

**Initiation au *Trauma*
Nursing Core Course –
*TNCC***

**Infirmières leaders en
trauma.**

Par Catherine Roberge, M.Sc.
Infirmière clinicienne en traumatologie

Octobre 2015

- Chapitre 1: *TNCC*
- Chapitre 2: Traumatologie générale
- Chapitre 3: Évaluation initiale et précautions universelles
- Chapitre 4: Voies respiratoires et ventilation
- Chapitre 5: Chocs
- Chapitre 6: Traumatismes crânien et cranio-cérébral (TCC)
- Chapitre 7: Trauma. oculaire, maxillofaciale et cou
- Chapitre 8: Trauma. thoracique

Plan de la présentation

- Chapitre 9: Trauma. abdominale
- Chapitre 10: Trauma. de la moelle épinière et de la colonne vertébrale
- Chapitre 11: Trauma. Musculosquellettique
- Chapitre 12: Brûlure et trauma. de la peau
- Chapitre 13: Clientèle spéciale: femme enceinte, pédiatrie et gériatrie
- Chapitre 14: Gestion du désastre
- Chapitre 15: Aspect psychosocial du soins en trauma
- Chapitre 16: Cheminement de la clientèle en trauma. pédiatrique

Faire la formation en ligne sur le code Orange

Voir le formation offerte au PALS

Plan de la présentation - suite

Définition du soins infirmiers en traumatologie:

1. Reconnaître les manifestations cliniques chez une personne qui a probablement une maladie ou une blessure
2. Intégrer les collectes de données subjectives et objectives
3. Utiliser les savoirs empiriques (scientifiques), éthiques, esthétiques, et personnels pour diagnostiquer et intervenir
4. Utiliser la relation interpersonnelle de *caring* afin de promouvoir la santé et la guérison

Chapître 1: *TNCC*

Les 4 rôles associés aux soins infirmiers en traumatologie:

- 1.Évaluer, prendre en charge et coordonner les soins
- 2.S'engager et promouvoir la relation infirmière-patient dans le soin
- 3.Documenter le soin fait au patient traumatisé
- 4.Évaluer la recherche et incorporer les savoirs appropriés à la pratique.

Chapître 1: *TNCC*- suite

Rôle de l'infirmière leader:

Avant l'arrivée du patient:

- Décider du personnel non-médical requis en salle de trauma. selon le niveau d'alerte et s'assurer de leur présence au moment opportun
 - Inhalothérapeute
 - PAB
 - Technicien de laboratoire (paget #5793 ou sur place le soir)
 - Technicien aux Rayon-X (paget #6659)
 - Agent de sécurité #4911
 - Travailleur social
 - Coordonnatrice (évaluer le besoin d'un lit)

Chapître 1: *TNCC* -suite

Rôle de l'infirmière leader:

- Décider du nombre d'infirmières requis dans la salle de trauma. selon le niveau d'activation
- Si le niveau inférieur (2 ou 3), assumer le rôle des infirmières droite ou gauche
- Imprimer les FOPR nécessaires

SI transfert : À l'appel du téléphone rouge par Urgence Santé, transmettre le délai de 10-15 minutes aux téléphonistes :

TRAUMA niveau 1 ou Trauma niveau 2

Si arrivée **IMMINENTE SANS PRÉAVIS**

Appeler téléphoniste et lancer le code TRAUMA niveau 1 **STAT** ou niveau 2 **STAT**

Chapître 1: *TNCC* -suite

Rôle de l'infirmière leader:

- S'assurer que tout le monde dans la salle de trauma. connaît son rôle et se présente aux autres
- Coller les étiquettes d'identification
- Réchauffer la salle
- Diriger spécifiquement les activités des infirmière droite et gauche
- Démarrer le HotLine
- Vérifier le matériel de transport

Chapître 1: *TNCC* - suite

Rôle de l'infirmière leader:

À l'arrivée du patient:

- Démarrer le chronomètre
- Prendre les notes pendant la réanimation selon ABCDE
- Prendre les notes de l'examen secondaire selon FGHI
- Communiquer à l'urgentologue leader et à l'équipe les changements dans les signes vitaux et l'état du patient
- Assister l'urgentologue leader dans le calcul des doses de médication à l'aide des FOPR
- Superviser les activités infirmières
- Renvoyer du personnel hors de la salle de trauma. PRN

Chapître 1: *TNCC* - suite

Rôle de l'infirmière leader:

Post-stabilisation du patient:

- Vérifier ou s'assurer que le matériel de transport est adéquat (si vérifié ou non avant l'arrivée)
 1. Sédation
 2. Analgésie
 3. Vasopresseurs
 4. Matériel d'intubation
 5. Perfusions
- Déterminer le personnel non-médical nécessaire pour le transport
- Accompagner le patient jusqu'à sa destination finale
- Donner le rapport à l'infirmière qui recevra le patient à sa destination finale

Chapître 1: *TNCC* - suite

Approche en équipe vs soins infirmiers en traumatologie

- Le soin optimal au patient traumatisé est accompli dans le cadre où tous les membres de l'équipe de traumatologie utilisent une **approche systématique (standardisée)** du soin au patient blessé.

L'infirmière d'urgence est un membre essentiel à l'équipe de traumatologie.

Chapître 1: *TNCC*- suite



L'approche systématique (standardisée) est
les niveaux d'activation au CHU Sainte-Justine.

Chapître 1: *TNCC*- suite

NIVEAUX D'ACTIVATION EN TRAUMA

NIVEAU 1

- Arrêt cardiorespiratoire
- Tous signes de choc:
 - Hypotension selon l'âge du patient
 - <1 an: Pression systolique <60 mmHg
 - 1-10 ans: Pression systolique $<(70+2*\text{âge})$ mmHg
 - >10 ans: <90 mmHg
 - Signes d'hémorragie significative
 - Transfusions en cours
- Tous signes de difficultés respiratoires:
 - Obstruction des voies respiratoires hautes secondaires à trauma
 - Signes d'insuffisance respiratoire (hypoxie, utilisation des muscles accessoires, "grunting")
 - Murmures vésiculaires diminués à l'auscultation
- Trauma crânien sévère (GCS<9)
- Trauma pénétrant à la tête, cou, torse ou extrémités proximales au coude/genou
- Fracture du bassin
- Suspicion de lésion médullaire
- Amputation proximale au poignet/cheville
- Brûlures de >30% de la surface corporelle totale, explosion dans un espace clos
- Selon le jugement du pédiatre urgentologue en service

NIVEAU 2

- Évidence de trauma abdominal sans compromis hémodynamique
 - Abdomen distendu et/ou douloureux
 - Signe de la ceinture de sécurité/abrasion abdominale
- Trauma crânien modéré (GCS 9-12)
- Fracture d'au moins 1 os long avec mécanisme significatif
- Brûlure de 15-30% de la surface corporelle totale
- Selon le jugement du pédiatre urgentologue en service

NIVEAU 3

- Passager d'un accident de voiture
- Piéton/vélo avec collision de voiture
- Chute de plus de 5 mètres
- Tous patient transféré pour trauma et stable
- Tous patient transféré pour trauma en raison d'une chirurgie
- Selon le jugement du pédiatre urgentologue en service

Chapître 1: *TNCC*- suite

Membre	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Urgentologue Leader	X	X	X
Patron/fellow de chirurgie	X	Avisé et prêt à répondre	
Résident de chirurgie (Dr. Gauche)	X	X	
Résident d'urgence (Dr. Droite)	X	X	X
Infirmière Leader	X	X	X
Infirmière Gauche	X	X	
Infirmière Droite	X	PRN	
Inhalothérapeute	X	X	
Préposé aux bénéficiaires 1	X	Avisé et prêt à répondre	
Préposé aux bénéficiaires 2	Avisé et prêt à répondre		
Patron/fellow soins intensifs	X	Avisé et prêt à répondre	
Résident/Patron anesthésie	Avisé et prêt à répondre	Avisé et prêt à répondre	
Technicien de laboratoire	X		
Technicien de radiologie (Rayon X)	Avisé et prêt à répondre		
Technicien de scan	Dans l'hôpital 15 minutes après l'arrivée du patient si scan anticipé	Dans l'hôpital 15 minutes après l'arrivée du patient si scan anticipé	
Résident de radiologie	Dans l'hôpital 15 minutes après l'arrivée du patient	Dans l'hôpital 15 minutes après l'arrivée du patient si écho/scan anticipé	
Agent de sécurité	X		
Travailleuse sociale (8h-22h)	X	PRN	

Chapître 1: *TNCC*- suite



But du *TNCC*:

Présenter les connaissances de base et les habiletés psychomotrices pour l'évaluation initiale et prendre en charge les patients traumatisés.

Chapître 1: *TNCC*- suite



Définition du terme traumatisme:

Blessure aux tissus humains et aux organes causée par un transfert d'énergie de l'environnement

Chapître 2: Traumatologie générale

Caractéristiques épidémiologiques associées aux traumatismes (adultes) (Canada, 2003-2004)

Catégories des traumatismes	94%: corps humain frappe ou se fait frappé par un gros objet
	4%: trauma. pénétrants
	2%: brûlures
Types de mécanismes	47%: trauma. de la route
	29%: chute accidentelle
	8%: homicides et blessures infligés intentionnelles
	6%: autre

Chapître 2: Traumatologie générale - suite

Caractéristiques humaines associées aux traumatismes (adultes) (Canada, 2003-2004)

Äge	< 20 ans: trauma. de la route, chute accidentelle, autre, cyclisme
	20-34 ans: trauma. de la route, homicide, chute accidentelle, autre
	35-64 ans: trauma. de la route, chute, autre, homicide
	>65 ans: chute, trauma. de la route, autre, feu
Genre	72%: Homme
	28%: Femme

Chapître 2: Traumatologie générale - suite

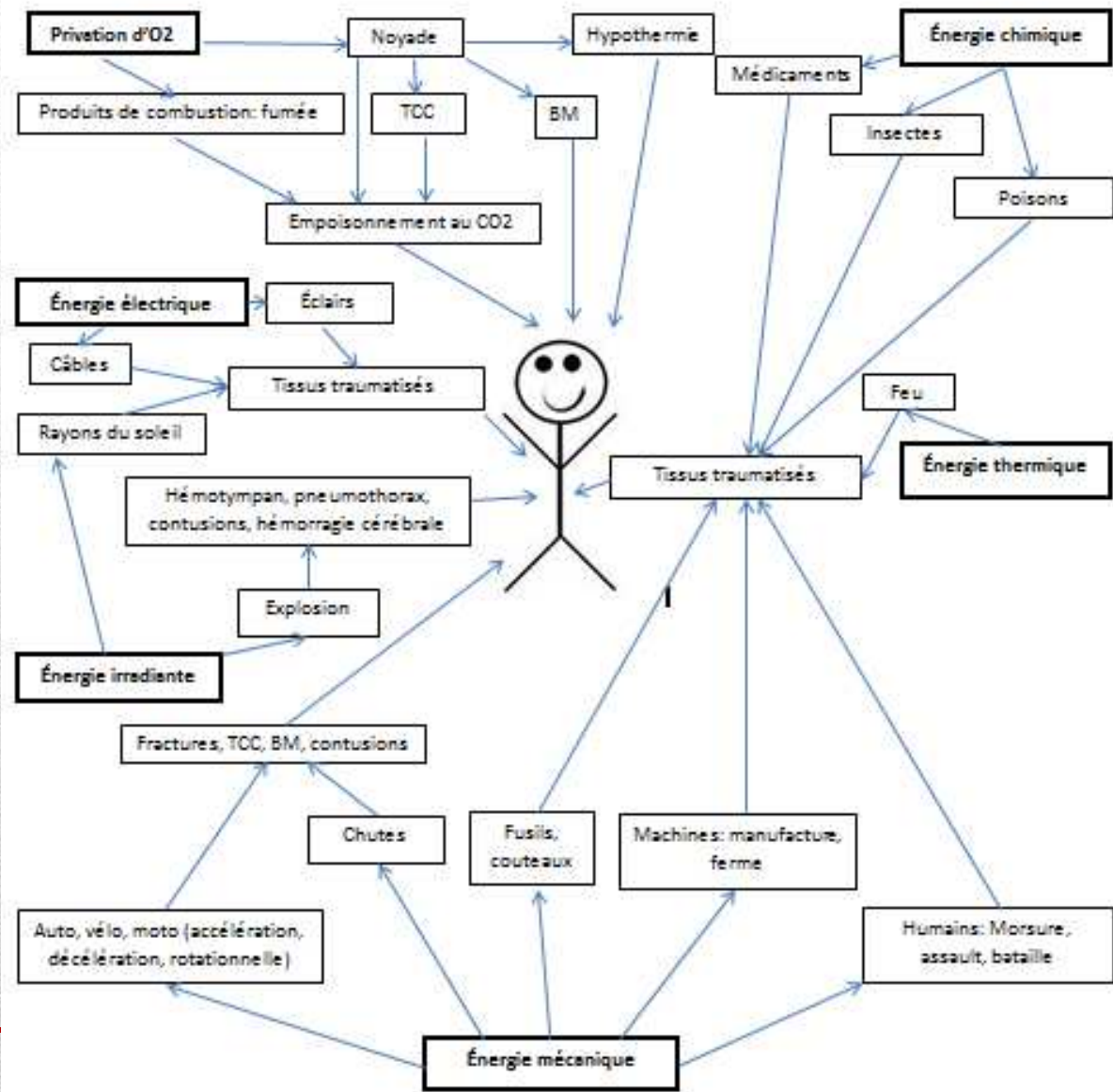
Considérations éthiques et géographiques:

- Le ratio de blessures augmente chez les amérindiens.
- Les substances illicites le plus souvent utilisées sont:
 - Alcool
 - Cannabis
 - Médicaments
- Les homicides et les blessures intentionnelles sont le plus souvent causés par: *Blunt trauma* (66%) et trauma pénétrant (34%).
- Les blessures intentionnelles sont causées par : des batailles, les armes blanches, les fusils, et le suicide (ex: pendaison).

Chapître 2:

Traumatologie générale - suite

Description de la réponse corporelle au transfert d'énergie de l'environnement et des effets sur les tissus humains et identification des blessures potentielles (et des *patterns*) selon les mécanismes



Programmes de prévention des traumatismes:

- DéTECTEURS de fumée
- Port du casque à vélo
- Sièges d'auto pour enfants
- Code de la route
- Prévention par des consultations avec des professionnels de la santé ou des pédiatres
- Services de contrôle des poisons

Chapître 2:

Traumatologie générale - suite



❖ **Évaluer**

❖ **Intervenir**

❖ **Réévaluer**

Chapître 3: Évaluation initiale et précautions universelles

Évaluation primaire

	Évaluation	Interventions
Ouverture des voies respiratoires et colonne cervicale	-Vocalisation	Bon alignement corporel
	-Obstruction de la langue	Maintenir l'immobilisation cervicale
	-Dents, corps étrangers	Ouvrir et dégager les voies respiratoires:
	-Saignement	-Traction du menton ou de la mandibule
	-Vomissements, sécrétions	-Succion oropharyngée
	-Oedème	-Installation d'une canule nasopharyngée ou oropharyngée
A= Airways Réévaluer après chaque intervention	Confirmation de l'intubation ou d'une méthode alternative: -Mouvements de la cage thoracique -Auscultation: épigastre et pulmonaire -Détecteur de CO ₂ et capnographe -Vérificateur de position oesophagienne (VPO)	Assister pour la ventilation manuelle Préparer l'intubation
	Rayon-X pulmonaire	



Évaluation primaire - suite

	Évaluation	Interventions
B= <i>Breathing</i> Besoin respiratoire Réévaluer après chaque intervention	Inspection de la respiration: -Fréquence -Régularité -Amplitude	Administrer de l'O ₂ à 100%
	-Intégrité et symétrie de la cage thoracique	Collaborer à la décompression à l'aiguille
	-Coloration de la peau	Collaborer à l'installation d'un drain thoracique
	-Utilisation des muscles accessoires	Faire un pansement à 3 côtés
	-Turgescences des jugulaires	Ventiler à pression positive
	Palpation: -Position de la trachée	Collaborer à l'intubation
	Auscultation pulmonaire: → 2ième espace inter-mi-clavial, 5ième espace intercostal ← latéral	Siège du choc apexien (contraction du ventricule gauche)

