



Manuel de scénarios de simulation

Avec le soutien financier de Santé Canada, l'AFMC élabore un programme d'études national pour les résidents et les médecins déjà en exercice afin de répondre à la crise des opioïdes. Manuel de scénarios de simulation créé en collaboration avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Les interactions cliniques simulées aideront à fournir une expérience pratique aux résidents et aux médecins en exercice qui viendra compléter les offres éducatives actuelles sur la prise en charge de la douleur, la gestion des opioïdes et les troubles liés à l'usage d'opioïdes.

opioids.afmc.ca



Scénarios de simulation

SCÉNARIO #1: Douleurs aiguës et chroniques et troubles liés à l'usage d'opioïdes....	3
SCÉNARIO #2: Prise en charge de la douleur pédiatrique.....	12
SCÉNARIO #3: Prise en charge de la réduction progressive de la dose d'opioïdes et déprescription.	20
SCÉNARIO #4: Diagnostic du trouble de l'usage d'opioïdes.....	30
SCÉNARIO #5: Gestion du traitement par agonistes opioïdes (méthadone) pendant le péripartum.....	40
SCÉNARIO #6 : Prise en charge des effets secondaires des opioïdes	51

Lorsqu'il est présenté dans le cadre d'une séance commanditée par l'AFMC, ce Manuel de scénarios de simulation a été certifié pour un maximum de 6 crédits d'apprentissage de groupe MAINPRO+ pour les spécialistes en médecine familiale et agréé pour un maximum de 6 heures de crédits de simulation de la section 3 pour les spécialistes du Collège royal.

Les participants recevront également une lettre de reconnaissance pour leur temps et leur engagement.

Il est possible d'obtenir l'autorisation d'intégrer le Manuel de scénarios de simulation pour des séances hors site. Cependant, un agrément supplémentaire par les facultés de médecine ou les organisations médicales serait nécessaire. Pour tout complément d'information, prière d'envoyer un message à l'adresse suivante : cpd.che@queens.ca

Le présent document a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.



Health
Canada

Santé
Canada

MODÈLE DE SCÉNARIO DE SIMULATION DE PATIENT STANDARDISÉ

Groupe d'apprenants :	Réponse de l'AFMC à la crise des opioïdes
Sujet du programme d'études :	Douleurs aiguës et chroniques
Élaboré par :	Docteurs Michelle Chiu, Sarika Alisic, Glenn Posner et Lisa Graves
Date de création/modification :	Le 30 janvier 2022/le 17 février 2023

Commentaires sur l'élaboration

Nom du patient ou du scénario

Description générale du scénario.

Douleurs aiguës et chroniques et troubles liés à l'usage d'opioïdes.

Résumé du scénario

Une à deux phrases résumant le contenu/les objectifs du scénario.

Maria Gonzales s'est présentée au service des urgences en se plaignant de douleurs abdominales. Elle présente des signes et des symptômes d'un syndrome abdominal aigu. Elle prend des opioïdes pour ses douleurs pelviennes chroniques. Elle attend une intervention chirurgicale et se demande si l'on peut faire quelque chose pour traiter sa douleur.

Objectifs d'apprentissage

Référence au document d'orientation du programme d'études de l'AFMC (v. 17 févr 2023)

Groupe d'apprenants	Objectifs
EMPo	EMPo 1c. Discuter de la douleur (aiguë et chronique), de la gestion des symptômes et du trouble lié à l'usage des opioïdes avec les patients et les familles/réseaux de soutien.
EMPo	EMPo 2d. Expliquer les stratégies permettant d'atteindre les attentes mutuelles en matière de gestion des opioïdes avec les personnes.
EMPo	EMPo 4c. Évaluer, diagnostiquer et planifier la prise en charge des troubles de la douleur chronique et des personnes souffrant de troubles concomitants liés à l'usage de substances (TUS).
EMPo	EMPo 6.2a Décrire et interpréter les recommandations relatives à l'optimisation de la thérapie non-opioïde et opioïde.

Participants aux simulations

Décrit les personnes présentes et leur rôle dans le scénario.

Identité réelle	Rôle dans le scénario
Apprenant	Joue son propre rôle
Patiente standardisée (femme, non ménopausée)	Patiente
Observateur de la faculté	Joue son propre rôle

Accessoires nécessaires pour le scénario

Tous les accessoires () doivent se trouver dans la salle de simulation, appliqués au mannequin/à la patiente standardisée.

