

Études de cas :
*À utiliser dans les séances hebdomadaires
pour faciliter la formation interprofessionnelle
en soins de santé en milieu rural*

Financement fourni par
ProfessionsSantéOntario
Fonds Soins/Formation Interprofessionnels



Formation clinique interprofessionnelle en milieu rural (FMIR)

Université d'Ottawa et Université Saint-Paul

Betty Cragg, RN EdD; Wilma Jelley, PT MEd; Brigitte Johnstone, BScPT;
Michael Hirsh, MD CCPF FCFP; Peter Barnes, DMin; et Judith Anderson, MEd MA;

M^{me} Dubé
Étude de cas
Préparée par Dr. Paul Coolican, médecin de famille, WDMH

M^{me} Dubé est une veuve de 81 ans qui dit qu'elle tentait d'installer quelques lumières de Noël lorsqu'elle a glissé et s'est fait mal à la jambe. Elle ne donne pas beaucoup de détails, mais ajoute que cela a eu lieu il y a deux jours. Elle a l'air un peu ébouriffée, un peu agitée et ne peut se tenir debout. On peut palper son pouls au pied et sa couleur est normale. Le pied est un peu gonflé et la jambe gauche semble un peu plus courte. Son pouls est à 100 et un peu irrégulier. Son rayon-X montre une fracture sous-capitale déplacée de la hanche gauche.

Elle est admise à l'hôpital et une consultation est envoyée au service orthopédique. Lorsqu'on lui dit qu'il lui faut une opération pour régler son problème, elle répond « Je ne veux pas d'opération, merci beaucoup! » À l'examen de son dossier médical, il est découvert qu'il n'y a pas de parent proche d'inscrit et qu'elle est veuve depuis huit ans sans famille immédiate. Elle a été active à l'église où elle se rend à toutes les semaines et à la plupart des activités organisées par l'église. Son médecin généraliste la voit à tous les trois à six mois pour hypertension et hypothyroïdisme. M^{me} Dubé n'a pas de testament de vie.

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme étique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M^{me} Marleau
Étude de cas
Préparée par M^{me} Joanne Sidorchuk, physiothérapeute, WDMH

M^{me} Marleau a 83 ans et souffre du diabète de type II; elle a été transférée d'un grand hôpital une semaine après avoir subi un lourd ACA. Immédiatement, elle se plaint dans le petit hôpital rural où elle connaît plusieurs des autres patients. Les infirmières à l'Unité des soins continus complexes sont toutes très gentilles avec elle et lui font même ses bigoudis. Plusieurs personnes lui rendent visite à chaque jour, la plupart des amis de son église. Certains des visiteurs lui apportent de la nourriture préparée à la maison et des gâteries.

Le jour après son admission à l'hôpital, l'ergothérapeute et la diététicienne viennent pour l'évaluer. Il n'y a pas de travailleur social à cet hôpital. L'ergothérapeute constate que sa mémoire à court terme est faible et que M^{me} Marleau requiert une aide complète de soins de tous les jours pour s'habiller. M^{me} Marleau a besoin de deux personnes pour l'aider pour tous les transferts. Les transferts sont très difficiles et le personnel craint que la patiente peut tomber. La diététicienne rencontre M^{me} Marleau puisqu'elle s'inquiète de son poids de 190 lb et se demande si elle suit un régime. M^{me} Marleau affirme suivre à la lettre son régime, mais la diététicienne remarque une demi-boîte de Tim Bits près de son lit et plusieurs contenants en plastique avec des pâtisseries.

M^{me} Marleau vit seule dans un bungalow d'un étage à la campagne. Son mari était un médecin de famille local bien connu qui est décédé il y a un an. Le couple avait une vie sociale très active et a donné plus de 500 000 \$ à l'hôpital il y a quelques années. Son fils unique est un avocat à Ottawa qui ne l'a pas encore visité à l'hôpital depuis sa crise.

M^{me} Marleau se servait d'une marchette avant l'accident vasculaire cérébral et son fils a construit une rampe pour qu'elle puisse entrer dans la maison. Il lui a aussi acheté un siège de toilette surélevé et un Lazy Boy électrique. Elle a essayé la « Popote roulante » dans le passé, mais n'aimait pas la nourriture et donc prépare ses propres repas. Même si elle possède un permis de conduire, elle est nerveuse derrière le volant et se rend en ville seulement quand les routes sont déblayées. Une femme de ménage assure que la maison est toujours propre pour ses visiteurs.

Sa récupération est très lente. Après quatre semaines, deux personnes sont toujours nécessaires pour l'aider à s'asseoir dans une fauteuil roulant et il n'y a aucune indication d'amélioration de sa mémoire. M^{me} Marleau est toujours de bonne humeur. À tous les jours lorsqu'elle quitte les soins de thérapie, elle sourit et dit « C'est très bien, je vais m'améliorer par moi-même quand je retournerai à la maison. »

L'équipe des soins discute fréquemment de son cas et se préoccupe de son rétablissement. L'équipe est d'avis qu'il lui faut beaucoup plus de thérapie si elle veut retourner chez elle et qu'il est possible qu'elle ne puisse pas rentrer à la maison. À chaque fois que l'équipe mentionne les bénéfices d'obtenir des services de réhabilitation en ville, M^{me} Marleau déclare qu'elle est heureuse ici et qu'elle ne veut pas s'y rendre, de plus, la ville serait très loin pour que ses amis viennent lui rendre visite.

