



Corinne Tillier, infirmière clinicienne spécialisée
Amsterdam, Pays-Bas

Prélever plus de deux hémocultures chez les patients neutropéniques ?

Les patients atteints d'hémopathies malignes doivent souvent subir des traitements lourds avec des chimiothérapies hautement dosées. Ils doivent ainsi régulièrement faire face à des neutropénies de longue durée (polynucléaires neutrophiles < 500 et leucopénie $< 1,5 \times 10^9/l$) et à un déficit immunitaire durant plus de sept jours. La fièvre est fréquemment le seul symptôme indiquant chez ces patients une possible infection.

Aux Pays-Bas, il est d'usage d'effectuer, dès le début de la fièvre, une hémoculture par prélèvement veineux périphérique et une hémoculture sur la voie veineuse/artérielle centrale. Les antibiotiques intraveineux sont démarrés de suite après ces prélèvements. Il arrive assez régulièrement que les patients développent à nouveau une fièvre 48 heures après le début des antibiotiques, alors que le résultat des hémocultures n'est pas encore connu. Des hémocultures sont encore une fois prélevées à ce moment-là, ce qui signifie que la voie veineuse centrale est à nouveau manipulée. Ces prélèvements ont également un certain coût.

La question est de savoir si ces prélèvements sont vraiment nécessaires. Des infirmier(e)s hollandais(es) travaillant en onco-hématologie ont analysé la littérature (PubMed, Cochrane, TRIP Database, CINAHL) afin de rechercher des données probantes de ces prélèvements (*evidence based practice*).

Elles/ils ont aussi collecté tous les protocoles des hôpitaux de la région d'Amsterdam. Ceux-ci, sans exception, préconisent à nouveau des hémocultures toutes les 48 heures lors d'épisodes fébriles. Les articles publiés démontrent tous que prélever à nouveau des hémocultures dans les 72 heures suivant les prélèvements déjà effectués ne sert à rien. Parmi les prélèvements effectués dans les 72 heures chez les patients neutropéniques fébriles, dont les hémocultures précédentes étaient négatives, seuls 4 % s'avèrent positifs. Les infirmier(e)s qui ont effectué cette recherche en littérature ont donc adapté le protocole de prélèvement d'hémocultures chez les patients neutropéniques ayant de la fièvre : effectuer une deuxième série d'hémocultures seulement 72 heures après la première série en cas de fièvre sauf si des signes cliniques démontrent une aggravation de l'état du patient (des prélèvements pour diagnostiquer une aspergillose pulmonaire doivent être de même impérativement réalisés) et en cas de frissons.

Hemelaar L, Heideman W. Meer dan twee bloedkweken afnemen bij neutropene patienten? *Nursing* 2018 ; 6 : 26-27. Doi : 10.1007/s41193-018-0089-2

Prise en charge des patients atteints de gliomes en fin de vie

Une recherche en littérature a été effectuée afin de décrire les meilleures pratiques de soins concernant l'accompagnement des patients atteints de gliome en fin de vie.

Les gliomes de haut grade (astrocytomes, glioblastomes, oligodendrogliomes, etc.) sont les tumeurs cérébrales les plus fréquentes. Malgré les traitements agressifs entrepris (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie, traitements ciblés), les patients ont une courte espérance de vie et une qualité de vie très altérée liée aux différents symptômes physiques, neurologiques et cognitifs. Lorsqu'il n'y a plus d'alternative thérapeutique et que la tumeur progresse entraînant un œdème cérébral, durant les trois derniers mois de vie, on constate une détérioration sévère de l'état du patient. De par l'œdème cérébral et la progression tumorale, des symptômes tels maux de

tête, nausées, vomissements, somnolences, difficultés de communication, convulsions, difficultés cognitives, changements de personnalité/comportement, dysphagies, incontinences urinaires et fécales, délires, difficultés de mobilisation, empirent.

Il ressort de cette étude en littérature que les accompagnants (famille) se sentent mal préparés pour accompagner leurs proches en fin de vie. La charge des soins est très lourde. Ils doivent également souvent faire face à des difficultés financières liées à la maladie. Les infirmier(e)s jouent un rôle important pour soutenir la famille et expliquer les symptômes et leur gestion. L'accompagnement du patient atteint d'un gliome en fin de vie ne se restreint donc pas seulement à aider le patient et à gérer ses symptômes, mais également à accompagner les proches. La communication avec ceux-ci est cruciale afin de diminuer leur stress, qui est, si l'on compare avec les proches de patients en fin de vie atteints d'autres pathologies, bien plus élevé. Pour soulager les symptômes tels que les maux de têtes, les corticostéroïdes sont généralement prescrits ; pour les convulsions, les traitements antiépileptiques sont mis en place ; pour les problèmes d'incontinence, une sonde urinaire est recommandée (pour le confort du patient).

