



Les 10 scénarios les plus prisés pour les simulations de haute fidélité en soins infirmiers aux adultes





Canadian Association
of Schools of Nursing
Association canadienne des
écoles de sciences infirmières

© Association canadienne des écoles de sciences infirmière, 2019

ISBN édition électronique : 978-1-989648-00-1

ISBN édition papier : 978-0-921847-99-1

Dans le but d'alléger le texte dans le présent document, les termes au féminin comprennent le masculin.

Remerciements

L'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI), en partenariat avec CAE, remercie chaleureusement toutes les intervenantes qui ont pris part au développement des *10 scénarios les plus prisés pour les simulations de haute fidélité en soins infirmiers aux adultes*. Votre expertise, votre temps et votre contribution ont fait toute la différence. Nous aimerions aussi remercier les membres du groupe de travail, des expertes dédiées à la formation en sciences infirmières et à la simulation, pour leurs efforts ciblant l'identification de situations clés en soins infirmiers pour les simulations de haute fidélité et les scénarios qui les accompagnent. Soulignons également la participation des multiples intervenantes canadiennes qui ont fourni commentaires et expertises par le biais du sondage en ligne sur les 10 scénarios les plus prisés en soins infirmiers aux adultes.

Groupe de travail

| Nom | Institution |
|--|---|
| Cynthia Baker, RN, PhD | Association canadienne des écoles de sciences infirmières |
| Renee Anderson, RN, MN | Thompson Rivers University |
| Mary Ellen Gurnham, RN, PhD | Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse |
| Nicole Harder, RN, PhD, CCSNE | University of Manitoba |
| Sandra Goldsworthy, PhD, RN, CNCC(C), CMSN(C), CCSNE | University of Calgary |
| Marian Luctkar-Flude, RN, PhD, CCSNE | Queen's University |
| Michelle MacNeil, RN, BScN, MAdEd | St. Francis Xavier University |
| Joanna Pierazzo, RN, PhD | McMaster University |
| Jane Tyerman, RN, PhD, CCSNE | Trent University |

Inclusion

L'ACESI s'est engagée à élaborer des politiques et des énoncés inclusifs qui visent à décourager toute discrimination et attitude cisnormative. Ainsi, l'un des objectifs directeurs de l'élaboration de ces scénarios est d'assurer qu'ils favorisent l'ouverture, l'inclusion et le respect de tous, y compris les personnes transgenres, non binaires, intersexuées et tous les membres de communautés marginalisées.

Raison d'être

L'objectif du développement des 10 scénarios les plus prisés pour les simulations de haute fidélité en soins infirmiers aux adultes était de mettre en évidence les événements cliniques complexes les plus significatifs pour les étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières avant qu'elles commencent à exercer la profession, peu importe le lieu de travail choisi. Le but est de proposer aux écoles de sciences infirmières au Canada des recommandations consensuelles nationales ainsi que des ressources d'enseignement et d'apprentissage associées, liées à l'utilisation des simulations de haute fidélité dans les programmes d'études. Les 10 scénarios retenus ne visent pas toutes les populations de patients, tous les secteurs des soins infirmiers ou tous les types de modalités de simulation. Ils ciblent plutôt les adultes, y compris les adultes plus âgés, qui se retrouvent dans des situations complexes de soins de courte durée. On prévoit l'identification de situations clés pour les simulations parmi d'autres populations de patients, ainsi que d'autres modalités de simulation.

Contexte

La simulation dans l'éducation professionnelle en matière de santé consiste à créer pour une étudiante ou une praticienne, une situation ou un environnement qui permet de faire l'expérience d'une représentation d'un événement réel de manière à mettre une nouvelle compétence en pratique, développer de nouvelles habiletés, mieux comprendre les systèmes ou les comportements humains, ou encore, à des fins d'évaluation (Lopreiato et al., 2016). Cette approche de l'enseignement et de l'apprentissage, initialement développée comme élément de formation pour les pilotes d'aviation, est devenue de plus en plus importante dans l'éducation des professionnels de la santé.