Zone de projection de l'orifice pulmonaire

Évaluation primaire - suite

	Évaluation	Interventions
C= Circulation Réévaluer après chaque intervention	Palper les pouls (fémoral): -Rythme -Fréquence -Qualité	Contrôler les saignements actifs
	Toucher la peau: -Coloration -Température -Diaphorèse	Installer 2 accès veineux courts de gros calibre (14) avec des cristalloïdes chauds
	-Inspecter les saignements externes	Faire un prélèvement sanguin pour le grouper croiser
	Prendre la tension artérielle	Débuter le RCR
		Chercher la cause de l'arrêt cardiaque si le cas
		Collaborer à la thoracotomie
		Discuter de la pertinence de la durée des manoeuvres

Évaluation primaire - suite

	Évaluation	Interventions
<p>D= Désordre neurologique Réévaluer après chaque intervention</p>	<p>A= Alerté V= Verbal P= <i>Pain</i> (réaction à la douleur) U= <i>Unresponsive</i> (ne répond pas à la stimulation)</p>	
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p style="text-align: center;">Examen neurologique infirmier</p> </div>	<p>P= Pupilles E= Égales R= Rondes RL= Réactions à la lumière</p>	
<p>État d'éveil vs état de conscience →</p>	<p>→ État d'éveil</p>	
	<p>-Échelle de coma de Glasgow</p>	
	<p>-Déterminer si présence de signes de latéralisation →</p>	<p>Asymétrie fonctionnelle: Anisocorie et hémiparésie</p>

Évaluation primaire - suite

	Évaluation	Interventions
E= Exposition à l'environnement Réévaluer après chaque intervention	Enlever tous les vêtements: -De façon sécuritaire -Décontamination -Pièces de conviction à mettre dans des sacs à papier	Recouvrir avec des couvertures chaudes
	-Retirer le matériel pré-hospitalier	Réchauffer la température de la pièce
	-Évaluer la nécessité de transférer le traumatisé : salle d'opération	Remplacer les solutés PRN

Évaluation secondaire

	Évaluation	Interventions
F= Full set of vital signs, Focused adjuncts, and Family presence	Signes vitaux: -Pression artérielle -Pouls -Rythme respiratoire -SaO2 -Température	Installer l'ECG (monitorer le pouls), et le saturomètre. Si le patient est intubé, installer le capteur de CO2.
	-I/E	Installer une sonde urinaire
	Distension gastrique: -Vomissements, aspiration ou les 2.	Installer le tube gastrique en maintenant l'immobilisation cervicale, en minimisant la stimulant du gag et en ayant l'équipement de succion disponible.
	Faciliter les épreuves diagnostiques: -Rayon-X: cervicale, poumons, et bassin -FAST -CT Scans: tête, thorax et abdomen -Lavage péritonéal diagnostique	Procédure de diagnostic chirurgical afin de déterminer si il y a une connexion de fluide flottant (le plus souvent dans le sang) dans la cavité abdominale

Évaluation secondaire - suite

	Évaluation	Interventions
F= Full set of vital signs, Focused adjuncts, and Family presence	-Faciliter les analyses sanguines: grouper croiser, hématoците, hémoglobine, BUN, créatinine, dépistage ROH et drogues, gaz artériels, pH, <i>base deficits</i> , niveau de lactate, électrolytes, glucose, PT, PTT, HCG	
	-Déterminer le besoin d'une vaccination contre le tétanos	
	-Faciliter la présence de la famille dans la salle de traitements et l'impliquer dans le soin au patient	Évaluer les besoins et les désirs de la famille
		Faciliter et supporter la famille dans leur implication dans le soin
		Assigner un professionnel de la santé qui sera avec la famille pour leur fournir des explications lors des processus
		Utiliser les ressources pour supporter les besoins émotionnels et spirituels de la famille (ex: TS)

Évaluation secondaire - suite

	Évaluation	Interventions
G= Give comfort measures - Gestion de la douleur	PQRSTU	Administer de l'analgésie: opioïdes, benzodiazépides, anesthésiques locaux ou sédation
		Surveiller les effets secondaires
		Considérer les méthodes alternatives: -Toucher thérapeutique -Acupression, acupuncture -Positionnement -Application de chaud ou de froid -Distraction -Exercices de relaxation -Imagerie guidée -Humour

Évaluation secondaire – suite

	Évaluation
H= Histoire	Informations pré-hospitalières: MIVT: -M: Mécanisme du trauma. -I: Trauma. suspectés -V: Signes vitaux -T: Traitements initiés et réponse
	-Informations générées par le patient: niveau de conscience, PQRSTU, mécanisme
	-Antécédents médicaux: âge, conditions médicales pré-existantes, médications actuelles, allergies, vaccin tétanique, hospitalisations et chirurgies précédentes, ingestion ROH ou de drogues, dernière menstruation, facteurs co-morbides

Évaluation secondaire - suite

	Évaluation	Interventions
H= <i>Head-to-toe assessment</i> – Évaluation de la tête aux pieds	Apparence générale: -Position du corps -Posture -Mouvements de protection -Odeur	Maintenir l'immobilisation cervicale
	Tête et visage: -Tissus mous -Déformations osseuses -Asymétrie des expressions faciales -Yeux -Oreilles -Nez -Cou	
	-Thorax: inspecter, ausculter, palper	
	-Abdomen, flancs: inspecter, ausculter, palper	
	-Périnée: inspecter, déformations osseuses	
	-Extrémités: inspecter, SNV, tissus mous, blessures osseuses, fonctions motrices, sensibilités	

Évaluation secondaire - suite

	Évaluation	Interventions
I= Inspecter les surfaces postérieures	-Inspecter le dos, les flancs, et les fesses	Maintenir l'immobilisation cervicale
	-Palper la colonne vertébrale et les surfaces postérieures	Supporter les extrémités traumatisées
	-Palper le sphincter anal	
	-Évaluer la présence de sang au rectum	

Identification des problématiques qui affectent l'ouverture des voies respiratoires:

- Patient inconscient: abus de ROH ou de drogues, trauma. à la tête, au cou ou au thorax, langue
- Trauma. au visage ou à la bouche: sang, dent perdue, des sécrétions ↑
- Estomac rempli: vomissements, sang

Chapître 4: Voies respiratoire et ventilation

Identification des problématiques qui affectent la ventilation:

- Altération de l'état de conscience
- Perte de conscience
- Trauma. neurologique
- Blessé médullaire (re: altération de la respiration diaphragmatique → hypoxie)
- Trauma. intracrânien (re: pattern respiratoire anormal)
- Fractures des côtes, instabilité thoracique
- Douleur (re: fractures des côtes → respiration artificielle → hypoxie)
- Trauma. pénétrant (re: pneumothorax → compression des poumons)
- Maladies respiratoires pré-existantes (re: MPOC)
- Âge avancé

Chapître 4: Voies respiratoire et ventilation - suite

Évaluation de l'ouverture des voies respiratoires

Histoire

Évaluation physique:

-Inspecter:

- *Habilité à vocaliser

- *Niveau de conscience

 - **L'agitation est un signe d'hypoxie

 - **↓ de l'état de conscience est un signe d'hypercapnie

- *Objets, dent perdue, sang, oedème, vomissements, sécrétions

- *Lacérations, hématomes

- *Incapacité à ouvrir la bouche (re: fractures)

- *Trauma. pénétrant du cou

-Auscultation des bruits respiratoires: stridor, wheezing, absence de bruit

-Palper le visage, le cou, les clavicules, et le thorax: emphysème sous-cutané (*rice krispices*)

Chapître 4: Voies respiratoire et ventilation - suite

Interventions – Ouverture des voies respiratoires

Voies respiratoires perméables

-Maintenir l'immobilisation cervicale

Voies respiratoires partiellement ou totalement obstruées

-Maintenir et protéger l'immobilisation cervicale

-Ouvrir les voies respiratoires

*Manoeuvre Jaw Thrust

*Manoeuvre Chin Lift

-Ventilation naso ou oropharyngée ou endo-trachéale

*Prémédication: LOAD

**L= Lidocaïne: ↓ effet du gag, ↓ TIC

**O= Opiacés

**A= Atropine: bloquer le SNS, bradycardie, assécher les sécrétions

**D= agent cureur, Ø tremblements (ex: zémuron)

*Agents inducteurs: sédatifs (propofol, versed, kétamine)

Chapître 4: Voies respiratoire et ventilation - suite

Histoire

Évaluation physique:

-Inspecter:

- *Niveau de conscience
- *Rythme, *pattern* et efforts respiratoires
- *Mouvements respiratoires thoraciques symétriques
- *Trauma thoracique
- *Couleur de la peau (cyanose)
- *Distension de la veine jugulaire
- *Position de la trachée

-Auscultation des bruits respiratoires

-Percussionner le thorax

- **Ø résonance → hémithorax
- **hyperrésonance → pneumothorax

-Palper le thorax, les clavicules, le cou et la trachée

Chapître 4: Voies respiratoire et ventilation - suite

Interventions - ventilation

Ventilation présente et efficace

- Administer le l'O₂ supplémentaire: masque 12L/min → 15 et +

Ventilation présente, mais inefficace

- Administer de l'O₂
- Installer le saturomètre
- Assister la ventilation
- Assister à la décompression thoracique par aiguille (2^{ième} inter., aiguille 10-14)
- Assister l'insertion du drain thoracique
- Surveiller et documenter le drain thoracique: fluctuation, liquide drainé, couleur, fuites d'air

Absence de ventilation

- Ventiler le patient avec *bag-mask* avec un système de réservoir d'O₂
- Assister l'intubation endotrachéale
- Évaluer les blessures qui nécessitent une intervention immédiate

Chapître 4: Voies respiratoire et ventilation - suite

Épreuves diagnostiques:

- Rayon-X des poumons et thorax, CT Scan du thorax
- Analyse sanguine: gaz artériel

Suivi

Évaluer et réévaluer fréquemment: rythme respiratoire, efforts respiratoires, niveau de conscience

Réévaluer le système de drain thoracique et le tube endotrachéale:

- D: tube Déplacé
- O: Obstruction
- P: Pneumothorax
- E: bris d'Équipement

Évaluer la douleur: PQRSTU

Réévaluer la position du tube endotrachéale

Surveiller les gaz artériels

Chapître 4: Voies respiratoire et ventilation - suite

Chocs = perfusion inadéquate des tissus → ↓O₂ + ↓nutriments

Chapître 5: Chocs

Choc hypovolémique

Hémorragie



↓ Volume
sanguin

Brûlure



Perte de l'intégrité de la
semipermeabilité de la
membrane cellulaire



Plasma + protéine passent de
l'espace intravasculaire à
l'interstitiel

Chapître 5: Chocs - suite

Choc cardiogénique

Infarctus du myocarde
Ou
Trauma d'impact au coeur



↓ contractilité cardiaque

Insuffisance cardiaque ou
de la valve mitriale

Ou
Arythmies



↓ du sang éjecté

Chapître 5: Chocs - suite



**Choc spinal → perte de la fonctions sensorimotrices et
des réflexes (phénomène neurologique)**

Chapître 5: Chocs - suite

Choc obstructif circulatoire

Tamponnade
cardiaque



Compression
du cœur durant
la diastole



Le cœur ne se
remplit pas
adéquatement



↓ volume de
sang éjecté

Pneumothorax
sous tension



Déplacement
de la veine cave
inférieure



Obstruction du
retour de sang
dans l'oreillette



↓ volume de
sang éjecté

Embolie
pulmonaire



Obstruction
dans l'artère
pulmonaire



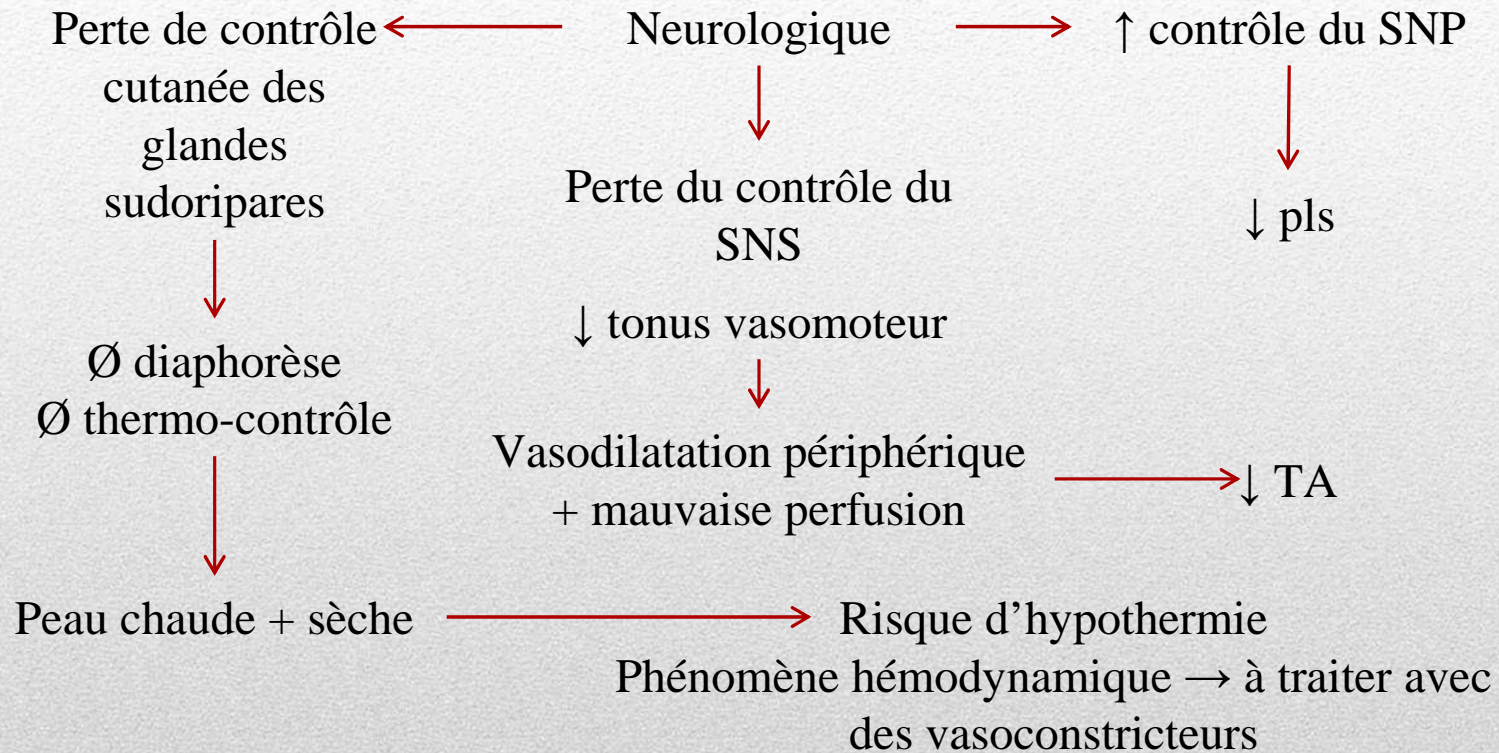
Obstruction de la
circulation sanguine
dans le ventricule
droit durant la systole



