

# Le **PLAN** **THÉRAPEUTIQUE** **INFIRMIER**

La trace des décisions cliniques de l'infirmière

APPLICATION DE LA LOI 90



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

**Document adopté par le Bureau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à sa réunion des 20 et 21 avril 2006**

**Coordination et rédaction**

Direction scientifique :  
Judith Leprohon, inf., Ph.D.  
Louise-Marie Lessard, inf., Ph.D.

**Collaborations**

**OIIQ**

Direction du développement et du soutien professionnel :  
Suzanne Durand, inf., M.Sc.inf., DESS en bioéthique, directrice,  
et son équipe

Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif :  
Ginette Thériault, M.A., directrice  
Carole Mercier, inf., M.Sc., Jacinthe Normand, inf., M.A.P. et  
Jocelyne Poirier, inf., M.Ed. directrices-conseil

Bureau de surveillance de l'exercice infirmier :  
Carole Deshaies, inf., M.Sc., directrice, et son équipe

Bureau du syndic :  
Sylvie Truchon, inf., M.Sc., directrice, et son équipe

Direction des services juridiques :  
Hélène D'Anjou, avocate

**Milieus cliniques et milieux de l'enseignement**

Plus de 100 infirmières ont collaboré à l'élaboration du présent document sur le plan thérapeutique infirmier et d'un document complémentaire de soutien à la formation et à l'implantation, dans lequel elles sont identifiées. Provenant de diverses régions, ces infirmières regroupent des infirmières soignantes de différents milieux cliniques, des conseillères en soins, des gestionnaires en soins infirmiers, des directrices, directeurs et responsables des soins infirmiers ainsi que des professeurs et des enseignantes.

Nous remercions toutes les infirmières qui ont contribué directement ou indirectement à ces travaux au cours des trois dernières années, que ce soit dans le cadre des consultations, de la production des exemples ou de la validation des textes.

Nous remercions également Anne-Hélène Penault et Suzanne Bélanger pour leurs judicieux conseils d'édition.

**Production**

Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ

**Coordination**

Sylvie Couture, Coordinatrice des publications  
Karine Méthot, Adjointe

**Révision linguistique**

Françoise Turcotte  
Odette Lord

**Conception graphique**

Marc Sénécal / Inoxidée

**Réalisation graphique**

Béland Design

**Distribution**

Centre de documentation

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec  
4200, boulevard Dorchester Ouest  
Montréal (Québec) H3Z 1V4  
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048  
Télécopieur : 514 935-5273  
cdoc@oiiq.org  
www.oiiq.org

**Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006  
ISBN-10 : 2-89229-402-9  
ISBN-13 : 978-2-89229-402-6

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec  
Tous droits réservés

Note – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ,  
le féminin est utilisé seulement pour alléger la présentation.

## **LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER**

<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>Documenter le plan thérapeutique infirmier : une norme professionnelle</b>	<b>5</b>
<b>Documenter le plan thérapeutique infirmier : la responsabilité de chaque infirmière</b>	<b>6</b>
Faire état des constats de l'évaluation : problèmes et besoins prioritaires du client	6
Rendre compte du suivi clinique : directives infirmières	7
Justifier les décisions cliniques	8
Signer le plan thérapeutique infirmier et les ajustements apportés	8
Consigner le PTI au dossier dans un outil de documentation distinct	8
<b>Plan thérapeutique infirmier (PTI)</b>	<b>9</b>
<b>Quelques exemples</b>	<b>10</b>
1. Soins de longue durée	11
2. Soins à domicile	17
3. Soins chirurgicaux	23
<b>Références</b>	<b>26</b>



## INTRODUCTION

L'entrée en vigueur de la loi 90, en janvier 2003, a amené une redéfinition du champ d'exercice des infirmières<sup>1</sup> qui confirme la reconnaissance par le législateur de leur compétence et de leur responsabilité à l'égard de l'évaluation clinique. Les modifications apportées à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* à cet effet comprennent trois activités réservées et introduisent la notion de « plan thérapeutique infirmier » :

- évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ;
- exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du **plan thérapeutique infirmier** ;
- effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.

Étroitement interreliées, ces activités réservées sont associées à des décisions cliniques que les infirmières prennent au quotidien. Souvent, ces décisions n'apparaissent pas aux dossiers des clients ou sont difficiles à retrouver. Pourtant, les infirmières en sont imputables. Ces décisions doivent donc être documentées au dossier du client. Le plan thérapeutique infirmier permet de rendre facilement accessibles les décisions cliniques prises par l'infirmière sur la base de son évaluation et qui sont cruciales pour le suivi clinique<sup>2</sup> du client.

## DOCUMENTER LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER : UNE NORME PROFESSIONNELLE

Compte tenu de l'importance du plan thérapeutique infirmier pour la sécurité et la qualité des soins infirmiers, le Bureau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a décidé d'en rendre la documentation obligatoire, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009, par l'adoption de la norme suivante :

NORME

**L'INFIRMIÈRE CONSIGNE AU DOSSIER DE CHAQUE CLIENT, DANS UN OUTIL DE DOCUMENTATION DISTINCT, LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER QU'ELLE DÉTERMINE AINSI QUE LES AJUSTEMENTS QU'ELLE Y APORTE SELON L'ÉVOLUTION CLINIQUE DU CLIENT ET L'EFFICACITÉ DES SOINS ET DES TRAITEMENTS QU'IL REÇOIT.**

*Déterminé et ajusté par l'infirmière à partir de son évaluation clinique et consigné au dossier du client, le plan thérapeutique infirmier dresse le profil clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires du client. Il fait également état des directives infirmières données en vue d'assurer le suivi clinique du client et qui portent notamment sur la surveillance clinique, les soins et les traitements. Couvrant le continuum de soins et de services, le plan thérapeutique infirmier peut englober un ou plusieurs épisodes de soins.*

Qu'en est-il de la différence entre le plan thérapeutique infirmier, le plan de soins et de traitements infirmiers et le plan de traitement d'une plaie ?

- Le plan thérapeutique infirmier constitue une note d'évolution à caractère obligatoire qui regroupe au dossier les décisions de l'infirmière liées au suivi clinique du client.
- Le plan de soins et de traitements infirmiers représente un outil de planification dont la forme et l'application varient selon les milieux.
- Le plan de traitement d'une plaie, dont la consignation au dossier est obligatoire, décrit les interventions à caractère curatif et palliatif déterminées par l'infirmière pour traiter la plaie.

1. Le féminin est utilisé dans ce texte sans préjudice et seulement pour l'alléger.

2. Ensemble d'interventions déterminées, mises en œuvre et ajustées au besoin par l'infirmière, dans le but de surveiller la condition physique et mentale d'un client, de lui prodiguer les soins et les traitements requis par son état de santé et d'en évaluer les résultats.