Si les accessoires sont destinés à être disponibles pour le scénario - mais en dehors de la salle ou cachés - veuillez l'indiquer en écrivant « (Disponible uniquement) » après l'accessoire spécifié.

<input checked="" type="checkbox"/>	Brancard d'hôpital	<input checked="" type="checkbox"/>	Blouse et couverture pour patient
<input checked="" type="checkbox"/>	Porte-bloc + papier blanc	<input checked="" type="checkbox"/>	Table de chevet et chaise
<input checked="" type="checkbox"/>	Dossier contenant les pièces justificatives	<input type="checkbox"/>	

Dossiers justificatifs (dossier, laboratoires, imagerie, etc.)

Notes/travaux personnels	Fiche d'information pour l'apprenant
Laboratoires	s/o
Radiologie	s/o
Autre	s/o

Temps requis pour la simulation :

Événement	Durée
Mise en place	5 min
Simulation	15 min
Compte rendu	20 minutes

Notes de programmation

Commentaires sur la mise en place (accessoires, draps, abdomen de femme enceinte, etc.)

Salle de contrôle (le cas échéant)	S'assurer que les caméras sont correctement orientées Assurer l'enregistrement d'une image correcte	
Mannequin/ Patiente standardisée	Poste :	La patiente standardisée sera allongée sur un brancard, vêtue d'une blouse d'hôpital.
	IVs :	Faux verrou IV
	Moniteurs :	Aucun
	Équipement supplémentaire :	Aucun
	Drapage :	La patiente est correctement couverte par un drap ou une couverture.
	Autre :	
Autres équipements	Table de chevet, chaise	
Espace requis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salle de clinique (avec miroir sans tain pour l'observateur de la faculté, si possible) 2. Salle de taille moyenne pour le compte rendu (si >1 apprenant, sinon cela peut se faire dans une salle de clinique). 	
Positionnement du personnel	S'assurer que la patiente standardisée et l'apprenant sont visibles depuis la salle de contrôle (miroir sans tain).	

Renseignements à l'intention de l'instructeur et de la patiente standardisée

Pour l'information des instructeurs/complices uniquement. Renseignements fournis aux apprenants par le PS lors de l'anamnèse.

*Il faut envoyer aux participants, avant la simulation, un courriel contenant l'itinéraire vers le lieu de la simulation et les devoirs à faire avant la simulation.

Déclaration d'ouverture	« Bonjour docteur, j'ai vraiment besoin d'aide avec ma douleur. Ils ne m'ont rien donné depuis des heures et je ne peux plus le supporter. S'il vous plaît, aidez-moi! »
Apparence générale et comportement et la PS	La PS est propre. Elle est vêtue d'une blouse d'hôpital. Vous avez mal - vous grimacez, vous ne voulez pas bouger beaucoup, vous êtes recroquevillée sur la civière. Vous avez désespérément besoin de quelque chose pour faire disparaître la douleur et vous ne savez pas pourquoi vous vous sentez si mal, car cette douleur est différente de la normale. Vous craignez que le médecin ne vous donne pas assez d'analgésiques, c'est pourquoi vous êtes coopérative (pour faciliter/améliorer vos chances de recevoir des analgésiques). Les discussions sur le fait de minimiser vos besoins ou d'attendre la prochaine dose de médicaments peuvent vous rendre plus négative (langage corporel évitant, contact visuel réduit, et vous pouvez dire « ça ne va pas fonctionner » et/ou « je n'aime pas ce que j'entends en ce moment »). Si l'apprenant est calme / rassurant / qu'il établit un contact visuel avec la PS, vous commencerez à vous calmer. Cependant, si l'apprenant ne montre pas d'empathie ou ne fournit pas d'explications, alors vous deviendrez plus agitée / contrariée. Si l'apprenant essaie de faire un examen physique, protestez qu'il y a eu assez de personnes qui vous ont tripotée et vous refusez que

