2care.be

25	Mettez vos gants de protection					0 1 3
26	Savonnez chaque côté du tissu en flanelle					0 5 9
27	Lavez, rincez et séchez : <ul style="list-style-type: none"> • Patiente de sexe féminin: <ul style="list-style-type: none"> - Premièrement l'abdomen inférieur (ombilic), d'abord la cuisse plus éloignée jusqu'au genou, l'autre cuisse et la région inguinale - Tournez le tissu en flanelle et lavez la région pubienne, écartez les lèvres et lavez de haut en bas avec du savon • Patient de sexe masculin: <ul style="list-style-type: none"> - Premièrement l'abdomen inférieur (ombilic), d'abord la cuisse plus éloignée jusqu'au genou, l'autre cuisse et la région inguinale - Tournez le tissu en flanelle et lavez le scrotum et le pénis - Tirez sur le prépuce, lavez et séchez, ensuite remettez le prépuce en place. 					0 4 9
28	Enlevez les gants					0 1 3
29	Désinfectez les mains (<i>consultez le point 24</i>)					0 1 3
30	Remettez en place le blocage du lit					0 1 3
31	Remplissez de nouveau la cuvette avec de l'eau propre					0 4 9
32	Faites tourner le patient sur un côté					0 2 5
33	Pliez le drap jusqu'au dos du patient					0 1 3
34	Mettez une serviette sur le dos et une autre serviette sur le siège.					0 1 3
35	Lavez avec le tissu en flanelle à partir de la partie supérieure du corps jusqu'à la partie inférieure, rincez et séchez.					ESSENTIEL
36	Désinfectez les mains (<i>consultez le point 24</i>)					0 1 3
37	Mettez vos gants de protection					0 1 3
38	Savonnez sur un côté le tissu en flanelle et lavez la partie inférieure du corps du patient en latéral.					0 4 9
39	Lavez la partie inférieure du dos, à partir de la partie de derrière les cuisses jusqu'à la partie de derrière les genoux, écartez les fesses avec l'autre main et lavez avec le tissu en flanelle de l'anus vers le haut, rincez et séchez dans le même ordre.					ESSENTIEL
40	Enlevez les gants					0 1 3

PROCÉDURE MÉDICALE



41	Désinfectez les mains (<i>consultez le point 24</i>)						0 1 3
42	Le patient peut tourner tout seul ou il doit être aidé.						0 1 3
43	Rhabilitez le patient et placez-le en position assise (ou demi-assise)						0 1 3
44	Posez la serviette pour la partie supérieure du corps en dessous de la tête du patient et peignez ses cheveux. Ensuite retirez la serviette.						0 1 3
45	Placez la cuvette, un verre/ une tasse avec de l'eau propre, la brosse à dents, la pâte dentifrice, la trousse de rasage et des serviettes en papier sur la table, en la tirant pour que celle-ci soit proche du patient. S'il est nécessaire, aidez le patient à brosser ses dents.						0 1 3
46	Rangez le matériel, nettoyez et désinfectez la table de nouveau.						0 1 3
APRÈS SOIN							
47	Installez confortablement le patient						0 1 3
48	Remettez le lit dans la position initiale						0 3 6
49	Vérifiez si la sonnette (ou un autre appareil pour appeler) est à disposition						0 1 3
50	Rangez la chambre, ouvrez les rideaux, prenez le linge sale						0 1 3
51	Eteignez la présence						0 1 3
52	Nettoyez l'endroit de l'emplacement des matériels pour le soin						0 1 3
53	Signez dans le dossier de soin pour la réalisation de la toilette au lit						0 1 3
54	Notez dans le dossier de soin						0 3 6
55	Présentez le rapport oralement						0 1 3
Total score: 200		<input type="radio"/>	critère inaccompli			%	
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli			%	
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli			%	

Le lavage sans de l'eau est possible:

Schoonhoven L, van Gaal B, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. Cost-consequence analysis of "washing without water" for nursing home residents: A cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*. January 2015 52(1):112-120. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001

Nøddekskou LH, Hemmingsen LE, Hørdam, B. Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. June 2015, Vol. 29 Issue 2, p347-352. 6p. DOI: 10.1111/scs.12170.

LA TOILETTE DU PATIENT

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent

toilette du patient	zone inguinale	tégument	hygiène personnelle
contre-indication	désinfecter	objets de toilette	couche absorbante adultes

Définition:

1. Symptôme ou condition qui rend un certain traitement ou protocole non recommandable.
2. Tissu protecteur qui couvre le corps et qui représente en même temps la localisation du sens tactile.
3. Région anatomique située entre l'abdomen et la cuisse.
4. Lavage du patient alité qui peut être complet quand l'infirmière lave le patient ou partiel quand le patient a besoin d'aide mais peut se laver lui-même.
5. Nettoyer avec le but de détruire ou de prévenir l'apparition de microorganismes qui déclenchent des maladies.
6. Maintien de la propreté et du soin du corps afin de préserver la santé de celui-ci.
7. Articles utilisés pour le soin personnel (pâte dentifrice, peigne, savon, shampooine, déodorant etc.)
8. Produit utilisé par les personnes affectées par différents troubles comme l'incontinence urinaire ou fécale.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions que le médecin réalise dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qui se retrouvent dans le tableau ci-dessous ? Regardez la vidéo et vérifiez.

D'abord l'infirmière fait l'examen du dossier de soin du patient, valide l'heure fixée pour faire la toilette et vérifie toute contre-indication quant au lavage, à l'utilisation du savon ou à tout autre produit de toilette ; de même elle vérifie la présence des cathéters ou d'autres dispositifs médicaux qui peuvent rendre plus compliquée la réalisation de la toilette au lit du patient.

Une fois que le patient se trouve dans la position couché sur le dos, l'infirmière remplit d'eau la cuvette destinée à la réalisation de la toilette ; après cela elle demande au patient si l'eau est à la bonne température.

Avant de laver la zone génitale, l'infirmière vide l'eau utilisée et remplit de nouveau la cuvette. La zone génitale est la dernière qui est lavée. L'infirmière utilise de nouveaux les gants de protection à usage unique. Les patientes doivent être lavées d'en face vers le derrière. Toutes les parties du corps sont lavées, rincées, séchées et couvertes.



- L'infirmière lave ses mains ou prend les gants de protection à usage unique (en cas de lésions tégumentaires sur les mains ou d'un grand risque d'infection de chez le patient) en tant que partie des mesures de précaution standard. Cette mesure prévient la transmission d'agents pathogènes.
- L'infirmière apporte tout ce dont elle a besoin dans la chambre du patient ; ensuite elle assure un cadre privé pour la toilette du patient et relève le lit à une hauteur convenable.
- L'infirmière annonce au patient qu'elle va faire sa toilette et qu'il peut participer à la réalisation de celle-ci ; l'infirmière fait tourner le patient en position couché sur le dos.
- L'infirmière aide le patient à retirer ses vêtements et pose une serviette de toilette sous sa tête.
- L'infirmière commence le soin avec le lavage des yeux du patient, à partir de l'oreille jusqu'au nez, sans utiliser du savon. Elle continue avec le visage, les oreilles et le cou en utilisant de l'eau et du savon. Ensuite elle rince et sèche.
- Après avoir lavé le visage, elle continue avec la partie supérieure du corps : les épaules, les bras et les doigts qu'elle rince, sèche et couvre d'une serviette de toilette.
- Ensuite elle lave, rince, sèche et couvre les cuisses, les jambes, les pieds et les doigts. Quand elles ne sont pas lavées, les parties du corps restent couvertes.

Lire & Vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question:

1. Qu'est-ce que c'est la toilette partielle du patient ?

La toilette du patient est partielle alors que celui-ci a besoin d'aide mais peut se laver lui-même.

La toilette du patient est partielle alors que l'infirmière le lave.

2. Qu'est-ce que ce sont les objets de toilette?

Ce sont les articles utilisés pour le soin personnel (pâte dentifrice, peigne, savon, shampoïne, déodorant etc.)

Ce sont les articles utilisés pour le nettoyage de la salle de bain (pâte dentifrice, peigne, savon, shampoïne, déodorant etc.)

3. Pourquoi l'infirmière lave ses mains ou utilise des gants de protection à usage unique?

L'infirmière lave ses mains ou prend les gants de protection à usage unique pour laver le patient doucement.

L'infirmière lave ses mains ou prend les gants de protection à usage unique pour prévenir la transmission d'agents pathogènes.

4. Qu'est-ce que l'infirmière fait avant de laver la zone génitale ?

Elle lave, rince, sèche et couvre les oreilles.

Avant de laver la zone génitale, l'infirmière vide l'eau utilisée et remplit de nouveau la cuvette.



Vrai ou Faux (cliquez sur la variante correcte) :

1. D’abord l’infirmière fait l’examen du dossier de soin du patient. V/F
2. L’infirmière ne vérifie pas toute contre-indication quant au lavage, à l’utilisation du savon ou à tout autre produit de toilette. V/F
3. L’infirmière apporte tout ce dont elle a besoin dans la chambre du patient V/F
4. L’infirmière annonce au patient qu’elle va faire sa toilette et qu’il ne peut pas participer à la réalisation de celle-ci. V/F
5. L’infirmière vérifie la présence des cathéters ou d’autres dispositifs médicaux qui peuvent rendre plus compliquée la réalisation de la toilette au lit du patient. V/F
6. Une fois que le patient se trouve dans la position couché sur le dos, l’infirmière remplit d’eau la cuvette destinée à la réalisation de la toilette. V/F
7. L’infirmière aide le patient à retirer ses vêtements et pose une serviette de toilette sous ses jambes. V/ F
8. L’infirmière commence le soin avec le lavage des yeux du patient, à partir de l’oreille jusqu’au nez, avec de l’eau et du savon. V/F
9. Ensuite elle lave, rince, sèche et couvre les cuisses, les jambes, les pieds et les doigts. Quand elles ne sont pas lavées, les parties du corps restent couvertes. V/F
10. Après avoir lavé le visage, elle continue avec la partie supérieure du corps : les épaules, les bras et les doigts qu’elle rince, sèche et couvre d’une serviette de toilette. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient:

Questions du médecin:	Réponses du patient:
Vous disiez que vous n’êtes pas sûr si vous voulez prendre un bain aujourd’hui... ?	L’eau est bonne, mais probablement il faut retirer d’abord le pyjama.
Etant donné que vous allez mieux, je crois qu’il est nécessaire de le faire. Etes-vous d’accord ?	Oui, j’aime sa senteur.
Considérez-vous que pour vous il est plus facile de vous aider à le faire tout seul ou de le faire moi-même ?	Je vous remercie pour votre aide, autrement c’est difficile pour moi.
Nous avons besoin de cette cuvette, de serviettes de toilette et de savon. Est-ce que vous aimez ce savon ?	Mon rhume est fini, mais je ne suis pas sûr s’il est possible de prendre un bain ou non.
Je remplis maintenant la cuvette avec de l’eau chaude. Comment sentez-vous l’eau ? Est-ce que c’est assez chaude pour vous ?	Il est difficile pour moi de le faire. C’est mieux que vous le fassiez pour moi.
Le pyjama ? Bien sûr que je vous aide à le retirer.	Oui, c’est vrai que je serai mieux après le bain.
Il me semble que vous êtes prêt. Peut-on commencer ?	Bien sûr, il est nécessaire de commencer vite pour ne pas laisser l’eau refroidir.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales formelles:

Tégument	En plus de
Lésion	Propreté
Précaution	Zone intime
Désinfecter	Position
Zone génitale	Stériliser
Hygiène	Salir
Supplémentaire	Blessure
Assister	Aider
Maculer	Peau
Location	Prévention

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte:

1. Avant de / Ensuite commencer la toilette du patient, l'infirmière doit apporter tout le nécessaire au lit de celui-ci.
2. Premièrement/ Après la vérification de la température de l'eau, on peut commencer la toilette du patient.
3. L'infirmière commence la toilette du patient, mais premièrement / par la suite elle doit apporter tout le nécessaire au lit de celui-ci.
4. Nous vérifions la température de l'eau ensuite / une fois que nous pouvons commencer la toilette du patient.
5. Ensuite/ Une fois qu'elle a apporté tout le nécessaire au lit du patient, l'infirmière peut commencer à faire la toilette de celui-ci.

Cliquez sur la variante correcte:

1. Pour préparer la réalisation de la toilette du patient l'infirmière doit faire quelques actions :
..... elle fait l'examen du dossier de soin du patient, deuxièmement elle valide l'heure fixée pour faire la toilette.
- *premièrement*
- *deuxièmement*
- *troisièmement*
2. l'infirmière prépare l'eau pour le bain, le patient retire ses vêtements.
- *D'abord*
- *Pendant que*
- *Ensuite*



3. le patient se trouve dans la position couché sur le dos, l'infirmière remplit d'eau la cuvette destinée à la réalisation de la toilette

- *Une fois que*

- *Avant de*

- *Après*

4. avoir lavé le visage, elle continue avec la partie supérieure du corps : les épaules, les bras et les doigts qu'elle rince, sèche et couvre d'une serviette.

- *Troisièmement*

- *Après*

- *Par la suite*

5. Pour préparer la réalisation de la toilette du patient l'infirmière doit faire quelques actions : premièrement elle fait l'examen du dossier de soin du patient, deuxièmement elle valide l'heure fixée pour faire la toilette et elle vérifie la présence des cathéters ou d'autres dispositifs médicaux qui peuvent rendre plus compliquée la réalisation de la toilette au lit du patient.

- *premièrement*

- *deuxièmement*

- *finalement*

Expression orale

Ecrivez un dialogue où l'infirmière parle avec le patient de la modalité de faire la toilette au lit (v. l'exemple du texte) ; utilisez les expressions exercées antérieurement. Enregistrez ce dialogue, qui sera envoyé automatiquement au Forum pour être évalué par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....
(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

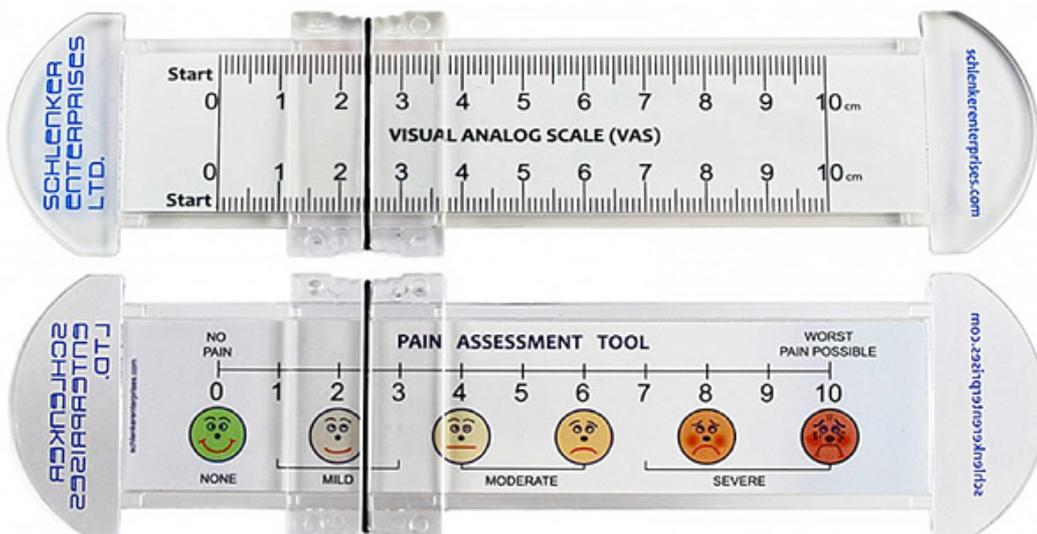
Comment sentez-vous l'eau ? Est-ce que c'est assez chaude pour vous ?



ÉVALUATION DE LA DOULEUR - MESURER LA DOULEUR CHEZ LES PATIENTS ADULTES CONSCIENTS EN UTILISANT L'ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)

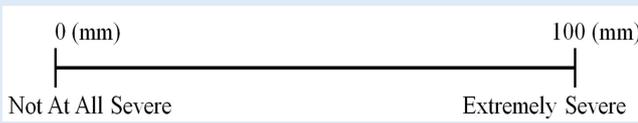
Procédure médicale

Unité linguistiques



ÉVALUATION DE LA DOULEUR

L'échelle analogique visuelle (EVA) est un instrument de mesure unidimensionnel utilisé à large échelle pour diverses populations adultes en vue d'évaluer l'intensité de la douleur [5].

		Concept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
PRÉPARATION						
1	Examinez la feuille d'observation médicale du patient: <ul style="list-style-type: none"> Vérifiez la situation des résultats antérieurs du screening Vérifiez si des médicaments contre la douleur ont été prescrits antérieurement 					0 1 3
2	Désinfectez vos mains ou mettez des gants de protection à usage unique (<i>seulement dans le cas de certaines lésions des mains de l'infirmière ou d'un potentiel infectieux important du patient</i>), comme précaution standard.	<i>Précautions standard</i>				0 1 3
3	Fermez la porte et assurez un espace privé pour mesurer la douleur, s'il en est le cas. (<i>les rideaux, le paravent, mettre une présence etc.</i>)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
4	Evaluation rapide de la présence des signes vitaux (<i>état de conscience, capacité locomotrice, le parler, la respiration</i>) Bonjour. Je m'appelle.... Je suis l'infirmière qui va mesurer le niveau de votre douleur	Fonctions vitales conservées; arrêt cardiorespiratoire (<i>initiation des mesures médicaux - ressuscitation, - initiation de la discussion</i>)				0 2 5
5	Dites-moi votre nom, s'il vous plaît ... Et votre date de naissance... Je vous remercie.	<i>La conformité avec la feuille d'observation médicale pour:</i> Nom: <input type="checkbox"/> Date de naissance: <input type="checkbox"/>	ESSENTIEL			
6	Relevez le lit en position de travail (à une hauteur convenable) et éventuellement descendez ses parties latérales.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
MESURER LA DOULEUR						
8	Présentez l'échelle EVA 	On explique au patient CE QU'ON VA FAIRE Dites au patient CE QU'IL DOIT FAIRE	ESSENTIEL			
9	Demandez au patient de marquer sur l'échelle EVA comment il ressent la douleur actuellement.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
10	S'il en est le cas, remettez le lit et ses parties latérales dans la position initiale.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
SUIVI ULTÉRIEUR						
11	Vérifiez si la sonnette (ou un autre appareil pour appeler) est à disposition.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Eteignez la présence.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 2



						5
14	Mesurez le score sur l'EVA en utilisant une réglette, en conformité avec l'usage local, en cm ou en mm, et inscrivez le score de la douleur dans la feuille d'observation médicale du patient.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 4 9
15	Si le screening est réalisé pour la première fois et il indique une douleur faible (5-44 mm), modérée (45-74mm) ou intense et très intense (75-100mm) informez tout de suite le médecin traitant et demandez-lui de prescrire des médicaments contre la douleur.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 2 5
16	En cas de modification/ d'évolution négative du score de la douleur, informez tout de suite le médecin traitant et demandez-lui de reconsidérer la manière actuelle de gérer la douleur. Il est recommandable d'utiliser la méthode SAED pour transmettre votre message.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 2 5

Total score: 50	<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
	<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
	<input type="radio"/>	critère accompli	%

Interprétation du score EVA

Un score plus grand indique une plus grande intensité de la douleur. Sur la base de la distribution des scores de douleur EVA chez les patients post-opératoires (remplacement de rotule, hystérectomie ou myomectomie par laparoscopie) qui ont décrit l'intensité de la douleur post-opératoire en indiquant le niveau zéro, faible, modéré ou sévère, on a recommandé les suivantes repères EVA concernant la douleur : douleur zéro (0 - 4 mm), douleur faible (5-44 mm), douleur modérée (45-74 mm) et douleur sévère (75-100 mm) [4].

Bibliographie sélective:

- Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131
- Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska and Melissa French. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 2011; Volume 63, Issue Supplement S11: Pages S240–S252. DOI 10.1002/acr.20543
- Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *Br J Anaesth*, 2008; 101 (1): 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>
- Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *J Pain*, 2003;4:407–14.
- McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med* 1988;18:1007–19.

ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

hystérectomie	myomectomie	handicap cognitif	SAED (Situation, Antécédents, Evaluation, Demande)
laparoscopie	douleur postopératoire	screening	EVA (Échelle Visuelle Analogique)

Définition:

1. Opération chirurgicale d'enlèvement des fibromes de la paroi de l'utérus.
2. Exploration abdominale à l'aide d'un endoscope.
3. Opération chirurgicale qui vise à supprimer partiellement ou totalement l'utérus.
4. Souffrance qui se manifeste après la réalisation d'une opération.
5. Instrument standardisé de transmission des informations sur le patient qui assure le cadre de communication entre les membres de l'équipe médicale.
6. Un instrument de mesure unidimensionnel utilisé à large échelle pour la population adulte en vue d'évaluer l'intensité de la douleur.
7. État où l'on constate un déclin des capacités cognitives habituelle (mémoire, fonctions de la langue, raisonnement logique)
8. Méthode d'examen ayant comme but d'identifier la possible présence d'une maladie qui n'est pas encore diagnostiquée chez des individus qui ne présentent pas de signes ou de symptômes.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions que le médecin réalise dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qui se retrouvent dans le tableau ci-dessous ? Regardez la vidéo et vérifiez.

Après l'examen de la feuille d'observation médicale le médecin lave ses mains avec une solution désinfectante ou prend les gants de protection à usage unique (seulement dans le cas de certaines lésions des mains ou d'un potentiel infectieux important du patient), comme précaution standard.

Après que le patient finit l'évaluation à l'aide de l'EVA, le médecin remet le lit du patient dans la position initiale.

Le médecin interprète le score. Si le screening est réalisé pour la première fois et il indique une douleur (faible : 5-44 mm, modérée : 45- 74mm ou intense et très intense : 75-100mm) le médecin informe l'équipe médicale et demande de prescrire le traitement contre la douleur.