Par ailleurs, dans un contexte d'interdisciplinarité, l'information que le plan thérapeutique infirmier fournit sur le suivi clinique du client constitue une source d'information précieuse pour alimenter l'équipe multidisciplinaire au moment de la révision du plan d'intervention interdisciplinaire<sup>3</sup> ou du plan de services individualisé.

## **DOCUMENTER LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER : LA RESPONSABILITÉ DE CHAQUE INFIRMIÈRE**

L'infirmière doit déterminer un plan thérapeutique infirmier (PTI) pour chaque client, sauf en cas d'interventions ponctuelles (ex. : campagne de vaccination, lavage d'oreilles). S'il ne s'agit pas du premier épisode de soins et que le client a déjà un plan thérapeutique infirmier à son dossier, l'infirmière doit pouvoir le consulter pour connaître les éléments pouvant avoir une incidence sur le nouvel épisode de soins.

Chaque infirmière qui donne des soins à un client engage sa responsabilité vis-à-vis du plan thérapeutique infirmier. Ainsi, une autre infirmière que celle qui a déterminé le plan thérapeutique infirmier doit en appliquer les directives, à moins qu'elle ait à l'ajuster pour tenir compte de l'évolution de la condition du client, de la survenance de nouveaux événements, des réactions du client ou des résultats obtenus. Elle doit alors expliquer cet ajustement dans les notes d'évolution ou dans tout autre outil permanent de documentation des soins (plan de cheminement clinique, feuille de suivi de la plaie, etc.).

Lorsqu'une infirmière experte (en soins de plaies, oncologie, allaitement, etc.) intervient, elle inscrit au plan thérapeutique infirmier le constat de son évaluation ainsi que ses directives concernant le suivi à effectuer, décisions qu'elle justifie sur le plan clinique dans les notes d'évolution du client.

Selon les directives qui y sont données, le plan thérapeutique infirmier peut s'adresser à tous les membres de l'équipe de soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires et non-professionnels). Toutefois, seule l'infirmière peut déterminer ou ajuster le PTI, sur la base de son évaluation clinique.

## **FAIRE ÉTAT DES CONSTATS DE L'ÉVALUATION : PROBLÈMES ET BESOINS PRIORITAIRES DU CLIENT**

L'infirmière doit inscrire au plan thérapeutique infirmier les problèmes et les besoins prioritaires du client qu'elle a constatés à partir de son évaluation. Il s'agit des constats qu'elle juge importants pour établir un profil clinique évolutif de la situation de santé du client et pour assurer le suivi clinique requis. Un problème ou un besoin est considéré comme prioritaire s'il requiert un suivi clinique particulier ou s'il influe sur le suivi clinique du client. Il peut s'agir, entre autres, d'un nouveau problème ou besoin se manifestant au cours d'un épisode de soins ou de la détérioration d'un problème déjà inscrit au plan thérapeutique infirmier.

Ces constats font appel au jugement exercé par l'infirmière après que celle-ci a recueilli, analysé et interprété toute l'information pertinente provenant de différentes sources, telles qu'une collecte de données adaptée à la situation, l'examen clinique du client comprenant l'histoire de santé et l'examen physique, les diagnostics médicaux, les résultats des tests et examens diagnostiques, les grilles d'évaluation des risques, etc. L'infirmière détermine ces priorités en tenant compte des besoins définis en partenariat avec le client et ses proches, s'il y a lieu.

Établi de façon chronologique, le profil clinique évolutif fait état des constats de l'infirmière quant à :

- la présence (ou l'apparition) et la résolution des problèmes prioritaires ainsi que tout changement important significatif pour le suivi clinique du client ;
- l'existence (ou la manifestation) et la satisfaction des besoins prioritaires.

3. Le plan d'intervention interdisciplinaire comprend les interventions planifiées conjointement par les membres de l'équipe multidisciplinaire en vue de satisfaire aux besoins de soins et d'assistance du client au cours d'un épisode de soins, intra-établissements et interétablissements.

Au moment du retour du client à domicile ou dans son milieu de vie à la suite d'une hospitalisation ou lors d'un événement significatif pour le suivi clinique (chute, accident, perte d'un être cher, etc.), l'infirmière doit donc réévaluer la situation de santé du client et ajuster le plan thérapeutique infirmier au besoin.

*La formulation des constats de l'évaluation doit être brève, claire et précise afin de faciliter le suivi clinique. Seuls les problèmes ou les risques ayant une incidence sur le suivi clinique du client sont inscrits au PTI.*

## **RENDRE COMPTE DU SUIVI CLINIQUE : DIRECTIVES INFIRMIÈRES**

L'infirmière doit inscrire au plan thérapeutique infirmier ses directives concernant le suivi clinique du client relativement aux besoins et aux problèmes prioritaires constatés au PTI. Elle tient compte des résultats probants<sup>4</sup> pour établir ses directives et les ajuster selon l'évolution de la situation de santé du client et l'efficacité des soins et des traitements effectués.

Les directives infirmières donnent des indications cruciales pour assurer la surveillance clinique, les soins, les traitements et les autres interventions requises par le client. En général, il s'agit d'indications à caractère spécifique ou exceptionnel. Elles portent sur des interventions particulières requises par la situation de santé du client ou par une évolution atypique de sa condition clinique. Par exemple, vérifier le soulagement de la douleur à la suite de l'administration d'un analgésique fait partie des standards de pratique et n'a pas à être inscrit au plan thérapeutique infirmier, sauf si cette vérification vise à permettre à l'infirmière d'ajuster les entredoses d'un client dont la douleur n'est pas soulagée.

Les directives infirmières relatives à la surveillance clinique constituent un volet important du suivi clinique. Elles permettent à l'infirmière :

- de déterminer et d'ajuster la cible et les paramètres de la surveillance clinique selon l'évolution de la condition du client ;
- de mettre à contribution les autres membres de l'équipe de soins infirmiers en indiquant les signes et les symptômes à observer chez le client et à les lui signaler, le cas échéant.

L'infirmière donne aussi des directives concernant certains soins et traitements médicaux prescrits, dans le cadre du suivi clinique qu'elle exerce auprès du client. Ces directives infirmières peuvent viser, par exemple, à :

- effectuer un traitement médical selon une ordonnance collective (ex. : administration d'un lavement) ;
- préciser une stratégie d'intervention (ex. : utiliser la voie rectale pour l'administration d'un analgésique à un client nauséeux).