↓ volume de
sang éjecté

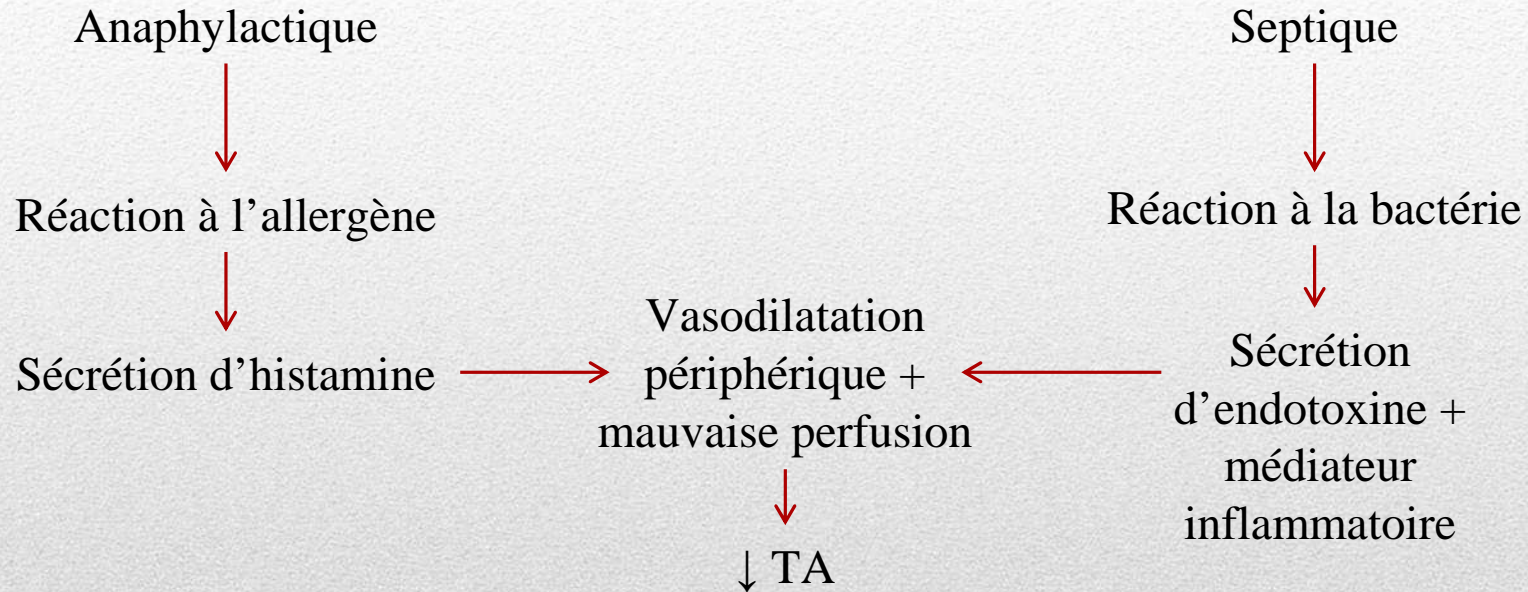
Chapître 5: Chocs - suite

Choc distributif



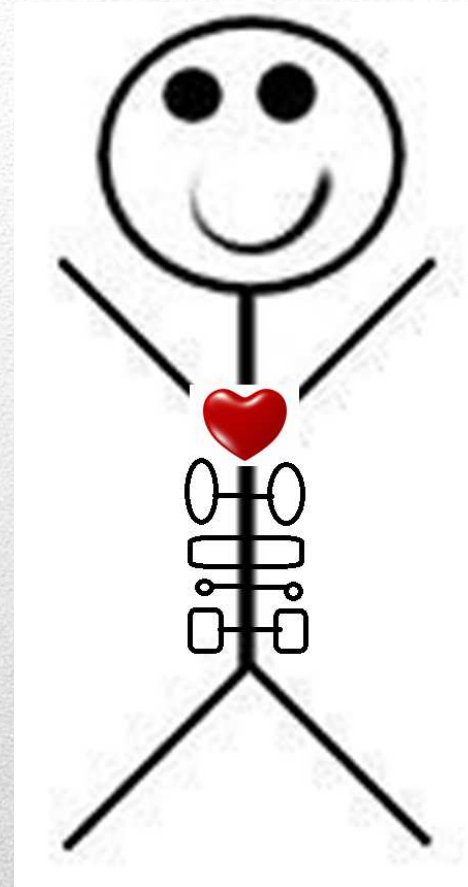
Chapître 5: Chocs - suite

Choc distributif - suite

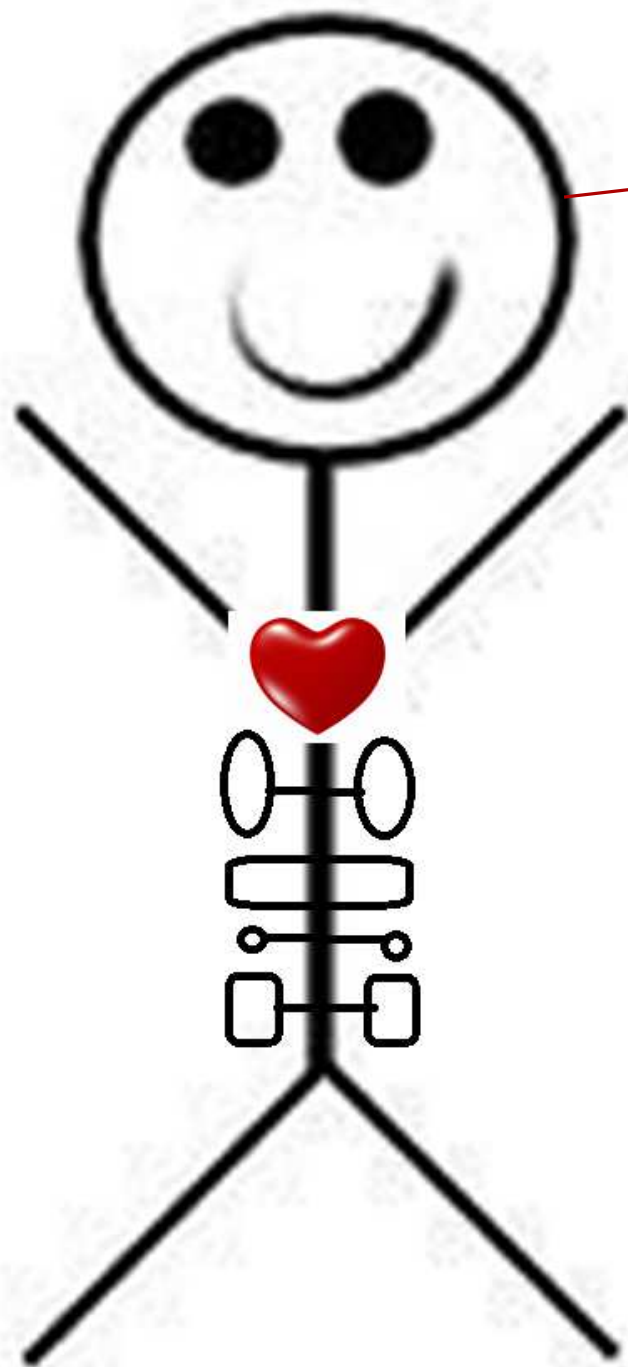


Chapître 5: Chocs - suite

Signes et symptômes
Pathophysiologie du choc



Chapître 5: Chocs - suite



↓ volume sanguin
aux organes



↑ SNS



Vasoconstriction

↑ sang au cœur +
cerveau



↓ TA

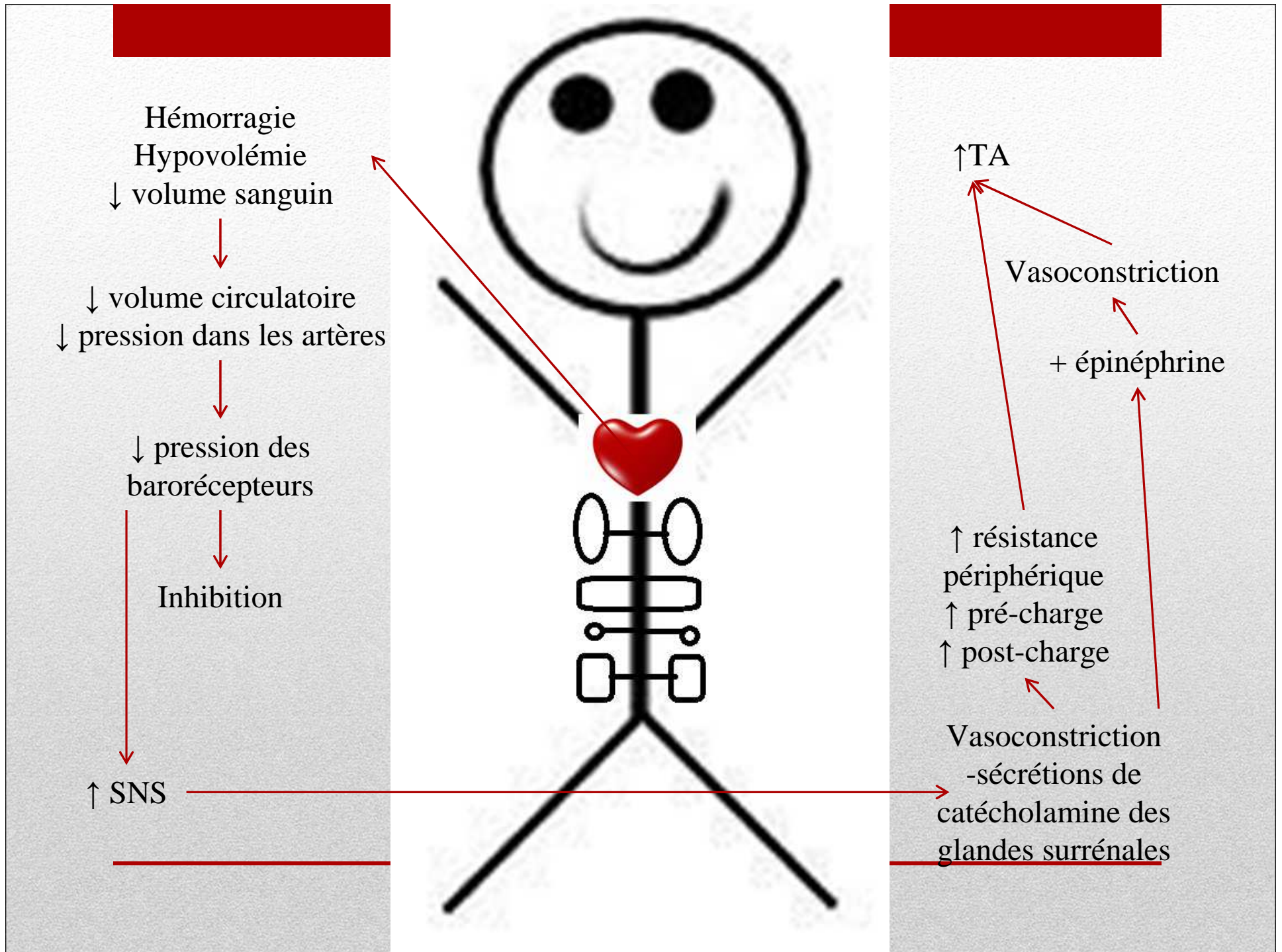


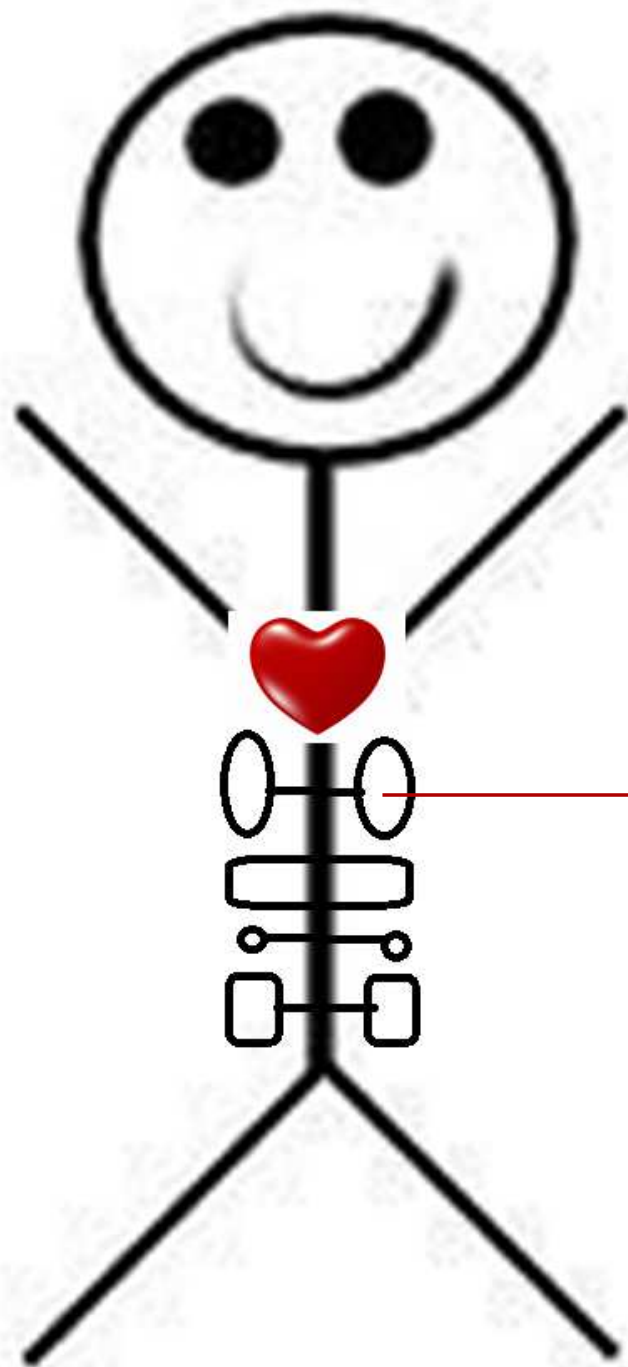
Ischémie



↑ CO₂







Tachypnée

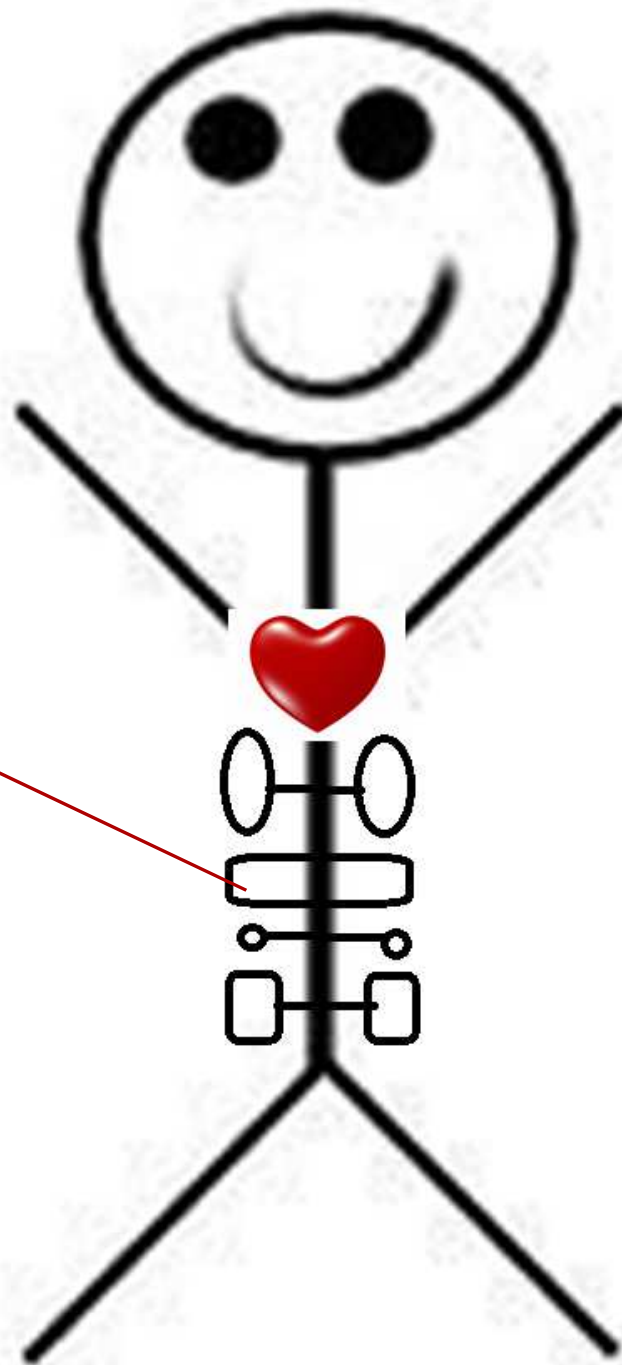
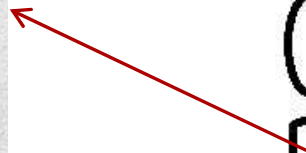
Maintenir
l'équilibre
acide-base

