

UE 3.2 S2

DÉFINITION du projet de soin

« Opération qui, dans la démarche de soins infirmiers, consiste à fixer les objectifs de soins et les délais pour les atteindre, à programmer les actes de soins infirmiers et à organiser leur mise en œuvre ainsi que leur évaluation ».

(Dictionnaire des soins infirmiers)

LES OBJECTIFS DE SOINS

« C'est le résultat à atteindre en vue de résoudre le ou les problèmes de santé d'une personne ».

(Dictionnaire des soins infirmiers)

D'une manière générale l'objectif vise la :

- Diminution ou la disparition d'un problème s'il s'agit d'un problème réel
- Non apparition d'un problème s'il s'agit d'un problème potentiel ou d'un risque

Critères d'un objectif

- ❖ Réalisable : par les personnes concernées (le malade, l'équipe) compte tenu de leurs moyens dans un délai fixé (court moyen et long terme)
- ❖ Mesurable : pouvoir dire si l'objectif est atteint ou pas (à chaque étape de l'action)
- ❖ Pertinent : adapté au problème de santé
- ❖ Personnalisé : pour tenir compte des capacités de chacun

LES ACTIONS DE SOINS

Elles vont permettre d'atteindre de façon efficace les objectifs déterminés.

Les actions de soins sont de différents types :

- Les actions découlant du rôle sur prescription médicale
- Les actions découlant du rôle propre : soins de base, surveillance des effets secondaires des traitements, évaluation de la douleur, soins relationnels ...
- Ces actions sont la plupart du temps réalisées en collaboration avec les autres professionnels de santé (IDE - AS - kiné – diététicienne ...).

Faire le lien avec la nécessité de la mise en œuvre des actions avant de passer à l'évaluation.

L'ÉVALUATION

« C'est l'appréciation des résultats d'une intervention infirmière en fonction des objectifs fixés ».

(Dictionnaire des soins infirmiers)

L'évaluation est donc nécessaire pour juger si l'objectif est atteint ou pas.

Pour un problème réel : l'évaluation consiste à observer si les signes perdurent ou régressent.

Pour les risques : il convient de dépister les signes du problème que l'on craint.

UE 3.2 S2

Conclure avec la nécessité d'apprécier les résultats pour envisager un éventuel réajustement. En effet, l'évaluation conduit alors à une nouvelle situation à analyser qui entraînera la pose de nouveaux objectifs ou la mise en place d'autres actions. :

Lorsque l'objectif n'est pas atteint il faut reprendre le processus au niveau de l'analyse.

Et s'interroger sur :

- ❖ Recueil de donnée suffisant ?
- ❖ Analyse pertinente ?
- ❖ Problème bien identifié ?
- ❖ Objectif réalisable, individualisé, pertinent et mesurable ?

LE DEVENIR DE LA PERSONNE SOIGNEE

Les étudiants se posent la question centrale :

- « Qu'est-ce qu'il va advenir pour la personne ?

Les pistes de réponses sont de 2 ordres :

- Opérationnelles : traitement, RDV, suite de soins, éducation, conseils.....
- Sociales et familiales : avenir de la personne, reprise du travail ? vie familiale ? répercussions physique et psychologique ?

Le devenir concerne tout ce qui est envisagé pour la personne, ceci du point de vue biomédical, psychologique et social

Ce sont des étapes repérables à court moyen long terme à partir de la présentation du jour

UE 3.2 S2

Présentation de l'établissement et du service

L'Hôpital est un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) et exerce une mission de service public hospitalier sur l'ensemble de ses activités. Ses patients bénéficient d'une tarification publique, sans « reste à charge » et sans dépassement d'honoraires. Lui est alloué un statut associatif à but non lucratif.

Situé dans une grande Métropole, il est facilement accessible par les transports en commun et bénéficie d'un parking payant en son sous-sol.

L'hôpital s'inscrit dans une double ambition pour ses patients : donner des soins, mais aussi « prendre soin ». Ces valeurs d'humanité s'illustrent au quotidien par la qualité d'accueil, l'attention portée à chacun, la qualité de la prise en charge globale.

Il a connu de nombreuses transformations et innovations techniques (modes opératoires, robot chirurgical Da Vinci, etc.) et organisationnelles : ambulatoire, plateau de soins critiques de 30 lits, service d'imagerie (dont 2 scanners, un IRM et un scanner de haute définition de dernière génération). Depuis 2023, une unité complète de neurologie disposant de 25 lits, offre une prise en charge spécialisée.

Par ailleurs, un service d'accueil d'urgence est ouvert 24h/24 et 7j/7 au cœur de la Métropole, ses activités permettent d'offrir, jour et nuit, un accès aux soins pour tous.