*Le niveau de précision dans la formulation des directives infirmières varie, notamment selon les outils de documentation et les outils cliniques utilisés de façon connexe. Par exemple, si un plan standardisé de soins et de traitements infirmiers ou encore un plan de cheminement clinique (suivi systématique de clientèle) est utilisé, la formulation sera moins précise, sauf pour les ajustements personnalisés déterminés par l'infirmière (voir l'exemple 3).*

Dans la formulation des directives infirmières, l'infirmière tient compte également des personnes susceptibles de contribuer à la réalisation du plan thérapeutique infirmier, soit les infirmières auxiliaires et les non-professionnels [préposés aux bénéficiaires (PAB), auxiliaires familiales et sociales (AFS), etc.], ainsi que les clients et leurs proches.

Dans une perspective de collaboration interprofessionnelle, l'infirmière peut préciser des conditions de réalisation pour optimiser la contribution des **infirmières auxiliaires** à la réalisation du plan thérapeutique infirmier.

4. Pratiques reconnues qui s'appuient notamment sur des résultats de recherche ou des consensus d'experts.

Ces conditions peuvent servir notamment à :

- spécifier les signes et les symptômes motivant une intervention qui dépend de l'évolution de la condition clinique du client (ex. : SI absence de selles pendant trois jours, appliquer le protocole infirmier de constipation) ;
- indiquer les situations où l'infirmière auxiliaire doit aviser l'infirmière afin de pouvoir procéder à une évaluation clinique du client (ex. : SI l'administration d'un suppositoire de glycérine n'a pas donné les résultats escomptés ; ou encore AVANT d'administrer un analgésique PRN à un client dont elle essaie de contrôler la douleur à l'aide d'entredoses).

Lorsque l'infirmière travaille avec des infirmières auxiliaires, elle doit préciser dans ses directives les activités qu'elle se réserve. Ces activités comprennent celles qui relèvent de son champ d'exercice (ex. : « évaluer la plaie q sem. *par inf.* ») et celles qu'elle juge devoir exercer elle-même en raison de la condition du client ou de la complexité d'un soin et d'un traitement (ex. : « réfection du pansement compressif à quatre couches q sem. *par inf.* »).

Lorsque l'infirmière donne des directives à l'intention de **non-professionnels**, elle tient compte du fait que ceux-ci n'ont pas accès au dossier du client. Ainsi, elle indique au plan thérapeutique infirmier ce sur quoi portent les directives et elle y précise la modalité de transmission (ex. : dir. plan travail PAB vs manifestations d'agitation à signaler). Lors de la transmission de ces directives, elle s'assure de les rendre suffisamment explicites pour assurer un suivi adéquat (par exemple, en énumérant dans le plan de travail du préposé les signes et les symptômes à observer et à lui signaler, le cas échéant). Il en est de même pour les directives données au **client ou à ses proches**.

## **JUSTIFIER LES DÉCISIONS CLINIQUES**

L'infirmière justifie la détermination et les ajustements du plan thérapeutique infirmier dans ses notes d'évolution ou autres outils permanents de documentation des soins infirmiers.

Ainsi, elle centre ses notes d'évolution sur ses décisions cliniques. Qu'il s'agisse de décisions relatives à l'évaluation ou au suivi clinique, elle les motive sur le plan clinique, en se référant à l'évolution de la condition du client. L'infirmière s'appuie sur des résultats probants, s'il y a lieu.

## **SIGNER LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER ET LES AJUSTEMENTS APPORTÉS**

L'infirmière signe le plan thérapeutique infirmier qu'elle détermine ainsi que les ajustements qu'elle y apporte par la suite, car ils engagent sa responsabilité professionnelle. Il en va de même pour les directives inscrites au plan thérapeutique infirmier qu'elle transmet par écrit au personnel non professionnel ou au client et à ses proches.

## **CONSIGNER LE PTI AU DOSSIER DANS UN OUTIL DE DOCUMENTATION DISTINCT**

Le plan thérapeutique infirmier (PTI) fait partie intégrante du dossier du client et il est consigné dans un outil de documentation distinct. Il ne traite que des problèmes et des besoins prioritaires ayant une incidence sur le suivi clinique du client, ainsi que des directives infirmières qui sont cruciales pour ce suivi. De ce fait, le plan thérapeutique infirmier fournit un résumé permettant de retrouver facilement les décisions de l'infirmière quant au suivi clinique du client. Par exemple, en une seule page, il peut couvrir une période de trois jours en soins de courte durée ou de trois mois en soins de longue durée.

Le formulaire présenté à la page suivante a été conçu pour faciliter l'application de la norme de documentation du plan thérapeutique infirmier. Le caractère prioritaire de l'information qu'il comprend devrait limiter la duplication entre son contenu et celui des autres outils de documentation utilisés (plans de soins et de traitements infirmiers, feuilles d'enregistrement systématique, etc.). Divers moyens devront être examinés pour assurer l'accès au plan thérapeutique infirmier, que ce soit tout au long du continuum de soins et de services ou d'un épisode de soins à l'autre.





## QUELQUES EXEMPLES

Afin d'illustrer le plan thérapeutique infirmier, voici trois exemples provenant de différents contextes de pratique.

### Exemples

1. Soins de longue durée – Soulagement de la douleur
2. Santé communautaire – Soins à domicile
3. Soins chirurgicaux

### Illustrations

CHSLD – Équipe de soins infirmiers  
CSSS – CLSC – Continuum de soins et services  
CSSS – CH – Suivi systématique de clientèle

Ces exemples ont été élaborés avec la collaboration d'infirmières provenant de différents milieux et adaptés aux fins du présent document<sup>5</sup>.

Chacun des exemples suivants comprend un bref résumé de la situation clinique, le plan thérapeutique infirmier, quelques extraits des notes d'évolution ainsi que des commentaires explicatifs visant à mettre en relief les divers éléments à considérer au moment de la détermination et de l'ajustement du plan thérapeutique infirmier. *Aux fins de l'illustration, une couleur a été attribuée à chaque problème, afin qu'il soit plus facile de repérer les directives infirmières, les extraits des notes d'évolution et les commentaires s'y rapportant.*

# 1 EXEMPLE 1 SOINS DE LONGUE DURÉE

Collaboration : Monique Bourque, inf., M.A., Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke  
Linda Thibault, inf., M.Sc., Institut universitaire de gériatrie de Montréal

L'exemple couvre une période d'environ trois mois, soit entre le 16 octobre 2005 et le 21 janvier 2006, et décrit une situation clinique se déroulant dans une unité de soins de longue durée. L'équipe de soins infirmiers comprend, en plus de l'infirmière, des infirmières auxiliaires qui donnent une grande partie des soins, ainsi que des préposés aux bénéficiaires qui donnent les soins d'assistance pour les activités de la vie quotidienne, comme les soins d'hygiène et d'élimination.