Pendant que l'équipe discute de son pronostic, un membre fait le commentaire « Bonne chance, vous savez que le médecin a la réputation de faire tout ce que souhaite le patient » et qu'il était un bon ami de feu le mari du patient.

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme étique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M^{me} Ethier
Étude de cas
Préparée par Lynn Hall, infirmière, WDMH

M^{me} Ethier est une femme de 82 ans qui vit seule. Elle est veuve depuis 10 ans. Elle vit seule dans une grande maison de ferme. La voisine la plus près de M^{me} Ethier est Grace, qui vit à deux kilomètres. Elle vit dans cette même maison depuis sa naissance. M^{me} Ethier ne socialise aucunement, est membre d'aucun club et ne participe à aucune réunion sociale depuis la mort de son mari. Son mari, Norman, est mort subitement à la suite de complications après une chirurgie cardiaque. C'est Norman qui s'occupait de l'argent, payait les factures, s'assurait que M^{me} Ethier se rende régulièrement à ses rendez-vous chez son médecin et s'occupait de prendre tous les rendez-vous. Ils n'ont pas eu d'enfant. M^{me} Ethier était enfant unique et Norman avait une sœur qui est décédée il y a un an. Ils avaient une nièce, Ester. Lorsque Norman est décédé, sa sœur a obtenu une procuration pour les questions financières et de santé. Après la mort de la sœur de Norman, il n'y avait pas d'autres membres de la famille et Ester a accepté la procuration pour les questions de santé et de finances.

M^{me} Ethier a été admise à l'hôpital il y a deux semaines. Elle a été admise avec une fièvre élevée, des refroidissements et une certaine confusion. À son admission, elle n'était pas consciente d'elle-même, de l'endroit ou du temps et subissait des périodes d'hallucination. Après de nombreux tests, M^{me} Ethier a été diagnostiquée comme ayant une urosepsie et étant déshydratée. Il a été aussi remarqué à l'admission que M^{me} Ethier avait peu d'hygiène personnelle et beaucoup d'écorchures et de meurtrissures.

Lorsque l'urosepsie a été traitée, M^{me} Ethier a été réhydratée par intraveineuse en utilisant des fluides et une consultation a été organisée pour planifier le congé de l'hôpital. Le responsable de la planification du congé a téléphoné à maintes reprises à Ester sans la rejoindre. Des infirmières ont mentionné au responsable de la planification du congé d'hôpital que la voisine visite tous les jours et avait exprimé ses inquiétudes. Le planificateur du congé a rencontré la voisine immédiate de M^{me} Ethier, Grace. Celle-ci a expliqué qu'elle visitait et aidait M^{me} Ethier quotidiennement depuis les derniers mois. Elle allait chercher hebdomadairement les épicerie, aidait pour la lessive et les soins personnels.

Grace avait remarqué un déclin dans « l'esprit » de M^{me} Ethier au cours de la dernière année. Grace avait aussi constaté que M^{me} Ethier devenait de plus en plus abrupte dans ses réponses et colérique lorsqu'elle ne pouvait se souvenir de ce qu'elle voulait dire et qu'elle frappait souvent sur la table du poing. Il y a deux mois, Grace s'est préoccupée de sa sécurité. Elle a vu que la cuisinière était allumée et que le canard était à sec. Grace a observé que la porte était souvent débarrée et que M^{me} Ethier ne répondait pas à la porte, forçant Grace à utiliser une clé qui était cachée sous le tapis d'entrée.

Grace avait téléphoné à Ester un certain nombre de fois pour expliquer la situation, mais était d'avis qu'Ester ne voulait plus lui parler et ne l'écoutait plus. Il y a un mois, Ester a dit à Grace qu'elle ne devrait pas faire des visites quotidiennes, que M^{me} Ethier avait pris l'habitude de trop dépendre d'elle et que Grace ne devrait plus faire les épicerie et que si elle faisait ses achats, elle ne serait pas remboursée. Malgré cela, Grace a déclaré qu'elle a continué à rendre visite à M^{me} Ethier et qu'elle a constaté un déclin de son bien-être. Grace est inquiète que M^{me} Ethier ne recevait pas les soins dont elle avait besoin pour maintenir une vie saine et demeurer en sécurité dans sa maison. Grace a déclaré qu'elle avait commencé des discussions avec M^{me} Ethier concernant son entrée dans un foyer ou une résidence. M^{me} Ethier était ouverte à cette idée, mais avait déclaré qu'Ester avait dit qu'elle n'en avait pas les moyens et qu'il était mieux qu'elle reste chez elle.

Lors de la réunion de l'équipe concernant son congé d'hôpital, M^{me} Ethier a répété à plusieurs reprises qu'elle voulait rentrer chez elle. Elle était d'avis qu'elle pouvait s'occuper d'elle-même avec une certaine aide. Ester était aussi d'avis qu'elle pouvait rentrer chez elle et que M^{me} Ethier pouvait s'occuper d'elle-même avec l'aide d'Ester.