Les simulations sont classées selon leur fidélité, soit le niveau de réalisme avec lequel une situation donnée et son environnement sont représentés (Gaba, 2004). Dans le domaine des soins de santé, il existe trois niveaux de simulation de patients : haute fidélité, moyenne fidélité et basse fidélité. L'utilisation des trois niveaux a considérablement augmenté dans les écoles de sciences infirmières canadiennes : mannequins informatisés haute fidélité, vidéos interactives sur ordinateur, patients simulés, réalités virtuelles en trois dimensions, formatrices non informatisées et jeux de rôle.

Le choix du niveau de fidélité d'une modalité de simulation dépend de la nature des apprentissages à développer et de la complexité de la situation où l'on doit prodiguer les soins (ACESI, 2015). En raison de l'intensité actuelle des besoins des patients et de la complexité croissante des soins infirmiers, on met de plus en plus l'accent sur le raisonnement et le jugement cliniques ainsi que sur les interventions infirmières auprès de patients instables, dont l'état se détériore. Bien que les expériences de pratique soient un élément essentiel au développement de ces capacités (Goudreau et al., 2015), les stages de qualité en milieu clinique se font rares. Des recherches ont toutefois montré que les simulations de haute fidélité constituent une approche pédagogique efficace pour assurer une telle expérience pratique aux étudiantes (Lassiter, 2007).

Malgré la croissance de l'apprentissage fondé sur la simulation dans la formation en sciences infirmières, les situations choisies varient considérablement d'une école à une autre. Cependant, une caractéristique fondamentale des expériences basées sur la simulation, contrairement aux stages cliniques, est qu'elles sont planifiées, prévisibles ou contrôlées par l'enseignante (ACESI, 2015). De plus, les situations peuvent être appliquées de manière uniforme à toutes les étudiantes. En conséquence, l'apprentissage basé sur la simulation permet aux enseignantes de proposer des expériences pratiques prédéterminées et complexes à leurs étudiantes, et ce avant que ces dernières terminent leurs études et accèdent à la profession. Un autre élément important de la pratique fondée sur la simulation est que les étudiantes peuvent commettre des erreurs et apprendre de ces dernières sans nuire aux patients (INACSL, 2016).

La conception d'un scénario de simulation, comme le choix d'une modalité de simulation, est déterminée par les résultats d'apprentissage ciblés ainsi que la situation ou le problème de santé en cause (ACESI, 2015). En 2017, CAE, société de simulation active dans les domaines de l'aéronautique et des soins de santé, a proposé à l'ACESI de réviser et de mettre à jour un ensemble de scénarios de simulations de haute fidélité pour les adultes. L'ACESI a vu l'occasion de formuler des recommandations consensuelles nationales identifiant les situations cliniques complexes en soins infirmiers aux adultes les plus importantes afin de s'assurer que les étudiantes y soient confrontées avant de commencer la pratique, et de soutenir ces recommandations consensuelles avec des scénarios adaptés au contexte canadien des soins de santé et aux compétences canadiennes d'accès à la pratique.

En résumé, l'importance des expériences d'apprentissage pratique chez les étudiantes en sciences infirmières est depuis longtemps une composante essentielle et acceptée de la formation en sciences infirmières au Canada. L'offre de stages cliniques pour les étudiantes, cependant, est de plus en plus restreinte. En outre, la complexité croissante de la pratique infirmière crée une incertitude à savoir si les étudiantes obtiendront l'expérience clinique nécessaire pour un stage clinique donné. L'utilisation généralisée et croissante de simulations répond actuellement au besoin des étudiantes en sciences infirmières de vivre des expériences pratiques. La fidélité accrue des mannequins informatisés ainsi que la nature planifiée d'expériences pratiques basées sur la simulation constituent une solution possible au défi de fournir aux étudiantes des types prédéterminés de situations de soins complexes avant qu'elles accèdent à la profession. En tant que première étape pour exploiter ce potentiel, les 10 expériences les plus complexes auxquelles les étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières devraient faire face en matière de soins aux adultes et aux personnes âgées ont été identifiées à l'aide d'une approche consensuelle nationale.

Méthodologie

Un processus Delphi modifié a été utilisé pour dresser la liste des 10 scénarios les plus prisés en soins infirmiers aux adultes. Ce processus a impliqué un groupe national d'expertes en formation et simulation en sciences infirmières, le groupe de travail du projet, ainsi qu'une série de consultations et des activités visant à créer un consensus.