## Résumé de la situation clinique

- M<sup>me</sup> Alice Beaugard, âgée de 89 ans, présente une perte cognitive grave secondaire à la maladie d'Alzheimer, actuellement évaluée au stade VI-VII et, par conséquent, une grande perte d'autonomie dans toutes les activités de la vie quotidienne (AVQ).
- Elle est également atteinte d'arthrose importante et d'ostéoporose.
- M<sup>me</sup> Beaugard prend la médication suivante :
  - acétaminophène (Tylenol) 325 mg 2 co PO qid ;
  - codéine 15 mg 1 co PO aux 3-4 h PRN ;
  - risperidone (Risperdal) 0,25 mg 1 co PO tid ;
  - sennoside (Senokot) 2 co PO q.d. ;
  - docusate (Colace) 1 co PO q.d.
- Depuis quelque temps, à l'occasion des changements de position et des soins d'hygiène, elle présente des manifestations comportementales d'agitation et d'agressivité verbale (crier, gémir, dire des paroles blessantes) et physique (frapper, pincer, égratigner).
- Au début de la période décrite, le suivi clinique des manifestations comportementales d'agitation et d'agressivité amène l'infirmière à établir rapidement un lien avec la douleur, tout en considérant la possibilité que d'autres facteurs contribuent aux réactions de M<sup>me</sup> Beaugard.
- L'infirmière détermine une stratégie d'intervention qui consiste à administrer systématiquement la codéine prescrite PRN pour réduire la douleur lors des manipulations. Après une semaine, la codéine prise régulièrement est remplacée par le fentanyl (Duragesic).
- Par la suite, M<sup>me</sup> Beaugard présente une plaie de stade 1 et de la constipation, malgré les mesures de prévention mises en place. Compte tenu de l'utilisation des culottes d'incontinence de nuit pour diminuer l'occurrence de manipulations douloureuses, de la mobilité réduite et des autres facteurs contribuant à la fragilité de la peau, l'infirmière constate un risque d'atteinte à l'intégrité de la peau qui requiert un suivi clinique.





## Commentaires

- 1 • 2000-11-07 : Constat d'évaluation qui ne requiert pas de suivi clinique particulier à cette étape-ci, mais qui a une incidence sur le suivi clinique de la résidente.
- 2 • 2005-10-16 (9:30) : Problème prioritaire déterminé par l'infirmière à la suite de son évaluation de la condition physique et mentale de M<sup>me</sup> Beaugard, porte notamment sur son examen clinique, les comportements observés par l'équipe soignante et sa propre observation.  
• 2005-10-23 (9:30) : L'atténuation de ce problème à la suite du soulagement de la douleur est documentée dans les notes d'évolution.
- 3 • 2005-10-16 (14:30) : Constat justifié dans les notes d'évolution, notamment par un score de 8/30 à la grille Doloplus 2<sup>6</sup>, qui confirme la présence d'une douleur non soulagée par la médication actuellement reçue et explique, en partie, les manifestations comportementales d'agitation et d'agressivité de M<sup>me</sup> Beaugard.  
• Indication de l'intervention du médecin et de la physiothérapeute relativement à ce problème.
- 4 • 2005-10-23 (14:30) : Problème potentiel prioritaire résultant de la combinaison de plusieurs facteurs dont l'utilisation d'analgésiques narcotiques pour soulager la douleur.
- 5 • 2005-10-27 (10:00) : Problème potentiel prioritaire lié à l'utilisation régulière des culottes d'incontinence de nuit amorcée en vue de réduire les manipulations et à la présence d'autres facteurs comme la mobilité réduite et le faible degré d'activité.  
• Indication de l'intervention de l'ergothérapeute et de la diététiste de l'équipe multidisciplinaire pour diminuer la portée des facteurs contributifs.
- 6 • 2006-01-10 (8:30) : Problème prioritaire pour lequel l'infirmière a révisé les facteurs causals avec l'équipe de soins infirmiers et a déterminé le plan de traitement requis. Ce problème est résolu le 2006-01-21. Toutefois, le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau demeure, compte tenu des facteurs de risque toujours présents.

- 1 • Les interventions relatives à cette perte d'autonomie comportent principalement des soins d'assistance qui sont déterminés au plan de soins et de traitements infirmiers.
- 2 • 2005-10-16 (9:30) : **[A]** Directive infirmière pour l'application d'une stratégie d'intervention par toute l'équipe de soins infirmiers et inscription au plan de travail des préposés aux bénéficiaires (PAB).  
• 2005-10-23 (10:00) : **[B]** Directive infirmière pour remplir la grille d'observation comportementale servant à documenter les comportements d'agressivité et d'agitation, les éléments déclencheurs, ainsi que les interventions aidantes et non aidantes et transmission au plan de travail des PAB.  
• 2005-10-27 (10:00) : **[C]** L'analyse de la grille est documentée dans les notes d'évolution et permet à l'infirmière de déterminer une stratégie d'intervention pour l'équipe de soins infirmiers et d'autres directives à l'intention des PAB, qui sont énoncées à leur plan de travail.
- 2 3 • 2005-10-23 (10:00) : Directive infirmière pour l'évaluation par l'infirmière du soulagement de la douleur et des manifestations d'agitation et d'agressivité résiduelles, une fois la grille complétée, le 27 octobre **[D]** et ensuite chaque mardi **[E]**.
- 3 • 2005-10-16 : **[F]** Stratégie d'intervention, visant à maximiser l'efficacité de la médication, qui constitue une directive infirmière à l'intention des infirmières et des infirmières auxiliaires. Outre cette indication, l'infirmière auxiliaire peut administrer la codéine au besoin si la condition de M<sup>me</sup> Beaugard le requiert. Inscription de la cessation au moment où le médecin prescrit le Duragesic<sup>®</sup> (2005-10-23).  
• 2005-10-16 : **[G]** Directive infirmière aux préposés d'aviser l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire afin de pouvoir administrer l'analgésique et soulager la résidente.  
• 2005-10-16 : **[H]** Directive infirmière faisant appel à la collaboration des infirmières auxiliaires en vue de déterminer l'efficacité du contrôle de la douleur.  
• 2005-10-16 (14:30) : **[I]** Directive infirmière indiquant la prochaine évaluation de la douleur par l'infirmière avec la grille Doloplus 2.
- 4 • 2005-10-16 (14:30) : **[J]** Directive infirmière aux infirmières auxiliaires afin de soulager la constipation, au besoin.  
• Les interventions préventives de la constipation sont inscrites au plan de soins et de traitements infirmiers.  
• **[K]** Directive infirmière faisant appel à la collaboration de l'infirmière auxiliaire dans le cadre de la surveillance clinique de M<sup>me</sup> Beaugard en ce qui a trait au risque de constipation.
- 2 5 • 2005-10-27 : **[L]** Directive infirmière à l'intention des infirmières auxiliaires et des préposés concernant leur contribution pour surveiller l'intégrité de la peau de M<sup>me</sup> Beaugard ainsi que les manifestations d'agitation.  
• Les mesures explicites visant à prévenir l'intégrité de la peau sont inscrites au plan de soins et de traitements infirmiers.
- 6 • 2006-01-10 : **[M]** Plan de traitement applicable par l'équipe de soins infirmiers avec consignes plus explicites au plan de travail des préposés.  
• 2006-01-10 : **[N]** Directive infirmière à l'effet d'augmenter la fréquence des changements de position.  
• 2006-01-10 : **[O]** Directive infirmière à l'intention des infirmières auxiliaires et des préposés concernant leur contribution à la surveillance de la plaie.  
• 2006-01-10 : **[P]** Directive indiquant la fréquence de l'évaluation de la plaie effectuée par l'infirmière (chaque semaine). Cessation des directives au moment de la résolution du problème.