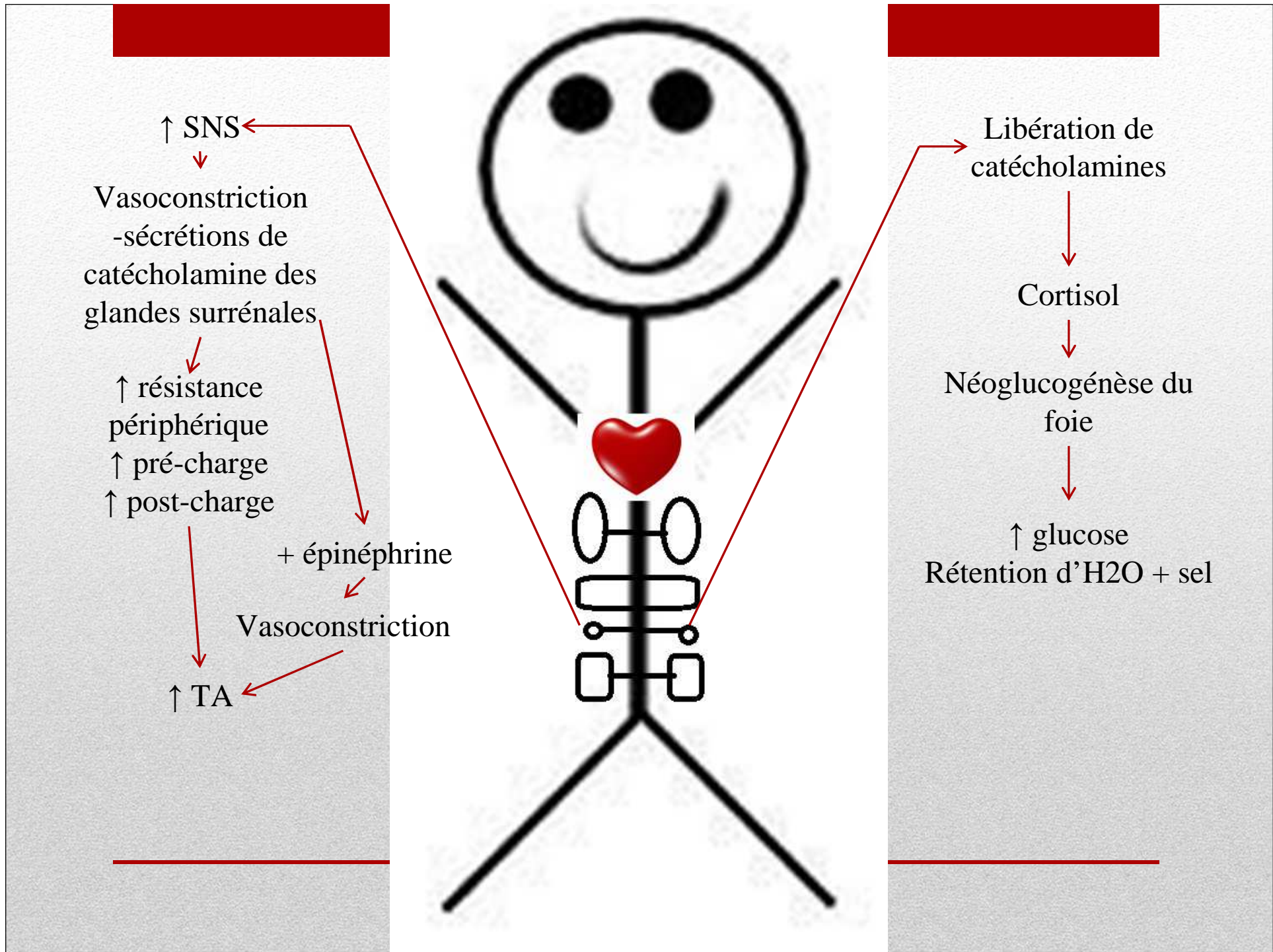
↑ O₂

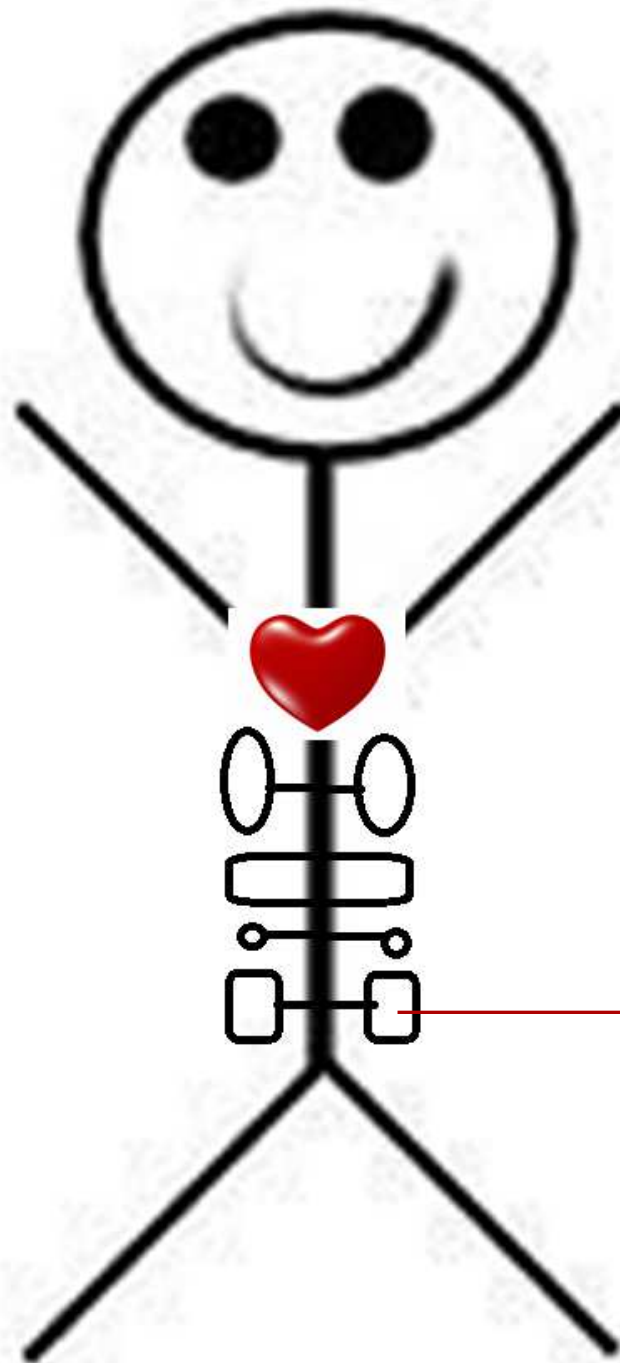
Néoglycogénèse +
(épinéphrine)



Glucose







↓ volume sanguin
Ischémie rénale
(prend 10-60 min à
embarquer)

↓
Rénine-angio-aldostéro
sécrétées + formées

↓
Vasoconstriction
artérioles + veines

↓
↑ SNS

↓
Rétention d'H₂O

↓
↑ TA

1. Compensé
2. Décompensé
3. Irréversible → défaillance multisystémique →
insuffisance vasomotrice + cardiaque + hépatique

Chapître 5: Chocs - suite

Choc hypovolémique

Évaluation

Histoire

Examen physique

Inspecter:

- Niveau de conscience
- Efficacité respiratoire, rythme
- Sources de saignement
- Couleur de la peau
- Distension ou non de la veine jugulaire et des veines périphériques
- Blessures au thorax, à l'abdomen et aux extrémités

Ausculter:

- TA(+tension différentielle)
- pls
- Bruits respiratoires, cardiaques et abdominaux

Percussionner: thorax et abdomen

Palper les pls central et périphériques, la température, et la moiteur de la peau

Chapître 5: Chocs - suite

Choc hypovolémique - suite

Interventions

Administrer de l'O₂

Contrôler les saignements

Initier les liquides IV de remplacement (39°C)

Initier les transfusions sanguines (considérer l'auto-transfusion dans les cas d'hémothorax)

Élever les MI

Insérer un tube gastrique

Insérer une sonde

Monitorer le cœur + SaO₂

Pantalon anti-choc (diff. De les enlever → ↓ TA)

*** Pour les chocs neurologiques.... Vasoconstricteur périphérique → Ø plus de 4L de cristalloïdes administrées

Chapître 5: Chocs - suite

Choc hypovolémique - suite

Suivi

I/E, SV, *température*

Épreuves diagnostiques

Rayons-X poumons, bassin, thorax, pelvien et fémurs

FAST

CT Scan abdomen

Analyse sanguine: Hb, Ht, osmolarité, électrolytes, BUN, créatinine, lactate (si ↑= choc), gaz artériels, PT, PTT, analyse d'urine

Chapître 5: Chocs - suite



Identification des mécanismes usuels qui causent des traumatismes au crâne et au cerveau:

- **Trauma de la route: accélération, décélération, rotation, coup / contre-coup**
- PEM
- Chutes
- Trauma sportifs

Chapître 6: Traumatismes crâniens et cranio-cérébral (TCC)

Blessure primaire =
cerveau

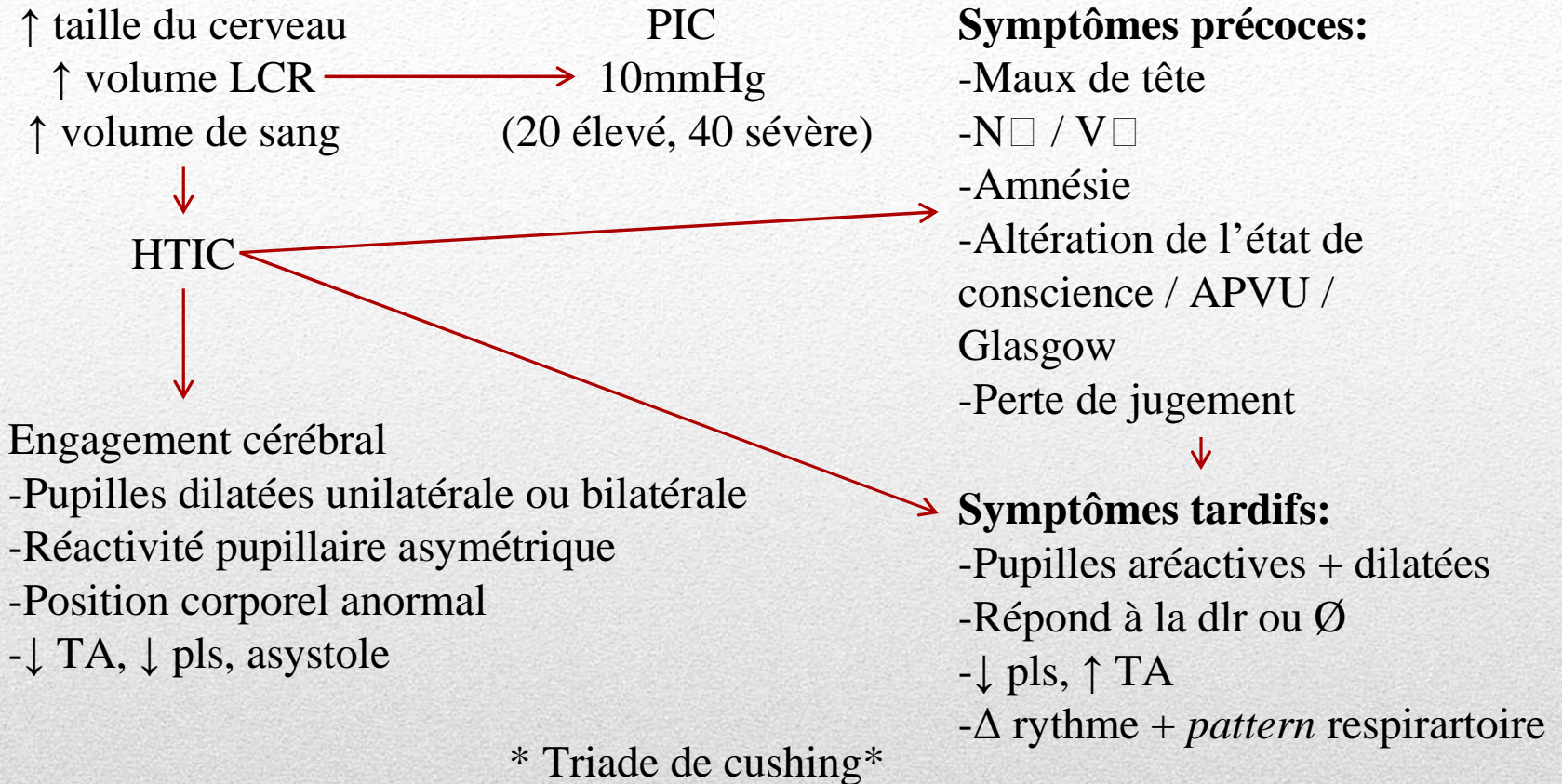
Blessure secondaire

Hypoxie + ↓ TA

Entravent les
mécanismes
compensatoires du
cerveau

Chapître 6: Traumatismes crâniens et cranio-cérébral (TCC) - suite

Physiopathologie vs signes et symptômes



Chapître 6: Traumatismes crâniens et cranio-cérébral (TCC) - suite

Évaluation

Histoire

Évaluation physique

Inspecter:

- Voies respiratoires
- Rythme, *pattern* et efforts respiratoires
- PERLA
- Positionnement corporel
- Ecchymoses / contusions cranio-facial
- Nez, oreilles
- Nerf 3, 4 7 et H avec les yeux
- Échelle de coma de Glasgow

Palper:

- Crâne
- Extrémités: forces et sensibilité

Chapître 6: Traumatismes crâniens et cranio-cérébral (TCC) - suite

Interventions

Ouvrir les voies respiratoires

Administrer de l'O₂

Assister l'intubation

Éviter l'hyperventilation prolongée

Considérer l'hyperventilation

→ vasoconstriction cérébrale

→ ischémie

Contrôler les saignements

Avoir 2 veines à large calibre

Insérer un tube gastrique

Préparer l'insertion de la PIC et surveiller la PIC

Administrer: analgésiques, mannitol, anti-convulsivant, antipyrétiques, antibiotiques, vasopresseurs, vaccin du tétanos si prescrit

Assister les réparations du scalp et de la face

Chapître 6: Traumatismes crâniens et cranio-cérébral (TCC) - suite

Suivi	Épreuves diagnostiques
Échelle de coma de Glasgow	CT Scan cérébral, et cranio-facial
PERLA	Série squelettique
SV, PIC	Angiographie
Œdème	IRM
N□ / V□, maux de tête	Analyses sanguines: gaz artériels, coag., ROH, drogues
Δ moteur ou sensitif	
I/E	

BEST (meilleure réponse) = ouverture des yeux, réponse verbale et motrice

Chapître 6: Traumatismes crâniens et cranio-cérébral (TCC) - suite

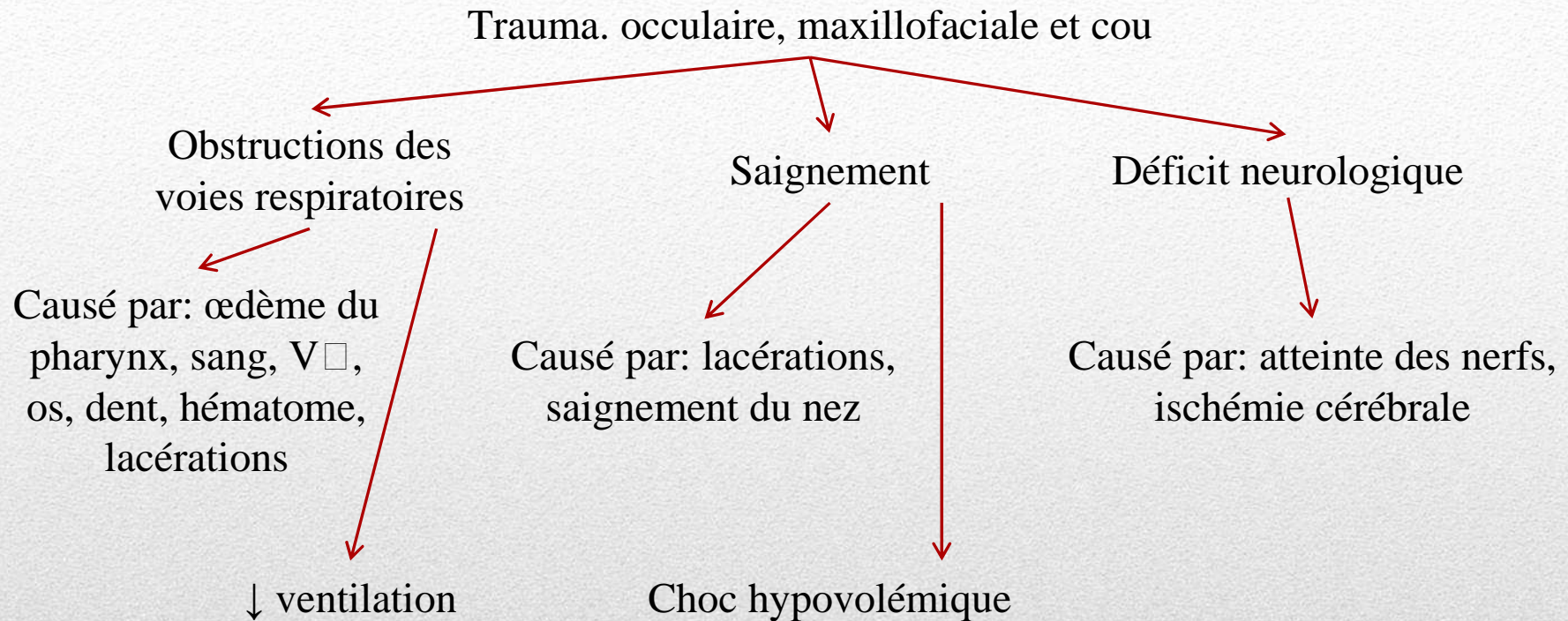


Identification des mécanismes usuels qui causent des blessures oculaires, maxillofaciales et du cou:

- Chutes
- Trauma. de la route
- Assault
- Sports
- Activités récréatives
- Trauma. pénétrants
- Acide
- Brûlures

Chapître 7: Trauma. oculaire, maxillofaciale et cou

Physiopathologie



Chapître 7: Trauma. oculaire, maxillofaciale et cou - suite

Physiopathologie - suite

Trauma. oculaire, maxillofaciale et cou

Trauma. oculaire

Causé par: hémorragie, intrusion du globe, laceration du nerf optique, HIC → détachement de la rétine, formation de cataractes, glaucome

- Douleur
- Rougeur, ecchymoses de l'œil
- Ecchymoses périorbital
- ↑ pression intraoculaire

Chapître 7: Trauma. oculaire, maxillofaciale et cou - suite

Évaluation

Histoire

Évaluation physique

Inspecter:

- Yeux, tissus périorbital, architecture faciale et du cou
- Symétrie, œdème, ecchymoses, lacérations, hématomes
- Globes
- PERLA
- Rougeur oculaire ou autre
- H avec les yeux
- Vision trouble, double
- Rhinorrhée, otorrhée
- Fermeture de la mâchoire

Palper:

- Face, cou (sensibilité)
- Trachée (position)

Chapître 7: Trauma. oculaire, maxillofaciale et cou - suite

Interventions

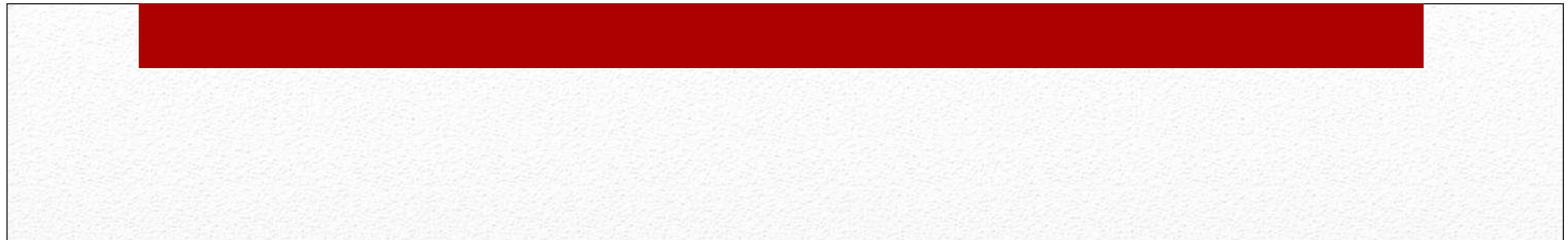
Trauma. oculaire:

- ↑ la tête du lit
- Ø toux, Ø manoeuvres de valsalva
- Appliquer de la glace
- Administer la médication
- Utiliser des patchs pour les yeux si prescrit
- Supporter la demande de consult. en ophtalmologie

Trauma. face et cou

- Administer de l'O₂
- Immobiliser le cou, position Fowler haute
- Installer le tube naso-oro-gastrique
- Surveiller l'œdème des voies respiratoires
- Installer 2 veines avec large calibre
- Contrôler les saignements
- Appliquer des compresses
- Assister les réparations
- Administer les antibiotiques si prescrit

Chapître 7: Trauma. oculaire, maxillofaciale et cou - suite



Suivi	Épreuves diagnostiques
<ul style="list-style-type: none">-Acuité visuelle-Douleur-PERLA-Voies et efforts respiratoires-Gaz artériels	<ul style="list-style-type: none">-Rayon-X-CT Scan-IRM-Angiographie-Coloration fluorescence tonométrie (pression intraoculaire)-Lampe à fentes

Chapître 7: Trauma. oculaire, maxillofaciale et cou - suite

Identification des mécanismes usuels qui causent des blessures au thorax:

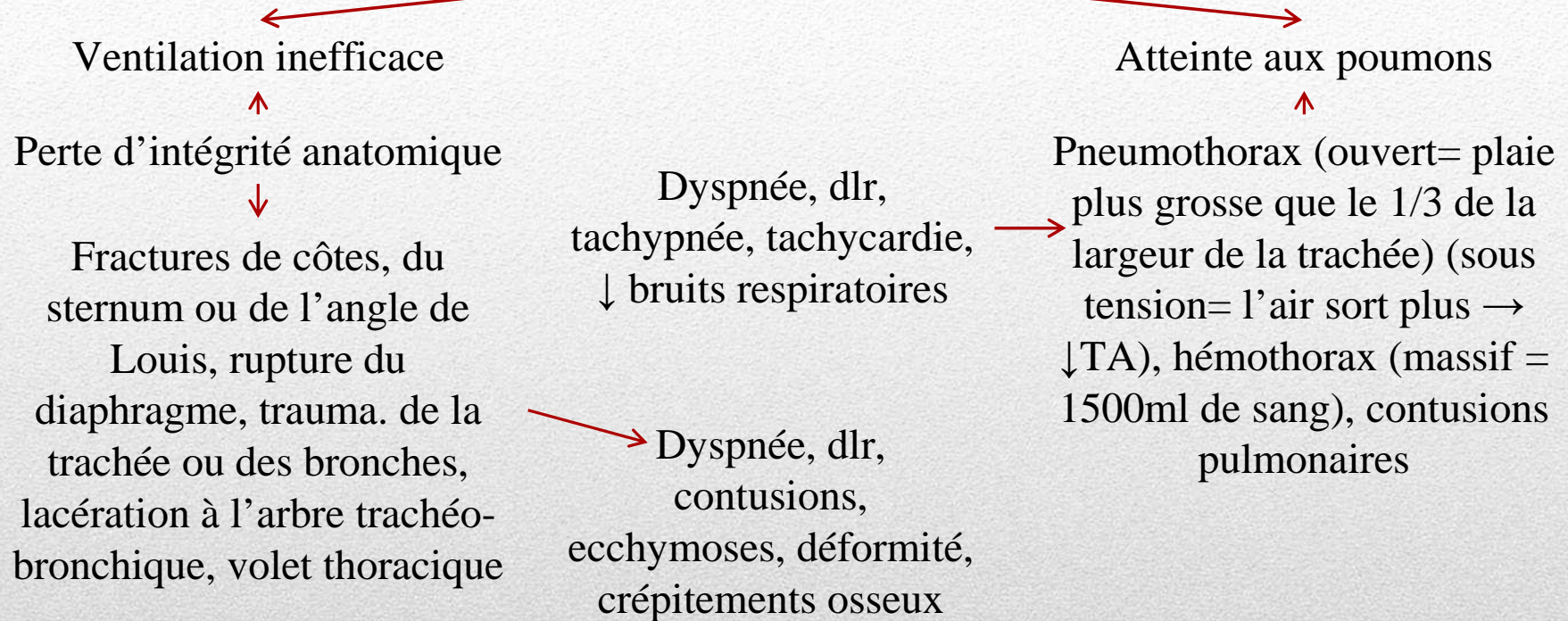
- Trauma. de la route
- Trauma. pénétrant

Fractures, trauma. cardiaque,
contusions pulmonaires,
obstruction
des voies respiratoires

Chapître 8: Trauma. thoracique

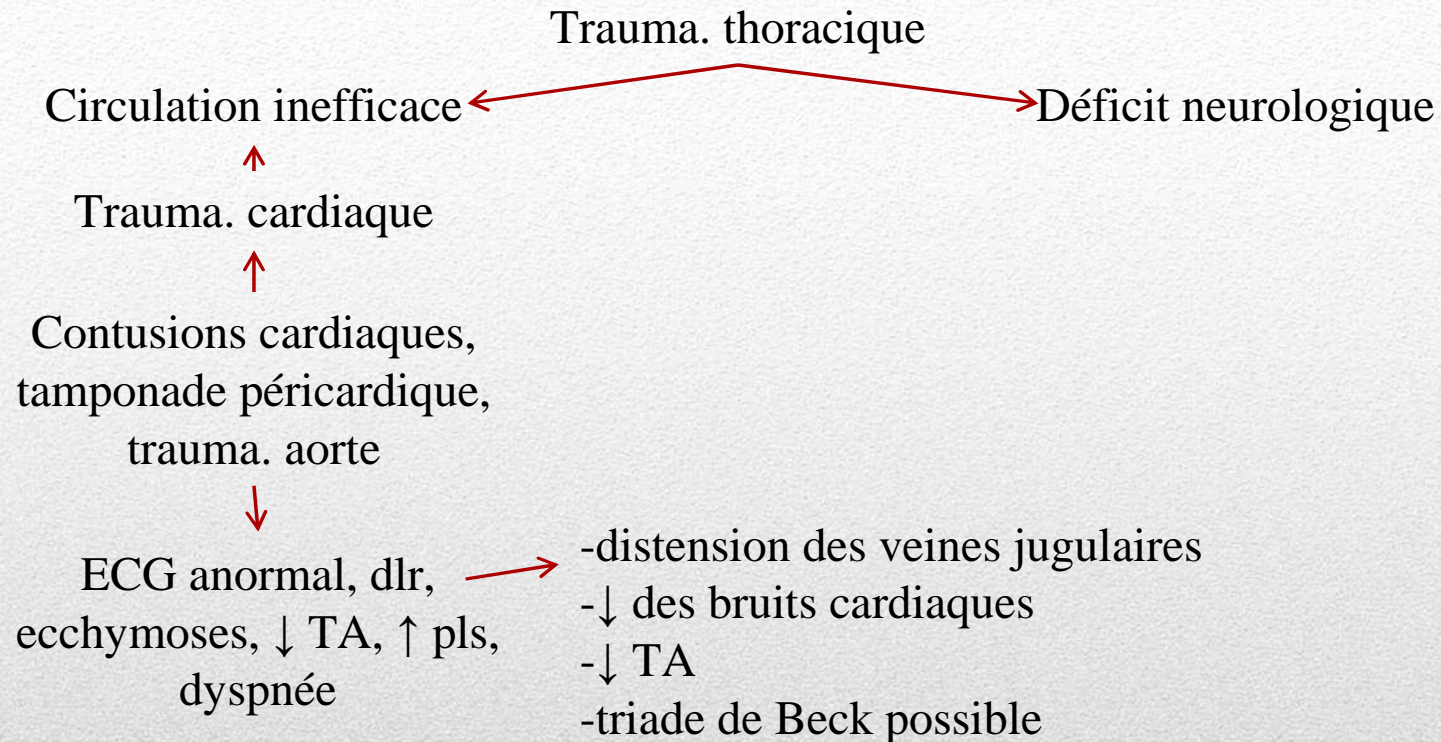
Physiopathologie

Trauma. thoracique



Chapître 8: Trauma. thoracique - suite

Physiopathologie



Chapître 8: Trauma. thoracique - suite

Évaluation

Histoire

Évaluation physique

Inspecter:

- Lésions
- Rythme et efficacité respiratoire
- Mouvements respiratoires, asymétrie
- Veine jugulaire
- Partie haute de l'abdomen

Palper:

- Thorax, clavicules, cou
- Pouls périphériques et centraux
- Trachée
- Extrémités (fonctions sensitive et motrice)

Percussionner le thorax

Ausculter:

- TA MS et MI
- Bruits respiratoires
- Bruits abdominaux
- Bruits cardiaques
- Bruits des vaisseaux du cou

Chapître 8: Trauma. thoracique - suite

Interventions

Sécuriser les voies respiratoires	Stabiliser les objets implantés
Administrer de l'O ₂	Installer 2 veines de gros calibre
Préparer pour un support ventilatoire	Préparer pour une transfusion massive
Mettre un pansement 3 côtés PRN	Assister à la péricardiocentèse à l'aiguille (surveiller pour la tachycardie ventriculaire)
Assister la ponction du thorax à l'aiguille PRN	
Préparer pour l'insertion d'un drain thoracique	Assister à une thoracotomie d'urgence
Surveiller le drain thoracique	Surveiller et traiter les arythmies et les dysfonctions cardiaques
Préparer pour l'auto-transfusion PRN	
Administrer de l'analgésie	

Contre-indications pour l'auto-transfusion: accidents de > 6hres, infection, cancer

Chapître 8: Trauma. thoracique - suite

Suivi	Épreuves diagnostiques
Efficacité et efforts respiratoires	Rayons-X poumons et thorax
Gaz artériels	Angiographie
SV	Artériographie
FOCA	Bronchoscopie
DOPE	Oesophagoscopie
Drain thoracique	Laryngoscopie
	CT Scan thorax
	FAST
	Analyses sanguines: enzymes cardiaques
	ECG
	Echocardiogramme
	CVP (pression veineuse centrale)

Chapître 8: Trauma. thoracique - suite

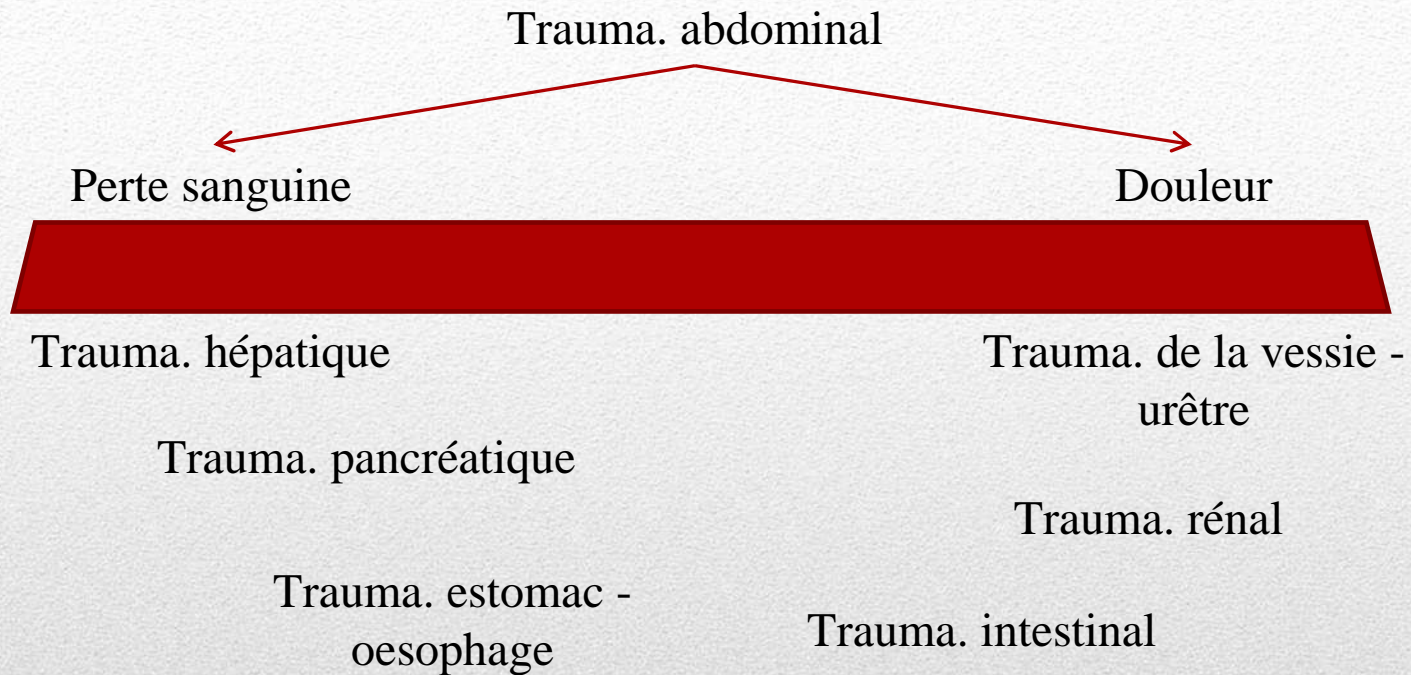


Identification des mécanismes usuels qui causent des blessures à l'abdomen:

- Trauma. de la route
- Assault
- Fusils
- Chutes
- Flèche
- Corne d'animal
- Sports de contact
- Vitres
- Ciseaux