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
 2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
 3. Dilemme éthique
 4. Conformité du patient au plan de soins
 5. Questions sociales et culturelles
 6. Effet des questions cognitives
 7. Tout conflit
-
-

M^{me} Weeble
Étude de cas

Préparée par Yolanda Prange, physiothérapeute, Hôpital Victoria de Renfrew

M^{me} Weeble a 88 ans et elle s'est rendue à l'urgence en ambulance. Elle a été trouvée à la maison par la police, étendue dans sa salle de bain après que sa fille l'ait signalée. Sa fille Sue, qui vit à 50 km, s'est inquiétée lorsque sa mère n'a pas répondu au téléphone pendant toute la journée. Lorsque l'ambulance est arrivée, M^{me} Weeble a été incapable de se mettre debout ou de supporter son poids sur sa jambe droite, se plaignant d'une forte douleur à l'aîne lorsque sa jambe droite était déplacée. Elle rapporte qu'elle a glissé sur le tapis en se rendant la nuit à la salle de bain.

M^{me} Weeble est diagnostiquée avec une fracture à la hanche sous-capitale, transposée. Elle s'est rendue à la chirurgie orthopédique et la fracture a été stabilisée à l'aide d'une tige et d'une plaque.

La troisième journée après l'opération, M^{me} Weeble est devenue confuse et incapable de suivre ce qui lui est demandé. Elle a une zone noire assez grande sur son talon droit.

Après une semaine, la confusion de M^{me} Weeble s'est beaucoup atténuée. Elle désire vivement se déplacer pour qu'elle puisse retourner chez elle pour s'occuper de son chat. Elle habite une maison à deux étages et prépare normalement tous ses repas. Elle rapporte qu'elle a eu de la difficulté à se déplacer chez elle et qu'elle est tombée à plusieurs reprises dans le passé.

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme étique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M^{me} Booth
Étude de cas
Préparée par Wilma Jelley,
physiothérapeute, Université d'Ottawa

M^{me} Booth est une mère seule de 41 ans qui travaille pour le magasin alimentaire local indépendant.

M^{me} Booth a reçu un diagnostic d'emphysème pulmonaire il y a un an. Elle a fumé un paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 15 ans. Depuis qu'elle a été diagnostiquée, elle a tenté de réduire à cinq cigarettes par jour. Elle se sent coupable d'être incapable d'arrêter de fumer. Elle a une toux non productive chronique. Elle a une fille de 20 ans qui est en troisième année du programme d'infirmière à l'Université d'Ottawa. Sa fille la harcèle continuellement à chaque fois qu'elle la voit pour qu'elle arrête de fumer.

M^{me} Booth a été admise par l'urgence ayant une dyspnée importante et une douleur à la poitrine après tout effort physique léger. M^{me} Booth explique que lorsqu'elle est revenue à la maison après son travail, elle a été incapable de grimper les escaliers à son appartement au-dessus de la pharmacie. Elle s'est assise sur les marches et ne pouvait plus bouger à cause de la douleur à la poitrine. Elle était terrifiée car elle n'avait jamais connu une telle douleur et elle a téléphoné, grâce à son cellulaire, à un ami qui l'a conduit à l'urgence.

À l'examen, on a constaté qu'elle était maigre, fatiguée, anxieuse et que sa respiration était sifflante. Elle était tachypnéique, tachycardiaque et afébrile avec une pression sanguine normale. Elle n'avait aucune cyanose périphérique. Un rayon-X a révélé des poumons hypergonflés ++ et une cardiomégalie. Son EKG a révélé une tachycardie des sinus sans changement ischémique évident. L'analyse sanguine de routine était normale et des enzymes cardiaques n'ont aucune blessure cardiaque aiguë. Sa saturation O₂ était à 90 % dans l'air ambiant. L'analyse des gaz sanguins artériels a révélé une légère alcalose respiratoire avec une légère hypoxie et un dioxyde de carbone faible.

Médicaments :

Un inhalateur proposé au tiotropium

Corticostéroïde inhalé (Advair) prn

Fer

Calcium

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme éthique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M^{me} Leslie
Étude de cas
Préparée par Peter Barnes, professeur, Université St. Paul

Leslie est une femme de 56 ans vivant seule dans un petit village rural de l'Ontario. Elle a fait carrière comme enseignante de mathématiques au secondaire, mais elle a dû prendre un congé de maladie à long terme il y a trois ans. Elle souffre d'arthrite rhumatoïde qui a gravement entravé sa mobilité et l'usage de ses mains. Les deux membres plus jeunes de famille qui habitent près de chez elle ont rapporté qu'elle a toujours été vigoureusement indépendante et têtue. Elle s'est occupée de leurs parents dans la maison de ferme de deux étages de leur famille jusqu'à leur mort il y a 10 ans et 4 ans. Elle s'occupe de sa douleur avec des compresses chaudes et refuse de se rendre à l'hôpital à moins que ce soit absolument nécessaire. Elle a cessé de prendre ses médicaments contre l'arthrite, ses anti-inflammatoires non-stéroïdiens et ses stéroïdes à cause des effets secondaires.