6. La grille Doloplus 2 est une échelle d'évaluation de la douleur chez la personne âgée qui présente des troubles de la communication verbale ; cet instrument permet d'évaluer objectivement la douleur et de distinguer les comportements d'autoprotection des comportements liés à la douleur ([www.doloplus.com](http://www.doloplus.com)).

## Extraits des notes d'évolution

2005-10-12

9:30 : Cherche à frapper et crie au moment du lever. Soins d'hygiène très difficiles à effectuer : s'oppose aux soins et semble souffrante. Reçoit codéine 15 mg 1 co PO.

10:15 : Semble soulagée. Ne crie plus, mais repousse le personnel lors de l'installation au fauteuil. Brigitte Durand, inf. aux.

2005-10-14

20:00 : Crie +++, semble souffrante, devient facilement irritable au moment de l'installation au lit. Reçoit codéine 15 mg 1 co PO.

21:45 : Dort. Nicole Filteau, inf. aux.

2005-10-16

2

9:30 : Manifestations d'agitation et d'agressivité (griffe, donne des coups, hurle) lors des soins d'hygiène et des changements de position depuis 1 semaine, démontre des signes de douleur tels faciès crispé, plaintes, grimaces. Codéine 15 mg semble réduire les manifestations d'agitation et d'agressivité. N'est pas constipée.

3

14:30 : Antécédents compatibles avec présence de douleur. Évaluation avec grille Doloplus 2 : score à 8/30 confirmant présence de douleur. Madeleine Bastien, inf.

2005-10-23

3

9:50 : Réévaluation avec Doloplus 2 : score à 4. Douleur soulagée avec administration de codéine avant les mobilisations.

2

Présence de comportements résiduels d'agitation et d'agressivité lors des soins d'hygiène et des changements de position, de moindre intensité depuis administration de codéine avant les soins d'hygiène et l'installation. Remplir la grille d'observation clinique pendant 3 jours. Madeleine Bastien, inf.

2005-10-27

2

3

10:00 : Analyse de la grille d'observation clinique : manifestations d'agitation et d'agressivité verbale et physique en lien avec la mobilisation (changements de culotte d'incontinence, soins d'hygiène, installation au lit) et la satisfaction des besoins de base (faim, soif, élimination) et de sécurité (peur pendant le bain). Directives aux préposés. Réévaluer q sem.

5

Ajout de la culotte d'incontinence augmente les facteurs de risque de lésion de la peau. Score à l'échelle de Braden : 13. Surveiller intégrité de la peau et directives aux PAB re : mesures préventives. Madeleine Bastien, inf.







## EXEMPLE 2 SOINS À DOMICILE

Collaboration : Sylvie Lafrenière, inf., M.Sc., CLSC Montréal-Nord<sup>7</sup>  
Esther Gaudreau, inf., B.Sc., CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Cet exemple porte sur une situation clinique concernant deux missions d'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS). Il s'agit d'un client que le centre hospitalier (CH) a dirigé vers le Programme des services à la communauté aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) du CLSC. L'extrait du plan thérapeutique infirmier présenté couvre une période de trois mois à compter de son congé du CH.

### Résumé de la situation clinique

- M. Bernard Dionne, âgé de 72 ans, est veuf depuis un an et vit seul.
- Il a un diabète de type 2 diagnostiqué il y a sept ans.
- Il a été dirigé vers le programme en raison d'un ulcère diabétique.
- Il présente également une insuffisance cardiaque chronique qui expliquerait une intolérance croissante à l'effort et une difficulté accrue à sortir de chez lui.

Au moment de son congé du CH, trois problèmes prioritaires non résolus sont inscrits au plan thérapeutique infirmier dont l'infirmière du CLSC tient compte dans le suivi clinique : 1. ulcère diabétique profond à la plante du pied gauche (niveau IIA, classification de Wagner) avec neuropathie ; 2. risque de détérioration de l'insuffisance cardiaque ; 3. diabète mal contrôlé lié à la non-adhésion au programme thérapeutique.

L'information additionnelle recueillie par l'infirmière du programme au cours des visites de M. Dionne et des communications avec sa fille est la suivante :

- M. Dionne est peu motivé à se prendre en charge. Il a une mauvaise hygiène personnelle et il ne prépare pas ses repas.
- Sa fille unique se dit découragée de voir son père se laisser aller, manger peu et mal, et oublier de prendre sa médication. Leur relation est tendue parce que le père est d'avis que sa fille aimerait que l'infirmière le convainque d'accepter l'hébergement alors qu'il n'est pas d'accord.
- Avant son hospitalisation, il bricolait et effectuait de menus travaux pour les autres locataires de l'immeuble, mais il se sent incapable de poursuivre ces activités, car il se fatigue rapidement.
- Il est dépassé par sa situation, se sent impuissant, pleure dès qu'il évoque le décès de son épouse ; il dit qu'il n'est plus bon à rien.
- L'infirmière note aussi une humeur triste, une perte d'intérêt du client pour ses activités habituelles, de l'insomnie. Il dit éprouver des pertes de mémoire depuis quelque temps. Son score à l'échelle de dépression gériatrique est de 25/30 (Brink et Yesavage, 1982) et de 29/30 au MMSE (Folstein).
- Il prend de 2 à 5 comprimés d'Ativan 1 mg par jour depuis le décès de sa conjointe et sa fille l'a retrouvé par terre à deux reprises depuis son retour du CH.