L'infirmier(e) joue un rôle important dans la détection et le signalement des symptômes. Elle/il peut également prodiguer des soins d'accompagnement psychosociaux et des soins centrés sur les difficultés cognitives du patient.

Honea N. End of life care for patients with glioma. *Seminars in Oncology Nursing* 2018 ; 34(5) : 553-68. Doi : 10.1016/j.soncn.2018.10.013

Exploration de l'interaction entre la prise de décisions dans le domaine des soins infirmiers et les résultats obtenus chez les patients issus de deux centres européens de cancérologie. Étude qualitative

Comprendre comment l'infirmier(e) prend des décisions de soins et évalue les résultats sur les

patients pourrait permettre d'améliorer la pratique infirmière et aider au développement de la fonction des infirmier(e)s en pratiques avancées (IPA), qui est déjà présente dans plusieurs pays. La pratique avancée infirmière implique l'élargissement des compétences et permet à l'infirmier(e) de prendre des décisions au niveau des soins de façon autonome. Les résultats émanant de décisions de soins des IPA ont été étudiés sur deux niveaux : au niveau organisationnel/politique (niveau externe) et au niveau de la perspective infirmière (niveau interne). La première approche, au niveau externe, est axée sur les processus et les facteurs structurels (patients, infirmier(e) diplômé(e) d'État [IDE] et organisation) qui influencent et conditionnent les résultats des soins (mortalité, sécurité et satisfaction des patients, complications telles que les infections, les escarres et les saignements). Bien que des preuves supplémentaires soient nécessaires pour démontrer la corrélation entre les soins infirmiers en pratique avancée et les résultats au niveau externe, les différentes publications sont importantes dans un contexte politique et financier actuel visant à réduire considérablement les dépenses de santé. La deuxième approche, au niveau interne, est fondamentale afin de comprendre comment les infirmier(e)s prennent des décisions au cours de leur pratique quotidienne (par exemple, en matière de soins, d'éthique ou de questions pratiques) et quels facteurs facilitent ou entravent leurs décisions. Le concept sous-jacent à cette approche est de démontrer le lien entre les décisions autonomes de soins d'un(e) infirmier(e) expert(e)/spécialisé(e) et les résultats obtenus auprès des patients. Il n'y a malheureusement que très peu de publications qui explorent la relation entre le raisonnement clinique infirmier, la prise de décision et l'évaluation des résultats pour le patient en général, et la façon dont cette relation est perçue et mise en pratique par les infirmier(e)s en oncologie et les autres infirmier(e)s en particulier. Une étude clinique qualitative à base d'interviews semi-structurées et effectuées dans deux centres de lutte contre le cancer (l'un en Suisse, l'autre en Italie) essaie de comprendre le raisonnement infirmier amenant à des décisions de soins. Des IDE et des infirmier(e)s spécialisé(e)s en cancérologie ont été questionné(e)s et observé(e)s dans leur travail. Plusieurs thèmes en ressortent.

- **Interaction avec des facteurs situationnels.**

Cela comprend la relation entre l'infirmier(e), le patient et la famille. L'infirmier(e) essaie toujours d'établir une bonne relation avec le patient et sa famille. Des liens émotionnels peuvent se créer et surtout de l'empathie pour le patient. À travers cette relation, l'infirmier(e) doit faire face à des dilemmes éthiques tels que le respect de la volonté du patient, soulager la douleur, dire la vérité au patient. L'interactivité avec le médecin (et l'équipe multidisciplinaire) fait également partie des facteurs situationnels. Échanger, avoir des discussions avec les médecins (et équipe multidisciplinaire) est très important, surtout lorsque l'infirmier(e) n'a pas encore l'expertise en oncologie. La qualité de la relation entre l'infirmier(e) et l'oncologue influence le degré d'autonomie de l'infirmier(e) dans ses décisions. Le médecin a tendance à renfermer l'infirmier(e) dans son rôle de soignant. En cas de désaccord entre l'infirmier(e) et le médecin, la décision du spécialiste prévaut toujours. Par exemple, les sujets tels que la qualité de vie du patient durant un traitement de chimiothérapie peuvent amener des désaccords. Il apparaît lors des entretiens que plus le climat de confiance et de collaboration est présent entre l'infirmier(e) et l'oncologue, plus les soins aux patients sont de qualité, et plus l'infirmier(e) est satisfait(e) car les informations et les décisions sont prises ensemble. De par là même, le risque d'erreur dans les soins est fortement diminué.