À la suite des pressions de sa sœur, elle se présente à l'urgence avec une douleur au genou droit, un boursoufflement, une couleur rouge et la peau chaude au toucher. Bien qu'elle nie que ces symptômes entravent sa mobilité, à l'examen elle ne peut se tenir debout par elle-même et ne peut faire que quelques pas sans l'aide de deux infirmières. Lorsqu'elle se rend à l'hôpital, elle commence immédiatement à insister qu'on la ramène chez elle. Même si elle est encouragée lorsqu'elle est à l'hôpital à suivre son protocole de traitement, elle affirme de façon vigoureuse qu'elle sait ce dont elle a besoin et refuse de se conformer. En conséquence, sa condition se détériore progressivement et elle peut bouger de moins en moins ses jambes. L'équipe des soins s'inquiète aussi bien à l'hôpital que dans la communauté qu'elle se détériore et qu'elle devra bientôt envisager d'autres modes de vie qui lui fourniront plus d'aide quant à sa mobilité. Elle a toujours un régime à carbohydrate élevé et étant donné sa mobilité réduite, elle prend du poids.

Ses collègues à l'école où elle enseignait étaient ses amis les plus près, mais depuis qu'elle est en congé de maladie, ils ont graduellement disparus. La famille de M^{me} Leslie s'inquiète beaucoup à son sujet et a exprimé cette inquiétude à celle-ci, qui ignore leurs plaidoyers. La famille a aussi parlé au médecin de M^{me} Leslie en affirmant que quelque chose devrait être fait avant qu'elle tombe et se fasse un grand mal.

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme étique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M^{me} Smith
Étude de cas

Préparée par Dr. Paul Coolican, médecin de famille, WDMH

Âgée de 43 ans, M^{me} Smith a été admise à l'hôpital un an après une mastectomie radicale élargie. M^{me} Smith est mariée, elle a deux filles de 7 ans et de 9 ans. Elle a subi une série de traitements à la radiation après la chirurgie et est traitée à la testostérone propionate pour des métastases au moment de cette admission à l'hôpital. Le médecin informe le mari de la patiente que son épouse ne vivra plus longtemps.

La patiente refuse de prendre des médicaments contre la douleur et elle est pleinement consciente du pronostic et de la détérioration rapide de son corps. M. Smith a accompagné son épouse lorsqu'elle a été admise à l'hôpital. Il a aussi observé que M^{me} Smith a remis à l'infirmière à l'admission un papier sur lequel elle affirmait ne pas vouloir être ressuscitée. M^{me} Smith était totalement compétente au moment de son admission et ne prenait aucun médicament qui aurait pu avoir une incidence sur sa décision.

Après l'admission à l'hôpital, au cours d'une période d'un mois, M^{me} Smith a continué à se détériorer physiquement, mais elle est toujours alerte et bien orientée. Ses enfants et sa famille lui rendent visite fréquemment. Après une conférence avec l'équipe de soins, M. Smith exige que le décès de M^{me} Smith soit accepté si elle a un arrêt cardiaque. Ce soir-là, le cœur de M^{me} Smith s'arrête.

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme étique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M^{me} Coff
Étude de cas

Préparée par Maureen Magill, technicienne respiratoire et Shawn Silver physiothérapeute, Hôpital Victoria de Renfrew

M^{me} Coff est une femme de 69 ans diagnostiquée d'un emphysème. Elle a beaucoup fumé jusqu'à il y a quatre ans. À ce moment-là, elle avait une habitude de 80 paquets de cigarettes par année. Elle avait des symptômes de dyspnée à l'exercice au cours des huit dernières années avec certaines graves détériorations de fonction au cours des deux dernières années. Elle a déjà été hospitalisée à deux reprises pour des exacerbations infectieuses de maladie pulmonaire obstructive chronique. Elle était indépendante dans les activités de la vie quotidienne jusqu'à cette entrée à l'hôpital. Cependant, sa tolérance à l'exercice était réduite par la dyspnée qui a lieu après avoir marché un ou deux coins sur une surface plane ou avoir grimpé plus d'un étage d'escalier.

M^{me} Coff est veuve. Elle a deux enfants; une fille de 45 ans à Ottawa et un fils de 41 ans qui vit à Red Deer. M^{me} Coff a été référée à la thérapie respiratoire par son médecin de famille.

	Au repos	Après une marche de six minutes
Oxygène supplémentaire?	Air ambiant	Air ambiant
BP	105/70	120/80
HR	72	106
RR	20	20
Échelle SOB	0,5/10	4/10
Saturation O ₂	96 %	88 %

Des tests de fonction pulmonaire ont aussi été effectués. De plus, un questionnaire utilisé pour évaluer la qualité de vie, SF36, a été administré.

Six semaines plus tard, M^{me} Coff a reçu son congé du programme. Pendant tout le programme, M^{me} Coff était très motivée et coopérative. M^{me} Coff a beaucoup accompli malgré le fait que la distance qu'elle marche en six minutes n'a pas considérablement changé. Le jour de son congé, elle a pu démontrer sa capacité de respiration diaphragmatique, SOS pour SOB, on a pris son pouls, toux contrôlée, espacement et coordination de la respiration avec activité.