Chapître 9: Trauma. abdominal

Physiopathologie



Chapître 9: Trauma. abdominal - suite

Physiopathologie

Trauma. hépatique



Dlr quadrant supérieur D, rigidité, ↓ ou Ø bruits abdominaux, signes d'hémorragie, choc hypovolémique

Trauma. pancréatique



Signes d'hémorragie, choc hypovolémique, dlr à l'épaule G (re: relié au nerf phrénique (Signe de Kehr)), quadrant supérieur G mou, rigidité abdominale

Trauma. estomac -
oesophage



Sang à l'aspiration gastrique, emphysème subcutanée, dlr irradie au cou, au thorax, aux épaules, et à l'abdomen

Chapître 9: Trauma. abdominal - suite

Physiopathologie

Trauma. intestinal



Irritation péritonéale,
rigidité abdominale, choc
hypovolémique, LPD +,
sang au rectum

Trauma. rénal



Hématurie, ecchymoses
aux flancs

Trauma. de la vessie -
urètre



Dlr au pubis, Ø capable
d'uriner, hématurie, sang
au méat urinaire, sang au
scrotum, rigidité
abdominale, déplacement
de la prostate

Chapître 9: Trauma. abdominal - suite

Évaluation

Histoire

Évaluation physique

Inspecter:

- Mouvements asymétriques de la partie basse du thorax
- Pourtour de l'abdomen
- Thorax, abdomen, flancs, dos, partie pelvienne, périnée

Auscouter:

- Thorax
- 4 quadrants abdominaux

Percussionner l'abdomen:

- *Hyperrésonance = air
- *Ø résonance = liquide

Palper l'abdomen, le pubis, les flancs, et le sphincter anal

Chapître 9: Trauma. abdominal - suite

Interventions	Suivi
Installer 2 veines de gros calibre	Surveiller la condition cardiovasculaire
Administrer du sang	Réévaluer fréquemment l'abdomen: rigidité ou Ø, dlr
Considérer l'insertion: -Sonde urinaire -Tube gastrique	I / E
Contrôler les saignements	
Administrer, si prescrit: -Antibiotiques -Analgésiques	
Supporter psychologiquement le patient	

Chapître 9: Trauma. abdominal - suite


Épreuves diagnostiques

CT Scan abdominal, FAST, pyelogramme IV, Rayon-X de l'abdomen, cystogramme, urethrogramme, angiographie (pour emboliser les vaisseaux qui saignent)

Analyses sanguines: Ht, enzymes, lactate, coag., analyse d'urine, de selles et du contenu gastrique, test de grossesse, LPD (si patient trop instable hémodynamiquement pour aller au scan)

Si choc → Lactate, Gaz, Hb-Ht

Chapître 9: Trauma. abdominal - suite

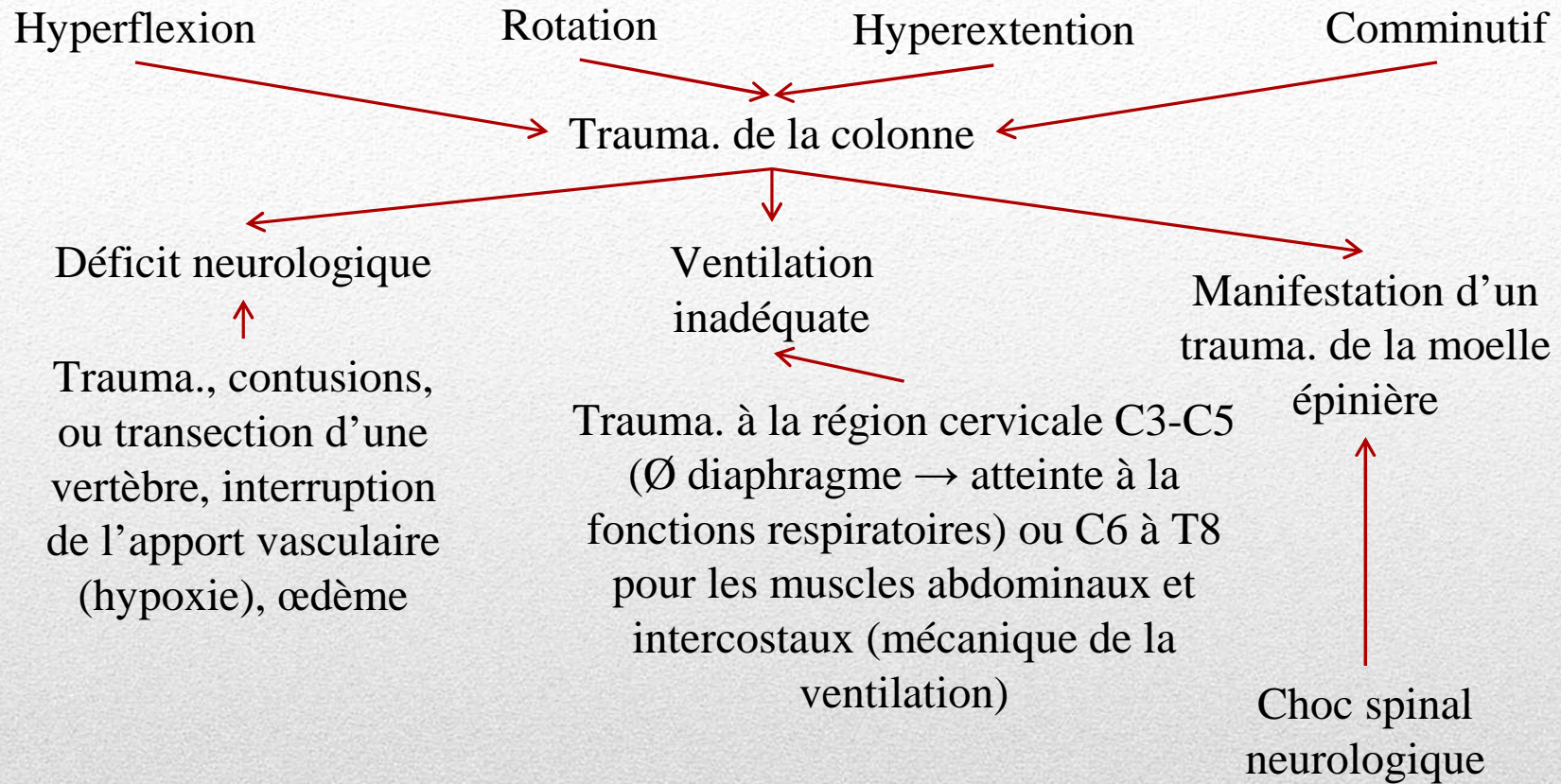


Identification des mécanismes usuels qui causent des blessures à la colonne:

- Trauma. de la route
- Trauma. Pénétrant
- Chutes

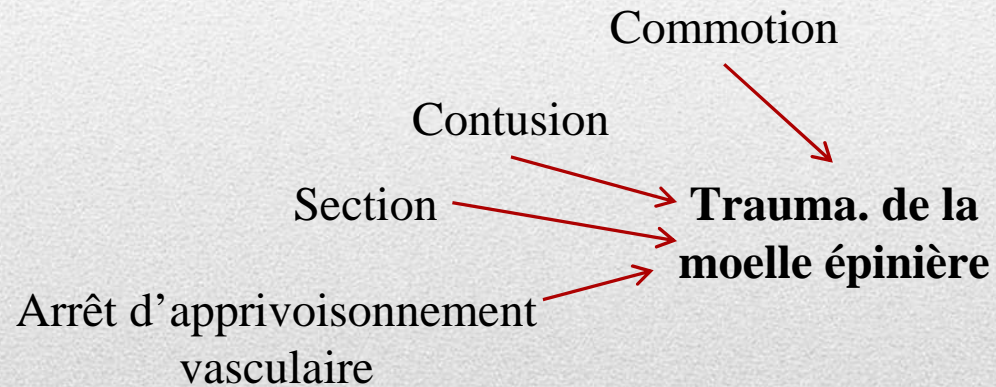
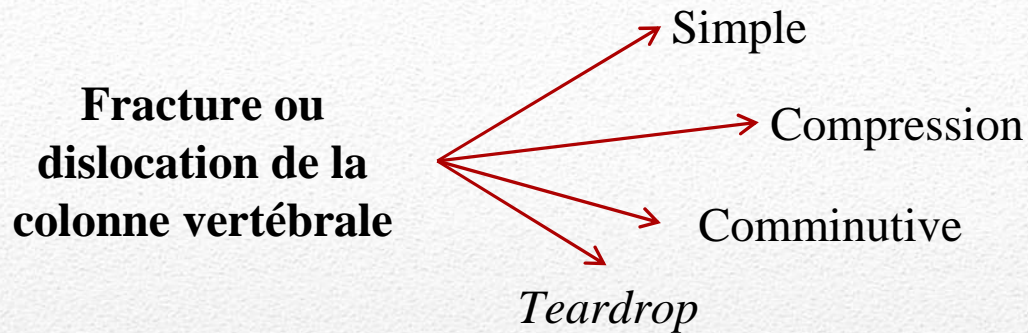
Chapître 10: Trauma. colonne vertébrale / moelle épinière

Physiopathologie



Chapître 10: Trauma. colonne vertébrale / moelle épinière - suite

Physiopathologie



Chapître 10: Trauma. colonne vertébrale / moelle épinière - suite

Évaluation	Interventions
Histoire	Immobiliser la colonne cervicale
Évaluation physique	Succionner les voies respiratoires
Inspecter: <ul style="list-style-type: none"> -Efficacité et rythme respiratoire -Fonctions motrices -Déformité de la colonne vertébrale -Érection continue (↑ SNP, Ø SNS) 	Administrer les fluides IV judicieusement (Ø un problème de volume) Administrer, si prescrit <ul style="list-style-type: none"> -Vasopresseurs -Stéroïdes
Palper: <ul style="list-style-type: none"> -Pls, qualité -T° de la peau -Forces des extrémités -Fonction sensitive -Colonne vertébrale -Sphincter anal -Sensation périanal -Réflexe de Babinski 	Garder le patient au chaud Insérer un tube gastrique Assister l'installation du Halo Faire bouger le patient afin de prévenir les plaies de pression

Chapître 10: Trauma. colonne vertébrale / moelle épinière - suite

Suivi	Épreuves diagnostiques
Surveiller l'efficacité respiratoire	Rayon-X de la colonne, CT Scan, IRM
Surveiller les Δ des fonctions motrices et sensitives	
T□	
Protéger la colonne	

Chapître 10: Trauma. colonne vertébrale / moelle épinière - suite

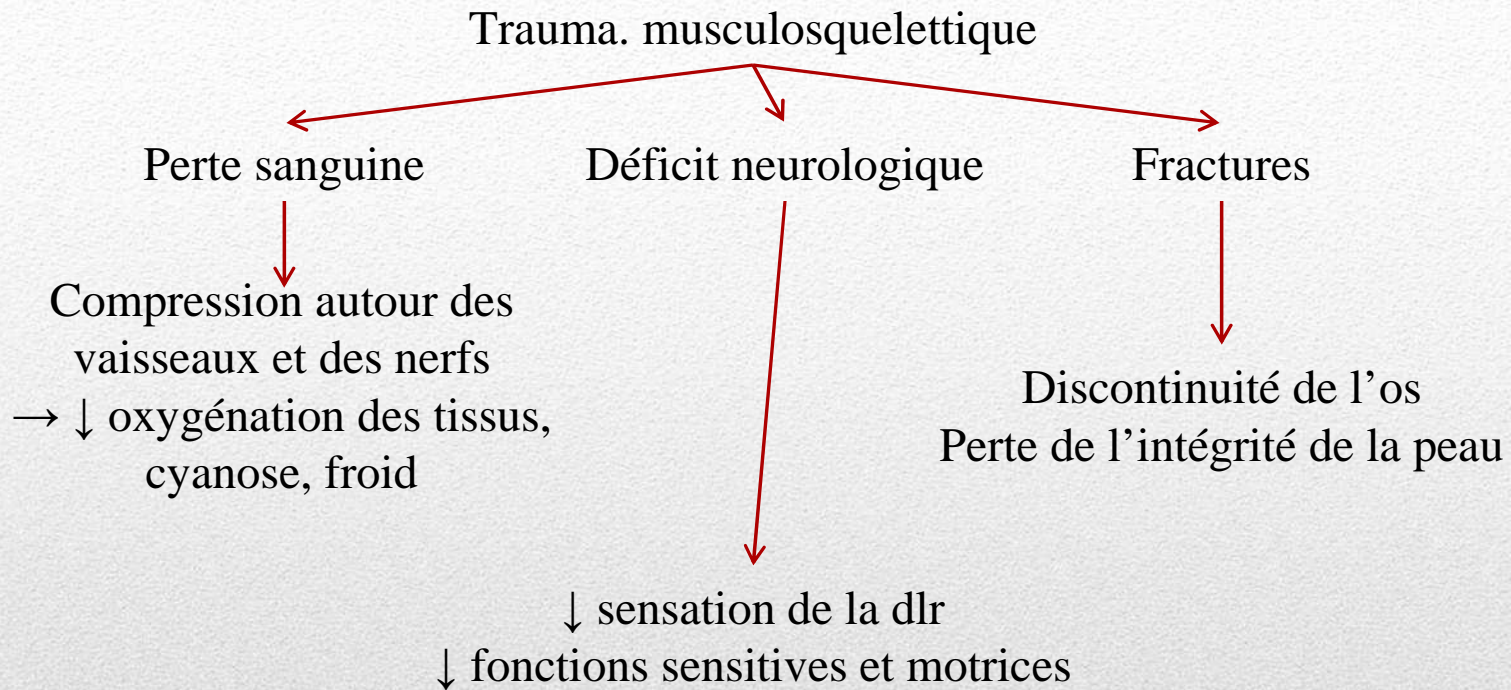


Identification des mécanismes usuels qui causent des trauma. musculosquelettiques:

- Trauma. de la route
- Chutes
- Assault
- Sports
- Activités quotidiennes

Chapître 11: Trauma. musculosquelettique

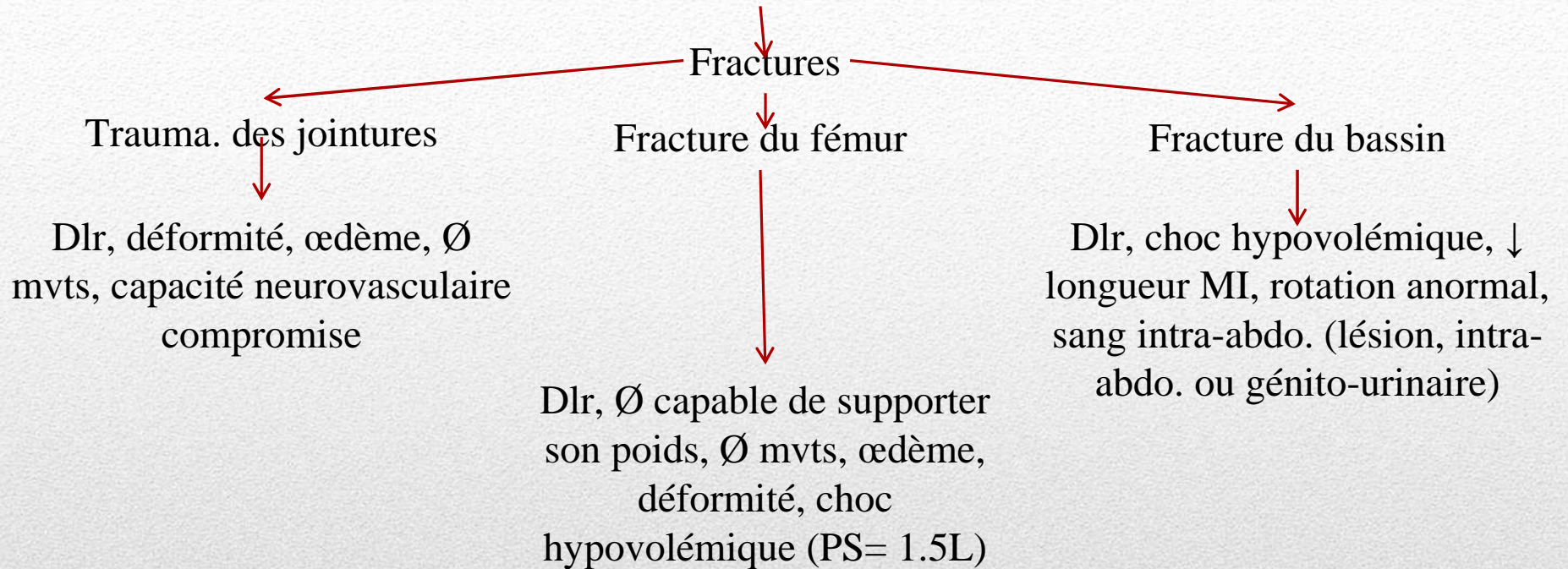
Physiopathologie



Chapître 11: Trauma. musculosquelettique - suite

Physiopathologie - suite

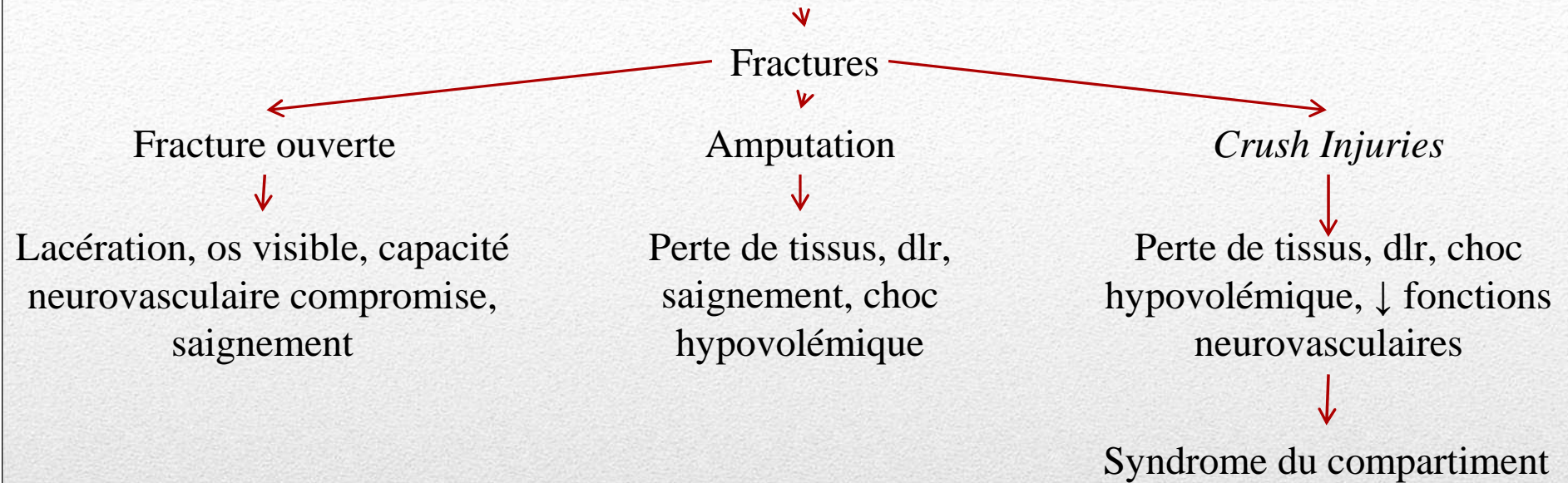
Trauma. musculosquelettique



Chapître 11: Trauma. musculosquelettique - suite

Physiopathologie - suite

Trauma. musculosquelettique



Chapître 11: Trauma. musculosquelettique - suite

Évaluation	Interventions
Histoire	Contrôler les saignements
Évaluation physique	Immobiliser le membre traumatisé (attelle)
Inspecter: <ul style="list-style-type: none"> -Apparence générale des extrémités -Intégrité de la région traumatisée -Saignements -Déformités -Spasmes musculaires 	Enlever les bijoux Appliquer de la glace Surélever le membre Administrer, si prescrit: <ul style="list-style-type: none"> -Analgésique -Sédation -Analgésie régional - bloc
Palper: <ul style="list-style-type: none"> -SNV -Déformité 	

Chapître 11: Trauma.

musculosquelettique - suite

Suivi	Épreuves diagnostiques
Efficacité et rythme respiratoire	Rayons-X
SNV	Angiographie
I / E: quantité d'urine, myoglobine	CT Scan
Fonctions motrice et sensitive	
Pansement	
Culture de plaie pour les fractures ouvertes	
Perte sanguine: 1.5L à 6L (fracture du bassin)	

Chapître 11: Trauma. musculosquelettique - suite

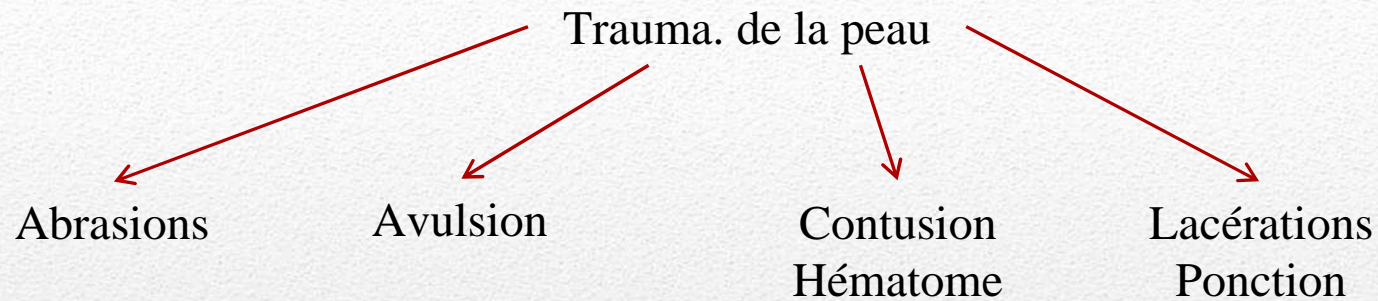


Identification des mécanismes usuels qui causent des
trauma. de la peau :

- Assault
- Trauma. de la route
- Accidents de la maison
- Chutes

Chapître 12: Brûlure et trauma. de la peau

Physiopathologie – Trauma. de la peau



Chapître 12: Brûlure et trauma. de la peau - suite

Évaluation	Interventions
Histoire	Contrôler les saignements
Évaluation physique	Soins de plaies
Inspecter: <ul style="list-style-type: none"> -Location -Longueur -Profondeur -Forme -Exsudat -Fonctions motrice et sensitive -Retour capillaire -Pls -Couleur -T□ -Fracture ? 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>6P = Pain Pâleur Pouls Paresthésie Paralysie Pression</p> </div>
Ausculter les bruits respiratoires	
Palper les SNV	

Chapître 12: Brûlure et trauma.

de la peau - suite



Suivi	Épreuves diagnostiques
Surveiller la cicatrisation, les signes d'infection et le pansement	Analyse sanguine: hématologie, coag., sérum, créatinine, phosphokinase (nécrose des muscles?)

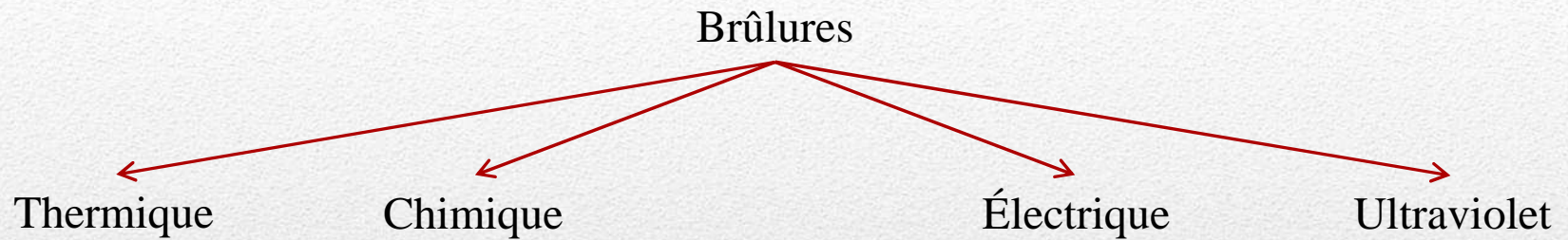
Chapître 12: Brûlure et trauma. de la peau - suite



Identification des mécanismes usuels qui causent des brûlures:

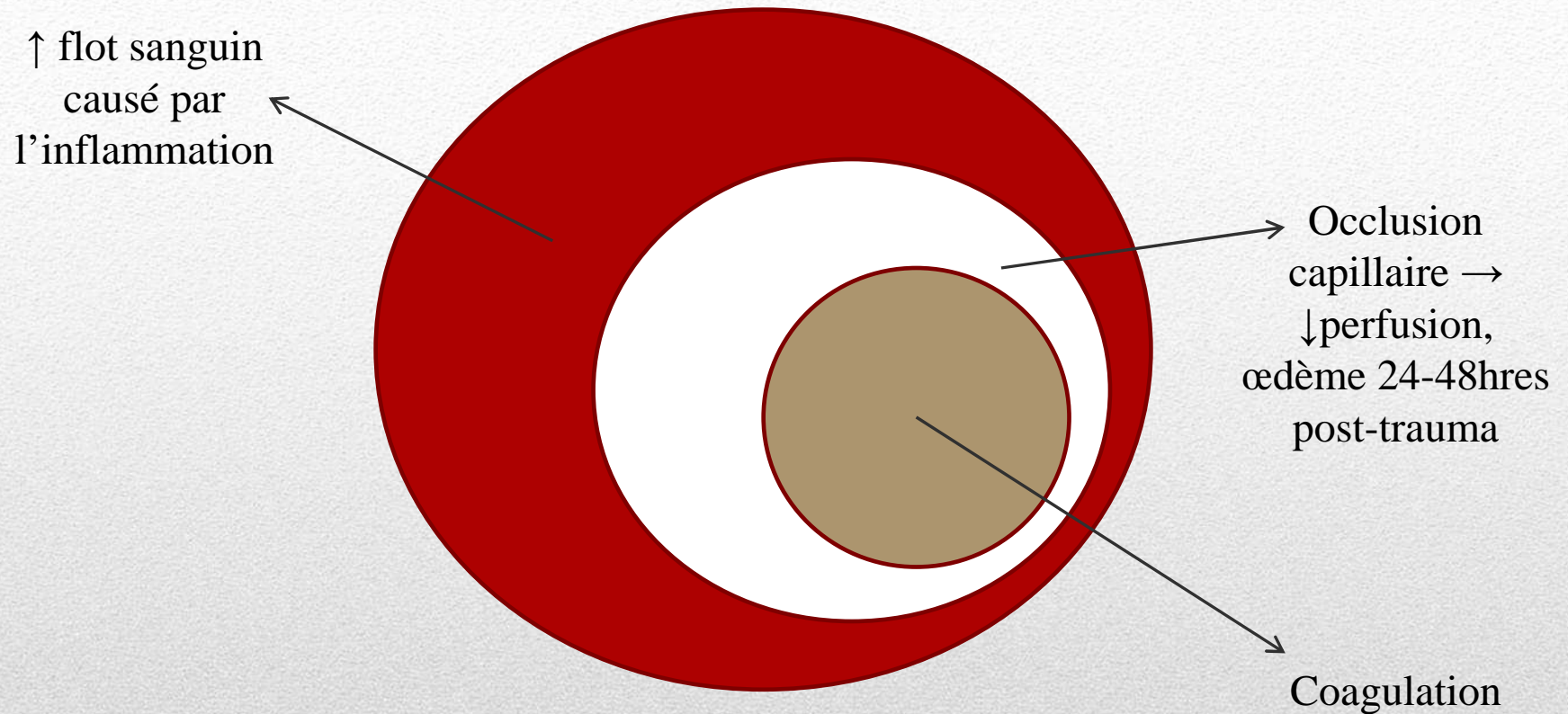
- Feu résidentiel
- Liquides chauds
- Électricité
- Éclairs

Chapître 12: Brûlure et trauma. de la peau - suite



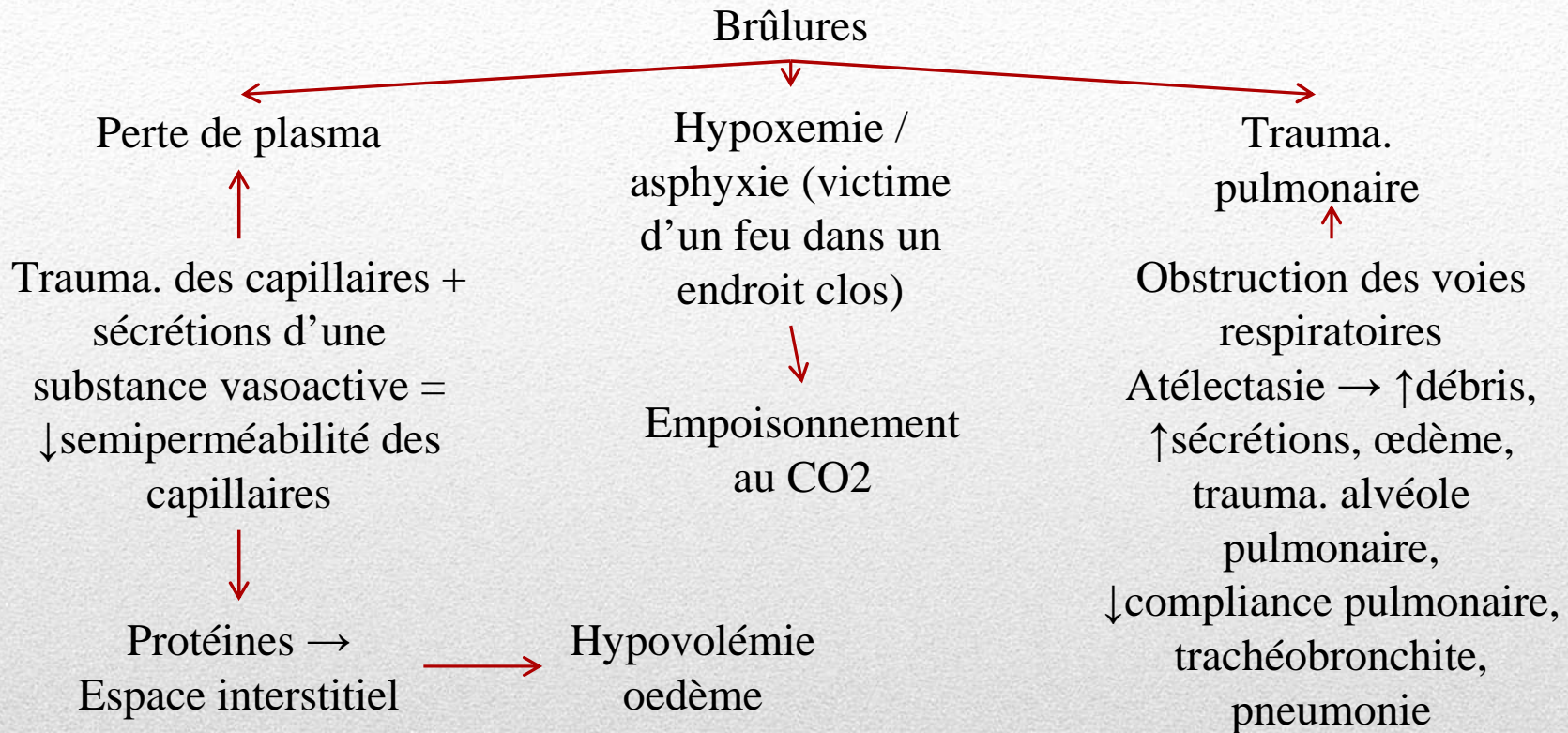
Chapître 12: Brûlure et trauma. de la peau - suite