- D'abord le médecin fait un examen de la feuille d'observation médicale du patient et vérifie le rapport sur les résultats du screening et sur les médicaments analgésiques.
- Le médecin assure un espace privé pour le changement de la position du patient.



- Le médecin fait une évaluation rapide de la présence des signes vitaux (si le patient est conscient, s'il peut bouger, s'il peut parler ou respirer). S'il en est le cas le médecin relève le lit en position de travail (à une hauteur convenable) pour la mise en œuvre du protocole.
- Le médecin présente au patient l'échelle visuelle analogique (EVA).
- Le médecin donne des instructions au patient comment mesurer la douleur sur l'EVA.
- Le médecin mesure le score à l'aide d'une réglette et l'inscrit dans la feuille d'observation médicale du patient.
- En cas d'évolution négative du score de la douleur, le médecin informe l'équipe médicale et demande de reconsidérer la manière actuelle de gérer la douleur. Il est indiqué d'utiliser la méthode SAED pour la communication.

Lire & Vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question:

1. Qu'est-ce que c'est le SAED ?

C'est un instrument standardisé de transmission des informations sur le patient qui assure le cadre de communication entre les membres de l'équipe médicale.

C'est un instrument standardisé de transmission des informations sur le patient qui assure le cadre de communication avec les membres de la famille.

2. Qu'est-ce que c'est l'EVA?

C'est un instrument de mesure pluridimensionnel utilisé à large échelle pour la population adulte en vue d'évaluer l'intensité de la douleur.

C'est un instrument de mesure unidimensionnel utilisé à large échelle pour la population adulte en vue d'évaluer l'intensité de la douleur.

3. Quelle évaluation fait le médecin au début ?

D'abord le médecin fait un examen de la feuille d'observation médicale du patient et vérifie le rapport sur les résultats du screening et sur les médicaments analgésiques.

Le médecin fait une évaluation rapide de la présence des signes vitaux (si le patient est conscient, s'il peut bouger, s'il peut parler ou respirer).

4. Quels sont les instructions que le médecin donne au patient ?

Le médecin donne des instructions au patient comment mesurer la douleur sur l'EVA.

Le médecin donne des instructions au patient comment mesurer la douleur sur le SAED.

Vrai ou Faux (cliquez sur la variante correcte) :

1. Après l'examen de la feuille d'observation médicale le médecin lave ses mains avec une solution désinfectante ou prend les gants de protection à usage unique. V/F

2. Le médecin ne doit pas assurer un espace privé pour le changement de la position du patient. V/F

3. Le patient interprète le score. V/F

4. Si le screening est réalisé pour la première fois et il indique une douleur, le médecin informe l'équipe médicale et demande de prescrire le traitement contre la douleur. V/F

5. Le médecin ne présente pas au patient l'échelle visuelle analogique (EVA). V/F



6. Le médecin mesure le score à l'aide de la famille et l'inscrit dans la feuille d'observation médicale du patient. V/F
7. En cas d'évolution négative du score de la douleur, le médecin informe l'équipe médicale et demande de reconsidérer la manière actuelle de gérer la douleur. V/F
8. Quand le patient commence l'évaluation à l'aide de l'EVA, le médecin remet le lit du patient dans la position initiale. V/F
9. Dans le cas de certaines lésions des mains ou d'un potentiel infectieux important du patient le médecin utilise les gants de protection à usage unique. V/F
10. Le score peut montrer une douleur faible : 5-44 mm, modérée : 45- 74mm ou intense et très intense : 75-100mm. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient:

Questions du médecin:	Réponses du patient:
Etes-vous d'accord de mesurer votre douleur ?	Non, je ne l'ai jamais utilisée.
Pour cela on va utiliser l'échelle analogique visuelle. L'avez-vous déjà utilisée ?	Je vous remercie, j'attends la décision de l'équipe médicale
Alors je vais vous expliquer en quoi consiste. C'est cette ligne horizontale qui a 10 cm de longueur et qui est limitée par deux descripteurs, chacun correspondant à un symptôme extrême : aucune douleur et respectivement la plus grande douleur imaginable. Est- ce que vous avez compris ?	Oui, c'est tout à fait clair. Je dessine maintenant la ligne respective. Voilà.
J'ajoute le détail que l'EVA est réalisée à l'aide d'une feuille de papier et d'un crayon. C'est simple n'est pas ?	Oui, sans problèmes, je suis d'accord.
Il faut dessiner une ligne perpendiculaire sur la ligne de l'EVA au point qui représente l'intensité ressentie de votre douleur. Est-ce que c'est clair ?	Je vais voir quand vous allez me dire qu'est-ce que je dois faire effectivement.
Maintenant je déterminerai votre score en mesurant la distance en mm entre la limite « aucune douleur » et le point que vous avez marqué. Vous me suivez ?	Oui, j'ai bien compris, c'est une ligne horizontale simple.
Voilà le résultat, je vais le communiquer à l'équipe médicale pour décider avec le traitement.	Oui, bien sûr, je vous suis attentivement.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales formelles:

Intolérable	Différencier
Maximal	Insupportable
Détérioration	Dépistage
Unidimensionnel	Le plus grand
Distinguer	Destruction
Extirpation	Enlèvement
Screening	Bord
Dégénération	Après l'intervention chirurgicale
Limite	Une seule dimension
Postopératoire	Déclin



Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte:

1. Ce médecin interprète le score de l'EVA

le plus précisément

précisément

plus précisément

2. L'interne explique que son professeur.

aussi clairement

plus clairement

très clairement

3. Il fait l'interprétation de l'EVA..... de tous les médecins.

rapidement

le plus rapidement

moins rapidement

4. Tu l'as soignéque moi.

bien

très bien

mieux

5. En cas d'évolution négative du score de la douleur, le médecin informe l'équipe médicale

le moins promptement

moins promptement

très promptement

Cliquez sur la variante correcte:

1. Le médecin recommande au patient de sortir dehors/ assez pour quelques moments.

2. Rapidement/ Hier soir le patient a pris le médicament à l'heure indiquée.

3. Le médecin a décidé rapidement / assez de commencer le protocole.

4. Le patient n'a jamais / autour fait ce traitement .

5. Hier/ Sans doute il est le plus compétent professionnel de la santé.



Expression orale

Ecrivez un dialogue où le médecin parle avec le patient de mesurer la douleur en utilisant l'échelle visuelle analogique (v. l'exemple du texte) ; utilisez les expressions exercées antérieurement. Enregistrez ce dialogue, qui sera envoyé automatiquement au Forum pour être évalué par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....
.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Voilà le résultat, je vais le communiquer à l'équipe médicale pour décider avec le traitement.



PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS CONTRE LA DOULEUR EN CONFORMITÉ AVEC L'ÉCHELLE ANALGÉSIQUE DE L'OMS

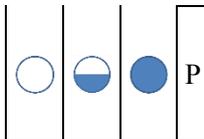
Procédure médicale

Unité linguistiques



PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS CONTRE LA DOULEUR

Les principes de traitement de la douleur chez les patients ayant besoin de soins palliatifs sont organisés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en relation avec une méthode de référence pour l'évaluation de la douleur intitulée « Echelle visuelle analogique ».



PRÉPARATION					
1.	Examinez la feuille d'observation médicale du patient: <ul style="list-style-type: none"> • Vérifiez le bilan actuel concernant les résultats du screening pour la douleur • Vérifiez la manière dont la douleur du patient est gérée actuellement • Vérifiez les éventuelles allergies aux médicaments qui sont mentionnées 	ESSENTIEL			
2.	Désinfectez vos mains				0 1 3
3.	Fermez la porte et assurez un espace privé pour l'évaluation de la douleur. (<i>les rideaux, le paravent, mettre une présence etc.</i>)				0 1 3
4.	Evaluation rapide de la présence des signes vitaux (<i>état de conscience, capacité locomotrice, parler, respiration</i>) Bonjour. Je m'appelle.... Je suis le médecin qui va s'occuper de vous, je vais mesurer le niveau de votre douleur en vue de vous prescrire des analgésiques.				0 1 3
5.	Pourriez-vous me dire d'abord votre nom ? Et la date de naissance. Je vous remercie.				0 1 3
6.	S'il en est le cas, relevez le lit en position de travail (à une hauteur convenable) et descendez ses parties latérales.				0 1 3
PRESCRIPTION DES MÉDICAMENTS CONTRE LA DOULEUR					
7.	Demandez au patient s'il a des allergies aux médicaments et inscrivez ces informations dans la feuille d'observation médicale: De votre expérience jusqu'à maintenant, savez-vous si vous avez des allergies à certains médicaments ? (comme rougeur, prurit ou gonflements...)	ESSENTIEL			
8.	Etablissez si le patient prend des opioïdes ou non (« opioïde naïve »= patient n'ayant pas de tolérance acquise aux opioïdes) et corréliez sa réponse avec les données sur les médicaments contre la douleur, pris antérieurement ou actuellement, données enregistrées déjà dans la feuille d'observation médicale du patient (s'il y en a). Prenez-vous des médicaments contre la douleur ? (<i>Les opioïdes peuvent être modérés : Tramadol, Codéine ou forts : la Morphine, la Méthadone, l'Oxycodone, le Fentanyl ...</i>) Résultat: <ul style="list-style-type: none"> • Si le patient n'a pas de tolérance acquise aux opioïdes – continuez avec le pas suivant • Si le patient a de la tolérance acquise aux opioïdes – passez directement au pas 16 	ESSENTIEL			
9.	Evaluez l'intensité de la douleur– Consultez " <i>Mesure de la douleur chez les patients adultes conscients en utilisant l'échelle visuelle analogique</i> "				0 1 3
10.	Classez l'intensité de la douleur en fonction du résultat obtenu sur l'EVA, soit faible, soit modéré, soit intense.				0 1 3
11.	Etablissez les médicaments contre la douleur appropriés, en fonction de l'intensité de la douleur (<i>voir l'échelle analgésique de l'OMS</i>):				

	<ul style="list-style-type: none"> Faible: non-opioïdes (PAS 1) Modérée: opioïdes faibles (PAS 2) Intense: opioïdes forts (PAS 3) <p>Il faut prescrire selon le cas, en prenant en considération:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les allergies aux médicaments (s'il y en a) - la voie d'administration - l'insuffisance rénale / hépatique (s'il y en a) - les préférences du patient - les facteurs socio-économiques (disponibilité du médicament, prix ...) - les doses journalières maximales (à l'exception des opioïdes forts qui n'ont pas une dose journalière maximale, seulement une dose optimale – par exemple voir ci-joint l'algorithme d'initiation du traitement par voie orale avec de la morphine) 	ESSENTIEL
12.	<p>Assurez un suivi attentif du patient ! (Cherchez les signes de sédation, d'autres effets secondaires, évaluez le niveau de la douleur) et ajustez le traitement avec des opioïdes par voie de conséquence:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la première dose/ les premières doses d'opioïdes provoque / provoquent une sédation forte, réduisez la dose à 50% et faites un titrage plus lent ; • Si la dose initiale / les doses initiales ne produit/ ne produisent pas l'analgésie désirée, la dose suivante est augmentée de 50%). En règle générale - augmentez les doses journalières d'opioïdes (avec 30%-50%-100%) afin d'obtenir l'analgésie optimale. 	ESSENTIEL
13.	<p>Prescrivez des médicaments contre les effets secondaires ! (Par exemple : antiémétiques, laxatives ...)</p>	ESSENTIEL
14.	<p>Vous pouvez combiner les analgésiques en conformité avec les règles des classes d'analgésiques de l'OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAS 1 + PAS 2 • PAS 1 + PAS 3 • Co-analgésiques + n'importe quel PAS <p>JAMAIS: PAS 2 + PAS 3</p>	ESSENTIEL
15.	<p>Le patient a de la tolérance acquise aux opioïdes : Vérifiez les médicaments qu'il prend actuellement : les doses, le rythme, la voie d'administration. Évaluez la douleur du patient et adaptez tout à l'état du patient. (par exemple : passer de la voie d'administration orale à celle sous-cutanée s'il y a des nausées, des vomissements ou dysphagie totale)</p>	0 1 3
16.	<p>Évaluez la douleur et ajustez la médication selon le cas : Augmentez les doses pour les non-opioïdes et les opioïdes faibles jusqu'à la dose maximale quotidienne (pour le PAS 1 et le PAS 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passez au PAS 2, aux opioïdes forts (PAS 3) si les douleurs ne sont pas soulagées – en utilisant les tableaux de conversion pour les opioïdes • Alternez les opioïdes forts (PAS 3) si les douleurs ne sont pas soulagées 	ESSENTIEL
17.	<p>Prescrivez des médicaments contre les effets secondaires! (Comme : antiémétiques, laxatives ...)</p>	ESSENTIEL
18.	<p>Assurez un suivi attentif du patient ! (Cherchez les signes de sédation, d'autres effets secondaires, évaluez le niveau de la douleur) et ajustez le traitement avec des opioïdes par voie de conséquence:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la première dose/ les premières doses d'opioïdes provoque / provoquent une sédation forte, réduisez la dose à 50% et faites un titrage plus lent ; 	ESSENTIEL

	<ul style="list-style-type: none"> Si la dose initiale / les doses initiales ne produit/ ne produisent pas l'analgésie désirée, la dose suivante est augmentée de 50%). Normalement - augmentez les doses journalières d'opioïdes (avec 30%-50%-100%) afin d'obtenir l'analgésie optimale. 	
19.	<p>Vous pouvez combiner les analgésiques en conformité avec les règles des classes d'analgésiques de l'OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> PAS 1 + PAS 2 PAS 1 + PAS 3 Co-analgésiques + n'importe quel PAS <p>JAMAIS: PAS 2 + PAS 3</p>	ESSENTIEL

ASSURER LE SUIVI DU TRAITEMENT CONTRE LA DOULEUR

20.	<p>Réévaluez la douleur et l'état du patient et ajustez le traitement de la douleur selon le cas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Toutes les heures / ou plusieurs fois par jour – une fois initié le traitement avec des opioïdes ou pour chaque douleur qui n'est pas soulagée – jusqu'à l'obtention du contrôle stable sur l'analgésie. Chaque jour – pour les patients hospitalisés Hebdomadairement / mensuellement – pour les patients en ambulatoire ou dont la prise en charge est assurée à domicile / les patients stables <p>Ou chaque fois qu'il est nécessaire (des situations inattendues, des problèmes administratifs – manque de médicaments...)</p>		0 1 3
21.	<p>Une fois obtenu le contrôle stable sur l'analgésie par le traitement avec des opioïdes, prescrivez les médicaments (de préférence le même opioïde):</p> <ul style="list-style-type: none"> Une forme à libération rapide – pour la douleur « aigue » : 1/6 de la dose journalière d'opioïde (au total) Une forme à libération lente – pour les médicaments à long terme / chroniques – s'il est possible 		0 1 3

Score total: 30	<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
	<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
	<input type="radio"/>	critère accompli	%

Algorithm for oral Morphine treatment initiation:

Age	Fonction rénale	Dose
< 65	Normale	10 mg toutes les 4 heures
> 65	Normale	5 mg toutes les 4 heures
< 65	Réduite	10 mg toutes les 6-8 heures
> 65	Réduite	5 mg toutes les 6-8 heures

PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS CONTRE LA DOULEUR

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent

voie d'administration	opioïdes	poussée de douleur	dose
l'échelle analgésique de l'OMS	dosage	insuffisance rénale	analgésique

Définition:

1. Modèle de gestion de la douleur proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé, basé sur une série de principes qui visent le soulagement de la douleur des patients soignés en palliation.
2. Médicaments narcotiques, comme la morphine, utilisés pour calmer la douleur.
3. Une quantité spécifique d'un médicament prescrite pour être prise à un moment donné ou à certains laps de temps établis avant.
4. Médicament utilisé pour calmer ou supprimer la douleur.
5. Administration du médicament dans les doses prescrites.
6. La manière d'administrer un médicament dans le corps.
7. Croissance brusque de la douleur qui peut apparaître chez les patients qui souffrent de douleurs chroniques dues au cancer, à l'arthrite ou à d'autres maladies.
8. Condition médicale critique qui consiste dans l'altération rapide des fonctions des reins.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions que le médecin réalise dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qui se retrouvent dans le tableau ci-dessous ? Regardez la vidéo et vérifiez.

Après une évaluation rapide des signes vitaux, le médecin demande au patient s'il est allergique à certains médicaments et s'il en est le cas, il l'inscrit dans la feuille d'observation médicale du patient.

Le médecin assure un suivi attentif des patients en cherchant les signes de la sédation ou des effets secondaires (dans ce cas il prescrit des médicaments, il évalue le niveau de la douleur, il adapte le traitement avec des opioïdes de manière adéquate (si la première dose d'opioïdes provoque une sédation forte, le médecin réduit la dose a 50% ; si la dose initiale ne produit pas l'analgésie désirée, la dose suivante est augmentée de 50%). Le médecin augmente les doses journalières d'opioïdes (30%-50%-100%) afin d'obtenir l'analgésie optimale.

Une fois obtenu le contrôle stable de la douleur, le médecin prescrit le traitement, de préférence le même opioïde.

- D'abord le médecin fait l'examen de la feuille d'observation médicale du patient : il vérifie le bilan actuel des résultats de l'imagerie médicale, il identifie la présence d'éventuelles allergies et il cherche des informations sur de la manière dont la douleur du patient est gérée.
- Ensuite le médecin veut savoir si le patient prend des opioïdes ou non. Le médecin fait la corrélation entre les réponses du patient et les données sur les médicaments contre la douleur de la feuille d'observation médicale.

- Si le patient n'a pas été traité antérieurement avec des opioïdes, le médecin évalue l'intensité de la douleur du patient et lui prescrit des médicaments contre la douleur en fonction de l'intensité de la douleur.
- Le médecin assure un suivi attentif du patient, il prescrit des médicaments contre les effets secondaires et augmente les doses journalières d'opioïdes (30%-50%-100%) afin d'obtenir l'analgésie optimale.
- Si le patient a été traité antérieurement avec des opioïdes, le médecin vérifie le traitement régulier : le type, les doses, la fréquence et la voie d'administration ; ensuite il évalue la douleur du patient et fait l'adaptation du traitement à la condition du patient (par exemple il change l'administration par voie orale avec celle sous-cutanée, en cas de nausée).
- Le médecin vérifie la douleur et adapte le traitement en augmentant les doses de non-opioïdes ou d'opioïdes modérés à la dose journalière maximale (Pas 1 et Pas 2) ou bien, au cas d'une douleur incontrôlée, en changeant du Pas 2 aux opioïdes forts (Pas 3) – en utilisant les tableaux de conversion des opioïdes ou par la rotation des opioïdes forts .
- De même le médecin assure le suivi du traitement contre la douleur : il fait une réévaluation de la douleur du patient, de son état, en adaptant les médicaments toujours quand cela est nécessaire ; il peut combiner les analgésiques selon les règles de l'échelle OMS.

Lire & Vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question:

1. Qu'est-ce que c'est l'échelle analgésique de l'OMS?

L'échelle analgésique de l'OMS est un modèle de gestion de la douleur proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé, basé sur une série de principes qui visent le soulagement de la douleur des patients soignés en palliation.

L'échelle analgésique de l'OMS est un modèle de gestion de la maladie proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé, basé sur une série de principes qui visent le soulagement de la maladie des patients soignés en palliation.

2. Qu'est-ce que ce sont les opioïdes?

Les opioïdes sont des médicaments, comme le paracétamol, utilisés pour calmer la douleur.

Les opioïdes sont des médicaments narcotiques, comme la morphine, utilisés pour calmer la douleur.

3. Quels sont les plus forts opioïdes?

Les plus forts opioïdes sont : la morphine, la méthadone, l'oxycodone, le fentanyl etc.

Les plus forts opioïdes sont le tramadol, la codéine etc.

4. Qu'est-ce que le médecin doit faire quand le médicament ne réussit pas à calmer la douleur?

Si la dose initiale ne produit pas l'analgésie désirée, la dose suivante est augmentée de 50%.

Si la dose initiale ne produit pas l'analgésie désirée, la dose suivante est augmentée de 20%.

Vrai ou Faux (cliquez sur la variante correcte) :

1. Une poussée de douleur est un mal permanent qui peut apparaître chez les patients qui souffrent de douleurs chroniques dues au cancer, à l'arthrite ou à d'autres maladies. V/F

2. Le médecin demande au patient s'il est allergique à certains médicaments et s'il en est le cas, il l'inscrit dans la feuille d'observation médicale du patient. V/F
3. Le médecin veut savoir si le patient prend des opioïdes ou non. V/F
4. Les patients qui ont été traités antérieurement avec des opioïdes et les patients qui n'ont pas été traités antérieurement avec des opioïdes reçoivent le même traitement analgésique. V/F
5. Le médecin assure un suivi attentif du patient, il prescrit des médicaments contre les effets secondaires. V/F
6. Le médecin peut changer l'administration par voie orale avec l'administration sous-cutanée, en cas de nausée. V/F
7. Si la dose initiale produit l'analgésie désirée, la dose suivante est augmentée de 50%. V/F
8. Le médecin adapte chaque mois le traitement analgésique pour les patients de l'hôpital. V/F
9. En conformité avec l'échelle analgésique OMS le médecin ne peut pas combiner les analgésiques. V/F
10. Une fois obtenu le contrôle stable de la douleur, le médecin prescrit le traitement, de préférence le même opioïde. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient:

Questions du médecin:	Réponses du patient:
Parlez-moi de votre douleur, où avez-vous mal ?	C'est une douleur assez faible maintenant.
Combien intense est la douleur ?	Je vous appellerai en cas de problèmes.
Quand a débuté celle-ci ? Avez-vous plus mal maintenant ?	Je mal autour de l'estomac.
C'est une douleur permanente ?	Non, je n'ai pas pris de médicament.
Prenez-vous déjà un médicament contre la douleur ?	Non, elle apparaît de temps en temps.
Savez-vous si vous avez une allergie à un médicament (rougeur, prurit où gonflement) ?	Cela a commencé il y a une semaine. Elle est la même.
Je vais vous prescrire un médicament non-opioïde. Appelez-moi si la douleur persiste ou devient plus intense.	Non, je ne suis pas allergique.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales formelles:

Opioïde	Qui peut se déplacer
Analgésique	Détermination de la concentration
Sévère	Calmant
Corréler	Sérieux
Dose	Purgatif
Conversion	Relier
Laxatif	Narcotique
Ambulatoire	Apaisement
Titrage	Quantité
Sédation	Changement

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte:

1. Le traitement est aujourd'hui que hier.
plus efficace / le plus efficace / efficace
2. Je suis inquiet que cet opioïde ne soit pas du groupe d'opioïdes.
le plus faible / plus faible / aussi faible
3. Ce médicament produit effets secondaires de ce groupe d'analgésiques.
plus nombreux / le moins nombreux / aussi nombreux
4. Tu n'auras plus de douleur si tu prends ce médicament.....
plus fort / moins fort / aussi fort
5. L'état du patient est aujourd'hui qu'hier soir.
stable / plus stable / très stable

Cliquez sur la variante correcte:

1. Ce calmant est meilleur/ plus bon.
2. Tu vas sentir moins / moins peu de douleur si tu prends ce médicament.
3. L'état du patient est plus mauvaise / pire qu'il y a une semaine.
4. Ce traitement est le plus bon/ le meilleur pour vous.
5. Ce patient est le moins / le plus peu visité de l'hôpital.