Lors de sa première visite de suivi, M^{me} Coff rapporte ne pas faire ses exercices à la maison, ne pas suivre son traitement et ne pas prendre régulièrement ses médicaments. Elle dit : « À quoi bon? Je ne vais pas m'améliorer, il n'y a pas de guérison à l'emphysème. Ceci est inutile. Pourquoi est-ce que je me torture de cette manière? »

Deux mois plus tard

M^{me} Coff a été admise à l'hôpital avec des expectorations accrues à cause d'un urticant et de crêtes de fièvre. Elle a observé un changement de couleur des sécrétions à un vert foncé le matin. Elle se plaint d'épisodes de transpiration nocturne, de légers gonflements occasionnels de ses chevilles et orthopnée. Elle est incapable de dormir toute la nuit maintenant et elle est très fatiguée.

À l'examen, il y a une utilisation marquée de muscles accessoires. Son taux de respiration est 30 respirations à la minute et il y a aspiration intercôtière et M^{me} Coff déclare : « Non, vous ne savez pas comment je me sens!!!! Vous n'êtes pas à bout de souffle à chaque fois que vous vous levez! Vous ne savez pas ce que c'est que de vivre avec un problème de respiration chronique... »

À l'auscultation, elle a des bruits de respiration diminués bilatéralement dans le segment basal postérieur, des respirations sifflantes peu élevées transmises dans tous les poumons et des bruits bruts dans le lobe supérieur gauche.

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme étique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M. Jones
Étude de cas
Paul Coolican, médecin de famille, WDMH

M. Jones est un agriculteur de 78 ans en semi-retraite. Il fume beaucoup et souffre du diabète de type II mal contrôlé. Il arrive à l'hôpital à bout de souffle. Son analyse sanguine indique qu'il a subi un infarctus du myocarde. On constate de grandes lésions dans les deux poumons. Il considère qu'il a vécu une bonne vie et cela ne le dérange pas que la nature suive son cours. Sa famille appuie entièrement sa décision et après discussion avec le patient et sa famille, le personnel hospitalier documente une demande de ne pas ressusciter à son dossier médical.

Le jour suivant, le médecin parle avec le patient et le convainc d'abroger la demande de ne pas ressusciter et d'accepter un examen agressif de sa condition en déclarant que sans enquête plus approfondie, un diagnostic définitif ne serait pas connu.

Après plusieurs voyages en ambulance à l'hôpital d'Ottawa pour des balayages et des tests au cours des 10 derniers jours, M. Jones est ramené à l'hôpital rural. À 8 h 53, alors que l'équipe interprofessionnelle fait sa tournée de l'étage, son cœur s'arrête.

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme éthique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M. et M^{me} Hébert
Étude de cas

Préparée par Brigitte Johnstone, physiothérapeute, Université d'Ottawa

M^{me} Hébert est une femme de 85 ans qui fait une pneumonie et lorsqu'elle est admise à l'hôpital, elle a aussi le diabète tardif non dépendant à l'insuline contrôlé par son régime alimentaire et des médicaments oraux. Elle a une hypertension légère bien contrôlée et l'ostéoarthrite traitée par de légers analgésiques. M. Hébert souffre de démence précoce légère à modérée et ne pouvait demeurer seul à la maison et a donc lui aussi été admis. M. Hébert, qui a 86 ans, se promène s'il n'est pas surveillé constamment. Le couple vit dans sa propre maison à la campagne en Ontario à 10 kilomètres du village le plus près. Leur voisin le plus près est à 2 kilomètres. Leurs enfants et petits-enfants vivent en ville à environ deux heures et leur rendent visite à chaque fois que c'est possible.

C'est la troisième fois au cours des 18 derniers mois que M^{me} Hébert a été admise à cause d'une infection. L'équipe interprofessionnelle questionne l'état de sa santé et la capacité du couple à vivre indépendamment.

Médicaments :

Gliclazide

Cardizem

Hydrochlorthizide

Plavix

Acétominophen

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme étique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M. Vaughn
Étude de cas
Préparée par Joanne Sidorchuk, physiothérapeute, WDMH

M. Vaughn est un homme de 75 ans qui a subi une chirurgie à la hanche il y a cinq jours pour réparer un fémur fracturé. À son retour à l'hôpital rural de l'hôpital de ville, il suit un régime de précaution contact SARM.

Faith, une travailleuse de soins spirituels récemment diplômée a été référée pour voir M. Vaughn. Faith a décidé de travailler dans ce petit hôpital rural pour qu'elle puisse s'occuper de sa grand-mère malade. Depuis le début de la chimiothérapie, sa grand-mère a été trop faible pour accomplir ses activités de vie quotidienne et Faith s'en occupe avant et après son travail. Faith suit minutieusement le protocole de contrôle de l'infection car elle sait que le traitement a affaibli le système immunitaire de sa grand-mère.

Faith examine le dossier du patient et se rend à sa chambre. Fixée au cadre de sa porte, elle constate une affiche en jaune indiquant « Précaution contact SAMR » voulant que toute personne pénétrant dans la chambre porte un sarreau et des gants et que tout équipement apporté dans la chambre doit y rester.