Physiopathologie - suite



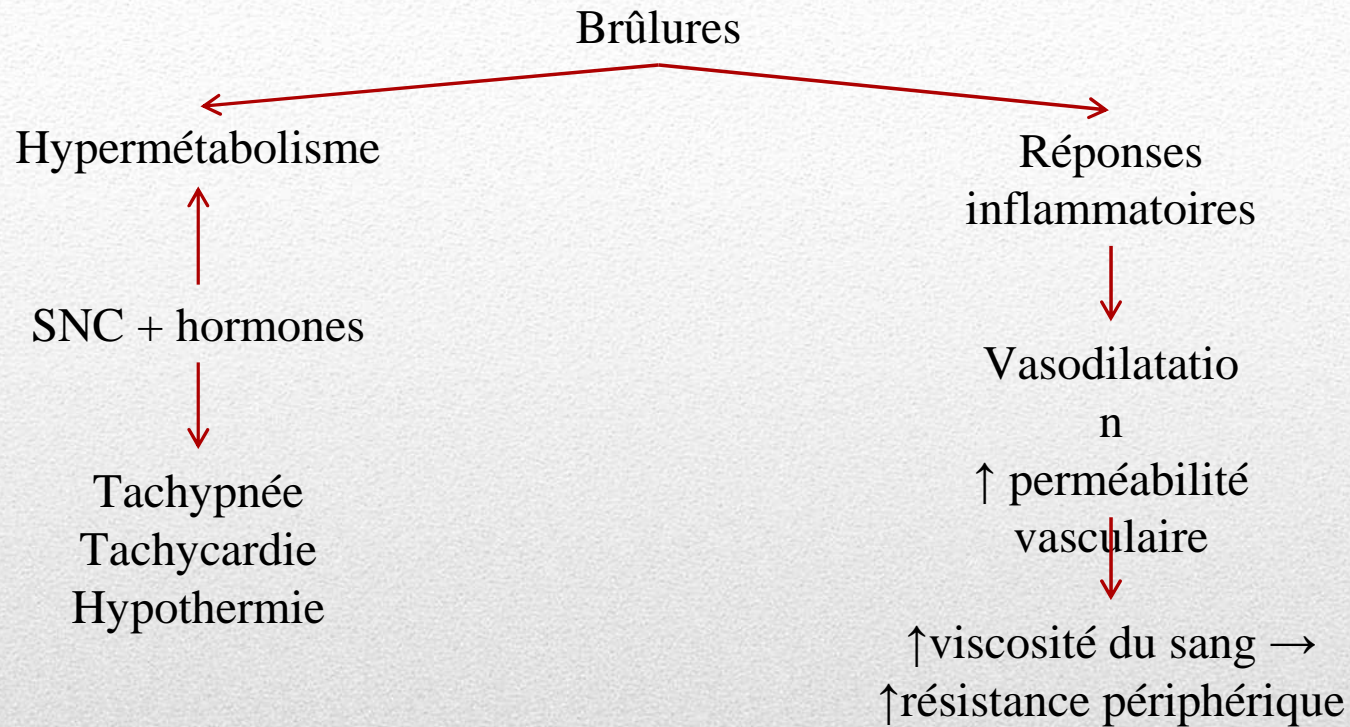
Chapître 12: Brûlure et trauma. de la peau - suite

Physiopathologie - suite



Chapître 12: Brûlure et trauma. de la peau - suite

Physiopathologie - suite



Chapître 12: Brûlure et trauma. de la peau - suite

Évaluation

Histoire	
Évaluation physique	Auscultation: -Bruits respiratoires -Pouls aux extrémités
Inspecter: -Voies respiratoires -Efficacité respiratoire -Nasopharynx -Oropharynx -Nez, visage, sourcils, cou -Rythme respiratoire *Brûlure électrique: vérifier l'entrée et la sortie **Brûlure chimique: durée de contact, [] du produit, et quantité -Rythme cardiaque (doppler) -Degré des brûlures -Location, surface	Palper: -Pouls périphériques -Extrémités: fonctions motrice et sensitive, SNV

Chapître 12: Brûlure et trauma. de la peau - suite

Interventions

Administrer de l'O₂

Assister la ventilation

Installer 2 veines à gros calibre

Ressuscitation liquidienne: 2 à 4ml/kg x % de la surface corporelle totale brûlée, la moitié de ce total dans les 8 hres et le reste dans 6 hres

Installer la sonde urinaire

Enlever les vêtements et les bijoux

Administrer l'analgésie

Insérer un tube gastrique

Réchauffer la salle

Positionner les extrémités pour éviter les contractures: ↑ extrémités + tête

Chapître 12: Brûlure et trauma. de la peau - suite

Suivi	Épreuves diagnostiques
I / E, urine	Rayon-X du thorax
Circulation périphérique	Analyses sanguines: électrolytes, gaz artériels, analyse d'urine (hémoglobine, myoglobine), carboxyhémoglobine, bronchoscopie
Progression de la formation d'oedème	
Pansements (sang, exsudats, signes d'infection)	

Chapître 12: Brûlure et trauma. de la peau - suite

Physiopathologie

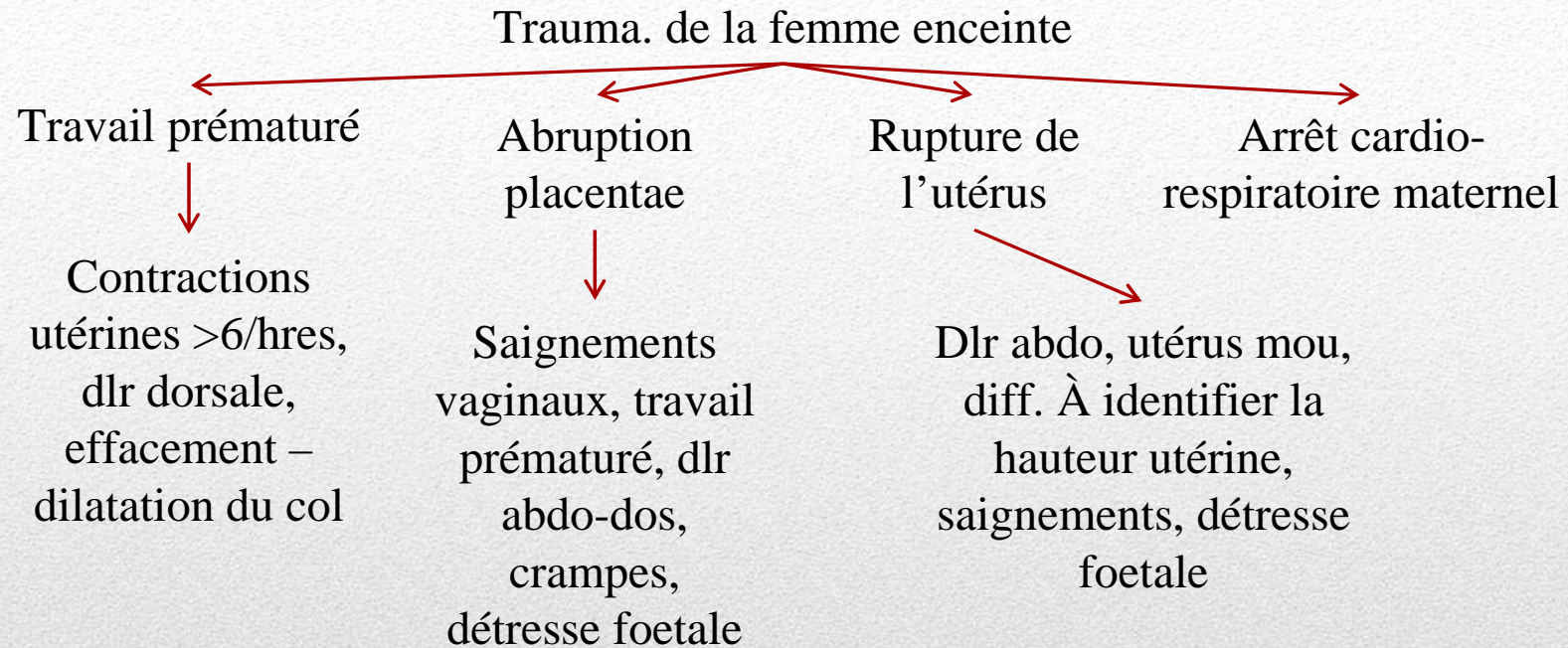
Conditions pré-existantes de la femme enceinte:

- ↑pls, ↓TA
- ↑volume sanguin
- ↑volume de plasma
- Anémie, ↓Ht
- Utérus devient un organe abdominal
- ↓pré-charge par compression de la veine cave inférieur et de l'aorte
- ↑rythme respiratoire
- ↑consommation d'O₂
- ↓mobilité gastrique
- Δ hormonal
- ↑fréquence d'urine
- ↑fibrinogène

Chapître 13: Clientèle spéciale: femme enceinte, pédiatrie et gériatrie

Ne sera pas vu

Physiopathologie - suite



Sang foetale a + d'affinité avec l'O₂ = hypoxie chez la maman

Chapître 13: Clientèle spéciale: femme enceinte et pédiatrie - suite

Conditions pré-existantes en pédiatrie:

- Respiration nasale durant les premiers mois de vie du bébé
- Petite quantité de mucus, de sang ou d'œdème peuvent obstrués les voies respiratoires
- Langue et tissus pharyngé plus souple et plus large
- Cartilage du larynx plus souple, flexion ou hyperextension du cou peuvent comprimer les voies respiratoires
- Larynx plus haut et plus antérieur → risque d'aspiration

Chapître 13: Clientèle spéciale: femme enceinte et pédiatrie - suite

Physiopathologie - suite

Conditions pré-existantes en pédiatrie:

- Visualisation des cordes vocales plus difficile lors de l'intubation (re: position plus antérieure)
- Trachée plus courte → ↑ la possibilité d'intuber dans la bronche centrale
- < 8 ans = cartilage du cricoïde plus près de la portion de la trachée et muscles intercostaux immatures (mouvements respiratoires réalisés principalement par le diaphragme)
- Thorax plus souple → plus à risque de trauma. (fractures des côtes concomitantes)

Chapître 13: Clientèle spéciale: femme enceinte et pédiatrie - suite

Conditions pré-existantes en pédiatrie:

- Rythme respiratoire selon l'âge de l'enfant (+ il est jeune → + le rythme est élevé)
- Réserve de glucogène plus petite + demande métabolique plus élevé = risque d'hypoglycémie sous un stress
- Tissus des alvéoles pulmonaires plus élastiques + volume respiratoire plus petit + capacité résiduel moindre + muscles intercostaux immatures = fatigue et arrêt respiratoire accru si ↑ de l'effort respiratoire

Chapître 13: Clientèle spéciale: femme enceinte et pédiatrie - suite

Conditions pré-existantes en pédiatrie:

- Pression artérielle selon l'âge
- Enfant peut compenser jusqu'à 25% de perte sanguine par \uparrow du rythme cardiaque + résistance vasculaire périphérique
- Pouls selon l'âge
- Tachycardie = premier signe d'un choc (mais peut être aussi signe d'anxiété ou d'agitation)
- Volume de sang selon l'enfant (90ml/kg pour les enfants d'âge pré-scolaire) (80ml/kg pour les enfants)

Chapître 13: Clientèle spéciale: femme enceinte et pédiatrie - suite

Conditions pré-existantes en pédiatrie:

- Mécanisme de thermorégulation moins efficace
- Ratio plus grand de surface corporelle vs masse corporelle
- Moins de tissus subcutanées = moins d'isolation à la chaleur = plus à risque d'hypothermie
- Perte de chaleur plus importante à la tête

Chapître 13: Clientèle spéciale: femme enceinte et pédiatrie - suite

Physiopathologie - suite

Conditions pré-existantes en pédiatrie:

- Demande métabolique 2 fois plus grande que l'adulte
- Anxiété seul peut augmenté le métabolisme
- Cou court = évaluation des veines du cou et de la trachée plus difficile
- Tête plus lourde et plus large en proportion du corps = plus à risque de trauma. à la tête et au cou
- Fontanelles ouvertes chez les bébés + crâne plus mince et plus souple
- Occiput proéminent ad l'âge de 10 ans
- Matière blanche pas complètement myélinisée = plus à risque de trauma. causés par des forces de cisaillement

Chapître 13: Clientèle spéciale: femme enceinte et pédiatrie - suite

Conditions pré-existantes en pédiatrie:


- Muscles abdominaux plus minces et moins développés
- Foie en position plus antérieur et moins protégé par les côtes
- Reins mobiles et moins protégés par la matière grasse
- Épine osseuse plus flexible + ligaments de la colonne plus relâché
- Os aux extrémités plus souples, mais une blessure aux plaques de croissance peut retardé la croissance de l'os ou altéré le développement de l'os

Chapître 13: Clientèle spéciale: femme enceinte et pédiatrie - suite



Faire la formation en ligne sur le code orange.

Chapître 14: Gestion du désastre



Définition du stress: Réponse corporelle à toutes demandes, changements ou perceptions de menace. Un stressueur est une circonstance ou un évènement qui demandent une réponse.

Définition de crise: Une crise n'est pas synonyme de stress. Une crise est une soudaine menace inattendue ou une perte.

Définition de chagrin: Réponse physique, émotionnelle, spirituelle, cognitive, sociale et comportementale à une perte.

Chapître 15: Aspect psychosocial du soins en trauma.



**Besoins psychosociaux spécifiques pour le patient
traumatisé et sa famille:**

- Besoin d'information
- Besoin de compassion
- Besoin d'espoir

**Chapître 15: Aspect psychosocial
du soins en trauma. - suite**

Problématiques éthiques:

- Soulager la douleur et la souffrance
- Concept de la mort = passage normal et naturel de la vie
- Processus de décès = unique à chacun et dans une dynamique familiale unique
- Qualité de vie et intégration de l'aspect physique, psychologique, social et spirituel du soin
- Interventions qui affirment la vie, sans hâter ni différer la mort

Chapître 15: Aspect psychosocial du soins en trauma. - suite

Évaluation

Histoire:

- Perception de la situation présente: est-ce qu'il y a un autre évènement qui a eu lieu au même moment que l'accident (ex: perte d'emploi, séparation, stress financier)?
- Situation familiale actuelle: naissance, divorce, décès
- Niveau de fonctionnement avant l'accident et capacité à résoudre les problèmes
- Altération ou changement de l'apparence corporelle (avant l'accident ou actuelle)
- Stresseurs persistants: maladie chronique, état familial, trauma. multiple

Évaluation physique

Réactions familiales: choc, déni, colère, hostilité, plaintes physiques, culpabilité, panique

Chapître 15: Aspect psychosocial du soins en trauma. - suite

Interventions

Identifier et encourager les stratégies d'adaptation

Identifier les amis ou les proches qui peuvent fournir du support

Écouter activement et donner des opportunités à verbaliser de façon privée

Établir une relation de confiance

Promouvoir l'estime de soi

Donner le plus de choix possible

Expliquer les procédures et les diagnostics dans des mots clairs et compréhensibles

Donner de l'information réaliste sans en affecter l'espoir du patient

Assister le patient dans son adaptation face à cette nouvelle situation

Faciliter la présence de la famille

Donner à la famille un temps réaliste où elle pourra recevoir de l'information

Donner des mises à jour périodiques

Chapître 15: Aspect psychosocial du soins en trauma. - suite

Interventions - suite

Encourager la famille de prendre des périodes pour se reposer, manger et s'hydrater afin de les aider à se concentrer sur la situation actuelle

Donner les références pour la pastorale, et les services sociaux

Clarifier les mauvaises perceptions

Administer les analgésiques si prescrit

Offrir du confort

Encourager la verbalisation de la colère

Assister dans l'établissement de buts à court terme

Encourager la famille à exprimer ses sentiments

Permettre au patient et à sa famille de pleurer

Promouvoir l'espoir

Offrir un environnement structuré, demander l'assistance de la sécurité si besoin

Évaluer les comportements mésadaptés

Expliquer les procédures et l'équipement

Chapître 15: Aspect psychosocial du soins en trauma. - suite

Étapes du *debriefing*

Étape initiale- Présenter les individus. Discuter des règles du *debriefing*. Seulement les personnes impliquées dans les événements peuvent assister. Les problématiques discutées demeurent confidentielles.

Étape des faits- Les personnes impliquées expliquent leur rôle dans les événements et décrivent leur expérience et le sens qui leur donne.

Étape des sentiments- Les personnes qui sont à l'aise peuvent parler de leurs sentiments – personnaliser l'expérience.

Étape de la réaction- Les personnes décrivent le pire incident des événements et comment ils ont réagit. C'est le moment où l'environnement est propice de discuter des effets psychologiques et physiologiques des événements.

Étape des symptômes- Les personnes discutent de leur réaction au stress depuis les événement. Les professionnels de la santé mentale détermine le besoin d'aide supplémentaire pour certains membres du groupe.

Étape d'enseignement- Les membres de l'équipe discutent des stratégies de gestion du stress et des méthodes de supporter les autres durant une crise.

Étape finale- Le groupe donne l'opportunité aux membres de poser des questions additionnelles. Les événements sont résumés et les références sont faites pour de l'aide supplémentaire.

**Chapitre 10: Aspect psychosocial
du soins en trauma. - suite**



Voir la formation offerte au PALS.

Chapître 16: Cheminement de la clientèle en trauma. pédiatrique

- Emergency Nurses Association. (2007). *TNCC – Trauma Nursing Core Course – Provider Manual – Sixth Edition (Revised Printing)*. États-Unis: ENA.

Référence