	quelqu'un d'autre vous touche jusqu'à ce que vous ayez des médicaments contre la douleur.
Historique de la douleur	<p><u>Antécédents de douleur abdominale aiguë :</u> DÉBUT : La nouvelle douleur a commencé hier.</p> <p>LOCALISATION : elle a commencé au centre de l'abdomen, y est restée le plus longtemps, puis s'est déplacée vers le côté inférieur droit de votre abdomen.</p> <p>DURÉE : La douleur est constante, même en essayant de dormir. C'est une douleur aiguë, des crampes, des coliques. Ça fait mal de bouger. Cela fait mal de se redresser sur la civière (vous êtes recroquevillée). On vous a fait une injection d'analgésique il y a quelques heures et cela a un peu aidé, mais cela a complètement disparu.</p> <p>CARACTÉRISTIQUES/INTENSITÉ : douleur constante, aiguë et lancinante. Score visuel analogique (SVA) : meilleur 8/10 avec les médicaments, pire 12/10 en ce moment, moyen - il n'y a pas de moyenne (toutes les questions vous frustrant).</p> <p>RADIATION : Comme vous l'avez déjà dit, c'était autour du nombril et maintenant c'est dans le côté inférieur droit.</p> <p>FACTEURS DE SOULAGEMENT : Rien ne semble pouvoir soulager la douleur. L'effet des médicaments s'est estompé.</p> <p>FACTEURS AGGRAVANTS : Tout aggrave la douleur. S'asseoir, bouger ou se redresser dans le lit, tousser, Vous ne pouvez pas imaginer vous lever ou sortir du lit en ce moment. L'échographie que vous venez de passer a été très douloureuse et vous êtes furieuse qu'on ne vous ait pas donné d'analgésiques avant l'examen.</p> <p>LIMITATIONS FONCTIONNELLES : Vous ne pouvez rien faire du tout en ce moment.</p> <p>AUTRES SERVICES PARAMÉDICAUX : s. o.</p> <p>EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS AUX OPIOÏDES : Aucun.</p> <p>SYMPTÔMES DE SEVRAGE : (voir aussi ci-dessous) Vous n'avez jamais eu de mauvais effets secondaires ou de symptômes de sevrage car vous prenez vos médicaments contre la douleur régulièrement. Aujourd'hui, c'est une autre histoire, vous avez manqué quelques doses et l'équipe médicale ne vous a rien donné pour vous aider et vous ne comprenez pas pourquoi.</p> <p>AUTRE : Le chirurgien vous a dit qu'il avait prévu de vous faire enlever l'appendice, mais qu'il n'était pas sûr de pouvoir le faire avec la caméra à cause de toutes les autres opérations que vous avez subies auparavant. Vous n'avez aucune idée du temps que vous allez devoir attendre (ne laissez pas la conversation dévier sur les aspects spécifiques du traitement de l'appendicite) et vous ne pouvez pas rester comme ça, dans une telle agonie. Si on vous demande quand vous êtes allée à la selle pour la dernière fois, dites ce matin, et si on vous demande si vous avez encore des gaz, dites oui.</p> <p><u>Antécédents de douleur pelvienne chronique :</u> On a diagnostiqué une endométriose grave à l'âge de 25 ans. Pendant des années, vous êtes allée d'un médecin à l'autre, pour essayer de poser le diagnostic, puis de traiter la maladie. Les médicaments n'ont pas réussi à améliorer la situation (ou vous n'avez pas pu tolérer les effets secondaires des piqûres les plus puissantes contre l'endométriose) et vous avez fini par subir au moins 3 ou 4 interventions chirurgicales par laparoscopie.</p>

Si l'apprenant persiste à vous poser des questions sur les détails de votre traitement, dites-lui : « Pouvez-vous s'il vous plaît regarder mon dossier; j'ai tellement mal en ce moment que je ne peux pas me souvenir des détails. » Votre spécialiste vous a dit que vous aviez « l'un des pires cas qu'il ait jamais vu » et il a dit à votre médecin de famille que votre douleur est réelle et qu'il doit la traiter en conséquence. Votre douleur se situe dans le bas-ventre et est toujours présente. Entre votre médecin de famille et tous les spécialistes, vous avez une variété de médicaments et vous êtes extrêmement attentive à suivre les instructions pour les prendre. Grâce à ce régime, la douleur est gérable.

DÉBUT : Vous avez des douleurs abdominales depuis l'âge de 25 ans.

LOCALISATION : Dans l'abdomen central / inférieur, pas de localisation spécifique.

DURÉE : La douleur est constante, même en essayant de dormir. Auparavant, les médicaments semblaient soulager la douleur par intermittence. La douleur s'est aggravée au fil des ans, et vous avez besoin de plus de médicaments pour passer la journée.