7. Employeur au moment de la rédaction de l'exemple.

**EXEMPLE 2**  
**EXTRAIT : PÉRIODE DU 20 MAI AU 30 AOÛT 2005 [3 MOIS]**

**M. BERNARD DIONNE**

**PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)**

CONSTATS DE L'ÉVALUATION											
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels / Services concernés			
					Date	Heure	Initiales				
2005-05-20	11:00	1	Ulcère diabétique niveau IIA : plante pied G	FM				M.D.			
2005-05-28	9:30	2	Risque de détérioration : insuffisance cardiaque	FM				M.D., Info-Santé			
		3	Diabète mal contrôlé lié à la non-adhésion au programme thérapeutique	FM	2005-08-30	9:30	GN	M.D., Info-Santé, diététiste			
2005-05-30	10:30	4	Négligence de soi : hygiène, alim., autosoins	GN	2005-08-30	9:30	GN	AFS			
2005-06-06	11:30	5	Relation tendue avec fille unique	GN				T.S.			
2005-06-14	14:00	6	État dépressif	GN				M.D., AFS, CDJ			
SUIVI CLINIQUE											
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE						
					Date	Heure	Initiales				
2005-05-20	11:00	1	Appliquer plan de traitement plaie q 2 jours ; q 3 jours si pansement primaire non saturé [A]	FM							
2005-05-28	9:30	2	Vérifier SV, œdème, bruits resp., tolér. à l'effort, poids q 2 sem. [C]		2005-06-14	14:00	GN				
		3	Consolider enseignement autosoins avant congé du CH [F]		2005-08-30	9:30	GN				
			Évaluer glycémie capillaire 3 fois/sem. x 3 sem. [G]		2005-06-14	14:00	GN				
			Vérifier Hb A <sub>1c</sub> q 3 mois [H]	FM							
2005-05-30	10:30	2	Enseignement : éléments d'auto-surveillance vs insuffisance cardiaque [E]								
		3	Utiliser test monofilament re : adhésion au traitement [I]								
		2 3	Enregistrer à Info-Santé [L]	GN	2005-08-30	10:30	GN				
2005-06-01	11:45	2 3 4	Dir. p. trav. AFS :								
			• aviser inf. si signes OAP, prise de médic., somnolence [M]								
			• alimentation, hygiène, autonomie, pesée [N]	GN							
2005-06-14	14:00	1	Remplacer alginate par gel aqueux [B]								
		2	Vérifier SV, œdème, bruits resp., tolér. à l'effort, poids q mois [D]								
		3	Évaluer glycémie capillaire q sem. par inf. [J]								
		6	Dir. verb. client : consulter médecin [P]	GN	2005-06-20	14:00	GN				
Signature de l'infirmière				Initiales	Programme / Service		Signature de l'infirmière		Initiales	Programme / Service	
France Marsolais				FM	CSSS-CH 5 <sup>e</sup> Sud						
Gabriel Nolin				GN	CSSS-CLSC/PALV						



## Commentaires

1 2 3

- Problèmes prioritaires non résolus au départ du CH, dont l'infirmière du CLSC assure le suivi clinique, et qui font aussi l'objet d'un suivi médical.

2 3

- Info-Santé concerné à compter de l'enregistrement de M. Dionne par l'infirmière du CLSC le 2005-05-30.

4 à 8

- Problèmes prioritaires constatés par l'infirmière du CLSC à partir de son évaluation clinique.

3

- 2005-05-28 : Constat justifié dans les notes d'évolution où il est noté que l'hémoglobine glyquée est à 10 %, ce qui indique une non-adhésion possible au traitement.
- Indication de l'intervention de la diététiste tel que planifié dans le cadre du plan d'intervention interdisciplinaire élaboré au CLSC.
- 2005-08-30 : Résolution constatée par l'infirmière du CLSC à la suite de l'amélioration de la condition mentale de M. Dionne.

4

- 2005-05-30 : Problème prioritaire requérant un suivi clinique de l'infirmière et la participation de l'auxiliaire familiale et sociale (AFS). Le problème est résolu le 2005-08-30 à la suite de l'amélioration de la condition mentale du client et de la diminution de sa consommation d'Ativan.

5

- 2005-06-06 : Constat d'évaluation déterminé après avoir discuté avec la fille de M. Dionne et documenté dans les notes d'évolution.
- Indication que la travailleuse sociale intervient à la suite de l'acceptation de M. Dionne et de l'orientation par l'infirmière (2005-08-30).

6

- 2005-06-14 : Déterminé après une évaluation de l'état de santé mentale, ce constat est documenté dans les notes d'évolution ; le sentiment d'impuissance et la tristesse s'ajoutent à la négligence de soi, amenant l'infirmière à constater un état dépressif. Le deuil non résolu et la consommation d'Ativan peuvent aussi agir de façon conjointe.

7

- 2005-06-14 : Constat d'évaluation déterminé à la suite de l'analyse des différentes données recueillies auprès du client, de sa fille et de l'AFS au cours des deux dernières semaines.

8

- 2005-06-14 : Problème prioritaire qui a un impact sur plusieurs autres problèmes présentés par le client et pour lequel un suivi est requis. La résolution du problème est notée le 2005-08-30.

1

- 2005-05-20 : **[A]** Indication du plan de traitement et de la fréquence des réfections déterminée au CH. Comme un formulaire de suivi des plaies est déposé au dossier du client, le plan de traitement déterminé par l'infirmière y est décrit ainsi que les ajustements apportés.
- 2005-06-14 : **[B]** Indication d'un ajustement au plan de traitement justifié par l'évolution clinique de la plaie.

2

- 2005-05-28 : **[C]** Surveillance clinique déterminée au CH lors du congé (q 2 sem.) et **[D]** ajustée (q sem.) par l'infirmière du CLSC le 2005-06-14 pour tenir compte de l'évolution de la condition clinique de M. Dionne.
- 2005-05-30 : **[E]** Directives verbales au client quant aux éléments d'auto-surveillance et aux signes de détérioration.

3

- 2005-05-28 : **[F]** Consolidation de l'enseignement des autosoins non achevée au moment du congé, car le client n'était pas réceptif.
- **[G, H]** Indication de la fréquence de la surveillance de la glycémie capillaire et de l'hémoglobine glyquée déterminée par l'infirmière du CH.
- 2005-05-30 : **[I]** Indication de recours au monofilament par l'infirmière pour favoriser la prise de conscience de la neuropathie et, par conséquent, l'adhésion au programme thérapeutique.
- 2005-06-14 : **[J]** Ajustement de la fréquence du monitoring de la glycémie capillaire en raison de la stabilisation de la glycémie.
- 2005-08-30 : **[K]** Directive infirmière au client concernant la tenue d'un journal pour monitorer la glycémie capillaire maintenant qu'il est prêt à le faire.

2 3

- 2005-05-30 : **[L]** Enregistrement à Info-Santé justifiée par le risque de décompensation, la perte d'autonomie de M. Dionne et sa difficulté à expliquer clairement son état de santé. Cessation de la directive en raison de l'amélioration de la condition physique et mentale de M. Dionne.

2 3 4

- 2005-06-01 : Directives infirmières au plan de travail de l'AFS concernant signes à observer et à signaler à l'infirmière **[M]** ainsi que la stimulation pour les soins d'hygiène, la préparation des repas, l'encouragement à se mobiliser **[N]**, etc.