La première étape consistait à établir un groupe de travail composé d'expertes provenant de partout au Canada, afin de guider le processus. Ensuite, le groupe de travail devait créer une première ébauche d'un document faisant état des situations essentielles dans le cadre des simulations de haute fidélité pour les étudiantes en sciences infirmières dans les soins aux adultes; ce travail devait être fondé sur les expériences des étudiantes et sur une revue de littérature. Les commentaires sur la liste initiale ont été obtenus dans le cadre d'un « café mondial » au cours duquel de petits groupes d'infirmières enseignantes furent formés et reformés tout au long de la journée pour offrir des commentaires et des suggestions. Ce format permettait une pollinisation croisée d'idées, des discussions animées et une contribution approfondie de la part des participantes. Les résultats ont été rassemblés puis examinés par le groupe de travail composé d'expertes, qui a ensuite effectué une série de révisions. Un second consensus a été atteint sur les 10 scénarios les plus prisés. Un sondage national a ensuite été mené auprès d'infirmières enseignantes pour valider la liste. Les résultats de ce sondage ont été examinés par le groupe de travail, des modifications mineures ont été apportées et le groupe est parvenu à un consensus final. La liste de situations a été adoptée par le groupe d'expertes en juillet 2018.

Le groupe a ensuite sélectionné divers scénarios existants, créés par CAE, afin de les examiner, les réviser, les mettre à jour et les adapter au contexte canadien de façon à créer des ressources d'apprentissage qui favoriseraient l'intégration des 10 scénarios les plus prisés. Le groupe de travail formé d'expertes et un groupe plus large d'intervenantes ont ensuite examiné et révisé chaque scénario de simulation. Le document *Standards of Best Practice: Simulation* (normes en matière de pratiques exemplaires pour la simulation; 2016) de l'*International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (association internationale des infirmières pour la simulation clinique et les normes d'apprentissage) a permis d'alimenter la revue et les révisions effectuées par le groupe. Ces normes fournissent des indications détaillées sur la conception, la facilitation et le compte rendu des expériences de simulation en formation infirmière. En outre, lors du développement de la liste des expériences clés pour les simulations de haute fidélité, d'importants éléments de soins à inclure dans les scénarios de simulation sont apparus. Ces éléments ont également aidé à guider le processus de révision. Ils comprennent : a) les communications, b) les scénarios en développement, c) les événements indésirables, et d) la coopération interprofessionnelle.

La simulation peut donner aux étudiantes la possibilité d'améliorer leurs compétences en communication et de pratiquer la communication en boucle fermée, ce qui peut inclure la communication avec le patient, les membres de la famille ou l'équipe de soins de santé, par exemple lors

de la remise de rapports de transfert. Les compétences de désescalade pour échanger avec un patient ou un membre de la famille en colère font partie des compétences en communication pouvant être développées au cours d'une expérience de simulation.

Comme indiqué précédemment, les simulations de haute fidélité peuvent permettre aux étudiantes d'acquérir de l'expérience avec un patient dont l'état évolue rapidement. Fournir un scénario de simulation en cours peut donner à l'étudiante une expérience d'apprentissage réaliste et précieuse. Aussi, la prise en compte d'un événement indésirable qui nécessite l'identification et le signalement des erreurs permet aux étudiantes de s'exercer dans des domaines qui peuvent être particulièrement difficiles, même pour les infirmières expérimentées.

Étant donné que les étudiantes ne se lancent pas dans la pratique en tant que seules fournisseuses de soins pour leurs futurs patients, les scénarios de simulation interprofessionnelle leur sont très utiles. L'inclusion de cet élément dans les simulations peut toutefois s'avérer difficile, car des facteurs tels que la disponibilité, le calendrier et les ressources constituent un obstacle.

À la suite de cet examen approfondi et d'une révision des scénarios, les expériences cliniques simulées (ECS) finales de CAE à l'appui de la liste des 10 scénarios les plus prisés ont été confirmées en janvier 2019.