Expression orale

Ecrivez un dialogue où le médecin parle avec le patient sur la prescription des médicaments contre la douleur en conformité avec l'échelle analgésique de l'OMS (v. l'exemple du texte) ; utilisez les expressions exercées antérieurement. Enregistrez ce dialogue, qui sera envoyé automatiquement au Forum pour être évalué par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....
(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Je vais vous prescrire un médicament non-opioïde. Appelez-moi si la douleur persiste



LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Procédure médicale

Unité linguistiques

LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

C'est la conséquence de l'exposition chronique au stress professionnel (touchant des souffrants, des patients en état critique ou en fin de vie), qui se manifeste comme une réaction empathique. Celle-ci prend la forme d'un épuisement émotionnel accablant, de certains sentiments d'inutilité et de doute, aussi bien que d'un manque d'intérêt pour la réalisation des activités professionnelles.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Bonjour. Mon nom est Je suis votre médecin/l'infirmière				0 2 5
2.	Pourriez-vous confirmer, s'il vous plaît, votre nom.....(ou vérification du bracelet d'identification, s'il est disponible) et votre date de naissance.....Merci	ESSENTIEL			
3.	Assurez une atmosphère intime pour l'examen (<i>chambre avec un seul lit, du calme, sans éléments perturbateurs, pas une demeure privée</i>). Ce que nous devons faire est d'établir si le milieu professionnel est une source d'épuisement pour vous et vos collègues. (<i>ce qu'on va faire</i>)				0 1 3
4.	Cette évaluation sera focalisée sur trois étapes principales : évaluer la présence des facteurs de risque personnel et/ou professionnel qui génèrent le syndrome d'épuisement, remplir le questionnaire de la qualité de la vie professionnelle - PROQOL- pour quantifier l'impact négatif du syndrome d'épuisement et trouver des stratégies d'élimination des éventuelles sources découvertes. (<i>en quoi consiste l'évaluation</i>)				0 2 5
5.	Il est très important de rester détendu et calme pendant l'évaluation. Répondez sincèrement. Il n'y a pas des réponses incorrectes. Si vous avez des doutes, n'hésitez pas de poser des questions. Vous pouvez vous retirer à tout moment et vous avez le droit de sauter des questions auxquelles vous ne voulez pas répondre. (<i>comment contribuer à l'évaluation</i>)				0 1 3
6.	Avant de continuer on vous assure que toutes les informations fournies seront confidentielles. On ne dévoilera pas le contenu des informations personnelles à une tierce personne sans votre consentement.				0 1 3
7.	Acceptez-vous de participer à cette évaluation ? (<i>l'évaluation des convictions personnelles sur le syndrome d'épuisement et l'obtention du consentement</i>)	ESSENTIEL			
8.	Évaluez l'état professionnel du fournisseur de services de soins de santé. Vous occupez quel poste, il s'appelle comment ? Quelle est la spécialité de l'unité médicale où vous travaillez ? Décrivez brièvement les fonctions et les responsabilités que vous avez dans l'activité courante. Combien d'années vous avez travaillé dans cette position professionnelle? Les lieux de travail antérieurs étaient dans la même spécialité médicale ?				0 4 9
9.	Vous avez un CDI ou CDD? (<i>les CDD peuvent transmettre un manque de sécurité au lieu du travail / du travail excessif pour accomplir les tâches et pour prouver son efficacité</i>)				0 1 3
10.	Combien d'heures par semaine vous travaillez ? Moins/plus de 40 heures par semaine ?				0 2 5



11.	De combien de patients vous vous occupez d'habitude (<i>par jour ou par semaine</i>) ?			0 2 5
12.	Vous êtes content de vos responsabilités professionnelles habituelles ?			0 1 3
13.	Quel est le degré de contentement par rapport à votre performance professionnelle ?			0 1 3
14.	Quelle est la chose la plus frustrante au lieu du travail/ liée au travail ? Pouvez-vous m'en donner un exemple ?			0 1 3
15.	Connaissez -vous la notion de « stress traumatique secondaire »? (<i>le stress vécu par les patients qui sont soignés ayant un impact négatif sur l'état de santé et mental du soignant</i>) A quel point vous vous sentez affligé par l'état de santé de vos patients ? Donnez -en un exemple.			0 4 9
16.	Êtes-vous content de votre salaire ? (<i>le déséquilibre entre l'effort et la récompense représente une possible cause de votre mécontentement professionnel</i>)			0 3 6
17.	Considérez-vous que les membres de l'équipe, vos collègues vous soutiennent ?			0 1 3
18.	Y a-t-il quelque chose que vous voudriez changer au lieu de travail ?			0 1 3
19.	Évaluez la situation personnelle du fournisseur de services de soins de santé (<i>état civil, nombre d'enfants, le temps qui est passé depuis ses dernières vacances - l'impact du syndrome d'épuisement professionnel sur la vie personnelle est lié à ces aspects</i>) Êtes-vous marié(e)/divorcé(e) ? Veuf/veuve ? Si vous êtes marié(e), depuis quand ?			0 1 3
20.	Vous avez des enfants ? Combien ? Il y a quelqu'un qui vous aide avec l'enfant/les enfants ?			0 1 3
21.	Considérez-vous que votre travail influence négativement le temps passé avec votre famille ? <i>(temps limité avec la famille, attention permanente pour votre emploi et vos patients, l'impossibilité de se détendre quand vous êtes chez vous/ manque d'appréciation de la part de votre famille)</i>			0 2 5
22.	Combien d'heures par nuit vous dormez ? Il y a quelque chose ou quelqu'un qui interrompt constamment le sommeil ? Vous vous réveillez reposé ?			0 1 9
23.	Vous considérez que vos habitudes alimentaires sont saines ? Votre travail interfère avec le programme alimentaire ?			0 1 3
24.	Les proches et les amis font réellement partie de votre vie actuelle ? Trouvez-vous le temps de les rencontrer ? (<i>le syndrome d'épuisement social est un effet secondaire de l'exposition excessive au stress</i>)			0 1 3
25.	Vos dernières vacances ont été quand ?			0 1 3
26.	Comment faites-vous pour vous détacher et ne plus penser au travail ? Pourriez-vous donner des exemples, s'il vous plaît ?			0 1 3
27.	Pourriez-vous donner des exemples de situations/conditions stressantes qui n'ont rien à voir avec votre emploi et que vous rencontrez chaque jour?			0 1 3

PROCÉDURE MÉDICALE



28.	Avez-vous jamais été déprimé ou démotivé ?		0 1 3
29.	Pour établir la présence des éléments d'épuisement on va vous poser plusieurs questions, toutes appartenant au questionnaire sur la qualité de vie professionnelle - PROQOL-	ESSENTIEL	
30.	Ce questionnaire va évaluer trois caractéristiques principales : la satisfaction émotionnelle dans la compassion, l'épuisement et le stress traumatique secondaire.		0 4 9
31.	Toutes les trois caractéristiques reflètent l'impact des situations stressantes et critiques que vous rencontrez à votre emploi.		0 1 3
32.	Vous devez choisir une seule réponse des 5 options possibles, celle qui est la plus conforme à votre milieu professionnel quotidien.		0 1 3
33.	Chaque réponse sera notée ainsi : Jamais -1 point, Rarement - 2 points, Parfois - 3 points, Souvent -4 points, Très souvent -5 points		0 1 3
34.	Choisissez le chiffre qui reflète sincèrement à quelle fréquence vous avez expérimenté les situations présentées dans le questionnaire les derniers 30 jours.		0 1 3
35.	Vous ne mettrez pas plus de 15 minutes à répondre au questionnaire.		0 1 3
36.	Avez-vous encore d'autres questions sur cette évaluation ?	ESSENTIEL	
37.	Bon courage ! je reviendrai en 15 minutes. Après avoir fini de répondre, on va calculer le score total et le résultat final sera prêt en 10 minutes environ.	ESSENTIEL	
38.	Si, en fonction du score total, nous aurons un niveau réduit d'épuisement ou de stress traumatique secondaire, la continuation de l'évaluation n'est plus nécessaire. Nous vous remercions pour votre participation à cette évaluation. Vos réponses nous sont très utiles dans nos efforts d'améliorer la gestion adéquate des personnes qui présentent un risque élevé de développer un syndrome d'épuisement.	ESSENTIEL	
39.	Si le score confirme la présence du sentiment d'épuisement, continuez l'évaluation et évaluez vite les affections pathologiques médicales existantes, responsables des manifestations cliniques ressemblant au syndrome d'épuisement (<i>troubles de sommeil/psychiatriques primaires /médication concomitante/troubles de la thyroïde</i>) Dites-moi si vous avez été diagnostiqué antérieurement avec une maladie médicale. Suivez-vous un traitement spécifique ? Si oui, dites-moi s'il vous plaît le/les nom/s du/des médicament/s.		0 4 9
40.	Evaluation des stratégies de lutter contre le syndrome d'épuisement. Croyez-vous que vous ayez besoin d'aide pour contrôler les effets du stress liés à votre emploi ? Qu'est-ce qui sera le plus efficace ?		0 1 6
41.	Considérez-vous utile une discussion avec des collègues trouvés dans la même situation / avec un psychologue ? Vous êtes une		0 2 5

PROCÉDURE MÉDICALE



	personne religieuse ? Rejoindre des groupes de travail, sociaux, religieux peut aider à dépasser les expériences négatives.		
42.	Quels remèdes avez-vous utilisés pour faire face aux expériences stressantes ? (<i>techniques de relaxation, médicaments, alcool, médicaments illégaux</i>)		0 1 6
43.	Trouvez-vous utiles les cours et les séminaires portant sur les habiletés de communication ? (<i>trouvez des techniques efficaces d'amélioration des modalités de communication entre les membres de l'équipe ou entre le fournisseur des services de soins de santé et le patient</i>)		0 1 3
44.	Quelle est la fréquence des interruptions pendant les activités quotidiennes ? Comment influence cela la qualité de votre travail ? (<i>évités les activités laborieuses et faites vos priorités</i>)		0 4 9
45.	Quelles mesures prenez-vous pour améliorer votre santé mentale et physique ? La qualité du sommeil, des activités sociales, des activités physiques, des habitudes alimentaires saines ?		0 4 9
46.	Nous vous remercions pour votre participation à l'évaluation. Vos réponses nous sont très utiles dans nos efforts d'améliorer la gestion adéquate des personnes qui développent un syndrome d'épuisement.	ESSENTIEL	

Score total: 180	<input type="radio"/>	Critère inaccompli	%
	<input type="radio"/>	Critère partiellement accompli	%
	<input type="radio"/>	Critère totalement accompli	%

Références

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, 2001 *Job Burnout* Annu. Rev. Psychol. 52:397-422

Professional Quality of Life Scale (PROQOL), Compassion Satisfaction and Compassion fatigue (PROQOL)

Version 5 (2009). Available at URL: http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf

LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

syndrome d'épuisement professionnel	stress traumatique
questionnaire d'évaluation QdV professionnelle	techniques de relaxation
épuisement émotionnel	habitudes alimentaires
satisfaction émotionnelle	conditions pathologiques

Définitions:

1. C'est la conséquence de l'exposition chronique au stress professionnel (touchant des souffrants, des patients en état critique ou en fin de vie), qui se manifeste comme une réaction empathique. Celle-ci prend la forme d'un épuisement émotionnel accablant, de certains sentiments d'inutilité et de doute, aussi bien que d'un manque d'intérêt pour la réalisation des activités professionnelles;
2. Etat émotionnel vécu par les patients à l'hôpital et qui a un effet négatif sur l'état mental et de santé du soignant ;
3. Aspect négatif du travail du soignant qui suppose un épuisement émotionnel et physique profond que celui-ci et d'autres professionnels de la santé peuvent manifester dans le temps ;
4. Le plaisir résulte de la capacité de bien remplir les tâches de travail ;
5. Etats anatomiques et physiologiques anormaux et les manifestations objectives ou subjectives de la maladie, qui ne se trouvent pas dans la catégorie des syndromes et des maladies ;
6. Une grande variété de méthodes ou d'activités (exercices de respiration, méditation, exercices rythmiques, exercices yoga) qui aident au contrôle du stress ;
7. Style de vie qui dénote pourquoi et comment les gens mangent, quels aliments ils consomment et comment ils obtiennent, ils préservent, ils utilisent la nourriture ;
8. Test qui quantifie l'impact négatif du syndrome d'épuisement professionnel d'où l'on peut déduire les stratégies possibles d'amélioration de la situation.

Regardez et Ecoutez

Voilà un set incomplet d'actions que le médecin réalise dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qui se retrouvent dans le tableau ci-dessous ? Regardez la vidéo et vérifiez.

Premièrement le médecin dit au soignant qu'il faudrait établir si son milieu professionnel est ressenti comme une source d'épuisement pour lui et ses collègues. La procédure d'évaluation aura trois étapes : évaluer des facteurs de risque personnel et professionnel qui favorisent ce syndrome, remplir un questionnaire visant la qualité de la vie professionnelle et identifier certaines stratégies d'amélioration de la situation.

Après que le soignant remplit le questionnaire, le médecin fait le calcul du score, en communiquant le résultat final dans dix minutes. Si le score indique un bas niveau d'épuisement, le soignant ne continue plus l'évaluation.

Le médecin remercie le soignant pour sa participation au questionnaire et l'assure que ses réponses contribueront à mieux gérer les problèmes liés au syndrome d'épuisement.

- Le médecin demande le consentement du soignant pour démarrer la procédure et il dit à celui-ci qu'il doit rester détendu, calme et sincère. Le soignant peut renoncer à tout moment ou il peut éviter certaines questions.
- Le médecin évalue l'état professionnel du soignant : le lieu de travail, la spécialité, les tâches et les responsabilités de travail, la période de temps depuis qu'il est employé dans l'établissement respectif, les lieux de travail antérieurs, le type de contrat de travail qu'il a eu (CDD ou CDI), le nombre d'heures de travail par semaine, le nombre de patients par semaine, les satisfactions ou les frustrations professionnelles, le stress traumatique, le salaire ou bien le soutien des collègues.
- Le médecin évalue l'état personnel du soignant : l'état civil, le nombre d'enfants, la période depuis les dernières vacances. Ainsi le médecin peut se rendre compte si l'impact du syndrome d'épuisement sur la vie personnelle se trouve en corrélation avec ces aspects.
- Pour identifier la présence des éléments d'épuisement le soignant remplit le questionnaire, qui évalue la qualité de sa vie professionnelle en 15 minutes.
- Si le score confirme la présence du syndrome d'épuisement professionnel, le soignant continue l'évaluation qui doit mesurer les facteurs pathologiques médicaux responsables pour les manifestations cliniques : des troubles de sommeil, des troubles psychiatriques primaires et des dysfonctions de la thyroïde.
- Le médecin suggère des stratégies de gérer le syndrome, en demandant au soignant s'il a besoin d'aide pour contrôler le stress lié à son travail et ce qu'il serait plus efficace d'entreprendre dans ce sens : une discussion avec les collègues qui se trouvent dans la même situation, des cours pour l'amélioration des habiletés de communication.
- Le médecin demande également combien de fois il est forcé d'interrompre ses activités journalières et si cela a une influence sur la qualité de son travail. Le médecin veut savoir quelles solutions le soignant a pour gérer son stress et quelles mesures il a prises afin d'améliorer sa santé psychique et physique.

Lire et vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Qu'est-ce que le syndrome d'épuisement professionnel ?
 - a. C'est la conséquence de l'exposition au stress causée par des problèmes familiaux. Celle-ci prend la forme d'un épuisement émotionnel accablant, de certains sentiments d'inutilité et de doute, aussi bien que d'un manque d'intérêt pour la réalisation des activités professionnelles.
 - b. C'est la conséquence de l'exposition chronique au stress professionnel (touchant des souffrants, des patients en état critique ou en fin de vie), qui se manifeste comme une réaction empathique. Celle-ci prend la forme d'un épuisement émotionnel accablant, de certains sentiments d'inutilité et de doute, aussi bien que d'un manque d'intérêt pour la réalisation des activités professionnelles.

2. En quoi consiste la procédure d'évaluation du stress professionnel ?
 - a. La procédure d'évaluation aura trois étapes : évaluer des facteurs de risque personnel et professionnel qui favorisent ce syndrome, remplir un questionnaire visant la qualité de la vie professionnelle et identifier certaines stratégies d'amélioration de la situation.

b. La procédure d'évaluation aura trois étapes : évaluer des facteurs de risque personnel et professionnel qui favorisent ce syndrome, remplir un questionnaire visant la qualité de la vie professionnelle et s'impliquer dans des activités qui lui assurent la détente.

3. Qu'est-ce que le soignant va faire si le score indique un bas niveau du syndrome d'épuisement professionnel ?

a. Si le score indique un bas niveau d'épuisement le soignant continue l'évaluation.

b. Si le score indique un bas niveau d'épuisement le soignant ne continue plus l'évaluation.

4. Quelles sont les caractéristiques évaluées par le questionnaire sur la qualité de la vie professionnelle ?

a. Les trois caractéristiques évaluées par le questionnaire sur la qualité de la vie professionnelle sont : la satisfaction émotionnelle, le syndrome d'épuisement et le stress traumatique secondaire.

b. Les trois caractéristiques évaluées par le questionnaire sur la qualité de la vie professionnelle sont : l'épuisement émotionnel, les facteurs pathologiques et le stress traumatique secondaire.

Vrai ou faux

1. Premièrement le médecin dit au soignant qu'il faudrait établir si son milieu professionnel est ressenti comme une source d'épuisement pour lui et ses collègues. V/F

2. Le médecin dit au soignant qu'il doit rester détendu, calme et sincère. V/F

3. Le médecin dit au soignant qu'il doit répondre à toutes les questions. V/F

4. Le médecin n'a pas besoin du consentement du soignant pour démarrer la procédure. V/F

5. Le médecin assure le soignant qu'il peut renoncer à tout moment ou qu'il peut éviter certaines questions. V/F

6. Le syndrome d'épuisement n'a pas d'impact direct sur la vie personnelle du soignant. V/F

7. Le stress traumatique vécu par les patients à l'hôpital a un effet négatif sur l'état mental et de santé du soignant. V/F

8. Le soignant a besoin d'aide pour contrôler le stress lié à son travail. V/F

9. Le médecin ne demande pas au soignant combien de fois il est forcé d'interrompre ses activités journalières et si cela a une influence sur la qualité de son travail. V/F

10. La participation aux activités des groupes de support n'aide pas le soignant à gérer ses expériences négatives. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du soignant:

Questions du médecin :	Réponses du soignant :
Est-ce que vous croyez que vous avez besoin d'aide pour contrôler les effets provoqués par le stress professionnel ?	D'habitude je sors promener le chien.
Considérez-vous qu'il soit utile d'avoir une discussion avec des collègues se trouvant en situations similaires ?	J'essaye de bien dormir la nuit, de manger sain et de garder mon calme.
Quels types de solutions avez-vous trouvés pour les expériences stressantes ?	Oui, j'ai besoin d'aide. Le dernier temps c'était une période très stressante.
Est-ce que les cours d'amélioration des habiletés de	Je vous remercie. Je me réjouis

communication pourraient vous aider ?	d'être utile.
Combien de fois êtes-vous forcé d'interrompre les activités journalières ? Est-ce que cela a une influence sur la qualité de votre travail ?	Oui, pourquoi pas, mes collègues pourraient avoir plus d'expérience que moi.
Quelles mesures avez-vous prises pour l'amélioration de votre santé physique et mentale ?	Oui, bien sûr. Je les trouve utiles parce que les techniques apprises là-bas ont amélioré ma communication avec les patients.
Je vous remercie d'avoir participé à cette évaluation. Je vous assure que vos réponses contribueront à mieux gérer les problèmes liés au syndrome d'épuisement.	Assez souvent et je trouve cela fâchant. J'essaie d'ordonner mes activités en fonction de leur importance.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales/ formelles:

conséquence	ordre
syndrome	solution
impact	concurrent
traumatique	devoir
secondaire	effet
responsabilité	mécontentement
déséquilibre	douloureux
insatisfaction	disproportion
examen clinique	influence
concomitant	symptôme
remède	mineur
hiérarchie	examen objectif

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte de réponse :

1. Puisque / A cause de/ suite à les postes de directeurs impliquent beaucoup de stress, les personnes y travaillant peuvent présenter le syndrome d'épuisement professionnel.
2. Il a travaillé beaucoup et n'a pas eu le soutien de sa famille, puisque/ par conséquent/ parce que il a fait un syndrome d'épuisement professionnel.
3. Suite à/ Par conséquent/ Comme votre score montre un bas degré d'épuisement professionnel, il n'est plus nécessaire de continuer le test.
4. Tous les patients apprécient cette infirmière suite à// parce qu'/ dû à elle est une personne aimable et toujours gentille.
5. Parce que/ Étant donné que/ Dû au traitement pris au temps, elle a vite guéri.