5 7

- 2005-08-30 : **[O]** Lorsqu'elle a constaté la relation tendue entre le père et sa fille, l'infirmière du CLSC a d'abord tenté de susciter un dialogue dans le cadre de son suivi clinique. Puis, elle a dirigé le client vers la travailleuse sociale, ce qu'il avait refusé jusqu'à ce jour.

6

- 2005-06-14 : **[P]** Directive verbale au client à l'effet de consulter le médecin pour son état dépressif. Inscription de sa réalisation une fois que l'infirmière a constaté que M. Dionne a consulté son médecin.
- 2005-06-14 : **[Q]** Directive ciblant la surveillance clinique de l'état dépressif de M. Dionne.
- 2005-06-14 : **[R]** Directive infirmière à l'AFS visant à favoriser l'autonomie de M. Dionne (ex. : adopter une attitude non contrôlante lui permettant de diminuer son sentiment d'impuissance).
- 2005-06-20 : **[S]** Indication de surveillance vs prise des antidépresseurs avec contribution de l'AFS.
- 2005-07-15 : **[T]** Diminution de la fréquence des visites de l'AFS [2 visites 1 1/2 h/sem. → 1 visite de 2 h/sem.] à la suite d'une entente avec le client qui se sent envahi et qui veut contrôler davantage son quotidien.
- 2005-08-30 : **[U]** Diminution de la fréquence de l'évaluation [q sem. → q 2 sem.] pour tenir compte de l'amélioration de l'état dépressif du client et justification dans les notes d'évolution.

6 7

- 2005-06-14 : **[V]** Directive infirmière concernant la réalisation hebdomadaire d'interventions cognitivo-comportementales.

8

- 2005-06-14 : **[W]** Indication de surveillance concernant la prise d'Ativan et d'une directive verbale au client pour la tenue d'un journal à cet effet.

## Extraits des notes d'évolution

2005-06-06

**5** 14:30 : Communication téléphonique avec fille unique de M. Dionne qui le visite une fois par semaine pour faire les courses, l'épicerie, la lessive et le ménage. Se dit découragée de voir son père se laisser aller, manger peu et mal, oublier de prendre sa médication. Elle l'a retrouvé par terre 2 fois depuis le décès de sa mère. Elle insiste pour le surveiller, surtout pour ses activités bancaires, car il oublie de payer ses comptes. Elle ne le reconnaît plus. Elle aimerait qu'il se prenne en main. Gabriel Nolin, inf.

2005-06-14

**2** 15:45 : Poids : 67 kg ; Poumons : clairs avec MV normaux. Pas d'œdème palpébral au lever ; pas d'œdème des membres inférieurs. FC 88 régulier ; TA 144/88 ; FR 20 régulier. Dit être moins essoufflé qu'avant l'hospitalisation. Se sent fatigué ; pas d'énergie pour faire ses activités usuelles. Prend ses médicaments comme prescrits : dit qu'il passe beaucoup de temps aux toilettes et que ça l'ennuie.

**3** Glycémie capillaire entre 8 et 15 mmol/L ac. Refuse pour le moment d'envisager la possibilité de contrôler lui-même sa glycémie capillaire. À vérifier q semaine.

**5** Relation toujours tendue avec sa fille qui veut commencer à visiter des centres d'hébergement ; les appels de sa fille le mettent à l'envers. N'est pas prêt à accepter l'intervention d'une travailleuse sociale.

**6 7 8** Présente une humeur triste, a peu d'appétit aux repas, dit se sentir impuissant face à sa vie en général, prend entre 2 et 5 co d'Ativan par jour dont 2 au coucher. Échelle de dépression gériatrique à 25/30. Pas d'idées suicidaires. MMSE (Folstein) 29/30. D'accord pour prendre rendez-vous médical pour symptômes dépressifs et effets indésirables de la médication. Trouve difficile de vivre seul sans sa conjointe ; ne s'habitue pas à son départ ; n'arrive pas à trouver de l'intérêt dans la vie. Gabriel Nolin, inf.

2005-07-15

**4 6** 11:30 : Réchauffe lui-même ses repas congelés et se prépare des repas simples. « Tanné » d'avoir du monde chez lui. Entente : diminution du nombre d'heures de l'AFS à 2 h une fois/sem. Gabriel Nolin, inf.

2005-08-30

**3** 12:30 : Accepte de rencontrer diététiste. Respecte davantage sa diète. Hb A<sub>1c</sub> à 8,8 % au dernier prélèvement. Accepte de faire ses glycémies et de noter les résultats.

**5 7** Malgré des efforts, fille a toujours difficulté à laisser son père prendre des décisions qui, selon elle, ne sont pas toujours dans son meilleur intérêt. Craint rechute. Hébergement et aspects financiers au cœur du litige. Client accepte T.S. pour discuter avec fille re : conflits importants et de longue date. Il accepte aussi de parler du deuil de son épouse.

**6 8** Amélioration de l'humeur et du niveau d'énergie. Échelle dépression à 15/30 ; a commencé à aller au centre de jour, prend 1 dose d'Ativan HS 3 fois/sem. Gabriel Nolin, inf.





Collaboration : Anne Legendre-Parent, inf., M.Sc., Centre hospitalier universitaire de Québec  
Nicole Cyr, inf., M.Sc., Centre hospitalier de l'Université de Montréal

L'exemple présente un extrait d'un épisode de soins pour une arthroplastie du genou dans une unité de chirurgie orthopédique où l'on utilise un plan de cheminement clinique<sup>8</sup> dans le cadre du suivi systématique de clientèle. L'équipe de soins est constituée d'infirmières et de préposés aux bénéficiaires. Ces derniers, qui ont reçu une formation préalable sur le suivi systématique de clientèle, suivent un plan préétabli pour les activités relatives aux changements de position ou aux soins d'hygiène. La durée de séjour prévue dans le suivi systématique de clientèle est de cinq à sept jours. L'épisode retenu pour l'exemple est la deuxième journée postopératoire.