Faith se présente. M. Vaughn répond « J'espérais que vous veniez. Je suis tombé il y a six jours et j'ai manqué la messe de Pâques. Je vous en prie Faith, pouvons-nous prier ensemble? » Faith accepte. M. Vaughn fait mine de prendre la main de Faith et demande qu'elle enlève ses gants car il déteste le vinyle. Faith répond qu'elle doit suivre le protocole et ne peut enlever ses gants.

Cela semble déranger M. Vaughn : « Ils ne portent pas tous un sarreau et des gants, la fille qui a fait ma prise de sang le ne les portait pas. Hier, l'infirmière a dit à mon ami qu'il n'était pas nécessaire qu'il se revêtisse de cette manière et que ces précautions étaient ridicules. » M. Vaughn marmonne que son médecin ne porte même pas de gants, il prend son rosaire et se détourne de Faith.

Faith quitte la pièce et retourne au poste des infirmières. Elle s'adresse à l'infirmière en charge et rapporte ce qu'elle vient d'entendre. L'infirmière lui dit « Oui, nous sommes tout à fait au courant du non respect fréquent du contrôle pour les infections. Mais que pouvons-nous faire? »

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme étique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M. Sharpe
Étude de cas

Préparée par Brigitte Johnstone, physiothérapeute, Université d'Ottawa

M. Sharpe est un homme de 50 ans dont la parole est devenue confuse, le bras et la jambe droits étaient insensibles lorsqu'il s'est réveillé un matin. Il vit avec son épouse et deux enfants dans une communauté rurale. Comptable agréé travaillant à son compte, son épouse demeure à la maison avec les deux garçons de 12 et de 10 ans. Le garçon de 10 ans est autistique.

M. Sharpe a été admis à l'urgence de l'hôpital local. Il a eu une crise thromboembolique et demeurera à l'hôpital. Ses antécédents médicaux comprennent une fibrillation atriale non traitée ainsi qu'une hypertension essentielle également non traitée.

Il ne reçoit aucun avantages sociaux et la famille doit vendre leur maison et leur voiture pour survivre financièrement. L'épouse est incapable de travailler; elle doit s'occuper de son enfant autistique.

Six mois se sont écoulés et le rétablissement est au mieux très lent. M. Sharpe suit maintenant un programme de réhabilitation, mais il est confiné au lit et avec de l'aide, il peut s'asseoir. Il a certains problèmes à avaler et est incapable de communiquer efficacement. Il pourra bientôt retourner à la maison pour des visites de fin de semaine. Des anticoagulants et des médicaments antihypertension lui ont été prescrits.

Médicaments :

Coumadin

Chlorthalidone

Périndopril (inhibiteur ACE)

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme étique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M. Edwards
Étude de cas
Préparée par Paul Coolican, médecin de famille, WDMH

M. Edwards a 76 ans et il a été admis à l'hôpital avec une « crise cardiaque » après deux à trois jours de douleur à la poitrine. Il semble un peu confus et bouleversé par tout ce qui l'entoure. Médicalement, il pourrait bénéficier d'un voyage à Ottawa pour subir une angiographie et une intervention éventuelle. Lorsqu'on lui en parle, il ne fait aucune réponse. Finalement, après qu'on lui ait demandé s'il consentirait d'aller à Ottawa pour ces interventions, il relève la tête et répond : « Faites ce qui vous semble le mieux ».

Le personnel de l'hôpital envisage organiser un transport par ambulance à l'Institut de cardiologie à Ottawa. Le personnel veut que M. Edwards prenne une décision dans un délai d'une heure. Il discute de cette situation avec ses proches, avec un fils qui travaille à Yellowknife et ils font un examen de dépistage de démence précoce. Pendant son attente, M. Edwards est traité de manière prudente par des médicaments.

Ses antécédents médicaux comprennent peu de visites au médecin au cours des 10 dernières années. On lui a prescrit de l'aspirine (ASA) et des pilules pour sa pression sanguine élevée et un cholestérol élevé auparavant, mais il n'a rempli aucune ordonnance depuis plus de deux ans.

L'épouse de M. Edwards est décédée d'endocarditisme à Ottawa il y a 15 ans. Il a été élevé dans la foi luthérienne, mais n'est pas un membre actif de son église depuis les 10 dernières années. Il était le fils aîné et a repris la ferme familiale. Ses frères et sœurs sont décédés de conditions cardiaques ou sont déménagés. M. Edwards a eu deux enfants, un est décédé dans un accident en 1980 et son fils le plus jeune travaille comme mineur près de Yellowknife. M. Edwards vit dans une vieille maison de ferme, l'exploitation agricole n'étant pas active et il a été isolé depuis les 10 dernières années. Ses voisins ont mentionné que la maison était délabrée et sale.

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme éthique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M. Thick
Étude de cas
Préparée par Wilma Jelley,
physiothérapeute, Université d'Ottawa

M. Thick est un homme de 82 ans qui a travaillé toute sa vie dans le magasin familial d'aliments à bestiaux et de graines. Il continue à aider son fils et sa bru dans le magasin.

Il a été admis à l'hôpital à cause d'une grave douleur lombaire (9/10) depuis environ 10 jours. Le fils du patient rapporte que son père a fait deux chutes au cours des deux dernières semaines – se plaignant que ses jambes « sont disparues sous lui ».