Cliquez sur la variante correcte de réponse :

1. Étant donné qu'elle s'est sentie fatiguée, / Puisque le syndrome d'épuisement n'a pas d'impact direct sur la vie personnelle, elle a commencé à pratiquer des techniques de relaxation qui l'aident à contrôler son stress.
2. Puisque vous avez besoin d'aide pour contrôler les effets provoqués par le stress professionnel / Comme votre score montre un bas degré d'épuisement professionnel, il n'est plus nécessaire de continuer le test.
3. La famille n'a pas pu la soigner à la maison, c'est pourquoi elle a été conduite à un centre de soins palliatifs. / c'est pourquoi elle doit être détendue et calme.
4. A cause des mesures prises, /A cause de l'exposition prolongée au stress professionnel, il a fait un syndrome d'épuisement professionnel.
5. Pour éviter les conséquences indésirables du traumatisme, / Pour participer aux activités des groupes support, il a suivi le traitement indiqué.

Expression orale

Ecrivez un dialogue entre un médecin et un soignant qui parlent du syndrome d'épuisement professionnel en utilisant les expressions exercées auparavant, enregistrez ce dialogue, qui sera envoyé automatiquement au Forum pour être évalué par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....
(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Est-ce que vous croyez que vous avez besoin d'aide pour contrôler les effets



**DISCUSSION SUR LES SOINS EN FIN DE VIE
(LIEU DES SOINS, TRAITEMENT AGRESSIF,
DNR – NE PAS RESSUSCITER)**

Procédure médicale

Unité linguistiques



DISCUSSION SUR LES SOINS EN FIN DE VIE

DISCUSSION SUR LES SOINS EN FIN DE VIE

La planification des soins est l'un des aspects les plus importants des soins en fin de vie pour les patients, les proches et les professionnels de la santé. Cette procédure se propose de respecter les désirs et la liberté du patient et de répondre aux besoins des soignants.

		○	◐	●	P
1	Entrez et présentez-vous poliment et de façon amicale : Bonjour. Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? (<i>accordez du temps au patient pour répondre</i>) Cela vous dérange de parler un peu ?				0 1 3
2	Assurez un espace privé, confortable à la discussion. (<i>la confidentialité et le confort du patient pendant la discussion sur le programme des soins doivent être assurés. Vérifiez si l'heure et le lieu sont appropriés</i>)				0 1 3
3	Accordez une attention spéciale à la communication non verbale pendant la discussion : éliminez les barrières physiques ; essayez de rester au même niveau que le patient. S'il y a d'autres personnes, facilitez un espace ouvert pour la discussion en rangeant les chaises confortablement, en cercle (<i>ce rangement permet à toutes les personnes de participer au programme des soins</i>)				0 1 3
4	Demandez au patient ce qu'il ressent. Avez-vous des douleurs, des soucis ou des inquiétudes ? (<i>Identifiez les besoins des patients et les circonstances cliniques pour planifier les soins</i>)				0 1 4
5	Demandez au patient de poser des questions liées à la maladie, au plan thérapeutique et au pronostic général (<i>par ex. Quels sont vos projets après que vous sortez de l'hôpital ?</i>) (<i>Présentez les circonstances dans lesquelles il y a la possibilité que le patient perde son autonomie et la nécessité de planifier tout cela à l'avance</i>)				0 1 3
6	Utilisez l'écoute active et la communication empathique (<i>encouragez la participation du patient et des fournisseurs de services de soins</i>)				0 1 3
7	Adaptez votre langage au niveau social, culturel et éducationnel du patient, en transmettant des messages réalistes et compréhensibles. (<i>Prenez en considération les valeurs et les désirs du patient et assurez-vous que toutes les informations ont été traitées en fonction des circonstances du patient</i>)				0 1 3
8	Expliquez les objectifs de la discussion : Je voudrais parler avec vous du futur programme personnalisé de soins... Impliquez le patient dans la prise de décisions : Comme vous le savez, vos opinions et vos préférences sont importantes pour nous, afin de prendre les meilleures décisions ensemble. Êtes-vous d'accord ? (<i>les pratiques cliniques doivent être partagées et consensuelles</i>)	ESSENTIEL			
9	Informez le patient sur les options de diagnostic et de traitement qui seront/pourraient être disponibles à partir de ce moment-là et celles qui ne le sont pas. (<i>le programme de soins doit identifier toutes les stratégies disponibles pour assurer le confort du patient en fonction de son degré d'autonomie</i>)				0 1 3
10	Demandez au patient quels types de soins il aimerait avoir, vu sa situation/le diagnostic/ les circonstances actuelles. (<i>discutez sur les risques, les bénéfices et les conséquences pour le patient et pour les soignants</i>)				0 1 3

PROCÉDURE MÉDICALE



11	S'il est important, demandez au patient où il aimerait être soigné à l'avenir (chez soi, en unité de soins palliatifs, d'autres institutions etc.). <i>(Il est important de discuter cela avec le patient et avec les soignants pour voir si le programme est correct)</i>			0 1 5
12	Accordez du temps au patient pour adresser des questions.			0 1 3
13	Si les lois du pays la prévoient, informez le patient sur la possibilité d'exprimer ses préférences de soins, dans un document écrit, qui soit utilisé au cas où il n'est plus capable de s'exprimer là-dessus (par exemple, ses préférences concernant la DNR – ordonnance « ne pas ressusciter » ou l'admission dans une Unité de Soins Intensifs). <i>(ainsi il y a toutes les garanties que les désirs du patient seront respectés et il y aura un argument solide pour négocier avec les soignants en cas d'opinions divergentes)</i>	ESSENTIEL		
14	Accordez suffisamment de temps, même en silence, si c'est le cas. Demandez au patient s'il voudrait penser davantage là-dessus ou se consulter avec la famille. Accordez de l'attention à la communication permanente - <i>gardez le contact visuel, montrez de l'empathie et du respect face aux besoins ou aux opinions du patient)</i>			0 1 3
15	Demandez au patient s'il veut partager les informations avec quelqu'un d'autre. <i>(par ex. avec une personne qui n'est pas dans la chambre)</i>			0 1 5
16	Montrez votre disponibilité pour toute autre sollicitation et informez le patient sur la manière dont il peut vous contacter. <i>(le programme de soins peut être modifié chaque fois que le patient le demande; s'il est nécessaire, l'équipe médicale est disponible pour redéfinir les stratégies au cas où celles-ci ne répondent pas aux désirs actuels du patient)</i>			0 1 3
17	Réviser les aspects les plus importants du programme de soins du patient. Celui-ci doit s'apercevoir que la situation est gérée de manière professionnelle et sérieuse. <i>(l'incertitude et la complexité des circonstances cliniques sont correctement gérées)</i>			0 1 5
18	Évaluez l'état émotionnel après la discussion : Comment vous sentez-vous maintenant ? Demandez encore une fois si le patient a des questions ou des inquiétudes. <i>(Si oui, discutez les aspects qui conduisent à l'inquiétude ou à l'anxiété et proposez une stratégie adéquate)</i>			0 1 5
19	Dites au revoir amicalement.			0 1 3
Score total: 60		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

Bibliographie selective

Thomas K, Lobo B. Advance care planning in end of life care. Oxford University Press, 2010
 Randall F, Downie R. End of life choices. Oxford University Press, 2009

DISCUSSION SUR LES SOINS EN FIN DE VIE

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

programme personnalisé de soins (PPS)	confidentialité	autonomie	consentement
service de soins palliatifs	fin de vie	USI (soins intensifs)	DNR (ne pas ressusciter)

Définitions:

1. Principe éthique par lequel le médecin ne peut pas dévoiler une information apparue pendant les soins médicaux.
2. Outil opérationnel, attentivement conçu, qui présente tous les besoins du patient et les modalités de les satisfaire ; c'est un des aspects les plus importants des soins en fin de vie pour les patients, les parents et les médecins. Il est fondé sur le respect du désir du patient et répond aux besoins de ceux qui le soignent.
3. L'habileté de fonctionner de façon indépendante/être capable de prendre des décisions sans autre aide.
4. Unité médicale qui représente une facilité pour soigner les patients ayant des maladies actives, progressives et avancées.
5. Instruction de ne pas effectuer des mesures de ressuscitation cardio-pulmonaire dans le cas des personnes en fin de vie qui ont un arrêt cardiaque ; celle-ci a été introduite dans la législation américaine à partir de 1988 (ne pas ressusciter).
6. Document utilisé dans la situation où le médecin informe le patient sur l'intervention médicale et le patient doit donner son accord.
7. Unité hospitalière dotée avec de l'équipement spécial et avec du personnel qualifié pour le soin des patients gravement malades qui ont besoin de soins immédiats, continuels et intensifs.
8. Un délai de temps (heures, jours, mois) de la vie d'une personne quand il est évident du point de vue médical que la mort est imminente.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions réalisées par le médecin dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qu'on retrouve dans le tableau ci-dessous ? (Drag and drop). Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin fait attention à la communication non verbale pendant la discussion : il élimine les barrières physiques, essaie de rester à la même hauteur que le patient et garde le contact visuel avec celui-ci, montre de l'empathie, de la compréhension et du respect pour les besoins et les opinions du patient.

Le médecin explique le but de l'entretien (le programme personnalisé de soins) et il implique le patient dans le processus de prise des décisions par des stratégies de communication emphatique et d'écoute active.

Le médecin reprend les principaux aspects du programme personnalisé de soins, démontrant ainsi qu'il est important pour le patient d'être conscient que sa situation est gérée avec du sérieux et du professionnalisme.

- Le médecin salue le patient, se présente et assure un espace propice pour la discussion.
- Le médecin demande au patient comment il se sent ; ensuite il s'intéresse s'il a des questions sur sa maladie, sur le plan thérapeutique ou sur le pronostic général.
- Le médecin informe le patient sur le diagnostic et les options de traitement et il demande quel type de soins celui-ci préfère, tenant compte de sa situation actuelle/ du diagnostic/ des circonstances ; de même il discute des risques, des bénéfices et des conséquences du le programme personnalisé de soins.
- Le médecin demande au patient où il désirerait être soigné dorénavant (soins au domicile, dans une unité de soins palliatifs, dans une autre institution spécialisée etc.) et s'il a besoin de plus de temps pour réfléchir sur la situation ou pour consulter d'autres membres de la famille. Si cela est stipulé dans les lois du pays, le médecin informe le patient de la possibilité de déclarer ses préférences dans un document écrit, qui peut être utilisé au cas où il ne pourra pas exprimer ses opinions ou désirs.
- Le médecin demande au patient s'il veut discuter l'information avec quelqu'un d'autre.
- Le médecin montre sa disponibilité vers le dialogue et informe le patient comment il peut être contacté de nouveau. Il dit aussi au patient que le programme personnalisé de soins peut être changé sur sa demande et les médecins sont disponibles à redéfinir les stratégies si celles-ci ne satisfont les besoins et les désirs courants du patient.
- Le médecin évalue l'état émotionnel du patient après l'entretien et demande de nouveau s'il a d'autres questions ou peurs. S'il en est le cas, il discute les aspects qui produisent des inquiétudes et le médecin propose une stratégie afin de les gérer.

Lire et vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Qu'est-ce que le programme personnalisé de soins?
 - a. C'est un délai de temps (heures, jours, mois) de la vie d'une personne quand il est évident du point de vue médical que la mort est imminente.
 - b. C'est un outil opérationnel attentivement conçu, qui présente tous les besoins du patient et les modalités de les satisfaire, c'est un des aspects les plus importants des soins en fin de vie pour les patients, les parents et les médecins. Il est fondé sur le respect du désir du patient et répond aux besoins de ceux qui le soignent.

2. Qu'est-ce que USI ?
 - a. C'est l'unité hospitalière dotée avec de l'équipement spécial et avec du personnel qualifié pour le soin des patients gravement malades qui ont besoin de soins immédiats, continuels et intensifs.
 - b. C'est une chambre de l'hôpital prévue pour le soin des patients qui souffrent de la même maladie et qui ne nécessitent pas l'attention immédiate et permanente des spécialistes.



3. Quand le programme personnalisé de soins peut-il être changé ?
 - a. Le programme personnalisé de soins peut être changé sur la demande du patient et les médecins sont disponibles à redéfinir les stratégies si celles-ci ne satisfont pas les besoins et les désirs courants de celui-ci.
 - b. Le programme personnalisé de soins ne peut pas être changé n'importe quand, mais seulement à la demande de ceux qui soignent le patient ou des médecins.
4. Où peut être soigné un patient ayant une maladie qui évolue vers une phase terminale?
 - a. Un patient ayant une maladie qui évolue vers une phase terminale peut être soigné seulement dans une unité de soins palliatifs.
 - b. Un patient ayant une maladie qui évolue vers une phase terminale peut être soigné à domicile, dans une unité de soins palliatifs ou dans une autre institution spécialisée.

Vrai ou faux

1. Le médecin fait attention à la communication non verbale pendant la discussion. V/F
2. Le médecin montre de l'empathie, de la compréhension et du respect pour les besoins et les opinions du patient. V/F
3. Le médecin explique le but de l'entretien (le futur programme personnalisé de soins du patient). V/F
4. Le médecin et le patient discutent des risques, des bénéfices et des conséquences du le programme de soins. V/F
5. Le médecin informe le patient de la possibilité de déclarer ses préférences dans un document écrit qui peut être utilisé au cas où il ne pourra pas exprimer ses opinions ou désirs. V/F
6. Le médecin n'implique pas le patient dans le processus de prise des décisions afin de ne pas aggraver l'état émotionnel de celui-ci. V/F
7. Une maladie progressive est une maladie qui suppose l'aggravation graduelle. V/F
8. Le médecin et le patient discutent de la maladie sans que le médecin dévoile le pronostic négatif sur l'état de santé. V/F
9. Le médecin impose au patient les principales directions du programme de soins. V/F
10. Le médecin évite de discuter avec le patient sur les aspects de la maladie qui produisent des peurs ou des inquiétudes. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient:

Questions du médecin :	Réponses du patient :
Bonjour ! Comment vous vous sentez aujourd'hui ?	Oui, je suis d'accord.
Avez-vous mal quelque part ? Avez-vous peur de quelque chose ?	Oui, je voudrais y réfléchir quelques jours.
Comme vous le savez, il est très important pour nous de connaître quelles sont vos options et préférences afin de prendre les décisions ensemble. Êtes-vous d'accord ?	Je ne me sens pas bien.
Quels plans avez-vous pour la période de temps qui suit ?	. J'ai mal partout et j'ai un état d'anxiété.

Parlons donc du programme de soins à l'avenir. Où aimeriez-vous être soigné ?	Je sens que c'est bien que nous avons eu cette discussion.
Avez-vous besoin de plus de temps pour réfléchir sur la situation et pour vous consulter avec d'autres membres de la famille ?	Oui, je désirerais remplir un tel document.
Je désirerais vous informer sur la possibilité de déclarer vos préférences dans un document écrit qui peut être utilisé au cas où vous ne pourrez plus vous exprimer les opinions et les désirs. Qu'est-ce que vous en pensez ?	Je ne sais pas, je voudrais qu'on discute de ce plan.
Comment vous vous sentez maintenant à la fin de notre discussion ?	Je ne suis pas encore décidé.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales/ formelles:

Consensuel	Tendance
Autonomie	Final
Circonstance	Traitement agressif
Palliatif	Réciproque
Consentement	Indépendance
Terminal	Accord
Prédisposition	Qui ne revient plus
Traitement intensif	Maladie qui avance
Maladie progressive	Qui soulage la douleur
Irréversible	Situation

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte :

1. Je voudrais qu'on parle ouvertement afin que je puisse vous aider / afin qu'on discute sur un sujet important lié à votre santé.
2. Je veux être sûr que la maladie vous vaincra / je vous ai clairement expliqué votre situation.
3. Il y a des circonstances quand ce sont vos peurs et vos inquiétudes concernant l'avenir/ vous croyez que les traitements de prolongation de la vie ne sont pas désirables.
4. J'ai besoin de savoir ce qu'est le plus important pour vous / si j'ai bien retenu vos idées.
5. Il n'est pas besoin de prendre une décision maintenant/ le traitement maintenant.

Cliquez sur la variante qui correspond à la formule donnée :

1. Reconnaître la pression que la maladie impose au patient et à sa famille
Je sais que c'est un moment difficile pour vous et votre famille. / J'aimerais qu'on passe un peu de temps ensemble afin de discuter sur un sujet important lié à votre santé.



2. Initier une discussion avec un patient sur les soins en fin de vie
Commençons la prise de sang. / Je voudrais qu'on parle ouvertement afin que je puisse vous aider.

3. Clarifier le pronostic
Je veux être sûr que je vous ai clairement expliqué votre situation. Qu'est-ce que vous en avez compris? / Je voudrais qu'on discute sur le pronostic.

4. Réaliser une meilleure compréhension des valeurs et des préférences du patient
Comment décririez-vous une belle journée dans une phase ?/ Je veux être sûr que je vous ai clairement expliqué votre situation. Qu'est-ce que vous en avez compris ?

5. Prendre des décisions
Ce que je proposerais c'est que vous discutiez avec la famille sur le lieu où vous désireriez d'être soigné et ensuite nous voyons quelle décision nous prenons. Qu'est-ce que vous en pensez? / Je vous prie de me dire pourquoi je dois suivre ce traitement ?

6. Développer un programme personnalisé de soins
J'ai besoin de savoir ce qu'est le plus important pour vous. / Nous avons discuté de la maladie et vous m'avez dit ce que vous envisagez de faire pendant ces mois. Je désirerais savoir quelle opinion vous avez sur la ressuscitation cardio-pulmonaire.

Expression orale

Ecrivez un dialogue entre un médecin et un patient qui discutent sur les soins en fin de vie. Enregistrez ces questions, qui seront envoyées automatiquement au Forum pour être évaluées par l'un de vos collègues.

Evaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Le médecin implique le patient dans le processus de prise des décisions par des stratégies de communication emphatique et d'écoute active. C'est très important pour les médecins d'entendre les opinions et les préférences des patients afin de prendre les meilleures décisions ensemble.



GESTION DE LA PHASE TERMINALE

Procédure médicale

Unité linguistiques



GESTION DE LA PHASE TERMINALE

					P
Même si elle n'est pas considérée un diagnostic précis, la période de la fin de vie (les derniers jours de vie) peut être identifiée avec une grande probabilité pendant le suivi médical des patients. Dans une telle situation, les principaux soins, assurés de façon pluridisciplinaire, sont : assurer le confort des patients (hygiène personnelle, contrôle de la douleur), maintenir la dignité et l'estime de soi du patient (promouvoir une attitude de calme, même si les options sont limitées et les pertes doivent être acceptées) afin de réduire la dépression, la solitude et la peur.					
1.	Evaluation rapide de la présence des fonctions vitales (présence de l'état de conscience, mobilité, parler, respiration) : fonction vitales gardées <input type="checkbox"/> ;....; arrêt cardiaque <input type="checkbox"/>(si c'est le cas suivez le protocole cardio-respiratoire) Bonjour. Mon nom est..... Je suis le médecin/l'infirmier qui va s'occuper de vous.				0 2 5
2.	Pourriez-vous confirmer, s'il vous plaît, votre nom.....(ou vérification du bracelet d'identification, s'il est disponible) et votre date de naissance..... Merci (Cela se fait pour éviter de donner les soins à un autre patient que celui indiqué, parce qu'il y a parfois plusieurs patients portant le même nom. De même, on évite des questions telle « Vous êtes Monsieur Popescu ? » ce qui pourrait générer une confirmation fautive à cause d'une réponse donnée automatiquement par un patient distrait par ses symptômes ou à cause d'autres raisons). Surtout chez les patients ayant des difficultés de communication (états confusionnels, coma) Vérifiez la correspondance entre le bracelet (qui se trouve au poignet) et la fiche d'observation médicale, concernant l'identité du patient.	ESSENTIEL			
3.	Evaluez les habiletés de parler du patient (faiblesse et respiration difficile associées à l'effort de parler suggère la mort clinique imminente du patient)				0 1 3
4.	Regardez la peau du patient pour identifier des taches et les extrémités pour la cyanose et la froideur. (le ralentissement de la circulation suggère la mort clinique imminente)				0 1 3
5.	Evaluez les signes vitaux (si ceux-ci n'ont pas été récemment évalués ou si vous considérez qu'il est nécessaire à cause de la modification de l'état physiologique du patient - le rythme cardiaque, la tension, l'oxymétrie du pouls : RC battements/min, PA....mm Hg- SaO2.....%) (Un pouls faible, une pression du sang basse et une saturation réduite de l'oxygène suggère la mort clinique imminente) Décidez avec l'équipe soignante s'il faut administrer de l'oxygène (le maintien d'un bon niveau de l'oxygène peut réduire les symptômes – par ex. l'agitation) - voir la procédure de l'oxygénothérapie				0 1 3
6.	Evaluez la respiration du patient (superficielle/irrégulière/ bruyante- tachypnée - suggère la mort clinique imminente)				0 1 3
7.	Vous respirez avec difficulté ? (positionner le patient dans le lit, assis dans la position de Fowler, car cela l'aide à respirer plus facilement ; le positionnement en décubitus latéral favorise le drain des sécrétions orales en dehors du corps, sans être aspirées dans les poumons)				0 1 3
8.	Ecoutez la respiration du patient et si vous entendez des bruits respiratoires bronchiques, assurez la famille que le patient ne s'étouffe pas, mais il a des difficultés à éliminer les sécrétions abondantes associées ou, s'il est possible, demandez au patient : Avez-vous des difficultés de respiration associées aux sécrétions abondantes que vous voulez éliminer ? (Les efforts d'hydratation et d'alimentation d'un patient dans cette partie de sa vie pourraient générer des pertes au niveau de la qualité de sa vie à cause de ces sécrétions bronchiques excessives. L'anorexie associée à cette phase terminale est, en fait, un mécanisme de protection)				0 1 3