CARACTÉRISTIQUES/INTENSITÉ : Douleur sourde, lancinante. Parfois douleur soudaine et aiguë en coup de poignard. Aggravée pendant le cycle menstruel. Score visuel analogique (SVA) : meilleur 7/10, pire 12/10 pendant le cycle, moyenne 7/10.

RADIATION : Je ne suis pas sûr de ce que cela signifie; c'est juste toujours là.

FACTEURS DE SOULAGEMENT : Pas grand-chose. La douleur est « moins pire » quand elle n'est pas pendant votre cycle.

FACTEURS AGGRAVANTS : Tout aggrave la douleur. Rester assis, debout ou marcher trop longtemps aggrave la douleur. « Je passe la majeure partie de ma journée à me reposer à la maison ».

LIMITATIONS FONCTIONNELLES : J'ai le sentiment que ma douleur interfère complètement avec tous les aspects de ma vie, y compris l'activité générale, l'humeur, les déplacements, la fréquentation des gens, le sommeil, les loisirs.

AUTRES SERVICES PARAMÉDICAUX UTILISÉS : Aucun.

EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS AUX OPIOÏDES : Aucun - vous n'avez jamais eu de problèmes à prendre des médicaments contre la douleur.

SYMPTÔMES DE SEVRAGE :

J'ai commencé à prendre de l'hydromorphone à libération contrôlée il y a 5 ans pour gérer la douleur. Avec tous les différents traitements médicaux et chirurgies, ce médicament a commencé à ne plus fonctionner, alors vous avez dû en prendre davantage et prendre d'autres médicaments entre-temps. L'année dernière, on vous a mis sous patch de fentanyl et cela vous a beaucoup aidé. C'est gérable avec ces médicaments. Vous n'avez jamais eu de mauvais effets secondaires ou de symptômes de sevrage car vous prenez vos médicaments régulièrement. Aujourd'hui, c'est une autre histoire, vous avez manqué quelques doses et l'équipe médicale ne vous a rien donné et vous ne savez pas pourquoi.

(Note à la PS : l'absence de doses d'opioïdes peut entraîner des symptômes tels que l'agitation ou l'irritabilité, la transpiration, l'anxiété, les douleurs musculaires, la fièvre, les douleurs abdominales, la diarrhée et l'élargissement des pupilles).

Humeur/effet	<p>Initialement ouverte et coopérative (un peu désespérée) mais deviendra plus hostile si la discussion porte sur le fait de ne pas obtenir plus d'analgésiques. Un exemple de commentaire si l'apprenant semble réticent à donner des opioïdes peut être similaire à celui-ci :</p> <p>« Vous êtes le médecin, pourquoi ne pouvez-vous pas me donner plus de médicaments pour ma douleur? Cela fait des heures que j'attends et je souffre le martyr. Je ne comprends pas pourquoi vous ne voulez pas me donner la seule chose qui a toujours fonctionné pour ma douleur, surtout depuis que je suis ici à l'hôpital. »</p> <p>Encore une fois, votre comportement changera en fonction des actions / de l'attitude de l'apprenant. Si l'apprenant tente de vous faire participer à la prise de décision, qu'il est calme, qu'il établit un contact visuel, qu'il vous rassure et vous donne des explications, vous deviendrez moins hostile (et plus préoccupée ou anxieuse au sujet de votre santé). Si l'apprenant ne fait pas ce qui précède et procède sans donner d'explications, vous pouvez continuer à être hostile et à vous replier sur vous-même.</p> <p>Au cours de la discussion sur le traitement, à mesure que vous devenez moins hostile et plus préoccupée, vous pouvez exprimer votre inquiétude (si elle n'est pas prise en compte par l'apprenant) :</p> <p>« On ne peut rien faire d'autre pour ma douleur en attendant l'opération? » « Vous vous assurerez qu'après l'opération, on me donne assez d'analgésiques? » « Vous veillerez à ce qu'ils me renvoient chez moi avec assez de médicaments contre la douleur? »</p> <p>Si l'apprenant vous donne des suggestions pour ce qui précède, vous êtes réconfortée, vous commencez à vous détendre et vous êtes plus satisfaite</p> <p>Si le mot « dépendance » est utilisé, vous vous sentez offensée car vous n'avez pas l'impression d'avoir une dépendance. Vous avez toujours respecté vos prescriptions de médicaments et vous estimez que votre douleur est légitime.</p>
PMHx	<p>(« Tous mes problèmes médicaux ont commencé quand on m'a diagnostiqué mon endométriose »)</p> <p><u>Endométriose</u> : diagnostiquée à l'âge de 25 ans; voir ci-dessus pour les détails de la prise en charge.</p> <p><u>Dépression</u> : Diagnostiquée à l'âge de 25 ans, à peu près en même temps que le diagnostic ci-dessus; stable sous escitalopram. Pas de pensées d'automutilation. La concentration, l'énergie et l'appétit n'ont pas été très bons au fil des ans, probablement en raison de la douleur.</p> <p><u>Anxiété</u> : Diagnostiquée à l'âge de 25 ans ; stable sous escitalopram et lorazepam. Lutte contre l'anxiété par intermittence au fil des ans. Sa principale préoccupation est la douleur et le fait de savoir si elle va s'améliorer un jour.</p>
Revue du système	<p><u>Historique familial</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'antécédents médicaux familiaux pertinents. - Parents et frères et sœurs en vie et en bonne santé. <p><u>Historique social</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mariée, vit avec son mari, Jorge. - Profession : travaille comme commis dans une épicerie. - Pas d'enfant biologique en raison de l'infertilité - un enfant adopté. - Contacts sociaux minimes avec les amis.