- **Décision des interventions infirmières.** Il y a des domaines dans lesquels l'infirmier(e) a plus d'autonomie que d'autres. La relation établie avec le patient est bâtie de façon complètement autonome par l'infirmier(e). Les autres domaines d'autonomie élevée sont l'évaluation des symptômes, des problèmes, les soins de base du patient, l'établissement des soins assez complexes. L'auteur décrit des domaines où l'infirmier(e) a un rôle de semi-autorité, comme le fait d'administrer les médicaments au patient. En effet, il faut pour cela, en Suisse et en Italie, une prescription médicale. La semi-autonomie réside dans le fait que l'infirmier(e) décide du moment de l'administration du médicament.

- **Utilisation de plusieurs approches décisionnelles.** Ce thème examine le cheminement de

l'infirmier(e) dans sa décision de soins. Le recours à l'intuition est ce qui revient le plus souvent chez les infirmier(e)s les plus expérimenté(e)s. Les infirmier(e)s font également preuve d'une pensée analytique séquentielle. Toutes les personnes interviewées déclarent que leur décision découle d'une analyse de la situation du patient au niveau médical et infirmier à laquelle s'ajoute l'intuition. L'évaluation de la situation du patient et la prise de décision par l'infirmier(e) sont donc un mélange de facteurs incluant les connaissances, l'expérience et l'intuition. Les infirmier(e)s font également appel au raisonnement clinique pour décider.

- **Évaluation des interventions et documentation de celles-ci.** Les infirmier(e)s estiment que noter leurs interventions et l'évaluation de celles-ci dans le dossier de soins du patient est important. Malheureusement, tou(te)s les infirmier(e)s ne remplissent pas correctement le dossier de soins alors que celui-ci est essentiel pour la continuité des soins.

- **Évaluation des résultats des soins infirmiers prodigués.** Les infirmier(e)s disent avoir des difficultés à évaluer et rapporter les résultats des soins prodigués car ceux-ci sont quelquefois difficiles à décrire ou à mesurer. Les objectifs de soins infirmiers sont souvent faits au jour le jour et pas spécialement en suivant un plan protocolaire de soins infirmiers.

- **Clarification de l'identité professionnelle et du rôle des infirmier(e)s.** Le niveau général de l'éducation (enseignement) des infirmier(e)s et l'expérience professionnelle acquise par la suite sont des facteurs très importants aux yeux des personnes interviewées. L'enseignement est souvent considéré comme trop théorique ne correspondant pas à la pratique. Les expériences professionnelles sont interprétées différemment selon la personnalité de l'infirmier(e), ce qui peut expliquer les différentes approches de soins des infirmier(e)s pour un même patient. Les infirmier(e)s définissent leur rôle comme un rôle relationnel avec le patient, d'une part, et un rôle concentré sur les soins thérapeutiques, d'autre part. La plus grande satisfaction est tirée du rôle relationnel. Cependant beaucoup d'infirmier(e)s interviewé(e)s sont incapables de définir leur rôle. Un autre aspect

important est la difficulté à prendre des décisions de façon autonome, surtout lorsque l'institution hospitalière ne soutient pas ces initiatives.

Cette étude qualitative a démontré, qu'à tous les niveaux, le personnel infirmier peut en théorie être décisif : les infirmier(e)s peuvent influencer l'environnement dans lequel elles/ils travaillent en acquérant un niveau d'expertise infirmière qui se révèle efficace pour résoudre les problèmes des patients et en ayant une idée précise de leur rôle en tant qu'infirmier(e)s. La pratique infirmière avancée nécessite, quant à elle, une responsabilité décisionnelle basée sur des actions efficaces, sur des connaissances validées par des preuves (*evidence based practice*) et des débats entre pairs. Les cadres de soins se doivent de créer des conditions de travail et un environnement permettant d'atteindre et de maintenir des normes professionnelles élevées. Grâce à des interventions coordonnées sur divers facteurs, les cadres de soins infirmiers peuvent contribuer de manière substantielle à l'obtention de résultats de grande qualité pour les patients et à

l'amélioration du niveau de satisfaction du personnel soignant.

Cette étude a montré comment les objectifs, le contenu et le degré d'autonomie du processus décisionnel des infirmier(e)s étaient fortement influencés par l'interaction dialectique entre les facteurs professionnels et contextuels, tels que la compétence de l'IDE et l'identité professionnelle. Les infirmier(e)s spécialisé(e)s en oncologie pourraient influencer leur pratique clinique en développant des compétences infirmières permettant de résoudre efficacement les problèmes des patients. C'est un facteur clé pour acquérir une autonomie décisionnelle et donc une responsabilité qui implique l'ensemble du leadership infirmier au niveau pédagogique, organisationnel et scientifique.

Valcarenghi D, Bagnasco A, Aleo G, *et al.* Exploring the interaction between nursing decision making and patient outcomes in two european cancer centers. A qualitative study. *Cancer Nursing* 2018 ; 41(5) : E40-49. Doi : 10.1097/NCC.000000000000490