	Peut-on vous aider à les éliminer ? (d'habitude les médecins prescrivent des substances qui font sécher les sécrétions et rarement on ressent le besoin de les éliminer de manière mécanique)		
9.	Examinez la cavité buccale en faisant attention à la présence des membranes muqueuses (un signe indirect pour la respiration orale qui suggère la mort clinique imminente)		0 1 3
10.	Voulez-vous qu'on ouvre une fenêtre pour rafraîchir un peu l'air ? (cela fait accroître la qualité de la vie d'un patient en phase terminale et qui a des difficultés respiratoires)		0 1 3
11.	Evaluez la disponibilité et la capacité du patient de bouger dans le lit (les mouvements limités suggèrent la mort clinique imminente)		0 1 3
12.	Assurez-vous que du moins toutes les deux heures le patient change de position dans son lit, seul ou aidé (pour éviter les escarres) - voir la procédure de passage du patient entre les différentes positions dans le lit		0 1 3
13.	Evaluez le processus de déglutition pendant la consommation des aliments solides ou liquides - les troubles de déglutition suggèrent la mort clinique imminente		0 1 3
14.	Evaluez la présence des problèmes digestifs, comme la nausée, la perte de l'appétit, la constipation, le ballonnement - la présence de ces manifestations suggère la mort clinique imminente		0 1 3
15.	Assurez le confort nutritionnel du patient- en lui offrant à manger ce qu'il veut, en lui administrant des antiémétiques contre la nausée, s'il est nécessaire – revoir la procédure d'alimentation du patient. Assurez le confort de la famille en ce qui concerne la nutrition du patient (en leur expliquant que dans cette étape le manque de l'alimentation ne produit pas de souffrance, tandis qu'insister peut faire mal, par exemple par la croissance des sécrétions bronchiques, ce qui aggrave la dyspnée et diminue la qualité de la vie)		0 1 3
16.	Evaluez s'il y a des pertes urinaires ou des matières fécales (l'incontinence des sphincters suggère la mort clinique imminente)		0 1 3
17.	On peut vous aider avec l'hygiène personnelle, si vous le voulez. Dites-nous à quel moment de la journée il vous convient de faire la toilette ? (consulter le patient sur le programme médical lui donne un pouvoir de décision, d'avoir des options, de récupérer une partie du contrôle sur sa propre vie, de préserver sa dignité. Assurez au patient une bonne hygiène même quand il est comateux, pour préserver sa dignité et le confort de la famille, si celle-ci est présente auprès du patient)		0 1 3
18.	Chaque fois que vous considérez nécessaire, dites-le-nous et on va vous aider à maintenir une bonne hygiène. Voir les procédures de la toilette du patient, des soins oraux, des soins des blessures, du remplacement des draps du lit. (le maintien de l'hygiène aide le patient à se sentir confortable dans cette situation de fin de vie et renforce sa dignité)		0 1 3
19.	Evaluez la présence des troubles sensoriels (les perceptions sensorielles se réduisent progressivement, l'ouïe est le dernier des sens perdus- suggère la mort clinique imminente)		0 1 3
20.	Evaluez les convictions religieuses et culturelles du patient (parce que ces aspects pourraient aider le personnel médical à identifier : la personne la plus appropriée pour être informée sur l'état du patient et qui devrait après donner des informations graduelles au patient et à sa famille sur la situation ; les particularités du deuil, de l'enterrement ; le prolongement de la vie par des procédées/dispositifs médicaux ; la nécropsie, le don d'organes ; les rituels religieux.		0 1 3
21.	Cherchez des documents légaux du patient concernant la gestion de la fin de sa vie (par ex. testament, procuration sur les soins médicaux, accord pour le don d'organes)		0 1 3

PROCÉDURE MÉDICALE



	Laissez une copie de ces instructions dans la fiche d'observation médicale du patient, accessible au personnel investi avec les soins du patient		
22.	Interrogez les membres de la famille (pour évaluer le degré de compréhension et le besoin d'aide) : Avez-vous déjà une expérience antérieure de la mort d'un proche ? (<i>adressez-vous aux membres de la famille du patient ou aux proches car cela pourrait améliorer l'aide pendant la vie même du patient</i>)		0 1 3
23.	Avez-vous des questions sur ce qui arrive dans cette période ou au moment du décès de votre proche ? (<i>vous vous adressez aux membres de la famille du patient ou aux proches car cela pourrait améliorer l'aide pendant la vie même du patient</i>)		0 2 5
24.	Pensez-vous à dire adieu à... Comment voulez-vous le faire ? (<i>vous vous adressez à la famille du patient car cela pourrait améliorer l'aide pendant la vie même du patient</i>)		0 1 3
25.	Pendant cette période difficile vous avez réussi à vous occuper de vous ? Vous avez quelqu'un de proche qui puisse vous aider dans ces moments difficiles ? (<i>vous vous adressez à la famille du patient car cela pourrait améliorer l'aide pendant la vie même du patient</i>)		0 1 3
26.	Y a-t-il dans votre famille des rituels importants qu'on devrait connaître nous aussi ? Pouvez-vous déléguer une personne qui s'occupe de tout ce qui est nécessaire par rapport à ces rituels ?		0 1 3
27.	Dites-nous, s'il vous plaît, quand et par qui de vos proches vous voulez être visité. Si vous voulez on peut faire apporter votre animal de compagnie		0 1 3
28.	Où pensez-vous que se trouve le meilleur endroit pour vous soigner ? Chez vous, à l'hôpital, dans un Centre de soins ? C'est votre décision.		0 1 3
29.	Placez-vous au même niveau visuel que le patient et à une petite distance de lui. J'ai l'impression que quelque chose vous préoccupe. Voulez-vous en discuter ? Je veux mieux comprendre ce qui vous préoccupe pour pouvoir vous aider.		0 1 3
30.	Seriez-vous intéressé de parler davantage sur votre état de santé avec moi ou avec quelqu'un d'autre ?		0 1 3
31.	On peut vous aider à contrôler la douleur, si vous le voulez. Dites-nous quand vous ressentez de la douleur et on va vous offrir le traitement adéquat- voir les procédures du contrôle de la douleur. (<i>le contrôle de la douleur aide le patient à se sentir mieux et plus digne dans cette phase de fin de vie, ce qui renforce sa dignité</i>)		0 1 3
32.	Complétez le dossier médical du patient avec tous les détails liés à la réalisation de la procédure, la date, l'heure	ESSENTIEL	
33.	Prenez toutes les mesures nécessaires pour la sécurité du patient. Placez à la portée du patient ses objets personnels (<i>par ex. portable, livre, mots croisés</i>) le verre d'eau, la sonnette pour appeler le personnel médical.		0 2 6
Score total: 100		<input type="radio"/>	critère inaccompli %
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli %
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli %

Bibliographie sélective

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

GESTION DE LA PHASE TERMINALE

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

atropine
antiémétiques

cyanose
phase terminale

mort clinique
oxygénation

nécropsie
incontinence urinaire

Définitions:

1. Médicaments utilisés pour prévenir les nausées et le vomissement.
2. Coloration en bleu de la peau et de la muqueuse causée par le manque d'oxygène dans le sang.
3. Examen du corps après la mort en vue d'établir la cause de celle-ci ou des changements produit par la maladie.
4. Substance utilisée en médecine pour dilater les pupilles de l'œil et pour arrêter les spasmes.
5. Terme médical utilisé pour désigner l'état où la circulation du sang et la respiration, les critères qui soutiennent la vie, sont arrêtées.
6. État dû à différentes causes, par exemple lésions ou vieillissement, où l'urination ne peut plus être contrôlée de façon volontaire. Celui-ci peut être permanent ou temporaire.
7. Intervention qui fournit le nécessaire d'oxygène pour le bon fonctionnement des poumons et de la circulation du sang.
8. Période incluant les derniers jours de vie, qui peut être identifiée avec une grande probabilité pendant le suivi médical des patients. Dans une telle situation, les principaux soins, assurés de façon pluridisciplinaire, sont : assurer le confort des patients (hygiène personnelle, contrôle de la douleur), maintenir la dignité et l'estime de soi du patient (promouvoir une attitude de calme, même si les options sont limitées et les pertes doivent être acceptées) afin de réduire la dépression, la solitude et la peur.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions que le médecin réalise dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qui se retrouvent dans le tableau ci-dessous ? Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin évalue les habiletés de parler du patient, évalue l'état de celui-ci – la couleur, d'éventuelles taches, la respiration, la cavité buccale – la présence de certaines mucosités qui sont des signes qui suggèrent l'approchement de la mort.

Après l'évaluation de la motricité du patient, le médecin analyse la manière dont celui-ci avale quand il mange du solide ou boit des liquides. Toute difficulté d'avaler suggère la proximité de la mort. Le médecin identifie également la présence de certains problèmes digestifs comme : la nausée, la perte d'appétit, la constipation, le ballonnement et il vérifie si le confort nutritionnel du patient est assuré.

Après l'hygiène, le médecin s'intéresse de la présence de certaines modifications sensorielles : les perceptions par les sens se réduisent progressivement, l'ouïe étant le dernier sens perdu.



- Le médecin examine la disponibilité et la capacité du patient de bouger dans le lit. Il s'assure que le patient change sa position dans le lit toutes les deux heures tout seul ou à l'aide du personnel médical, afin d'éviter les escarres. S'il est possible, il est bien que le patient bouge dans la chambre ou sorte en plein air.
- Le médecin observe s'il y a des pertes urinaires ou de fécales ; l'incontinence suggère la proximité de la mort. Le médecin demande au patient de dire comment il peut être aidé avec l'hygiène personnelle.
- Le médecin demande le patient quelles sont ses convictions religieuses et culturelles parce que ces aspects pourraient aider le personnel médical à identifier : la personne la plus appropriée pour être informée sur l'état du patient et qui devrait après donner des informations graduelles au patient et à sa famille sur la situation ; les particularités du deuil, de l'enterrement ; le prolongement de la vie par des procédés médicaux ; le don d'organes ; les rituels religieux.
- Le médecin inclut dans la feuille d'observation médicale du patient une copie des documents légaux qui contiennent des instructions de celui-ci concernant la gestion de ses derniers jours de vie, pour être à la disposition du personnel médical.
- Le médecin parle avec la famille du patient sur d'autres expériences antérieures, quand ils ont perdu un proche, et il veut savoir s'ils ont des rituels spécifiques dans de telles situations et qui est responsable de leur organisation.
- Le médecin parle avec le patient de l'endroit où il voudrait être soigné ; il lui demande s'il connaît sa situation médicale et s'il veut en discuter, s'il a un désir particulier que le médecin ou quelqu'un d'autre, par exemple un membre de la famille, pourrait accomplir. De même, le médecin assure le patient qu'il sera aidé à supporter la douleur, en recevant un traitement adéquat.
- Le médecin remplit la feuille d'observation médicale du patient avec tous les détails sur la réalisation de la procédure (la date, la durée), les accidents, les complications : le volume et l'aspect de l'urine (couleur, clarté). Toutes les mesures pour la sécurité du patient seront prises.

Lire & Vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Qu'est-ce que la nécropsie ?

Examen du corps après la mort en vue d'établir la cause de celle-ci ou les changements produits par la maladie.

Examen du corps après la mort en vue d'établir les changements produits par la maladie.

2. Qu'est-ce que l'incontinence urinaire ?

État dû à différentes causes, par exemple lésions ou vieillissement, quand l'urination peut être contrôlée de façon volontaire. Celui-ci peut être permanent ou temporaire.

État dû à différentes causes, par exemple lésions ou vieillissement, quand l'urination ne peut plus être contrôlée de façon volontaire. Celui-ci peut être permanent ou temporaire.



3. En quoi consiste le soin médical lors des derniers jours de vie ?

Le soin médical est réalisé pendant cette période de manière pluridisciplinaire et il est ciblé sur : assurer le confort des patients (hygiène personnelle, contrôle de la douleur), maintenir la dignité et l'estime de soi du patient (promouvoir une attitude de calme, même si les options sont limitées et les pertes doivent être acceptées) afin de réduire la dépression, la solitude et la peur.

Le soin médical n'est pas réalisé pendant cette période de manière pluridisciplinaire, mais il est ciblé sur : assurer le confort des patients (hygiène personnelle, contrôle de la douleur), maintenir la dignité et l'estime de soi du patient (promouvoir une attitude de calme, même si les options sont limitées et les pertes doivent être acceptées) afin de réduire la dépression, la solitude et la peur.

4. À quels intervalles de temps le patient doit-il changer sa position dans le lit ?

Le patient change sa position dans le lit toutes les deux heures tout seul ou à l'aide du personnel médical.

Le patient change sa position dans le lit tous les deux jours tout seul ou à l'aide du personnel médical.

Vrai ou Faux (cliquez sur la variante correcte) :

1. Le médecin évalue seulement les habiletés de parler du patient et l'état de la peau. V/F
2. La présence de certaines mucosités représente un signe de l'approche de la mort. V/F
3. Le patient ne doit pas changer sa position dans le lit afin d'éviter les escarres. V/F
4. S'il est possible, il est bien que le patient bouge dans la chambre ou sorte en plein air. V/F
5. La difficulté d'avaler ne suggère pas la proximité de la mort. V/F
6. Le médecin identifie également la présence de certains problèmes digestifs comme : la nausée, la perte d'appétit, des troubles de la vue, la constipation et le ballonnement. V/F
7. Le médecin observe s'il y a des pertes urinaires ou de fécales. V/F
8. L'examen des modifications sensorielles n'est pas important. V/F
9. Le médecin parle avec la famille du patient sur d'autres expériences antérieures quand ils ont perdu un proche. V/F
10. Le médecin parle avec le patient seulement de l'endroit où il voudrait être soigné. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient:

Questions du médecin :	Réponses du patient :
Respirez-vous difficilement à cause des sécrétions ? Préférez-vous de les éliminer à l'aide des sondes d'aspiration ou en administrant de l'atropine ?	Oui, c'est ma sœur qui m'aide.
Voulez-vous qu'on ouvre la fenêtre afin de rafraîchir la chambre ?	Je préfère rester chez moi.
Nous pouvons vous aider avec l'hygiène personnelle, si vous voulez. Nous vous prions seulement de nous dire à quelle heure préparer le bain.	Je suis inquiet de mon état, mais je vois que vous faites tout le possible pour que je sois bien.
Pendant cette période difficile avez-vous réussi de vous faire soigner ? Avez-vous quelqu'un qui pourrait vous aider ?	Je vous remercie, je vais vous le dire.
Où désireriez-vous être soigné – chez vous, à l'hôpital ou dans un centre de soins ? C'est vous qui décidez l'endroit.	Oui, c'est une bonne idée.
Il me semble qu'il y a quelque chose qui vous inquiète. Désirez-vous d'en parler pour que je puisse vous aider ?	Je vous remercie. Je préfère que ça soit après le dîner, à huit heures.
Nous pouvons vous aider afin de soulager votre douleur, si vous le désirez.	Oui, je respire difficilement. Je préfère l'atropine.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales formelles:

palpable	refaire
optimiser	renforcer
antiémétique	améliorer
imminent	tactile
locomotion	remplir
rituel	incinération
crémation	cérémonie
rétablir	marche
consolider	anti-vomitif
saturer	proche

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte :

1. Sa position dans le lit... toutes les deux heures.

change

est changée

2. Ses caries tous les six mois.

traitent

sont traitées

3. Il par le médecin trois fois par jour.

n'est pas consulté

ne consulte pas

4. Il est sûr que les procédures correctement.

réalise

sont réalisées

5. Ses habits il y a une heure.

ont lavé

ont été lavés

Cliquez sur la variante correcte :

1. Elle à l'hôpital il y a trois heures.

a été transportée

est transportée

sera transportée.

2. Ils demain soir.

sont hospitalisés

seront hospitalisés

ont été hospitalisés.

3. Il à partir du mois prochain.

est soigné

a été soigné

sera soigné

4. Sa température depuis la semaine dernière.

est surveillée

a été surveillée

sera surveillée



5. Tous les patients pour le transfert hier.
ont été préparés
sont préparés
seront préparés

Expression orale

Écrivez un dialogue entre un médecin et un patient qui parlent de la gestion de la phase terminale de vie (v. l'exemple du texte), en utilisant les expressions exercées antérieurement. Enregistrez ce dialogue, qui sera envoyé automatiquement au Forum pour être évalué par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....
(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Il me semble qu'il y a quelque chose qui vous inquiète. Désirez-vous d'en parler pour que je puisse vous aider ?



PRÉVENTION DES ESCARRES LE CHANGEMENT DE POSITION

Procédure médicale

Unité linguistiques



PRÉVENTION DES ESCARRES

La prévention des escarres est essentielle pour le bien-être des patients qui ont besoin de soins palliatifs (immobilisés au lit) et constitue un fondement du soin quotidien. L'efficacité de la prévention vise l'étiologie des escarres: les forces de pression et de cisaillement. Cela a comme résultat quatre principes essentiels de prévention:

- Prévention par la réduction de l'ampleur des forces de pression et de cisaillement
- Prévention par la réduction de la durée des forces de pression et de cisaillement
- Utilisation de matériels/d'instruments de dispersion de la pression
- Nutrition et hydratation

		Concept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
PRÉPARATION						
1	Examinez le dossier médical du patient: <ul style="list-style-type: none"> • Vérifiez le rapport concernant le risque de développement des escarres: les scores sur les échelles BRADEN ou NORTON¹ • Validez les heures fixées pour faire le changement de la position • Vérifiez s'il y a des contre-indications au changement de la position • Vérifiez la présence des cathéters ou d'autres dispositifs qui peuvent rendre plus compliquée la réalisation du changement de la position ou qui peuvent imposer la présence d'un personnel supplémentaire pour assurer la sécurité du patient 					0 4 9
2	Lavez vos mains ou mettez des gants de protection à usage unique (<i>seulement dans le cas de certaines lésions des mains de l'infirmière ou d'un potentiel infectieux important du patient</i>), comme précaution standard.	<i>Précautions standard</i>				0 2 5
3	Fermez la porte et assurez un espace privé pour le changement de la position, s'il en est le cas. (<i>les rideaux, le paravent, mettre une présence etc.</i>)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 2 5
4	Evaluation rapide de la présence des signes vitaux (<i>état de conscience, mobilité, parler, respiration</i>) Bonjour. Je m'appelle.... Je suis l'infirmière qui va changer votre position dans le lit (ou dans le fauteuil)	Fonctions vitales conservées <input type="checkbox"/> ; arrêt cardiorespiratoire <input type="checkbox"/> (<i>initiation des mesures médicaux - ressuscitation, - initiation de la discussion</i>)				0 2 5
5	Dites-moi votre nom, s'il vous plaît ... Et votre date de naissance... Je vous remercie.	<i>La conformité avec le dossier de soins pour:</i> Nom: <input type="checkbox"/> Date de naissance: <input type="checkbox"/>	ESSENTIEL			
6	Relevez le lit en position de travail (à une hauteur	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1

	convenable) et éventuellement descendez ses parties latérales.	<input type="checkbox"/>				3
8	<p>Maintenant je vais changer votre position pour prévenir les escarres.</p> <p>Le changement de la position en vue de la réduction de la pression doit avoir lieu toutes les deux heures. Le repositionnement pour la réduction de la pression est utile seulement quand il est fait constamment, jour et nuit, 7 jours sur 7 par semaine!</p>	<p>On explique au patient CE QU'ON VA FAIRE</p> <p>Dites au patient comment il peut <i>CONTRIBUER à la prévention des escarres</i></p>				0 2 5
RÉALISATION DU CHANGEMENT DE LA POSITION DANS LE LIT						
9a	<p>Le changement de la position en vue de la réduction de la pression doit alterner des positionnements où la pression est la plus faible possible. En pratique cela signifie que la position en décubitus dorsal est la meilleure et celle en décubitus latéral doit être utilisée le moins possible.²</p> <p>Essayez d'éviter les positions qui augmentent la pression, comme par exemple en décubitus latéral à 90° ou en position semi assise au lit.³</p> <p>Positionnez le patient en décubitus dorsal:</p> <p>Evitez de relever la tête du lit plus haut qu'à 30° pour que le patient n'ait pas l'impression qu'il est immergé dans le lit. La meilleure position est donc semi-Fowler. On relève la tête du lit à 30° et il faut s'assurer que les genoux du patient sont un peu fléchis (30°)³</p>		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			ESSENTIEL
9b	<p>Patient en position latérale:</p> <p>En position latérale, faites tourner le patient à 30° par rapport au matelas avec le dos soutenu par un oreiller se trouvant toujours à 30°. Il est important que la zone lombaire ne soit pas pressée par le matelas. Les oreillers placés en dessous du matelas évitent cet effet.</p>		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			ESSENTIEL
<p>Un bon schéma pour un positionnement qui réduit la pression c'est: position semi-Fowler 30° - position latérale oblique gauche 30° - position semi-Fowler 30° -</p>						

	position latérale oblique droite		
RÉALISATION DU CHANGEMENT DE LA POSITION DANS LE FAUTEUIL			
9c	<p>La pression en position assise est plus grande qu'en décubitus, c'est pourquoi le risque de pression est plus grand. (à cause de la distribution de la pression sur une surface moins étendue). Par conséquent, le changement de position pour la réduction de la pression doit se réaliser tandis que le patient est en position assise même avec une plus grande fréquence. La fréquence de le faire n'a pas été établie, mais on recommande que le changement de position pour la réduction de la pression soit fait toutes les heures². Limitez le temps de rester dans le fauteuil pour les patients avec un risque élevé de décubitus.</p> <p>Positionnez le patient de telle façon qu'il puisse dérouler des activités avec un minimum de pression ou de cisaillement des couches sous cutanées. Assurez-vous que les jambes se trouvent à 90° et le genou est soutenu le maximum possible alors que la posture est droite. Mettez les jambes sur un tabouret si celles-ci ne touchent pas le sol.</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	ESSENTIEL
		<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	
	<p>Quand le patient se trouve appuyé sur le dos, assurez-vous que les jambes sont soutenues et les talons sont surélevés et non soutenus³. Parce que la pression est diminuée dans cette position, celle-ci est préférée².</p>		

	<p>L'utilisation des coussins de réduction de la pression et des matelas de réduction de la pression, pourrait rendre possible la diminution de la fréquence d'alternation des positionnements ayant comme but la réduction de la pression. Les coussins de réduction de la pression ont dedans de l'air, de la mousse ou du gel²</p>			

LE SUIVI ULTÉRIEUR					
10	Assurez-vous que la sonnette (ou un autre appareil pour appeler) est à disposition.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			0 1 3
11	Rangez la chambre, ouvrez les rideaux, prenez les couvertures	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			0 1 3
12	Eteignez la présence	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			0 1 3
13	Signez dans le dossier de soins pour la réalisation du protocole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			0 1 3
14	Consignez dans le dossier de soins	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			0 1 3
15	Présentez le rapport oralement	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			0 1 3

Total score: 50	<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
	<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
	<input type="radio"/>	critère accompli	%

Bibliographie sélective:

Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2006 Apr;54(1):94-110.