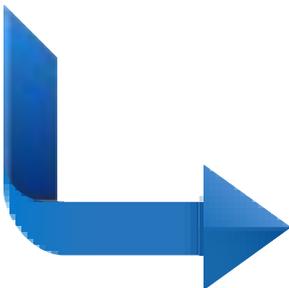


Canadian Association of Schools of Nursing
Association canadienne des écoles de sciences infirmières

Les 10 scénarios les plus prisés pour les simulations de haute fidélité en soins infirmiers aux adultes

Hypoglycémie et hyperglycémie

Le diabète sucré est une maladie caractérisée par une production ou une utilisation anormale de l'insuline. Il en résulte un taux anormal de glucose dans le sang. Cette maladie chronique touche environ 3 millions de Canadiens de tous âges. Des cas aigus reliés au diabète sucré comprennent l'hypoglycémie, l'acidocétose diabétique et un état hyperglycémique. Une maladie (bénigne ou grave), une blessure et une opération occasionnent parfois des fluctuations du taux de glucose sérique, ce qui peut avoir un effet néfaste sur un patient et mener à son décès. Les infirmières doivent savoir reconnaître rapidement les manifestations cliniques de l'hypoglycémie et de l'hyperglycémie, mais aussi en distinguer les différences, en déterminer les causes possibles, effectuer les évaluations et les interventions appropriées, et enfin, éduquer les patients en ce sens.



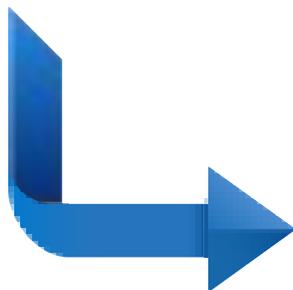
Scénario de simulation de CAE

Diabète chronique

Les étudiantes apportent des soins à un homme de 63 ans qui s'est rendu au centre communautaire pour les sans-abris. Il vit dans la rue depuis quatre ans et se rend à la clinique où une infirmière en santé communautaire essaye de surveiller et de contrôler son diabète de type 1. Dans le passé, il ne suivait pas à la lettre son régime de gestion du diabète. Il a récemment été retrouvé dans la rue à demi conscient avec un taux de glycémie atteignant 28,3 mmol/L. On l'a amené en ambulance dans un établissement en soins de santé où il a été traité d'urgence; il a ensuite été admis dans une unité de soins afin de stabiliser son état et lui procurer les soins requis. Il a eu son congé de l'hôpital et se rend maintenant à son premier rendez-vous de suivi au centre pour les sans-abris, où il sera vu par l'infirmière en santé communautaire.

Évaluation – patient dont l'état se détériore

Une infirmière doit savoir reconnaître lorsqu'un patient se détériore sur le plan clinique et savoir comment réagir dans cette situation. Il s'agit là d'une compétence fondamentale. En surveillant étroitement son patient, l'infirmière doit être capable de reconnaître rapidement les signes précoces d'un état dégénératif qui se manifeste physiquement et psychologiquement, réagir rapidement, interpréter les résultats de son évaluation, communiquer et collaborer avec l'équipe de soins pour gérer l'état clinique du patient, et prévenir une nouvelle détérioration. La capacité à déceler rapidement et avec précision les changements les plus subtils concernant l'état d'un patient peut faire toute la différence.



Hémorragie postopératoire

Les apprenantes s'occupent d'un homme de 60 ans qui se trouve dans une unité de chirurgie à la suite d'une néphrectomie gauche. L'opération s'est bien passée et ses signes vitaux sont restés stables durant les quatre heures suivantes. Cependant, il a ensuite présenté des signes d'hémorragie. Précisons que le patient est un témoin de Jéhovah. Comme son état se détériore, une réanimation liquidienne par voie intraveineuse est établie. S'ensuit un retour en salle d'opération. Dans ce scénario, la stabilité hémodynamique n'est pas préservée.

Appareil respiratoire – détresse, arrêt et embolie pulmonaire

Le syndrome de détresse respiratoire aiguë est une urgence médicale fréquente et souvent grave. Cette situation requiert une évaluation rapide et efficace des voies respiratoires et de l'oxygénation du patient. L'état de santé de celui-ci se verra optimisé si l'infirmière comprend les mécanismes cliniques d'une détresse, d'une insuffisance ou d'un arrêt respiratoire, mais aussi les causes et les manifestations cliniques, les tests diagnostiques et les interventions possibles.



Scénario de simulation de CAE

Embolie pulmonaire postopératoire

Les apprenantes offrent des soins à un jeune homme de 22 ans qui souffre de fractures ouvertes des deux fémurs à la suite d'un accident de la route. Une fois les premiers soins prodigués à l'urgence, il est amené en salle d'opération pour subir une fixation interne par réduction chirurgicale des deux fémurs, et ce après avoir perdu environ 800 ml de sang. Après la chirurgie, il est transféré à l'unité de soins intensifs pour passer la nuit sous observation. Le scénario débute le lendemain matin lors du transfert du patient à l'unité de chirurgie générale.