Il a des antécédents de douleur dorsale semblable et a subi une discoïdectomie et fusion de L3-4 il y a 8 ans. La chirurgie a réduit la douleur et éliminé les symptômes neuraxiaux. Les rayons-X indiquent une ostéoarthrite à L2 jusqu'à L5 et à la hanche et au genou gauche.

Il conduit sa voiture pour aller chez lui et au travail. M. Thick vit seul, à environ 15 minutes à l'extérieur du village. Son épouse est morte du cancer du sein il y a 28 ans. Le fils et la bru du patient sont très inquiets à cause de son âge, du fait que son degré d'autonomie change et qu'il conduit toujours.

Médicaments :

Furosemide au choix

NSAID (Celebrex) prn

ASA quotidiennement

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme éthique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M. Harper
Étude de cas
Préparée par Paul Buchner, pharmacien et Steve Radke, médecin
Hôpital Victoria de Renfrew

M. Harper est un homme de 30 ans, marié et sans enfant, ayant terminé une douzième année, et il fait de l'entretien des gazons au cours de l'été, enlève la neige l'hiver, n'a jamais fumé et il boit rarement de l'alcool.

À 1 an, le diabète insulino-dépendant (DID) a été diagnostiqué, ainsi que l'épilepsie à 22 ans, mais il n'a eu aucune crise depuis cinq ans. Dyslipidémie. Aucune vision dans l'œil gauche à cause du détachement de la rétine. Il souffre d'insuffisance rénale chronique requérant l'hémodialyse trois fois par semaine. M. Harper est bénéficiaire du programme de médicaments Trillium. Il est candidat éventuel pour une greffe.

Il arrive par ambulance à l'urgence locale après avoir subi une crise en enlevant de la neige dans l'entrée de cour de Mary Jane Howard.

Médicaments :

tegretol CR 400 mg au coucher (épilepsie)
furosémide 120 mg à tous les matins, 80 mg chaque après-midi (pression sanguine/fluide)
atorvastatine 40 mg chaque soir (pour le cholestérol)
métoprolol 100 mg deux fois par jour (pression sanguine)
replavite une fois par jour (multivitamines)
adalat XL 60 mg une fois par jour (pression sanguine)
atenolol 50 mg une fois par jour (pression sanguine)
TUMS 4 avec les repas (liant au phosphate)
Insuline Lantus 20U une fois par jour (diabète)
Insuline Regular 4U avec chaque repas (diabète)
telmisartan 80 mg une fois par jour (prévention des maladies de cœur)
érythro-poïétine 2000U trois fois par semaine (accroît le nombre de cellules sanguines rouges)
sucrose de fer 100 mg IV par mois (supplément de fer)

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme éthique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

John
Étude de cas

Préparée par Brigitte Johnstone, physiothérapeute, Université d'Ottawa

John est un garçon de 6 ans qui a pris un poêlon à frire plein de gras brûlant sur le poêle et a subi des brûlures au 3^e degré à sa main et à son bras droit. Il a été transporté à l'urgence et admis à l'hôpital rural local. Il prend des médicaments contre la douleur par administration intraveineuse et la brûlure a été traitée. Les parents se font des reproches depuis leur arrivée à l'hôpital.

Cet enfant provient d'une famille où les parents sont séparés. Il y a des problèmes entre eux. Le père voit son fils à tous les deux week-ends. L'accident a eu lieu un samedi soir lors d'une visite de fin de semaine chez son père et sa nouvelle amie.

John est autrement un garçon en bonne santé de 6 ans qui réussit bien en première année à l'école locale.

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme éthique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

Brittany Hendle
Étude de cas
Préparée par Wilma Jelley,
physiothérapeute, Université d'Ottawa

Brittany Hendle a 11 ans et elle a été admise à l'urgence à cause d'une douleur (10/10) à la hanche droite lorsqu'elle porte une charge et au cours de tous les mouvements. Sa mère rapporte que la douleur a commencé graduellement il y a environ un mois et s'est aggravée au fil du temps. Au début, la douleur se faisait sentir uniquement le soir et après les travaux ou après avoir joué au soccer ou au volleyball. Brittany a un frère de 6 ans et elle vit dans une ferme laitière à 20 minutes à l'extérieur du village. La grand-mère maternelle et le grand-père paternel de la patiente ont des antécédents de cancer du colon.

À l'examen, on peut sentir une masse dans le tissu à l'extrémité proximale du fémur droit. Brittany est admise et attend un tomodensitogramme demain matin ainsi qu'une analyse sanguine.

Médicaments : Demerol

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme étique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

Amélie
Étude de cas
Préparée par Brigitte Johnstone, physiothérapeute, Université d'Ottawa

Amélie est une jeune fille de 14 ans qui faisait du véhicule tout terrain (VTT) avec son cousin dans la ferme de son oncle. Les deux portaient des casques. Ils se déplaçaient rapidement lorsqu'ils ont frappé une pierre et les deux ont été projetés hors du VTT. La jeune fille a perdu conscience. Les deux ont été transportés à l'hôpital communautaire local. Amélie a subi une blessure fermée à la tête avec hémorragie du cerveau et une fracture à l'épine dorsale L3 avec la paraplégie consécutive. Elle a aussi eu des fractures au visage et aux côtes. Le cousin a subi d'importantes contusions mais aucun trauma grave. Les deux patients ont été stabilisés et la jeune fille a été transportée par voie aérienne au C.H.E.O. et admise à l'Unité des soins intensifs.