Poot E, Mintjes-De Groot J, Weststrate J, Van Der Eerden, L. & Adriaansen M. Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen. 2008, Houten: Bohn stafleu van Loghum.

Beeckman, D., Mathei, C., Van Lancker, A., Van Houdt, S., Vanwalleghem, G., Gryson, L., Heyman, H., Thyse, C., Toppets, A., Stordeur, S. & Van den Heede, K. Een nationale richtlijn voor decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 2012, 193A.D/2012/10.273/95.

PRÉVENTION DES ESCARRES

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

force de friction	les échelles Braden și Norton	évaluation des escarres	étiologie
prévention	évaluation de la peau	hydratation	débridement

Définition:

1. Le processus d'élimination des tissus mort d'une plaie.
2. Ensemble de méthodes utilisées pour l'évaluation de l'état de la peau avec le but d'identifier un possible risque de développement des plaies ou des signes de parution des affections.
3. Interventions faites avant la parution des affections par la réduction des facteurs de risque et la croissance des facteurs de protection chez le groupe cible.
4. La force qui s'oppose au mouvement d'un objet.
5. Branche de la médecine qui s'occupe des causes et des origines des maladies.
6. Fournir une quantité adéquate de liquides qui satisfait les besoins du corps en compensant les pertes.
7. Méthode utilisée pour déterminer la surface, la profondeur et le volume des escarres.
8. Instruments utilisés pour estimer le risque de développer des escarres.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions que le médecin réalise dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qui se retrouvent dans le tableau ci-dessous ? Regardez la vidéo et vérifiez.

Après l'examen du dossier de soins l'infirmière lave ses mains ou met les gants de protection à usage unique, elle ferme la porte et assure un milieu privé pour le changement de la position du patient.

Après qu'elle relève le lit à une hauteur convenable, l'infirmière dit au patient ce qu'elle va faire – lui changer le positionnement pour éviter l'apparition des escarres. De même elle dit au patient comment il peut participer à la mise en œuvre du protocole.

Une fois que le repositionnement des jambes du patient est fini, l'infirmière s'assure que la sonnette ou un autre appareil pour appeler est à disposition.

- D'abord l'infirmière fait l'examen du dossier de soins du patient : elle vérifie le rapport concernant le risque de développement des escarres, elle valide l'heure fixée pour faire le changement de la position du patient, elle vérifie les contre-indications quant au changement de la position et elle vérifie la présence des cathéters ou d'autres dispositifs qui peuvent rendre plus compliquée la réalisation du changement de la position du patient.



- L'infirmière fait une évaluation rapide des signes vitaux du patient et ensuite relève le lit en position de travail (à une hauteur convenable).
- Si le patient se trouve en décubitus dorsal, l'infirmière relève la tête du lit à 30 degrés et s'assure que les genoux du patient sont un peu fléchis (toujours à 30 degrés).
- Si le patient est en décubitus latéral, l'infirmière le fait tourner dans une position à 30 degrés par rapport au matelas avec le dos soutenu par un oreiller se trouvant toujours à 30 degrés.
- Si le patient est assis sur un fauteuil, l'infirmière change sa position, de sorte que celui-ci puisse dérouler des activités, avec un minimum de pression sur les tissus sous-cutanés. L'infirmière s'assure que les jambes se trouvent à 90 degrés et les place sur un petit tabouret si celles-ci ne touchent pas la terre.
- L'infirmière met de l'ordre dans la chambre, tire les rideaux et éteint la présence qui marque que la chambre est occupée, ensuite elle enlève ses gants et désinfecte ses mains.
- A la fin, l'infirmière consigne la réalisation du repositionnement du patient et rédige le rapport concernant cela dans le dossier de soins du patient. Elle écrit de façon claire et précise comment le patient a participé à la réalisation du protocole et ce qu'il a dit si l'infirmière considère que c'est important.

Lire & Vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question:

1. Qu'est-ce que c'est le débridement?

C'est le processus d'élimination des tissus morts d'une plaie.

C'est la force qui s'oppose au mouvement d'un objet.

2. Qu'est-ce que ce sont les échelles Braden și Norton?

Ce sont des méthodes utilisées pour déterminer la surface, la profondeur et le volume des escarres.

Ce sont des instruments utilisés pour estimer le risque de développer des escarres.

3. Comment l'infirmière repositionne-t-elle la patient si celui-ci se trouve en décubitus dorsal?

Si le patient se trouve en décubitus dorsal, l'infirmière relève la tête du lit à 20 degrés et s'assure que les genoux du patient sont un peu fléchis (toujours à 20 degrés).

Si le patient se trouve en décubitus dorsal, l'infirmière relève la tête du lit à 30 degrés et s'assure que les genoux du patient sont un peu fléchis (toujours à 30 degrés).

4. Quels sont les pas suivis par l'infirmière à la fin de la mise en œuvre du protocole ?

A la fin l'infirmière rédige le rapport concernant cela dans le dossier de soins du patient. Elle écrit de façon claire et précise comment le patient a participé à la réalisation du protocole et tout ce qu'il a dit.

A la fin l'infirmière rédige le rapport concernant cela dans le dossier de soins du patient. Elle écrit de façon claire et précise comment le patient a participé à la réalisation du protocole et ce qu'il a dit, si l'infirmière considère que c'est important



Vrai ou Faux (cliquez sur la variante correcte) :

1. Les actions de prévention sont des interventions faites après la parution des affections par la réduction des facteurs de risque et la croissance des facteurs de protection chez le groupe cible. V/F
2. La force de friction c'est la force qui s'oppose au mouvement d'un objet. V/F
3. L'étiologie c'est la branche de la médecine qui s'occupe avec le diagnostic des maladies. V/F
4. L'hydratation consiste à fournir une quantité adéquate de liquides qui satisfait les besoins du corps en compensant les pertes. V/F
5. D'abord l'infirmière fait l'examen du dossier de soins du patient : elle vérifie le rapport concernant le risque de développement des escarres, elle valide l'heure fixée pour le repas patient V/F
6. L'infirmière vérifie les contre-indications quant au changement de la position et elle vérifie la présence des cathéters ou d'autres dispositifs qui peuvent rendre plus compliquée la réalisation du changement de la position du patient. V/F
7. Après l'examen du dossier de soins, l'infirmière lave ses mains ou met les gants de protection à usage unique, elle ouvre la porte et les fenêtres. V/F
8. L'infirmière fait une évaluation rapide des signes vitaux du patient et ensuite elle relève le lit à une hauteur convenable. V/F
9. L'infirmière dit au patient ce qu'elle va faire – lui changer le positionnement pour éviter l'apparition des escarres. V/F
10. De même elle dit au patient qu'il ne doit pas participer à la mise en œuvre du protocole. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient:

Questions du médecin:	Réponses du patient:
Comme nous avons discuté, nous allons changer votre positionnement, êtes-vous d'accord ?	Il est neuf heures et quart.
Ce changement est très important. Est-ce que vous vous souvenez combien de fois nous avons changé votre position hier ?	Non, ce n'est pas difficile. Je comprends qu'il est nécessaire.
Il semble beaucoup, mais le changement de la position doit avoir lieu toutes les deux heures. Le saviez-vous ?	C'est bien la première position.
Le repositionnement est utile seulement quand il est fait rigoureusement, jour et nuit, 7 jours sur 7. Est-ce que cela est difficile pour vous ?	J'en ai deux : la première c'est en décubitus dorsal, la deuxième c'est en décubitus latéral.
Quelle est votre position favorite ?	Oui, je crois que nous avons changé la position six fois.
Nous choisissons la première position maintenant et dans deux heures nous la changeons. D'accord ?	Oui, je le savais parce que j'ai eu encore trois personnes de la famille dans une situation pareille.
Maintenant je dois consigner l'heure quand le repositionnement a été fait. Quelle heure est-il, s'il vous plaît ?	Oui, je suis d'accord, pas de problème.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales formelles:

Déshydratation	Répartition
Force	Appropriée
Magnitude	Perte de l'eau
Distribution	Schéma d'action
Incidence	Stricte
Rigoureux	Puissance
Stratégie	Enlèvement
Répandre	Dissiper
Débridement	Grandeur
Adéquat	Fréquence

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte:

1. J'ai eu encore la troisième / trois personnes de la famille dans une situation pareille.
2. Vingt / le premier patients ont accusé la même douleur.
3. J'en ai deux/ la cinquième : la première c'est en décubitus dorsal, la deuxième c'est en décubitus latéral.
4. Le repositionnement est utile seulement quand il est fait rigoureusement, jour et nuit, sept jours sur sept/ la septième.
5. Nous choisissons vingt et un / la première position maintenant

Cliquez sur la variante correcte:

1. positions sont confortables.
- *Toutes les deux*
- *Double*
- *Trois fois*
2. Il faut prendre de ce médicament.
- *sept fois*
- *deux par deux*
- *un quart*
3. – le médecin, l'infirmière et le patient ont contribué à la réalisation du protocole.
- *Tous les deux*
- *Tous les trois*
- *Triple*
4. Le médecin a recommandé une dose.....
- *double*



- quart
- la dixième

5. La procédure de changement de la position a été finie aujourd'hui à

- le quatre avril deux milles dix-sept
- neuf heures et quart
- vingt pourcents

Expression orale

Écrivez un dialogue où l'infirmière parle avec le patient du repositionnement de celui-ci (v. l'exemple du texte) ; utilisez les expressions exercées antérieurement. Enregistrez ce dialogue, qui sera envoyé automatiquement au Forum pour être évalué par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....
.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

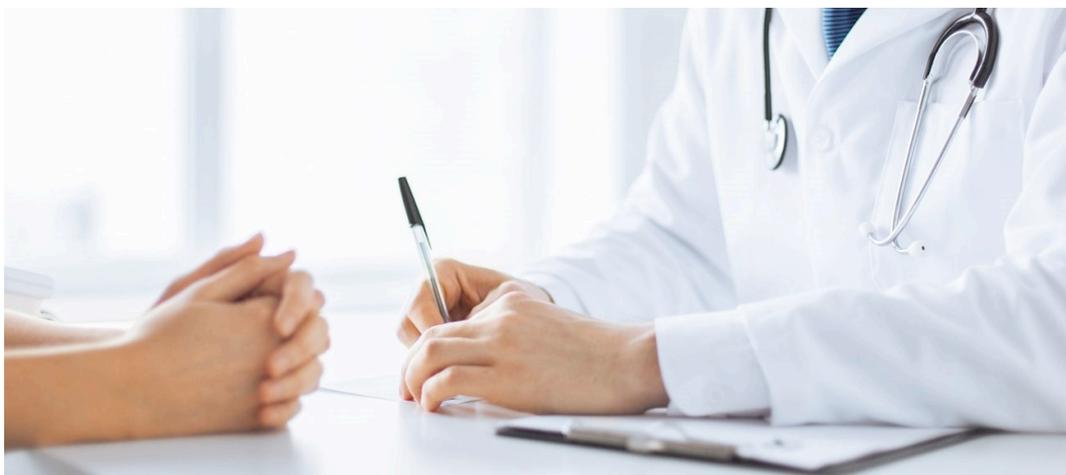
Le changement de la position doit avoir lieu toutes les deux heures. Le repositionnement est utile seulement quand il est fait rigoureusement, jour et nuit,



ÉVALUATION DU NIVEAU DE CONSCIENTISATION DU PATIENT SUR SA MALADIE

Procédure médicale

Unité linguistiques



ÉVALUATION DU NIVEAU DE CONSCIENTISATION DU PATIENT SUR SA
MALADIE

ÉVALUATION DU NIVEAU DE CONSCIENTISATION DU PATIENT SUR SA MALADIE

		○	◐	●	P
	« La communication n'est pas ce que l'on dit mais ce que l'on comprend », c'est pourquoi il ne faut jamais la considérer comme « de facto » mais toujours comme une évaluation permanente. Les patients qui se confrontent avec des maladies graves, même si on leur communique leur condition, ils pourraient comprendre partiellement la gravité de leur maladie. Cela ne concerne pas strictement le diagnostic initial, mais un processus continu, une fois que la maladie progresse. L'évaluation de la conscientisation de la maladie est importante en vue d'établir comment le patient gère la situation, ses préférences, sa capacité de prendre des décisions, ainsi que le besoin ultérieur d'informations pour être impliqué/e dans le programme de soins. Pour que ces discussions se réalisent, le patient doit être conscient et posséder suffisamment d'habiletés cognitives pour assimiler les informations et une compréhension suffisante pour prendre des décisions.				
1.	Évaluation rapide de la présence des fonctions vitales (<i>présence de l'état de conscience, mobilité, parler, respiration</i>) : fonctions vitales stables <input type="checkbox"/> ;...; arrêt cardiaque <input type="checkbox"/> ... <i>(si c'est le cas suivez le protocole cardio-respiratoire)</i>				0 2 5
2.	Présentez-vous Bonjour, je suis le médecin XXX et voici ma collègue, l'infirmière YYYY. Vous, vous appelez comment ? Laissez le patient se présenter. <i>On évite des questions telle « Vous êtes Monsieur Smith ? » ce qui pourrait générer une confirmation fautive à cause d'une réponse donnée automatiquement par un patient distrait par ses symptômes ou peu connecté à la discussion avec le personnel médical)</i>	ESSENTIEL			
3.	Assurez une atmosphère intime et rassurante pour la discussion-chambre avec un lit, rideaux, paravent etc.-. Utilisez la communication empathique - voir les procédures d'écoute active et communication empathique.				0 1 3
4.	Évaluez les habiletés de parler du patient - <i>(dans le cas d'une faiblesse ou d'une difficulté de respiration, réduisez autant que possible l'effort de s'exprimer du patient en parlant à sa place et en le priant de confirmer si vous avez bien compris ce qu'il dit)</i>				0 1 3
5.	Évaluez les habiletés cognitives du patient. Pouvez-vous me dire quel jour nous sommes aujourd'hui ? Quelle heure est-il ? Où sommes-nous ? <i>(cette évaluation est pertinente pour voir si celui-ci peut s'orienter dans le temps et dans l'espace et s'il contrôle la perception de soi. Ces aspects sont importants dans l'évaluation de la capacité du patient à conscientiser les conséquences de sa situation médicale et de ses propres décisions)</i>				0 2 5
6.	Évaluez les habiletés du patient à prendre une décision; Dites-moi, s'il vous plaît, ce que vous comprenez en ce qui concerne votre maladie. <i>(Si une personne peut expliquer ce qui se passe, alors la compréhension et la mémoire sont suffisantes pour qu'elle prenne une décision)</i>				0 2 5
7.	Évaluez les attitudes du patient. De toutes les alternatives thérapeutiques, laquelle préférez-vous ? <i>(C'est pour évaluer la perception et la compréhension du patient concernant sa situation médicale pour équilibrer les risques et les bénéfices et pour évaluer les conséquences du traitement avant de prendre une décision)</i>				0 2 5
8.	D'autres spécialistes vous ont vu ? Qu'est-ce qu'ils vous ont dit concernant votre maladie ?				0 1 3
9.	Écrivez ici, s'il vous plaît, le nom de votre diagnostic avec vos propres mots.				0 1 3



10.	Voudriez-vous avoir plus d'informations pour mieux comprendre le diagnostic? Je suis prêt à vous offrir toutes les informations nécessaires. - vous faites appel à la procédure de la communication du diagnostic des maladies graves -mauvaises nouvelles				0 1 3
11.	Selon vous, comment votre situation va-t-elle évoluer ?				0 1 3
12.	Selon vous, lesquels des problèmes ressentis les derniers trois jours sont associés au diagnostic dont vous avez écrit ?				0 1 3
13.	Êtes-vous inquiet/inquiète ou avez-vous des angoisses concernant une possible évolution du diagnostic de la maladie ?				0 1 3
14.	Inscrivez dans la fiche d'observation médicale du patient tous les détails liés à l'accomplissement de la procédure -accidents, complications- selon le cas, la date et l'heure	ESSENTIEL			
15.	Prenez toutes les mesures nécessaires pour la sécurité du patient (<i>le lit baissé au niveau inférieur de la hauteur et éventuellement haussez ses parties latérales</i>). Placez à la portée du patient ses objets personnels (<i>par ex. portable, livre, mots croisés</i>) le verre d'eau, la sonnette pour appeler le personnel médical. Offrez des détails sur le programme médical ultérieur et l'heure prévue pour le réexaminer.				0 3 6
Score total: 50		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%	
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%	
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%	

Bibliographie selective

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Baek SK, Kim S, et al. Effect of advanced cancer patient's awareness of disease status on treatment decisional conflict and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean perspective cohort study. Support Care Cancer 2012; 20:1309-1316

Tang ST, Liu T, et al. Physician-patient end-of-life care discussion: correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients- a cross-sectional survey study. Palliative Medicine 2014; 28(10): 1222-1230.

Scott Finlayson C, Chen YT, Fu MR. The impact of patients' awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997-2014. Palliative Care Review 2014;17(10): 1-11.

Wallace CL. Family communication and decision making at the end of life: a literature review. Palliative and Supportive Care 2015; 13:815-825

ÉVALUATION DU NIVEAU DE CONSCIENTISATION DU PATIENT SUR SA MALADIE

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

fonctions vitales
risque

de facto
thermométrie

inconfort
complication

arrêt cardiaque
oxymétrie de pouls

Définitions:

1. Branche de la physique qui étudie les méthodes et les instruments de mesure de la température.
2. Formule utilisée pour reconnaître quelque chose par le fait même de son existence.
3. Cessation irréversible d'une activité cardiaque.
4. Les fonctions du corps dont dépend directement la vie, comme la circulation du sang, la respiration etc.
5. Symptôme qui produit un état de malaise, généralement décrit du point de vue du patient.
6. Un examen non invasif qui permet de quantifier la saturation en oxygène de l'hémoglobine au niveau des capillaires sanguins.
7. L'exposition, souhaitée ou non, à un danger.
8. Processus pathologique qui survient lors d'une maladie et qui n'est pas une partie essentielle de celle-ci, malgré qu'il peut être déclenché par la maladie respective ou peut avoir d'autres causes.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions que le médecin réalise dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qui se retrouvent dans le tableau ci-dessous ? Regardez la vidéo et vérifiez.

D'abord le médecin fait une évaluation des fonctions vitales du patient (s'il est conscient, s'il a une bonne motricité, s'il peut parler, s'il peut respirer normalement).

Après l'évaluation des habiletés de parler le médecin demande au patient s'il a besoin de plus d'informations pour mieux comprendre le diagnostic. Le médecin veut savoir également ce que le patient comprend de sa maladie et de l'évolution de celle-ci.

À la fin le médecin s'assure que le patient a accès aux objets personnels (portable, livres, mots-croisés, le verre d'eau ou la sonnette pour qu'il puisse appeler le personnel médical en cas d'urgences). Ensuite le médecin donne des détails sur le programme médical et communique au patient la date quand il sera réexaminé.



- Après l'évaluation des fonctions vitales, le médecin assure un milieu propice à l'examen du patient et lui présente le but de la discussion : parler du diagnostic et de ce qu'on va faire par la suite.
- Le médecin assure le patient que la réalisation du protocole médical est facile et durera environ vingt minutes.
- L'évaluation de la manière dont le patient perçoit sa maladie permet au médecin d'aider celui-ci à mieux gérer cette maladie. C'est pourquoi il est important que le patient donne des réponses sincères.
- Le médecin demande au patient si tout est clair en ce qui concerne la procédure et s'il a d'autres questions là-dessus.
- Le médecin évalue les habiletés de parler du patient et, au cas où celui-ci est affaibli ou qu'il a des difficultés de respiration dues au fait de parler, le médecin réduit l'effort du patient en parlant lui-même et en demandant à celui-ci de confirmer, selon le cas.
- Le médecin s'intéresse si le patient est inquiet ou s'il a certaines peurs liées à l'évolution de sa maladie.
- Le médecin remplit la feuille d'observation médicale du patient avec toutes les données liées à la réalisation de la procédure : la date, la durée, des accidents ou des complications.

Lire & Vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Qu'est-ce que l'arrêt cardiaque ?

C'est la cessation irréversible d'une activité cardiaque.

C'est la cessation irréversible d'une activité digestive.

2. Qu'est-ce que la thermométrie ?

C'est la branche de la physique qui étudie les méthodes et les instruments de mesure du pouls.

C'est la branche de la physique qui étudie les méthodes et les instruments de mesure de la température.

3. Qu'est-ce que le médecin fait au début du protocole ?

Au début du protocole le médecin fait une évaluation des fonctions vitales du patient (s'il est conscient, s'il a une bonne motricité, s'il peut parler, s'il peut respirer normalement).