Fin de vie (patient en phase terminale)

Les infirmières travaillant en milieu hospitalier ou communautaire peuvent être amenées à prodiguer des soins de fin de vie, ce qui constitue une expérience intense sur le plan émotionnel. Les simulations pour ce genre de soins offrent un milieu d'apprentissage sécuritaire et efficace où les étudiantes peuvent développer leur capacité à communiquer adéquatement avec les patients et leurs familles .



Scénario de simulation de CAE

Soins de fin de vie

Les apprenantes soignent une femme âgée de 85 ans atteinte d'un cancer du sein de stade avancé, et des métastases aux os, au cerveau et au foie. Elle a quitté son domicile plus tôt dans la journée pour être hospitalisée aux soins palliatifs de l'unité médicale et chirurgicale, car elle est mourante. Au cours des cinq derniers jours, de l'ascite est apparue, ce qui distend l'abdomen de la patiente, occasionnant dyspnée et inconfort pour celle-ci. Son état s'est détérioré à tel point qu'elle réagit peu désormais et n'est plus capable de déglutir. Les membres de sa famille ont estimé qu'ils ne parvenaient plus à la soulager adéquatement à la maison. Elle a alors été amenée en ambulance et directement admise à l'unité de soins palliatifs. Dans ce scénario, les étudiantes ont la possibilité d'effectuer des soins de fin de vie et des soins post-mortem à une patiente en phase terminale.

Appareil cardiovasculaire – infarctus du myocarde et arrêt cardiaque

Dans n'importe quel contexte, une infirmière doit savoir évaluer et prendre en charge un patient éprouvant une douleur à la poitrine. L'infirmière est souvent la première personne qui évalue un patient vivant un tel problème de santé et qui intervient auprès de lui, et ce, avant même l'arrivée de l'équipe d'intervention. Pour diminuer les taux de morbidité et de mortalité, il est primordial que l'infirmière connaisse les tests diagnostiques, analyse les bandes de rythme cardiaque et intègre rapidement un traitement dans la séquence de soins appropriés.

Scénario de simulation de CAE

Arrêt cardiopulmonaire et syndrome coronarien aigu

Les apprenantes prennent en charge un homme de 60 ans hospitalisé en orthopédie après avoir subi une laminectomie lombaire avec décompression en raison d'une claudication neurogène et d'une sténose s'étendant de L1 à S1. Au jour 2 postopératoire, il est seul dans la salle de bain lorsque l'infirmière, qui se trouve dans la chambre, entend un bruit sourd. À son arrivée, elle trouve le patient étendu sur le sol, victime d'un arrêt cardiopulmonaire. En cas d'arrêt respiratoire non pulsatile, une intervention basée sur la technique spécialisée de réanimation cardio-respiratoire doit être entreprise.

Septicémie et syndrome de défaillance multiviscérale

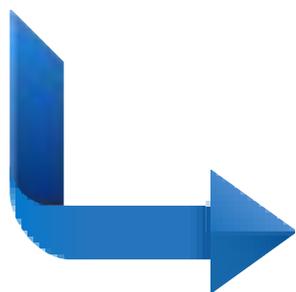
Une septicémie peut se développer rapidement à partir d'une infection localisée, quel que soit l'état de santé du patient. Reconnaître sans délai ce type d'infection et la traiter immédiatement aide à prévenir une détérioration rapide du patient, qui se traduirait par un état de choc et évoluerait en syndrome de défaillance multiviscérale, voire en décès. L'amélioration de l'état de santé du patient dépend donc de la vitesse à laquelle l'infirmière évalue la situation et intervient pour gérer la surveillance hémodynamique et maximaliser la perfusion des organes vitaux.