Amélie provient d'une famille recevant l'aide sociale et elle a quatre frères et sœurs. La famille habite une maison mobile à l'extérieur d'un village rural.

Trois mois après l'accident, Amélie est stabilisée et elle retourne à l'hôpital local, ce qui est plus facile pour la famille. Amélie est paraplégique et a de graves problèmes de mémoire. Elle n'a pas d'amnésie rétrograde, mais elle est incapable de se souvenir des situations courantes. Un médicament contre les crises lui a été prescrit ainsi que des analgésiques non-narcotiques contre la douleur.

Amélie demeure à l'hôpital en attendant les modifications à la maison familiale et l'octroi des ressources communautaires à finaliser.

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme éthique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit

M. Gagnon
Étude de cas

Préparée par Denise Dominey, orthophoniste et Lynn Campbell, infirmière autorisée, gestionnaire des soins infirmiers; Hôpital Victoria de Renfrew

M. Gagnon est un célibataire de 62 ans qui a subi un AVC gauche produisant une hémiparésie, apraxie et aphasie droite. Il reçoit des soins continus depuis plusieurs semaines de physiothérapie et d'intervention orthopédique en plus d'une aide infirmière quant aux activités de la vie quotidienne. Sa condition médicale est maintenant stable. Il veut rentrer chez lui, mais l'équipe est préoccupée qu'il ne serait pas en sécurité puisqu'il vit seul. Il insiste qu'il veut rentrer chez lui. Il est aidé par un ami intime qui habite à quelques pas. Il a d'autres amis en ville qui peuvent aussi l'aider. Il a eu une absence autorisée d'une nuit chez ses amis dans un camp de chasse et il est convaincu qu'il peut bien vivre chez lui.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

- AVC avec hémiparésie droite il y a six ans produisant très peu d'utilisation de la jambe et du bras droits.
- Diabétique
- Maladie des artères coronaires
- Choc cardiogène et transfert subséquent à Ottawa où il a reçu des soins médicaux intenses et une intubation – il a eu une revascularisation par angioplastie coronaire et port de stents à son artère circonflexe
- Positif SARM – requérant l'isolation

MÉDICAMENTS :

- ASA 81 mg P.O. OD
- MÉTOPROLOL 12.5 mg P.O. OD
- PLAVIX 75 mg P.O. OD
- LIPITOR 80 mg P.O. OD
- PANTOLOC 40 mg P.O. OD
- ALDACTONE 25 mg P.O. OD
- RAMIPRIL 5 mg P.O. at H.S.
- COUMADIN 1 mg P.O. OD
- LASIX 40 mg P.O. BID

Après une longue discussion avec Mike et ses amis, il est convenu qu'il rejoindra un centre de réhabilitation à Ottawa. Son mode de vie futur dépendra du résultat de son stage en réhabilitation.

Après 10 semaines dans un centre de réhabilitation, Mike est retourné à l'hôpital local avec le rapport suivant.

MOBILITÉ :

- Capable de marcher environ 300 pieds avec une canne tétrapode.

- Dépend d'un fauteuil roulant pour les longues distances.

ÉTAT QUANT À L'ACTIVITÉ DE LA VIE QUOTIDIENNE :

- Capable d'effectuer des tâches de soins personnels lorsqu'elles sont préparées par le personnel.
- Incapable d'accomplir des tâches ménagères ou de préparer des repas.
- Fait preuve d'une bonne connaissance de lui-même et d'un bon jugement.
- Note importante : Sa maison a déjà été modifiée à cause de l'AVA il y a six ans, c.-à-d. qu'il y a des barres de soutien dans la salle de bain; le salon, la chambre et les salles de bain sont tous au même étage.

ÉTAT ORTHOPHONIQUE :

- La compréhension du langage parlé est légèrement à modérément entravée.
- Difficulté avec les concepts abstraits et les instructions en trois étapes.
- Compréhension relativement bonne des conversations de tous les jours.
- Capable de lire des mots individuels et de courtes phrases simples.
- La langue d'expression est légèrement entravée.
- Capable d'exprimer ses besoins de base par des gestes, la parole et des expressions faciales.
- Capable d'exprimer ses préférences en faisant des choix et peut communiquer ses opinions concernant les plans futurs si le partenaire de ces conversations utilise des questions fermées (p. ex. oui/non).
- Utilise des expressions et de courtes phrases fonctionnellement, mais il y a toujours une apraxie à son élocution qui entrave la clarté de ses paroles.
- A de la difficulté à trouver ses mots et il insiste parfois sur certaines phrases (p. ex. « choses à faire »).

M. Gagnon continue à insister qu'il va rentrer à la maison et qu'il n'a pas besoin d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Suggestions pour discussion :

1. Besoins du patient
2. Rôles des différents fournisseurs de soins de santé dans ce cas
3. Dilemme éthique
4. Conformité du patient au plan de soins
5. Questions sociales et culturelles
6. Effet des questions cognitives
7. Tout conflit