	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien social : famille <p><u>Historique des substances :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - EtOH : rare - Tabagisme : N'a jamais fumé de sa vie - Marijuana : 2-5g (joints + gummies) par jour 	
Médicaments	Hydromorphone à libération contrôlée 24mg po q12h Fentanyl patch 100ug/hr, q72h (dernière application il y a 2 jours) Hydromorphone IR 4mg po q2h en cas de besoin en cas de percée; vous le prenez assez régulièrement toutes les 2h) Escitalopram 20mg po par jour Lorazepam 1 mg po q6h comme nécessaire	
Allergies	Aucune allergie connue aux médicaments	
P/E	Général	Peut être spécifique à la PS
	Wt/Ht	Peut être spécifique à la PS
	Signes vitaux	BP 120/70, HR 70
	LOC	normal
	CVS	normal
	Resp	normal
	Abdo	normal
Enquêtes	S.O.	

Renseignements pour l'apprenant

Décrit le « scénario initial » donné aux participants. Donnez la tige ci-dessous + l'ICPE remplie.

M^{me} Maria Gonzales s'est présentée au service des urgences en se plaignant de douleurs abdominales depuis 24 heures. Elle présente des signes et des symptômes de douleur aiguë à l'abdomen, et une échographie a confirmé une appendicite aiguë. Ses résultats de laboratoire sont normaux. Elle est sur la liste de la salle d'opération pour une appendicectomie urgente, mais le moment de l'intervention est incertain. Elle prend également des opioïdes pour ses douleurs pelviennes chroniques dues à l'endométriose.

Elle a reçu un diagnostic d'endométriose à l'âge de 25 ans et a subi des années de traitement médical et chirurgical sans grand succès et avec une progression continue de la maladie. Elle a commencé à prendre de l'hydromorphone CR il y a 5 ans pour gérer la douleur. Un patch de fentanyl a été ajouté l'année dernière.

Ses antécédents médicaux comprennent une endométriose, une dépression et une anxiété (toutes diagnostiquées à l'âge de 25 ans).

Médicaments :

Hydromorphone CR 24mg po toutes les 12h

Fentanyl patch 100ug/hr, toutes les 72h

Hydromorphone IR 4 mg per os toutes les 2 heures, au besoin, en cas de crise.

Escitalopram 20mg po par jour

Lorazepam 1 mg po q6h comme nécessaire

Effectuez une anamnèse ciblée en examinant les principales questions relatives à l'utilisation et à la gestion des opioïdes. Élaborez un plan de traitement basé sur les informations obtenues pour gérer sa douleur pendant son séjour à l'hôpital.