Au début du protocole le médecin fait une évaluation du confort du patient (s'il est conscient, s'il a une bonne motricité, s'il peut parler, s'il peut respirer normalement).

4. Quels sont les signes qui indiquent l'état des fonctions vitales du corps ?

Il y a quatre signes importants : la température du corps, la tension artérielle, le pouls, la fréquence respiratoire.

Il y a quatre signes importants : la température du corps, la tension artérielle, les urines, la fréquence respiratoire.

Vrai ou Faux (cliquez sur la variante correcte) :

1. Le médecin assure le patient que la réalisation du protocole médical est facile et durera dix minutes. V/F
2. L'évaluation de la manière dont le patient perçoit sa maladie ne permet pas au médecin d'aider celui-ci à mieux gérer cette maladie. V/F
3. Il est important que le patient donne des réponses sincères. V/F
4. Le médecin évalue les habiletés de parler du patient. V/F
5. Si le patient est affaibli ou qu'il a des difficultés de respiration dues au fait de parler, le médecin fait une nouvelle programmation de la réalisation de la procédure. V/F
6. Le médecin veut savoir également ce que le patient comprend de sa maladie et de l'évolution de celle-ci. V/F
7. Le médecin ne s'intéresse pas si le patient est inquiet ou s'il a certaines peurs liées à l'évolution de sa maladie. V/F
8. Le médecin demande au patient de décrire son diagnostic utilisant ses propres mots. V/F
9. Le médecin remplit la feuille d'observation médicale du patient seulement avec les données liées à la réalisation de la procédure. V/F
10. Ensuite le médecin donne des détails sur le programme médical et communique au patient la date quand il sera réexaminé. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient:

Questions du médecin :	Réponses du patient :
Nous allons parler de votre diagnostic, cela suppose que vous nous répondiez à certaines questions. Cela va durer environ 20 minutes. D'accord ?	Non.
Je voudrais savoir comment vous percevez votre maladie. En connaissant cela je peux vous aider plus. Je vous prie d'être sincère. D'accord ?	Je comprends que c'est grave.
Est-ce que c'est clair ce que nous allons faire ? Avez-vous des questions ?	Oui, je suis d'accord.
Désirez-vous plusieurs informations sur le diagnostic pour le comprendre mieux ?	Oui, je sens souvent que je ne vais pas bien.
Qu'est-ce que vous comprenez de votre maladie et de son évolution ?	Oui, je serai sincère.
Êtes-vous inquiet ou avez-vous certaines peurs liées à l'évolution de votre maladie ?	Oui, je vous appellerai en cas d'urgence.
Avez-vous une position confortable ? Avez-vous tout ce qu'il vous faut à côté de vous ? Si vous avez un problème utilisez la sonnette pour les urgences.	Pour l'instant je n'ai pas de questions.

Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales formelles:

De facto	En opposition
Générer	Evaluer
Risque	En fait
Thermométrie	Péril
Bénéfice	Lier
Programmer	Adéquation
Estimer	Planifier
Conformité	Profit
Au contraire	Résulter
Associer	Mesure de la température

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte :

1. Le médecin croit que la procédure vingt minutes.
durerai/ durera/ durerez
2. Dans une heureun anesthésique.
je vous ferai/ vous vous ferez/ tu vous feras
3. Je la tension artérielle tout de suite.
vas vérifier/ vais vérifier/ allons vérifier
4. Nous la procédure immédiatement.
allez commencer/ va commencer / allons commencer
5. Le docteur sait que la procédure facilement réalisable.
ne seront pas/ ne sera pas/ ne seras pas

Cliquez sur la variante correcte :

1. L'infirmière vous fera/ a fait une injection immédiatement.
2. Le docteur a rempli /remplira demain la feuille d'observation médicale du patient avec tous les détails.
3. Le médecin va ausculter/ avait consulté le patient la semaine prochaine.
4. Est-ce que vous faisiez/ ferez la procédure dans deux jours ?
5. Je n'étant pas /ne serai pas disponible demain après-midi.



Expression orale

Écrivez un dialogue où le médecin parle avec le patient de la conscientisation de sa maladie (v. l'exemple du texte) ; utilisez les expressions exercées antérieurement. Enregistrez ce dialogue, qui sera envoyé automatiquement au Forum pour être évalué par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....
.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Nous allons parler de votre diagnostic, cela suppose que vous répondiez à certaines questions.



LE RÉSEAU RELATIONNEL D'APPUI DES PATIENTS

Procédure médicale

Unité linguistiques



LE RÉSEAU RELATIONNEL D'APPUI DES PATIENTS

Ensemble avec les autres aspects, comme celles physiques et psychologiques, le réseau relationnel représente une ressource importante dans la mise au point du programme de soins et pour l'évaluation de la soutenabilité de celui-ci. Les professionnels de la santé, les proches et les parents du patient peuvent être tous considérés un appui important pour la mise en place et la réussite de la stratégie thérapeutique.



P

1	Entrez et présentez-vous poliment et amicalement: Bonjour. Comment allez-vous aujourd'hui ? (<i>Laissez suffisamment de temps pour recevoir les réponses</i>)				0 1 3
2	Assurez un espace confortable pour l'entretien. (<i>Il est important d'éviter les interruptions et d'assurer le respect de la confidentialité</i>)				0 1 3
3	Demandez au patient s'il se sent bien : Ressentez-vous une douleur, avez-vous une demande à formuler ou une inquiétude? (<i>L'identification des besoins du patient peut contribuer à l'évaluation des réseaux relationnels disponibles et de leur bénéfice potentiel pour le patient</i>).				0 1 3
4	(<i>Présentez d'abord la raison de l'entretien pour éviter les confusions</i>) Expliquez le but de l'entretien: Je voudrais savoir plus sur votre famille et vos amis. Est-ce que vous êtes gêné d'en parler ou de discuter d'autres aspects sociaux ?				0 1 3
5	Ecoutez attentivement et utilisez la communication empathique (<i>L'écoute active et l'approche dialogique sont importantes pour comprendre les préférences du patient</i>).				0 1 3
6	Adaptez votre langage au niveau social, culturel et éducationnel du patient, en faisant attention que les messages soient réels et compréhensibles (<i>Les valeurs personnelles et le contexte culturel jouent un rôle essentiel dans l'analyse du réseau relationnel du patient parce que cela nous aide à comprendre leur contribution à la mise en place du programme de soins</i>)				0 1 3
7	Informations concernant le domicile actuel : Où habitez-vous? Avec qui habitez-vous? (<i>Cette réponse sera pertinente pour le choix de la location de soins à l'avenir et pour l'amélioration de la participation du patient à son propre réseau d'appui</i>)				0 1 3
8	Informations concernant la famille: Parlez-moi, s'il vous plaît des membres de votre famille et combien s'impliquent-ils, combien vous soutiennent-ils pendant la maladie. (d'autres questions utiles) Etes-vous marié? Avez-vous des enfants ? Où habitent-ils ? Quelle est votre relation avec eux ? (<i>Les connexions sociales peuvent être étendues vers plusieurs personnes, l'objectif du dialogue est d'identifier où et qui peut offrir le meilleur soin au patient.</i>)				0 1 6
9	Qui est votre soignant principal?	ESSENTIEL			
10	Informations concernant les réseaux relationnels: Est-ce que vous avez de bons amis ? Qui sont-ils ? Est-ce que vous sentez leur soutien dans ces moments ?				0 1 3
11	Informations sur la vie professionnelle: Est-ce que vous étiez employé quand vous avez appris le diagnostic ? Dans quel domaine avez-vous travaillé ?				0 1 3

	Depuis combien de temps ? Est-ce que vous aimez ce travail ? Comment la maladie a –t-elle influencé votre situation financière ? (<i>Vérifiez le contexte social du patient et analysez les options pour inclure des activités récréatives qui augmentent sa confiance et les contacts significatifs avec d'autres personnes</i>)			
12	Informations sur les loisirs: Qu'est-ce que vous aimez faire pendant les loisirs? (<i>Peut être une occasion d'introduire une préoccupation commune et de partager une activité récréative</i>)		0 1 3	
13	Informations sur les convictions spirituelles: Est- ce que vous êtes croyant ou pratiquant d'une religion ? (<i>Les besoins culturels et religieux représentent un aspect significatif dans les soins palliatifs pour le patient et sa famille. Il est important de prendre en considération ces informations pour faciliter l'accès aux rituels ou le contact avec les personnes qui représentent le système de valeurs du patient et son milieu culturel</i>) Faites appel à la procédure d'évaluation spirituelle		0 1 3	
14	Informations sur d'autres points d'intérêt: Quoi d'autre aimez-vous faire ? (<i>Montrez de l'ouverture pour personnaliser le plan de santé</i>)		0 1 3	
15	Informations sur l'état émotionnel des proches: Par exemple, comment croyez-vous que se débrouille votre femme/votre mari en face de votre maladie, pendant ces moments ?		0 1 3	
16	Dans la situation actuelle, vous croyez que vous avez assez de support et d'aide dans la vie quotidienne ? Pour être autonome le maximum possible, est-ce que vous avez besoin d'aide sous forme d'un équipement particulier ou d'adapter d'une certaine façon votre milieu domestique ?		0 1 3	
17	Qu'est-ce qui vous inquiète le plus maintenant ? Quelle est votre plus grande inquiétude maintenant ?	ESSENTIEL		
18	Est-ce que vous vous sentez seul/e ?		0 1 3	
19	Evaluez l'état émotionnel après l'entretien: Comment vous vous sentez maintenant ? Demandez de nouveau si le patient a d'autres questions ou inquiétudes à la fin.		0 1 3	
20	Consignez le résumé de la conversation en y écrivant la liste avec les membres de la famille ou, au moins, en mentionnant le soignant principal.		0 1 3	
21	Dites « Au revoir ! » au patient de façon amicale.		0 1 3	
Score total: 60		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère accompli	%

Bibliographie selective

Jarret N, Porter K, et al. The networks of care surrounding cancer palliative care patients. *BMJ Supportive and Palliative Care* 2015; 5: 435-442.

Sallnow L, Richardson H, et al. The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review. *Palliative Medicine* 2015; 30(3): 200-211.



LE RÉSEAU RELATIONNEL D'APPUI DES PATIENTS

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

Professionnels de la santé	inconfort	assistance	interaction
réseau relationnel	but	cartographie	protocole

Définitions:

1. Action réciproque, influence, échange.
2. Structure sociale formé d'un groupe de membres (individus ou organisations), un ensemble de connexions réciproques ou d'autres interactions sociales entre ceux-ci.
3. Le processus d'identification et de localisation des relations d'entre les éléments appartenant au même réseau (des informations, des matériels, de l'argent, des personnes).
4. Les personnes qui fournissent toute forme de soin médical - par exemple: médecins, infirmières, dentistes, conseillers en santé.
5. L'action d'aider; aide; support; activité qui contribue à la satisfaction d'un besoin.
6. Etat désagréable de douleur, de mécontentement ou un ressentiment.
7. Le résultat ou l'accomplissement d'un effort.
8. Le plan d'un traitement médical ou d'une expérience scientifique.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions réalisées par le médecin dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qu'on retrouve dans le tableau ci-dessous ? (Drag and drop). Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin demande au patient comment il se sent et lui explique le but de l'entretien médical: il désire savoir plus sur la famille et les amis du patient.

Le médecin pose des questions au patient sur sa maison, sa famille, d'autres parents, ses amis.

Le médecin veut savoir quelles sont les plus grandes inquiétudes du patient et si celui-ci se sent seul à ce moment.

- Le médecin salue, se présente et assure un espace privé confortable pour l'entretien médical avec le patient.
- Le médecin adapte son discours au niveau social, culturel et éducationnel du patient, en lui transmettant des messages réalistes et facile à comprendre.
- Le médecin s'intéresse à la vie professionnelle, aux loisirs et aux domaines d'intérêt du patient.
- Le médecin demande des informations sur les croyances spirituelles du patient.
- Le médecin s'intéresse à l'état émotionnel de la famille du patient



- Le médecin demande au patient s'il considère avoir assez de support dans la vie quotidienne.
- Le médecin évalue l'état émotionnel du patient après l'entretien médical.

Lire et vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Qu'est-ce qu'un réseau relationnel?

C'est une structure sociale formé d'un groupe de membres (individus ou organisations), un ensemble de connexions réciproques ou d'autres interactions sociales entre ceux-ci.

Ce sont les personnes qui fournissent toute forme de soin médical - par exemple: médecins, infirmières, dentistes, conseillers en santé.

2. Qu'est-ce qu'un protocole?

C'est le processus d'identification et de localisation des relations d'entre les éléments appartenant au même réseau (des informations, des matériels, de l'argent, des personnes).

C'est le plan d'un traitement médical ou d'une expérience scientifique.

3. Pourquoi la cartographie du réseau relationnel du patient est essentielle pour ses soins ?

Les patients qui sont sortis de l'hôpital ont besoin non seulement des soins médicaux et sociaux fournis par les spécialistes, mais également du soutien de la famille et des amis. Le manque du réseau relationnel augmente le stress du patient et le rend vulnérable à la dépression et à certaines dépendances (alcool, tabac etc.). L'isolement social augmente le risque d'accident vasculaire, de mortalité et de morbidités.

Les patients qui sont sortis de l'hôpital ont besoin non seulement des soins médicaux et sociaux fournis par les spécialistes, mais également du soutien des ONG écologiques. Le manque du réseau relationnel augmente le stress du patient et le rend vulnérable à la dépression et à certaines dépendances (alcool, tabac etc.). L'isolement social augmente le risque d'accident vasculaire, de mortalité et de morbidités.

4. Quelle est la fonction clé du réseau relationnel du patient ?

La fonction clé c'est l'aide financière qui est l'un des principaux moyens par lesquels les réseaux relationnels influencent l'état mental et physique du patient.

La fonction clé c'est l'aide sociale qui est l'un des principaux moyens par lesquels les réseaux relationnels influencent l'état mental et physique du patient.

Vrai ou faux

1. L'identification et la compréhension du réseau relationnel du patient est très importante pour les professionnels de la santé. La discussion avec les patients sur le réseau relationnel réduit leur anxiété et les rend plus confiants dans la vie. V/ F

2. L'existence des réseaux faibles met en alerte les médecins sur la vulnérabilité des patients et les détermine à introduire ceux-ci dans les réseaux des services charitables. V/ F



3. Le réseau résout tous les problèmes concernant le support social réduit et n'implique pas les médecins afin de trouver un appui pour les patients qui ont besoin d'aide. V/ F
4. Le support social est associé avec la gestion des activités quotidiennes (assurer la nourriture et un milieu de vie approprié), avec le sentiment de sens de la vie (par des échanges et des activités communes), avec la joie du succès et du progrès. V/ F
5. Le réseau relationnel du patient qui représente un ensemble de connexions est visible dès le commencement pour le professionnel de la santé. Le réseau est statique et permanent. V/ F
6. La dignité du patient est basée sur le support social. Il est important de savoir que les efforts de vivre avec la maladie chronique sont respectés par les autres. V/ F
7. Le réseau relationnel assure le feed-back, encourage moralement les patients et apprécie leurs efforts. V/F
8. L'analyse des réseaux relationnels est comprise exclusivement dans les études épidémiologiques; cette analyse ne prévoit pas la communication avec le patient, son éducation, ni le diagnostic ou le traitement d'une maladie mentale. V/ F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du patient:

Les questions du médecin:	Les réponses du patient:
Je voudrais savoir plus sur votre famille et vos amis. Est-ce que vous êtes gêné d'en parler?	J'aime lire et passer du temps avec ma famille et mes amis
Où habitez-vous? Etes-vous marié? Avez-vous des enfants qui habitent avec vous? Quelle est votre relation avec eux ?	Je suis inquiet parce que je ne sais pas comment réagir devant la maladie.
Qui prend soin de vous ?	Non, aucun problème.
Avez- vous des amis, depuis combien de temps ? Est-ce qu'ils vous soutiennent et vous aident ? Croyez-vous avoir assez de support et d'aide dans la vie quotidienne ?	Je travaillais à la bibliothèque de la ville quand j'ai appris de ma maladie. J'y ai travaillé pendant vingt ans et j'ai aimé mon travail.
Vous étiez employé quand vous avez appris le diagnostic ? Où avez-vous travaillé et depuis combien de temps ? Est-ce que vous avez aimé ce travail ?	Ma femme.
Qu'est-ce que vous aimez faire pendant les loisirs?	J'habite dans un appartement avec ma femme. Les enfants sont grands et ils habitent avec leur famille. Ils nous rendent visite une fois par semaine.
Qu'est-ce que vous inquiète le plus maintenant ?	J'ai quelques amis depuis la jeunesse et ils m'aident quand j'en ai besoin. En dehors de cela nous parlons au téléphone chaque jour



Faites la correspondance entre les expressions informelles et celles médicales/ formelles:

Assistance	Dépendance
Délibéré	Procédure
Chronique	Aide
Vulnérable	Intentionné
Protocole	Maladif
Epidémiologie	Non protégée
Morbidité	Persistent, durable
Mortalité	Transmission et contrôle des maladies
Addiction	Prédisposition vers la maladie
Pathologique	Fréquence des décès
Assistance	Dépendance

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte:

1. Avez- vous annoncé votre famille? La proposition contient :
Une action accomplie dans le passé/ une action durative dans le passé/ une action qui s'est passée avant une autre action passée.
2. Il allait bien hier parce qu'il avait pris des tranquillisants peu avant ma visite. La proposition contient :
Une action accomplie dans le passé/ une action durative dans le passé/ une action qui s'est passée avant une autre action passée.
3. Le médecin a fait la visite de tous ses patients ce matin. La proposition contient :
Une action accomplie dans le passé/ une action durative dans le passé/ une action qui s'est passée avant une autre action passée.
4. Le patient a fait la thérapie hier pendant toute la journée. La proposition contient :
Une action accomplie dans le passé/ une action durative dans le passé/ une action qui s'est passée avant une autre action passée.
5. Qu'est-ce que tu faisais au moment de l'accident ? La proposition contient :
Une action accomplie dans le passé/ une action durative dans le passé/ une action qui s'est passée avant une autre action passée.

Cliquez sur la forme correcte du verbe :

1. J'ai senti/ Je sens une douleur dans le bras et j'ai cru que j'avais un accident cérébral.
2. Il a paniqué parce que sa famille part / était partie sans l'annoncer.
3. Quand l'ambulance est arrivée, il saignait/ il saigne toujours.
4. Sa famille est arrivée quand il est/ il était en thérapie.
5. Hier matin, quand je suis entré dans sa chambre, il discutait/ il discute avec le médecin.



Expression orale

Écrivez un dialogue entre un patient et un médecin qui identifie le réseau relationnel de son patient (voir le texte). Utilisez les expressions adéquates. Enregistrez ce dialogue, qui sera envoyé automatiquement au Forum pour être évalué par l'un de vos collègues.

Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....
.....

(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Vous êtes employé quand vous avez appris le diagnostic? Où avez-vous travaillé et depuis combien de temps? Est-ce que vous avez aimé ce travail?



RÉPONSE AUX BESOINS DES SOIGNANTS

Procédure médicale

Unité linguistiques



RÉPONSE AUX BESOINS DES SOIGNANTS

Les soins palliatifs ont comme but le soutien des patients et de leurs familles ou de leurs proches pendant la maladie et, dans le cas de la famille, pendant le deuil. Pour offrir un appui efficace, on doit évaluer les besoins des soignants. Les soignants sont d'habitude les membres de la famille, mais aussi toute autre personne que le patient considère significative.