Le service de chirurgie ambulatoire de l'hôpital vise à offrir des soins chirurgicaux de qualité avec un retour rapide à domicile, réduisant ainsi les risques d'infections liées aux soins et les durées d'hospitalisation. Il comprend 15 lits, la moyenne d'entrées par jour est de 40. La durée moyenne de séjour est d'environ 8 à 12 heures si absence de complication, en fonction des interventions. Le service accueille principalement des adultes pour des chirurgies programmées dans les spécialités orthopédie, ophtalmologie, urologie, digestif et gynécologie.

Le personnel présent aujourd'hui se compose de :

- **1 praticien hospitalier et 2 internes par spécialité,**
- **4 infirmiers,**
- **1 anesthésiste mobilisable en service si problème,**
- **2 aides-soignants,**
- **1 kinésithérapeute,**
- **1 cadre de santé,**
- **1 secrétaire médicale.**

Le service collabore directement avec le plateau technique, le laboratoire d'analyses et la pharmacie situés sur le centre hospitalier. Les transmissions entre équipes se font de manière rigoureuse : les transmissions orales sont organisées avant et après l'intervention entre le service d'ambulatoire et l'accueil du bloc opératoire, et les transmissions écrites sont systématiquement enregistrées dans le dossier médical informatisé pour une bonne continuité des soins. Un infirmier a pour mission quotidienne d'appeler les patients se faisant opérer le lendemain pour rappeler les consignes pré opératoires mais également les patients à J1 pour savoir s'ils ne présentent pas de manifestation(s) de complication(s) post opératoires.

UE 3.2 S2

Présentation de la personne soignée

La patiente, Mme R, née le 14 juin 1984, est admise ce jour à 7h pour une salpingectomie bilatérale dans le cadre d'une décision conjugale réfléchie. Elle mesure 1m68 et pèse 72 kg, avec un IMC de 25,5 (léger surpoids). Elle n'a pas de douleurs particulières, à l'exception de quelques gênes abdominales liées à des troubles menstruels.

Madame R est mariée depuis 15 ans et a deux enfants. Elle travaille comme responsable administrative dans une entreprise de comptabilité. Son emploi est stable et son revenu familial lui permet de subvenir à ses besoins. Elle a une bonne hygiène de vie : elle ne fume pas et consomme de l'alcool de manière modérée. Elle pratique régulièrement le yoga et la marche. Son époux est très impliqué dans la décision de cette intervention. Mme R est autonome dans ses activités quotidiennes et se montre très compliant aux soins, comprenant bien les bénéfices de l'intervention. Elle a désigné son mari comme personne de confiance et personne à prévenir. Elle est rattachée à la CPAM et bénéficie d'une couverture mutuelle (MGEN).

Bilan de santé

Antécédents médicaux :

- **Antécédents chirurgicaux** : Appendicectomie à l'âge de 22 ans sous coelioscopie, sans complication.
- **Antécédents médicaux** : Douleurs menstruelles traitées par doliprane® 1g 4x/24h au besoin et Spasfon lyoc® 40mg 2 – 2 -2 au besoin
- **Antécédents psychiatriques** : Dépression modérée en post partum, traitée par psychothérapie Effexor® LP 75 mg 1-0-0 pendant deux ans, traitement arrêté depuis 5 ans. Elle n'a pas présenté de rechute mais présente une anxiété majeure lorsqu'elle est exposée à des situations stressantes. Cette anxiété n'est pas traitée ni suivie.
- **Antécédents familiaux** : Mère décédée d'un cancer du sein à 60 ans.

Histoire de la maladie

Mme R a pris la décision de procéder à une salpingectomie bilatérale après plusieurs années de réflexion. Elle a eu deux grossesses sans complication et, après discussions avec son mari, elle souhaite une contraception définitive. Elle a consulté son gynécologue pour la première fois à ce sujet il y a un an. À ce moment-là, elle avait un stérilet hormonal en place, mais elle ne le supportait plus en raison de légers saignements irréguliers et d'une gêne persistante.

1. **Premier rendez-vous avec le gynécologue** : (12 mois avant l'intervention) : Mme R exprime son souhait de ne plus avoir d'enfants et demande des informations sur la salpingectomie. Le gynécologue lui explique la procédure, les alternatives et les conséquences irréversibles. Une réflexion commune est engagée.
2. **Deuxième rendez-vous** : (6 mois avant l'intervention) : Après mûre réflexion, Mme R est décidée pour se faire opérer. Le gynécologue planifie une échographie pelvienne de contrôle et programme une consultation avec l'anesthésiste.

UE 3.2 S2

3. **Consultation avec l'anesthésiste** : (2 semaines avant l'intervention) : L'anesthésiste procède à un examen clinique complet, interroge Mme R sur ses antécédents de dépression et confirme qu'il n'y a pas de contre-indication à l'anesthésie générale prévue pour l'intervention sous réserve des Bhcg négatifs.

Un bilan sanguin 48h avant l'intervention (pré-opératoire + Bhcg obligatoire) est prescrit et vérifié par l'infirmier qui contacte la patiente par téléphone. Le protocole de jeûne est rappelé (arrêt de l'alimentation solide 6 heures avant l'opération, liquide 2 heures avant). L'infirmier lui rappelle les consignes pré-opératoires (préparation antiseptique la veille de l'intervention).