Chronologie et événements du scénario

Temps	Statut SP	Actions de la PS	Actions des apprenants
Ligne de base	Allongée sur une civière	« Bonjour docteur, j'ai vraiment besoin d'aide avec ma douleur. Ils ne m'ont rien donné depuis des heures et je ne peux plus le supporter. S'il vous plaît, aidez-moi! »	Commencer à faire l'anamnèse
0-5 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement.	Questions supplémentaires
5-10 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement.	Questions supplémentaires
10-15 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement; l'apprenant répond aux préoccupations et explique un plan.	Formuler un plan et conclure

Points de discussion et d'enseignement pour le compte rendu

Points de compte rendu	Contenu du compte rendu
Discuter de la douleur (aiguë et chronique), de la gestion des symptômes et du trouble lié à l'usage des opioïdes avec les patients et les familles/réseaux de soutien.	<p>Les apprenants devront faire la distinction entre la douleur aiguë et la douleur chronique. Si l'apprenant a bien fait l'anamnèse de la patiente, il est évident qu'elle souffre de douleurs chroniques et qu'elle n'a pas de trouble lié à l'usage des opioïdes. Elle présente des symptômes de sevrage lorsqu'elle ne prend pas les opioïdes qui lui sont prescrits habituellement, mais elle ne souffre pas d'un trouble lié à l'usage des opioïdes. C'est l'occasion de revoir les critères du trouble lié à l'usage des opioïdes (voir le feuillet sur le trouble lié à l'usage des opioïdes du DSM-5).</p> <p>La patiente semble avoir une relation suivie avec son médecin de famille. Discutez de l'examen de la prescription d'opioïdes dans les bases de données provinciales. (Les cliniciens doivent savoir comment accéder à l'information dans les bases de données provinciales, si elles sont disponibles). Envisagez de discuter de l'importance de communiquer avec le médecin de famille pendant l'admission et après le congé.</p>
Établissez avec la personne des attentes mutuelles en matière de gestion des opioïdes.	Les patients souffrant de TUO ou de douleurs chroniques peuvent avoir besoin d'un traitement contre la douleur aiguë. La douleur aiguë doit être prise en charge, et les patients peuvent craindre que leur douleur ne soit pas traitée. Discutez des options de prise en charge de la douleur aiguë et chronique, comme les anti-inflammatoires, la rotation/le changement d'opioïdes, les options locales/topiques et non pharmacologiques.
Évaluer, diagnostiquer et planifier la prise en charge des troubles de la douleur chronique et des personnes présentant un	Cette patiente ne présente pas de TUO. C'est l'occasion de comparer et d'opposer la prise en charge de la douleur chronique et du TUO. La définition du DSM-5 du TUO peut être revue.

trouble concomitant de l'utilisation des opioïdes.	
Évaluer la douleur chez les individus en utilisant les meilleures preuves.	Les échelles de douleur peuvent être utiles. C'est l'occasion de passer en revue les échelles de la douleur.

Ressources pré-scénario à envoyer aux participants

Module EMPo 1.1 sur la communication

Ressources post-scénario à envoyer aux participants

Révision du diagnostic du TUO – Modules EMPo 2.1 et 2.2

MODÈLE DE SCÉNARIO DE SIMULATION DE PATIENT STANDARDISÉ

Groupe d'apprenants :	Réponse de l'AFMC à la crise des opioïdes
Sujet du programme d'études :	Prise en charge de la douleur pédiatrique
Élaboré par :	Docteurs Michelle Chiu, Glenn Posner et Lisa Graves.
Date de création/modification :	Le 18 janvier 2022/le 17 février 2023

Commentaires sur l'élaboration

Nom du patient ou du scénario

Description générale du scénario.

Prise en charge de la douleur pédiatrique.

Résumé du scénario

Une à deux phrases résumant le contenu/les objectifs du scénario.

Rencontrez le parent d'un garçon de 13 ans qui souffre de douleurs liées au diagnostic et au traitement récents d'un sarcome d'Ewing. Discutez des options de traitement et des techniques pour minimiser le risque de trouble de l'usage des opioïdes.

Objectifs d'apprentissage

Référence au document d'orientation du programme d'études de l'AFMC (v. 17 févr 2023)

Groupe d'apprenants	Objectifs
DPC	DPC 5b. Décrire les traitements non-pharmacologiques et pharmacologiques de la douleur pédiatrique, y compris l'utilisation d'opioïdes et de non-opioïdes.
DPC	DPC 5c. Expliquer les options de traitement de la douleur pédiatrique aux enfants et à leur famille.
DPC	DPC 5e. Évaluer et décrire les techniques permettant de minimiser le risque de trouble de l'usage des opioïdes lors de la prescription d'opioïdes chez des patients pédiatriques/adolescents.

Participants aux simulations

Décrit les personnes présentes et leur rôle dans le scénario.