Septicémie et syndrome de défaillance multiviscérale

Les apprenantes fournissent des soins à un homme âgé vivant depuis longtemps dans un établissement de soins de longue durée et qui a reçu tout récemment des soins pour une infection urinaire. Il a été amené à l'urgence aujourd'hui en raison d'une absence de réaction qui s'est intensifiée au cours des dernières 24 heures. Le fait qu'il souffre de la maladie d'Alzheimer à un stade intermédiaire complique le tableau clinique. Dès le début, le patient répond aux critères relatifs à une septicémie. L'administration de liquides permet d'améliorer son état clinique et, ainsi, de le transférer dans une unité de soins dans un état stable. Une fois admis là-bas, son état dégénère en choc septique et, finalement, en syndrome de défaillance multiviscérale. On prépare alors le patient pour un transfert à l'unité de soins intensifs. Le scénario peut se terminer à ce moment-là ou alors l'état du patient peut évoluer vers un arrêt cardiaque et le décès juste avant le transfert.

Hypovolémie – déséquilibre électrolytique chez le patient gériatrique

Les nombreux changements dus au vieillissement et la prévalence des comorbidités chez les personnes âgées peuvent entraîner des anomalies électrolytiques, prévisibles ou non. Chez les personnes âgées, la déshydratation est la perturbation la plus fréquente en matière d'électrolytes et de volume liquidien. Elle peut se manifester par des symptômes neurologiques et cardiaques. La déshydratation et tout état affectant les électrolytes et le volume liquidien doivent être considérés comme une priorité en soins infirmiers en raison de mécanismes compensatoires défaillants dans ce groupe d'âge, qui contribuent à augmenter la morbidité et la mortalité.

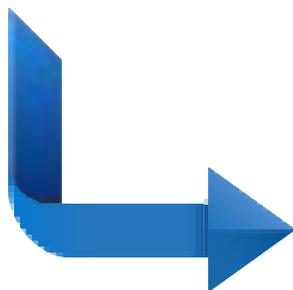


Déséquilibre électrolytique chez le patient gériatrique

Les apprenantes s'occupent d'un homme âgé de 82 ans qui a été transféré directement du bureau de son médecin traitant à l'unité médicale et chirurgicale. Le patient a fait une chute à son domicile et a été retrouvé par sa fille le lendemain. Confus, il parlait de façon incompréhensible et souffrait d'incontinence urinaire. Sa fille l'a amené au bureau de son médecin traitant. Celui-ci a posé un diagnostic de rhabdomyolyse qui s'expliquerait par un état d'épuisement dû à la chaleur. Le patient est admis à l'unité médicale et chirurgicale pour traiter ses problèmes d'hyperthermie, de déshydratation et d'hyperkaliémie.

Insuffisance cardiaque aggravée

Les infirmières qui prodiguent des soins à des patients souffrant d'une insuffisance cardiaque peuvent considérablement contribuer à améliorer l'état de santé de ces patients lors des évaluations et des interventions quotidiennes. En cas d'aggravation d'insuffisance cardiaque, les soins dispensés doivent être complets afin de stabiliser l'état clinique du patient : évaluation précise de l'équilibre hydrique et électrolytique, stabilité hémodynamique, alimentation, activité, médication et éducation du patient.



Insuffisance cardiaque congestive aggravée

Les apprenantes soignent un homme âgé de 67 ans qui souffre d'insuffisance cardiaque chronique depuis 6 ans. Ce matin, il a appelé son médecin traitant et s'est plaint d'être essoufflé, fatigué et d'avoir les chevilles et les pieds enflés. Il est directement admis à l'unité médicale et chirurgicale pour une détresse respiratoire modérée en lien avec une exacerbation de son insuffisance cardiaque. Après avoir été évalué, on lui administre des diurétiques, de la digoxine, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et des bêtabloquants. Son état s'améliore après une deuxième dose de diurétiques.

Choc – anaphylactique, cardiogénique, septique et neurogénique

Comme les infirmières jouent un rôle majeur pour promouvoir la détection et le traitement précoces, il leur faut impérativement connaître les facteurs de risque et les différents états de choc. L'état de choc ne se limite pas à une catégorie de patients. Il peut survenir brutalement et occasionner un taux élevé de mortalité. Il est crucial que le personnel infirmier en connaisse les signes précoces et les symptômes de façon à intervenir adéquatement avant que ne surviennent des dommages irréversibles.