		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
1	Entrez et présentez-vous amicalement : Bonjour. Je suis Dr. xxx et je suis yyy (l'hématologue, l'oncologue ou autre spécialiste) de votre proche. Pourriez-vous me dire qui vous êtes et quelle est votre relation avec le patient ?				0 1 3
2	Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? -laissez le temps nécessaire pour répondre. <i>(Faites attention à l'état du soignant, dès le début, pour comprendre si c'est le bon moment pour discuter le sujet)</i>				0 1 3
3	Posez des questions ouvertes pour établir une bonne relation : Monsieur X, on pourrait discuter un peu ? Y a-t-il un aspect que vous voudriez discuter maintenant ? Si la réponse est négative : Quand préférez-vous qu'on discute ? <i>(s'il est nécessaire, laissez-lui l'option de choisir un autre moment. La conversation doit être libre, volontaire, l'implication du soignant est essentielle)</i>				0 2 5
4	Au cas où vous êtes au domicile ou à l'hôpital et le patient et le soignant sont ensemble, observez l'ambiance et le comportement du patient envers son soignant. Sont-ils proches ? Interagissent-ils ? Comment ?				0 1 3
5	Demandez au soignant comment il se sent et s'il y a des soucis concernant les soins du patient qu'il voudrait discuter. <i>(identifiez un rôle spécifique pour le soignant dans le programme, évitant l'excès de responsabilités du point de vue psychologique, social et économique. Les besoins du patient et du soignant sont aussi importants pour que le programme soit efficace)</i>				0 2 5
6	Offrez au soignant l'opportunité de discuter sur ses soucis/besoins en privé. <i>(on lui offrira la possibilité d'analyser objectivement les circonstances réelles des soins et les ressources disponibles pour que le soignant soutienne le patient : physiques, sociales et financières. Ainsi, les décisions concernant le programme des soins seront prises de sorte que le soignant soit considéré un partenaire actif dans le traitement, partenaire qui doit être soutenu et protégé)</i>				0 2 5
7	Si le soignant ne veut pas discuter en privé, montrez votre disponibilité à discuter sur les possibles réserves qu'il pourrait avoir.				0 1 3
8	Si le soignant veut discuter en privé, assurez un espace confortable pour la discussion. <i>(pour éviter les interruptions, respectez la confidentialité et discutez le programme de soins dans un milieu confortable)</i>				0 1 3
9	Utilisez l'écoute active et la communication empathique. <i>(prenez ensemble les décisions, respectant les valeurs du patient et de son milieu, étant sensible aux demandes psychologiques et culturelles)</i>				0 3 6
10	Comment vous sentez-vous en soignant le patient X ? <i>(vérifiez si le soignant a besoin de support psychologique ou spirituel)</i>				0 1 3

11	Est-ce qu'il y a d'autres choses dont vous avez besoin et avec quoi on pourrait vous aider ? (<i>vérifiez si les ressources disponibles du système sont suffisantes pour soutenir le soignant dans les soins du patient</i>)			0 1 3
12	Pensez-vous que votre maison soit adéquate pour assurer les soins du patient X ? Avez-vous besoin de changements/d'adaptations utiles ? (<i>portes, salle de bains, balustrade, rampe</i>) ? (<i>vérifiez si les soins au domicile sont une solution possible pour le patient et pour le soignant à la fois</i>)			0 1 3
13	Vous travaillez à présent ? Pensez-vous que votre emploi soit compatible avec les soins de M. X ? Sinon, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour les rendre compatibles ? (<i>les responsabilités des soignants ont des conséquences financières et entrent en conflit avec la vie professionnelle. Cela est important pour vérifier la viabilité du programme du point de vue du soignant</i>)			0 1 3
14	Pensez-vous que vos ressources soient adéquates pour soigner M. X? Pensez-vous que cela puisse générer une difficulté financière ? (<i>cet aspect doit être évalué pour offrir de l'aide financière au soignant, si c'est possible, ou pour prendre des décisions</i>)			0 1 3
15	Pensez-vous que M. X recevrait de meilleurs soins ailleurs ? (<i>il faut intégrer les ressources disponibles des services de santé pour faire accroître les chances du soignant de faire face à long terme aux soins et de les coordonner depuis son domicile</i>)			0 1 3
16	Au cas où M. X aurait besoin de soins de premier secours ou de placement dans une autre institution, vous connaissez les pas à suivre ? (<i>pour voir si le soignant peut faire face à un changement de programme déterminé par l'évolution de la maladie et s'il peut adapter son rôle à la nouvelle situation</i>)			0 1 3
17	Êtes-vous capable de vous occuper de M. X ? Sinon, pourquoi ? Comment pouvons-nous vous aider ? (<i>les soignants doivent avoir toutes les informations pour pouvoir prendre des décisions et pour offrir les meilleurs soins au patient. Ils ont besoin de soutien psychologique et social et dans certaines situations il faut discuter les options s 'il y a des doutes en ce qui concerne le soignant</i>)			0 1 3
18	On peut vous aider à soigner M. X ? (<i>cela aide à trouver des aspects qui n'ont pas été pris en considération</i>)			0 1 3
19	Vu l'évolution de la maladie de M. X et son état présent, pensez-vous que ses besoins puissent vous accabler ? Si oui, qu'est-ce qui vous inquiète et pourquoi ? (<i>une évaluation finale de l'entretien pourrait aider à la compréhension du degré de satisfaction du soignant quant au programme de soins et au dépassement des barrières et des obstacles</i>)			0 1 3
20	Au cas où la fin de M. X surviendra chez lui, vous y êtes prêt/e ? Pensez-vous que vous disposiez de suffisantes ressources pour le soigner à la maison dans ces circonstances-là ? (<i>il est important de prendre en considération le désir du soignant et sa motivation de soigner le patient à la maison, et s'il a des doutes, pensez à lui offrir un support psychologique</i>)			0 1 3
21	Vous vous sentez seul/e ? Avez-vous un appui pendant que vous offrez des soins à M. X?	ESSENTIEL		



22	Soyez disponible à toutes les questions et informez le soignant comment il peut vous contacter de nouveau. Demandez-lui s'il a encore des questions finales ou des soucis.			0 2 5
23	Dites « Au revoir ! » amicalement.			0 1 3
24	Consignez le résumé de la conversation dans le dossier de soins du patient.			0 1 3
Score total: 80		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère accompli	%

Bibliographie selective

Bee PE, Barnes P, Luker AL. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 18:1379-1393

RÉPONSE AUX BESOINS DES SOIGNANTS

Introduction

Après avoir regardé la vidéo, placez les mots ci-dessous à côté des définitions qui leur correspondent.

gériatrie soignant oncologue thérapeute
programme de soins hématologue équipe interdisciplinaire maison de retraite

Définitions:

1. Equipe de professionnels et/ ou bénévoles ayant des spécialités différentes qui assure le soin physique, sociale et spirituel du patient en phase terminale ;
2. Médecin ayant des compétences quant aux maladies du sang et de la moelle épinière ;
3. Médecin ayant des compétences quant aux maladies néoplasiques, plus particulièrement le cancer ;
4. Spécialiste en différentes thérapies médicales et psychologiques capable de planifier et de mettre en place un programme de thérapie approprié pour chaque patient ;
5. Personne qui assume la responsabilité pour les besoins physiques et émotionnels d'une autre personne qui n'est pas capable de prendre soin d'elle-même ;
6. Endroit pour le soin des personnes âgées ;
7. Soin palliatif qui a en vue également la satisfaction des besoins émotionnels et spirituels des patients en phase terminale qui se trouvent à l'hôpital ou à la maison ;
8. Branche de la médecine qui s'occupe des maladies de la vieillesse.

Regardez et écoutez

Voilà un set incomplet d'actions réalisées par le médecin dans le cadre du protocole. Où placeriez-vous les actions qui manquent et qu'on retrouve dans le tableau ci-dessous ? (Drag and drop). Regardez la vidéo et vérifiez.

Le médecin salue, se présente et pose des questions ouvertes pour établir un rapport initial juste avec le patient et avec celui qui le soigne.

Le médecin demande au soignant comment il se situe face aux soins accordés à M. X et s'intéresse s'il pourrait aider afin d'assurer la satisfaction des besoins du patient.

Le médecin se montre disponible pour répondre à d'autres questions et ensuite lui donne des informations sur les modalités d'être contacté.

- Le médecin analyse le contexte de vie du patient et son comportement face à la personne qui prend soin de lui et demande à celui-ci comment il se sent.
- Le médecin offre au soignant la possibilité de parler de ses besoins et de ses préoccupations et assure un cadre confortable pour cette entrevue.
- Le médecin demande au soignant s'il travaille et si son travail est compatible avec les soins accordés au patient.
- Le médecin demande au soignant si son revenu est suffisant pour couvrir les soins accordés à M. X et s'il croit que le patient recevra un meilleur soin dans un autre endroit.

- Le médecin veut savoir si la personne qui assure les soins connaît quels sont les pas à suivre au cas où M. X aurait besoin de soins de premier secours ou bien si son installation dans une autre location serait préférable.
- Le médecin veut savoir si le soignant se sent seul ou bien s'il y a quelqu'un d'autre qui l'aide avec les soins de M. X.
- Le médecin demande de nouveau au soignant s'il a d'autres questions ou inquiétudes et ensuite il part tout en gardant une attitude bienveillante.

Lire et vocabulaire

Cliquez sur la réponse correcte à chaque question :

1. Qu'est-ce qu'un soignant ?

Spécialiste en différentes thérapies médicales et psychologiques capable de planifier et de mettre en place un programme de thérapie approprié pour chaque patient.

Personne qui assume la responsabilité pour les besoins physiques et émotionnels d'une autre personne qui n'est pas capable de prendre soin d'elle-même.

2. Qu'est-ce qu'un hématologue ?

Médecin ayant des compétences quant aux maladies du sang et de la moelle épinière.

Médecin ayant des compétences quant aux maladies néoplasiques, plus particulièrement le cancer.

3. De quelle équipe de soins a besoin une personne en phase terminale ?

Cette personne a besoin d'une équipe interdisciplinaire de professionnels et/ ou bénévoles ayant la même spécialité qui assure le soin physique, social et spirituel.

Cette personne a besoin d'une équipe interdisciplinaire de professionnels et/ ou bénévoles ayant des spécialités différentes qui assure le soin physique, social et spirituel.

4. Qu'est-ce que le soin palliatif a en vue ?

Le soin palliatif a en vue également la satisfaction des besoins émotionnels et spirituels des patients en phase terminale qui se trouvent à l'hôpital ou à la maison.

Le soin palliatif a en vue seulement la satisfaction des besoins matériels des patients en phase terminale qui se trouvent à l'hôpital ou à la maison.

Vrai ou faux

1. Il est important pour le médecin d'établir dès le début une relation amicale avec le patient et avec la personne qui prend soin de lui. V/F

2. Le médecin offre au soignant la possibilité de parler de ses besoins et de ses préoccupations et assure un cadre confortable pour cette entrevue. V/F

3. Le soin palliatif assure exclusivement le soin médical du patient. V/F

4. La maison de retraite c'est l'endroit où l'on soigne des personnes âgées et leurs familles. V/F

5. Une équipe interdisciplinaire qui offre des soins palliatifs est formée de professionnels et/ ou bénévoles ayant des spécialités différentes. V/F

6. Le médecin demande au soignant si son revenu est suffisant pour couvrir les soins accordés au patient. V/F

7. Le médecin ne s'intéresse pas si le soignant travaille et si son travail est compatible avec les soins accordés au patient. V/F
8. Le patient en phase terminale peut être soigné à l'hôpital ou à la maison. V/F

Faites la correspondance entre les questions du médecin et les réponses du soignant:

Questions du médecin :	Réponses du soignant :
Comment vous situez-vous face aux soins accordés à M. Man ?	Je ne me rends pas compte maintenant si je suis préparé/e pour un tel moment.
Pourrions-nous aider à son soin ?	Pour le moment j'essaie de me débrouiller tout/e seul/e.
Est-ce que vous travaillez ? Croyez-vous que votre travail est compatible avec le soin de M. Man ?	Non, je ne me sens pas seul/e. J'ai la famille à mon côté et je sens que je peux également compter sur vous.
Savez-vous quels sont les pas à suivre au cas où notre patient aurait besoin de soins de premier secours ou il devrait être installé dans une autre location ?	Dans l'état où il est maintenant je suis capable de m'occuper de lui tout/e seul/e.
Êtes-vous préparé/e au cas où le décès de M. Man surviendra à la maison ?	Non, je ne travaille pas actuellement, je suis à la retraite.
Êtes-vous capable de le soigner seul/e ? Sinon comment pourrions-nous vous aider ?	Je suis mal à l'aise parce que je vois qu'il souffre.
Est-ce que vous vous sentez seul/e ? Avez-vous un autre appui ?	Oui, j'ai reçu des instructions comment réagir dans de telles situations.

Faites la correspondance entre les expressions médicales formelles et celles informelles:

Holistique	Compassion
Compréhension	Docteurs et infirmières
Equipe médicale	Qui nécessite une action immédiate
Irrésistible	Qui concerne le tout
Interdisciplinaire	Impossible de contrôler
Urgent	Location pour les personnes âgées
Compatible	Pression psychique extrême
Stress	Qui implique plusieurs disciplines
Accablant	Adéquat
Maison de retraite	Comblant

Grammaire intégrée

Cliquez sur la variante correcte :

1. Ne savez-vous pas quand il faut prendre les médicaments ?
 Demander des informations sur un fait/ Demander l'opinion de quelqu'un sur la vérité d'un fait/ Demander l'accord de quelqu'un sur la vérité d'un fait



2. Croyez-vous que votre revenu est suffisant pour couvrir les soins accordés à M. Man ?
Demander des informations sur un fait/ Demander l'opinion de quelqu'un sur la vérité d'un fait/ Demander l'accord de quelqu'un sur la vérité d'un fait

3. M. Man se sent à l'aise avec ses nouveaux collègues, n'est-ce pas ?
Demander des informations sur un fait/ Demander l'opinion de quelqu'un sur la vérité d'un fait/ Demander l'accord de quelqu'un sur la vérité d'un fait

4. Selon votre opinion je pourrais aider afin d'assurer la satisfaction des besoins du patient ?
Demander des informations sur un fait/ Demander l'opinion de quelqu'un sur la vérité d'un fait/ Demander l'accord de quelqu'un sur la vérité d'un fait

5. Dites-moi : votre épouse vient-elle aujourd'hui ?
Demander des informations sur un fait/ Demander l'opinion de quelqu'un sur la vérité d'un fait/ Demander si un fait est vrai

Cliquez sur la structure correcte :

1. C'est vrai que / Savez-vous quels votre travail est compatible avec les soins accordés au patient ?
2. Croyez-vous que / Savez-vous quand votre revenu est suffisant pour couvrir les soins accordés à M. Man ?
3. Savez-vous si / Savez-vous où M. Man se sent bien dans la maison de retraite ?
4. Dites-moi quelle / Dites-moi si votre épouse vient aujourd'hui.
5. Avez-vous l'amabilité de me dire quelle / Avez-vous l'amabilité de me dire quand vous avez besoin de quelqu'un pour vous aider ?

Expression orale

Écrivez un dialogue entre un soignant et un médecin qui s'intéresse aux besoins de celui-ci (voir le texte). Utilisez les expressions adéquates. Enregistrez ce dialogue, qui sera envoyé automatiquement au Forum pour être évalué par l'un de vos collègues.

Devoir 2 : Évaluez 1 ou 2 devoirs de vos collègues de la section audio du Forum.

Expression écrite

Écoutez et écrivez ce que vous entendez:

.....
(Voir ci-dessous la transcription du passage d'écoute)

! Vous pouvez accéder à l'unité en ligne sur le lien suivant: <http://medlang.eu/course/>

Savez-vous quels sont les pas à suivre au cas où notre patient aurait besoin de soins de premier secours ou il devrait être installé dans une autre location?

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

1. Back LA, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA. **Approaching difficult communication tasks in oncology.** *CA Cancer J Clin* 2005; **55**, 164-177.
2. Baek SK, Kim S, et al. **Effect of advanced cancer patient's awareness of disease status on treatment decisional conflict and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean perspective cohort study.** *Support Care Cancer* 2012; 20:1309-1316
3. Bee PE, Barnes P, Luker AL. **A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer.** *Journal of Clinical Nursing* 2008; 18:1379-1393
4. Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Van Houdt, S., Vanwalleghem, G., Gryson, L., Heyman, H., Thyse, C., Toppets, A., Stordeur, S. & Van den Heede, K. **Een nationale richtlijn voor decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).** KCE Reports 2012, 193A.D/2012/10.273/95.
5. Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – **Skills in clinical nursing, 6-th ed.**, Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009
6. Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina **Skills in clinical nursing, 6-th ed -** Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009
7. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. **Assessment of pain.** *Br J Anaesth*, 2008; 101 (1): 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>
8. Brown RF. **Patient centered communication skills training for oncologists: describing the content and efficacy of training.** *Common Educ.* 2010, 59, 236-249.
9. Buckman R. **Communication skills in palliative care. A practical guide.** *Neurologic Clinics* 2001; 19(4): 989-1004
10. Bylund CL, et al. **Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center.** *J Cancer Educ.* 2011, 26, 604-611.
11. Caspersz, Donella and Stasinska, Ania, **Can we teach effective listening? An exploratory study,** *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 12(4), 2015. Available at:<http://ro.uow.edu.au/jutlp/vol12/iss4/2>
12. Centers for Disease Control and Prevention. **Overview of CDC Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections.** <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Guide/overview.htm>
13. Deschepper R, Vander Stichele R, et al. **Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flandres, Belgium.** *British Journal of General Practice* 2006; 56:14-19

14. Fallowfield L, Jenkins V. - **Effective communication skills are the key to good cancer care.** Eur. J. Cancer 35(11) Oct. 1999 1592-1597
15. Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. **Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care.** Palliat Med. 2002 Jul;16(4):297–303
16. Finset A, Ekeberg O, et al. **Long term benefits of communication skills training for cancer doctors.** Psycho-Oncology 2003; 12:686-693
17. Ghețu N., Huțanu I, Perțea Mihaela, Petriș O., Poroș V., Sîrbu P., Tamaș Camelia, Turliuc Dana Mihaela, **Abilități chirurgicale fundamentale.** Ed. "Gr. T. Popa" UMF Iași 2014,(editura acreditată CNCIS cod 229), (ISBN 978-606-544-272-6)
18. Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska and Melissa French. **Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP).** Arthritis Care & Research, 2011; Volume 63, Issue Supplement S11: Pages S240–S252. DOI 10.1002/acr.20543
19. HackTF, Degner LF, Parker PA. **The communication goals and needs of cancer patients: a review.** Psychooncology 2005, 14(10), 831-845.
20. <http://www.cbsnews.com/news/a-big-problem-with-flossing/> 2 August 2016
21. <http://www.smokingpackyears.com/>
22. <https://www.youtube.com/watch?v=VVj-3R2Y9Ok>
23. Huskisson, E. C. **Measurement of pain.** 1974, Lancet, 2, 1127-1131
24. James Alvin Low, Sim Lai Kiow, Norhisham Main, Koh Kim Luan, Pang Weng Sun, May Lim, **Reducing Collusion Between Family Members and Clinicians of Patients Referred to the Palliative Care Team** Perm J. 2009 Fall; 13(4): 11–15.
25. Jarret N, Porter K, et al. **The networks of care surrounding cancer palliative care patients.** BMJ Supportive and Palliative Care 2015; 5: 435-442.
26. Jensen MP, Chen C, Brugger AM. **Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain.** J Pain, 2003;4:407–14.
27. Lam KK. **Empathy - an essential tool for communication for palliative care doctors.** HKSPM Newsletter 2006, Sep Issue 2, 13.
28. Lelorain S, et al. **A systematic review of the association between empathy measures and patient outcomes in cancer care.** Psychooncology 2012, 21(12), 1255-64.
29. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, **Job Burnout** Annu. Rev. Psychol. 2001 52:397–422
30. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. **Clinical applications of visual analogue scales: a critical review.** Psychol Med 1988;18:1007–19.

31. Ministry of Health. **Guidelines for Syringe Driver Management in Palliative Care in New Zealand. Wellington:**
<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>
 2009
32. Mosoiu D. **Comunicarea in cancer.** 2009, 31-35.
33. NHS Trust Oxford Radcliffe Hospital **Clinical protocol for the use of syringe drivers in palliative care (adults)** <http://www.palliativedrugs.com/download/SDprotocol.pdf>
34. Nøddeskou LH, Hemmingsen LE, Hørdam, B. **Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomised controlled trial.** Scandinavian Journal of Caring Sciences. June 2015, Vol. 29 Issue 2, p347-352. 6p. DOI: 10.1111/scs.12170.
35. Oleg Codreanu, Svetlana Plămădeală, Ovidiu Petriș **Ghid de manopere practice – Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, Chișinău, 2013, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu;** (ISBN 978-9975-113-93-9)
36. Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. **Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth?** J Clin Oncol. 2008 Mar 1;26(7):1175–7.
37. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. **Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review.** J Adv Nurs. 2006 Apr;54(1):94-110.
38. Peter Maguire, Ann Faulkner **Communicate with cancer patients: Handling uncertainty, collusion, and denial** BMJ 1988 VOLUME 297 15 OCTOBER pg 972-974
39. Petriș Ovidiu Rusalim **Ghid de studiu - protocoale, evaluări – Abilități Clinice Fundamentale - Ed. a 2-a, rev. și adăug.** –Ed. Gr. T. Popa, 2014; (ISBN 978-606-544-276-4)
40. Petriș Ovidiu Rusalim **Guide d'étude - protocoles, évaluations: habiletés cliniques fondamentales,** Ed. Gr. T. Popa, 2012 (ISBN 978-606-544-103-3)
41. Petriș Ovidiu Rusalim **Note de curs. Modul integrativ pentru studiul rinichiului.,** Ed. "Gr. T. Popa" U.M.F. Iași, 2013, (editura acreditată CNCSIS cod 229), pg. 134-154,(ISBN 978-606-544-167-5).
42. Petriș Ovidiu Rusalim, **Study guide - protocols, assessments : basic clinical skills** Ed. Gr. T. Popa, 2012 , (ISBN 978-606-544-104-0),
43. Platt FW, Keller VF. **Empathic communication: a teachable and learnable skill.** J Gen Intern Med 1994, 9, 222-226.
44. Poot E, Mintjes-De Groot J, Weststrate J, Van Der Eerden, L. & Adriaansen M. **Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen.** 2008, Houten: Bohn stafleu van Loghum.
45. **Professional Quality of Life Scale (PROQOL), Compassion Satisfaction and Compassion fatigue (PROQOL) Version 5** (2009). Available at URL: http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf

46. Randall F, Downie R. **End of life choices**. Oxford University Press, 2009
47. Sallnow L, Richardson H, et al. **The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review**. Palliative Medicine 2015; 30(3): 200-211.
48. Santosh K. Chaturvedi, Carmen G. Loiselle, Prabha S. Chandra, **Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective Indian J Palliat Care**. 2009 Jan-Jun; 15(1): 2–9
49. Schoonhoven L, van Gaal B, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. **Cost-consequence analysis of “washing without water” for nursing home residents: A cluster randomized trial**. International Journal of Nursing Studies. January 2015 52(1):112-120. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001
50. Scott Finlayson C, Chen YT, Fu MR. **The impact of patients’ awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997-2014**. Palliative Care Review 2014;17(10): 1-11.
51. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB. **A model of empathic communication in the medical interview**. JAMA 1997; 277(8):678–682.
52. Tang ST, Liu T, et al. **Physician-patient end-of-life care discussion: correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients- a cross-sectional survey study**. Palliative Medicine 2014; 28(10): 1222-1230.
53. The State of Queensland, Queensland Health, **2010 Guidelines for syringe driver management in palliative care’**. **Second edition 2010**
https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0029/155495/guidelines.pdf
54. Thomas K, Lobo B. **Advance care planning in end of life care**. Oxford University Press, 2010
55. Treece PD. **Communication in the intensive care unit about the end of life**. AACN Advanced Critical Care 2007; 18(4): 406-414
56. UK Chief Medical Officers **Low risk drinking guidelines**, August 2016
www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf
57. Wallace CL. **Family communication and decision making at the end of life: a literature review**. Palliative and Supportive Care 2015; 13:815-825
58. Wittenberg-Lyles E. **Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication**. Patient Educ Couns 2012, 89(1), 31-37.