4. **Rencontre pré-opératoire avec le gynécologue** : Avant le geste chirurgical, Mme R réitère son consentement oralement. Le document signé figure dans son dossier.

Trame de séjour

Préparation pré-opératoire :

Le jour de l'intervention, Mme R arrive à l'hôpital à **6h45**, elle est à jeun depuis la veille, elle a bu un verre d'eau avant d'aller se coucher à 1h du matin. Elle est accueillie par l'infirmier qui vérifie ses paramètres vitaux (FC 66, TA 134/87, SPO2 99% en AA, T° 37.1) et examine son dossier (bilan sanguin, échographie, consentement...). Elle est installée dans une chambre individuelle équipée pour les hospitalisations de jour.

- **Préparation physique** : Elle a pris une douche antiseptique (gamme Hibiscrub) à la demande de son chirurgien à domicile la veille au soir et le matin même. L'infirmier vérifie la préparation cutanée, la dépilation en « short » et le respect des consignes de jeûne. Une bandelette urinaire est faite, elle est négative.
- **Préparation psychologique et gestion de l'anxiété** : Bien qu'anxieuse, Mme R se montre sereine, ayant bénéficié d'informations précises de la part des soignants. L'anesthésiste la revoit avant l'opération pour la rassurer, notamment en lien avec son ancien antécédent de dépression. Il prescrit un Atarax® 100mg.
- **Prémédication** : En plus de l'atarax® 100 mg, Mme R reçoit 2 comprimés de Cimétidine® 200mg (anti sécrétoire gastrique) en prémédication.

UE 3.2 S2

Suivi post-opératoire :

L'intervention, prévue à **9h30**, se déroule sans complication. Mme R est opérée sous anesthésie générale légère pour une durée de 45 minutes. La salpingectomie est réalisée par coelioscopie.

En salle de réveil, Mme R est somnolente mais stable. Ses paramètres vitaux sont stables. Une surveillance rapprochée est réalisée par l'infirmière en SSPI (Salle de surveillance post interventionnelle). Une heure plus tard, elle revient en service de chirurgie ambulatoire.

1. **Gestion de la douleur post-opératoire** : Elle exprime des douleurs au niveau pelvien. L'EVA est à 5/10. Les douleurs sont à type de spasme. Un protocole de gestion de la douleur est mis en place. Il comprend la prescription de **paracétamol® 1g en IV toutes les 4 à 6h 4x/24h** en systématique, du spasfon 80mg IV 3x/24h ALD et du Tramadol 50 mg IVL 3x/24h si EVA > 4.
2. **Protocole de récupération améliorée après chirurgie (RAAC)** : Madame R peut boire et manger dès le retour de bloc car elle ne présente ni nausée ni vomissement. Ce protocole est mis en œuvre pour favoriser une récupération rapide. Mme R est encouragée à boire rapidement après l'intervention et à se lever dans les heures suivant son retour en chambre pour une meilleure réhabilitation post-opératoire + levé précoce pour prévenir le risque thromboembolique.
3. **Surveillance locale** : pansements propres, en place, occlusifs et non tachés.

Question 1:

- A partir des éléments suivants, identifiez les problèmes et risques de Mme R en les priorisant.

Question 2:

- Réalisez la problématisation de Mme R en organisant le projet de soins au regard des objectifs fixés, en posant des actions de soins individualisées et en les évaluant.

UE 3.2 S2

Sortie du service :

Mme R quitte le service à **16h** accompagnée de son mari, après une ultime vérification de ses paramètres vitaux (FC 67, TA 128/80, SAT 99% en AA, T° 36.9°C), un score autorisant sa sortie et de ses douleurs (EVA 1/10). Elle a bu et mangé. Elle a uriné. Elle ne présente pas de nausées ni de vomissement. Une prescription de sortie lui est remise avec des consignes claires pour la gestion des cicatrices et la prise des médicaments antidouleur et bas de contention. Une consultation post-opératoire est programmée avec le chirurgien à un mois.

L'infirmier fournit un numéro d'urgence à contacter en cas de douleurs importantes, fièvre (supérieure à 38°C), signes d'infection au niveau des cicatrices (rougeur, chaleur, écoulement) ou autres symptômes inhabituels (malaise, essoufflement).

Au moment du départ, désinfection des sites opératoires en 4 temps, ablation des pansements, cicatrices mises sous Ercéfilm.

Ordonnance de sortie :

- Paracétamol® 1g PO 1-1-1-1 si besoin maximum 4g /24h
- Tramadol® 50mg PO 1-1-1 si EVA > 4
- Spasfon Lyoc® 40 mg en sub lingual 2-2-2 si spames
- Consultation chirurgicale prévue dans 30 jours

Question 3:

- **Quel devenir pour Madame R à court, moyen et long terme ?**

UE 3.2 S2