Scénario de simulation de CAE

Choc

cardiogénique secondaire à un infarctus du myocarde

Les apprenantes offrent des soins à un homme aveugle, âgé de 50 ans, qui est admis à l'unité d'angioplastie pour passer la nuit en observation. Deux heures auparavant, il est sorti de la salle d'opération où il a subi une angioplastie coronaire percutanée transluminale (ACTP) effectuée lors d'un cathétérisme cardiaque. Le chirurgien a détecté une coronaropathie importante qui nécessite de poser deux endoprothèses. Il a également fait une requête pour que le patient soit admis à l'unité de soins coronariens pour observation.

Ce scénario a été conçu pour confronter les apprenantes à une situation clinique évoluant rapidement, au cours de laquelle le patient vit des changements hémodynamiques causés par une altération de la fonction cardiaque. Les apprenantes doivent communiquer avec le médecin afin de faire état de l'instabilité hémodynamique du patient. Il faut également qu'elles prennent des décisions après avoir reçu les directives du médecin, notamment le retour du patient en salle de cathétérisme cardiaque.

Surdose – fentanyl, héroïne, cocaïne

Les troubles liés à l'utilisation de substances sont souvent considérés comme des troubles évitables et potentiellement mortels qui sont devenus un enjeu prioritaire dans le domaine de la santé au Canada. Non seulement les infirmières jouent un rôle clé pour évaluer et gérer l'usage de narcotiques, mais aussi pour soutenir les patients en offrant des services axés sur la consultation, la prévention et l'éducation. Il est essentiel de connaître la pharmacocinétique, la durée et le mécanisme d'action de ces substances afin de prendre des décisions éclairées en matière de traitement et de soins, puisqu'une overdose de fentanyl, d'héroïne ou de cocaïne peut donner lieu à une toxicité menaçant de multiples organes.

Scénario de simulation de CAE

Surdose d'opiacés

Les apprenantes prennent en charge un homme âgé de 28 ans. Lorsque ses amis l'ont amené à l'urgence, il souffrait de détresse respiratoire aiguë et de bradycardie. En déshabillant le patient, l'équipe soignante trouve un sachet de pilules.

L'état du patient s'améliore après l'administration d'un traitement antagoniste des opiacés. Une fois stabilisé, le jeune homme devient agité et demande à quitter l'hôpital. En l'absence de traitement, la situation pourrait dégénérer en asystolie et un protocole de réanimation cardiorespiratoire devra être appliqué. Dans ce cas, il est suggéré de répéter le scénario jusqu'à ce que le protocole soit exécuté de façon satisfaisante.