### Résumé de la situation clinique

- M<sup>me</sup> Thérèse Côté, 78 ans, présente une gonarthrose droite nécessitant une arthroplastie du genou droit. Elle n'utilise pas d'accessoires pour la marche, malgré la douleur éprouvée à la mobilisation.
- Quatre semaines avant son opération, M<sup>me</sup> Côté reçoit les soins préparatoires à la chirurgie à l'unité des soins ambulatoires et on lui remet un guide d'accompagnement et d'enseignement intitulé *La chirurgie du genou*. Conformément au plan d'intervention interdisciplinaire, la physiothérapeute, l'ergothérapeute et l'anesthésiologiste l'ont aussi rencontrée.
- Lors de cette évaluation initiale, M<sup>me</sup> Côté déclare être en bonne santé, malgré quelques problèmes médicaux associés contrôlés par la médication : hypertension artérielle et hypercholestérolémie traitées depuis deux ans.
- À l'occasion d'une chirurgie, il y a deux ans, elle a fait un délirium qui a duré près de 48 heures.
- Elle demeure avec son conjoint qui pourra l'aider à son retour à la maison. Elle conduit son automobile et assure elle-même les activités de la vie domestique (lessive, ménage, épicerie).
- Le CSSS-CLSC interviendra, d'une part, pour la physiothérapie et, d'autre part, pour le retrait des agrafes et le suivi de l'anticoagulothérapie.
- M<sup>me</sup> Côté est admise au centre hospitalier le matin de la chirurgie. Selon les données inscrites au plan de cheminement clinique le jour de l'opération et le lendemain, l'évolution de la condition clinique de M<sup>me</sup> Côté est conforme à l'évolution prévue.
- À la deuxième journée postopératoire, la cliente présente une rougeur au talon, une température corporelle élevée ainsi qu'une douleur intense au moment des exercices, qui n'est pas soulagée par les analgésiques normalement prescrits à cette étape de l'évolution postopératoire.

8. Le plan de cheminement clinique pour l'arthroplastie totale du genou couvre la période qui s'étend depuis la préadmission jusqu'au congé prévu. Il a été élaboré par l'équipe multidisciplinaire en fonction des résultats escomptés tout au long de l'épisode de soins. Le plan de cheminement clinique comporte une section propre aux soins infirmiers, où la surveillance clinique, les soins et les traitements sont préétablis en fonction de l'évolution postopératoire normale et des problèmes rencontrés le plus fréquemment. Il sert ainsi de plan de soins et de traitements infirmiers et permet également de rendre compte du suivi effectué pour les problèmes qui se présentent à la suite d'une telle chirurgie : les soins et les traitements à donner y sont décrits, et les résultats observés y sont consignés ; un espace est réservé à des notes d'évolution complémentaires, s'il y a lieu.





## Commentaires

- 1 • 2005-08-02 : L'arthroplastie motivant l'hospitalisation de M<sup>me</sup> Côté, l'infirmière inscrit ce traitement chirurgical au PTI comme un besoin prioritaire afin d'assurer le suivi clinique requis.  
• Le plan thérapeutique infirmier d'un opéré, qui ne présenterait pas de problèmes autres que ceux prévus dans le plan de cheminement clinique du suivi systématique de clientèle, ne comporterait que cet énoncé à la rubrique des constats de l'évaluation.
- 2 • 2005-08-02 : Problème potentiel déterminé à l'évaluation initiale effectuée en préadmission et requérant un suivi spécifique, puisque ce problème est particulier à M<sup>me</sup> Côté.
- 3 • 2005-08-04 : Problème prioritaire exigeant un suivi clinique particulier.  
• Indication de l'intervention de l'ergothérapeute en lien avec ce problème.
- 4 • 2005-08-04 : Problème prioritaire non prévu dans l'évolution postopératoire normale et requérant une surveillance clinique plus étroite.
- 5 • 2005-08-04 : Bien que la douleur fasse partie de l'évolution postopératoire normale, l'infirmière considère que l'intensité de la douleur ressentie par M<sup>me</sup> Côté à ce moment-ci de l'épisode de soins est plus intense et requiert un suivi clinique particulier, d'où son inclusion au PTI.
- 1 • 2005-08-02 : **[A]** La référence au plan de cheminement clinique indique qu'on y retrouve les interventions prédéterminées pour cette clientèle.
- 2 • 2005-08-02 : **[B, C]** Directives aux PAB concernant les manifestations à signaler à l'infirmière aux fins de la surveillance clinique de M<sup>me</sup> Côté et les interventions à effectuer, le cas échéant.  
• Si M<sup>me</sup> Côté présentait des signes de délirium, l'infirmière ajusterait le plan thérapeutique infirmier en conséquence et justifierait cette modification en décrivant son comportement dans les notes complémentaires du plan de cheminement clinique.
- 3 • 2005-08-04 : **[D]** Directive infirmière concernant l'augmentation de la fréquence du changement de position établie au plan de cheminement clinique (q 4 h → q 2 h) avec consignes spécifiques aux préposés à cet effet dans leur plan de travail. Cette indication au plan thérapeutique infirmier est justifiée dans les notes complémentaires du plan de cheminement clinique.
- 4 • 2005-08-04 : **[E]** Directive infirmière concernant l'augmentation de la fréquence de la prise de la température établie au plan de cheminement clinique (bid → q 4 h). La surveillance de l'apparition des signes d'infection et la stimulation à faire des exercices respiratoires sont déjà prévues au plan de cheminement clinique.
- 5 • 2005-08-04 : **[F]** Stratégie d'intervention indiquant le recours à un analgésique narcotique et le moment où le médicament doit être administré pour soulager M<sup>me</sup> Côté lors de la séance d'exercices et de la mobilisation. L'infirmière inscrit les données cliniques justifiant cet ajustement dans les notes complémentaires du plan de cheminement clinique.

## Notes complémentaires (plan de cheminement clinique)

2005-08-04

- 4 13:00 : T° à 38,6 °C. Diaphorèse. Pas de frissons. Plaie au genou sans rougeur, léger écoulement au site du drain. Pas de douleur au mollet, signe de Homans négatif ; pas de brûlements mictionnels. Poumons clairs. Plan : Tylenol, exercices respiratoires et mobilisation stimulés, surveiller T° q 4 h.  
Chantal Boisvert, inf.  
17:00 : T° à 37,6 °C.
- 5 19:00 : Douleur non soulagée genou D, localisée face interne, sous forme d'élançements, à 8/10. ↑ depuis exercices de flexion. Tylenol 650 mg PO et glace x 12 min. Changement de position.  
20:00 : Douleur genou D, soulagée à 4/10 par Tylenol. Plan : changement pour analgésie narcotique : Dilaudid 2 mg PO 30 min avant exercices.  
Claude Vinet, inf.

## RÉFÉRENCES

DIONNE, S. et J. BOULAY. *Guide bilingue des abréviations médicales = Bilingual Guide to Medical Abbreviations* (3<sup>e</sup> éd.), Montréal, Maclean Hunter Santé, 1998.

*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33.

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

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Le suivi systématique de clientèles : une solution infirmière*, Montréal, OIIQ, 1996.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Le suivi systématique de clientèles dans la communauté*, Montréal, OIIQ, 1999.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers*, Montréal, OIIQ, 2002.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *L'exercice infirmier en santé communautaire : soutien à domicile*, Montréal, OIIQ, 2003, coll. « Lignes directrices ».

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OIIQ, 2003.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, Montréal, nouv. éd., OIIQ, 2004.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Orientations pour une utilisation judicieuse de la règle de soins infirmiers*, Montréal, OIIQ, 2005.