**Les 10 scénarios de l'ACESI les plus prisés pour les simulations de haute fidélité
en soins infirmiers aux adultes**

Hypoglycémie et hyperglycémie

Patient dont l'état se détériore

Appareil respiratoire : détresse, arrêt et embolie pulmonaire

Patient en fin de vie

Appareil cardiovasculaire : infarctus du myocarde et arrêt cardiaque

Septicémie et syndrome de défaillance multiviscérale

Hypovolémie

Insuffisance cardiaque aggravée

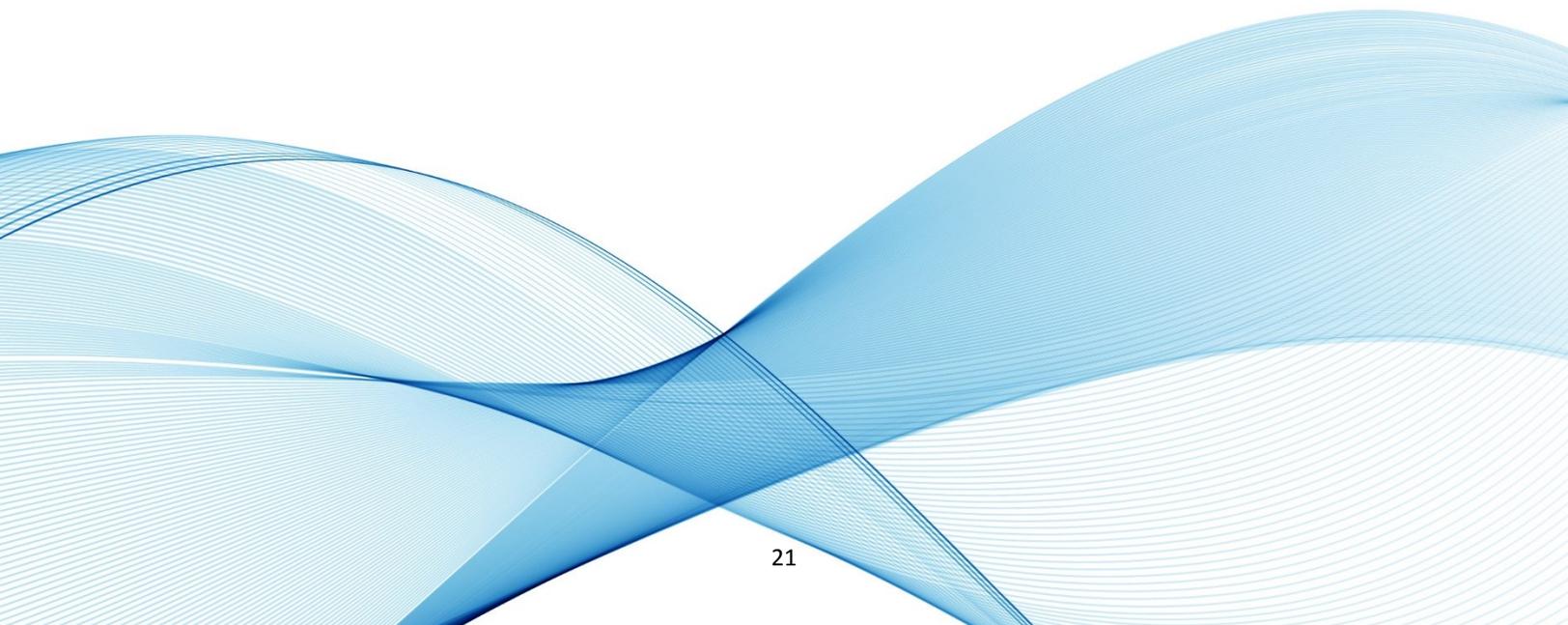
Choc : anaphylactique, cardiogénique, septique, neurogénique

Surdose : fentanyl, héroïne, cocaïne

| 10 scénarios les plus prisés pour les simulations de haute fidélité en soins infirmiers aux adultes | Scénarios de CAE |
|---|--|
| Hypoglycémie et hyperglycémie | Diabète chronique |
| Patient dont l'état se détériore | Hémorragie postopératoire |
| Appareil respiratoire : détresse, arrêt et embolie pulmonaire | Embolie pulmonaire postopératoire |
| Patient en fin de vie | Soins de fin de vie |
| Appareil cardiovasculaire : infarctus du myocarde et arrêt cardiaque | Arrêt cardiopulmonaire et syndrome coronarien aigu |
| Septicémie et syndrome de défaillance multiviscérale | Septicémie et syndrome de défaillance multiviscérale |
| Hypovolémie | Déséquilibre électrolytique chez un patient gériatrique |
| Insuffisance cardiaque aggravée | Insuffisance cardiaque congestive aggravée |
| Choc : anaphylactique, cardiogénique, septique, neurogénique | Choc cardiogénique secondaire à un infarctus du myocarde |
| Surdose : fentanyl, héroïne, cocaïne | Surdose d'opiacés |

Références

- ACESI. (2015). *Domaine de pratique au niveau du baccalauréat en sciences infirmières : lignes directrices pour les stages cliniques et la simulation*. Ottawa, ON : auteur.
- Gaba, D. M. (2014). A brief history of mannequin-based simulation and application. Dans W. Dunn (Éd.), *Simulators in critical and beyond*. Des Plaines, Illinois : Society of Critical Care Medicine.
- Goudreau, J., Boyer, L. et Letourneau, D. (2014). Clinical nursing reasoning in nursing practice: A cognitive learning model based on a think aloud methodology.
- INACSL. (2016). Standards of best practice. *Clinical Simulations in Nursing*, 12, pp. S1-50.
- INACSL Standards Committee (2016, December). INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation design. *Clinical Simulations in Nursing*, 12(S), pp. S5-S12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>.
- Lassiter, K. (2007). Clinical judgement development: Using simulation to create an assessment rubric. *Journal of Nursing Education*, 45 (11), pp. 496-503.
- Lopreato, J. O., Downing, D. Gammon, W., Liace, L., Sitter, B. et Slot, V. (2016). *Healthcare simulation dictionary*. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Réparé à <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/sim-dictionary.pdf>





Canadian Association
of Schools of Nursing
Association canadienne des
écoles de sciences infirmières