Identité réelle	Rôle dans le scénario
Apprenant	Joue son propre rôle

Patient standardisé	« Alex », parent d'un garçon de 13 ans nommé Jack.
Observateur de la faculté	Joue son propre rôle

Accessoires nécessaires pour le scénario

Tous les accessoires (☒) doivent se trouver dans la salle de simulation, appliqués au mannequin/au patient standardisé.

Si les accessoires sont destinés à être disponibles pour le scénario - mais en dehors de la salle ou cachés - veuillez l'indiquer en écrivant « (Disponible uniquement) » après l'accessoire spécifié.

<input checked="" type="checkbox"/>	2 chaises	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Porte-bloc + papier blanc	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Dossier contenant les pièces justificatives	<input type="checkbox"/>	

Dossiers justificatifs (dossier, laboratoires, imagerie, etc.)

Notes/travaux personnels	Questionnaire concis sur la douleur (complété)
Laboratoires	
Radiologie	
Autre	Les documents justificatifs ne sont pas dans la salle mais peuvent être demandés par l'apprenant.

Temps requis pour la simulation :

Événement	Durée
Mise en place	5 min
Simulation	15 min
Compte rendu	20 minutes

Notes de programmation

Commentaires sur la mise en place (accessoires, draps, abdomen de femme enceinte, etc.)

Salle de contrôle (le cas échéant)	S'assurer que les caméras sont correctement orientées Assurer l'enregistrement d'une image correcte	
Mannequin/ Patient standardisé	Position :	Le patient standardisé sera assis, face à la porte.
	IVs :	Aucun

	Moniteurs :	Aucun
	Équipement supplémentaire :	Aucun
	Drapage :	s/o
	Autre :	
Autres équipements	Table de chevet, 2 chaises se faisant face	
Espace requis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salle de clinique (avec miroir sans tain pour l'observateur de la faculté, si possible) 2. Salle de taille moyenne pour le compte rendu (si >1 apprenant, sinon cela peut se faire dans une salle de clinique). 	
Positionnement du personnel	S'assurer que le patient et l'apprenant standardisés sont visibles depuis la salle de contrôle (miroir sans tain).	

Renseignements à l'intention de l'instructeur et du patient standardisé

À titre d'information pour les instructeurs/complices Renseignements fournis aux apprenants par le PS lors de l'anamnèse.

*Il faut envoyer aux participants, avant la simulation, un courriel contenant l'itinéraire vers le lieu de la simulation et les devoirs à faire avant la simulation.

Déclaration d'ouverture	« Bonjour docteur, je viens vous voir car je suis vraiment inquiet de la douleur de Jack et du fait qu'il ait mal pendant son traitement contre le cancer. Je me demande quelle est la meilleure façon de prendre en charge cette douleur. »
Apparence générale et comportement du PS	Le PS présente une apparence générale de propreté. Il porte des vêtements confortables. Il est agréable et coopératif, anxieux, mais pas émotif. Vous êtes anxieux à cause du diagnostic récent de votre fils Jack, qui a été atteint d'un sarcome d'Ewing de la jambe droite (os de la cuisse) il y a quelques mois. Vous vous inquiétez de la douleur et de la souffrance pendant le traitement du cancer. Essayez de vous concentrer sur cette préoccupation et redirigez l'apprenant s'il tente de vous rassurer sur le diagnostic. Au départ, vous devriez hésiter à utiliser tout médicament opioïde, même après une opération. Vous êtes également préoccupé par la dépendance.
Historique de la douleur	Jack a 13 ans et est un adolescent actif qui réussit bien à l'école. Joueur de hockey de compétition, son cancer a été diagnostiqué après qu'il ait eu des douleurs à la jambe qui ne disparaissaient pas après avoir joué. Vous l'avez emmené en physiothérapie. Il n'y avait pas beaucoup d'amélioration, ce qui a conduit à des tests supplémentaires et au diagnostic de sarcome d'Ewing (un cancer rare des os et des tissus mous qui touche les enfants et les adolescents).

	<p><u>Historique de la douleur</u> DÉBUT : Il éprouve de la douleur depuis des semaines, peut-être quelques mois, et celle-ci elle s'aggrave.</p> <p>LOCALISATION : Dans l'os de la cuisse droite.</p> <p>DURÉE : La douleur est constante, même en essayant de dormir.</p> <p>CARACTÉRISTIQUES/INTENSITÉ : Constante, lancinante et persistante. Jack dit que c'est assez mauvais, environ 8/10 tout le temps.</p> <p>RADIATION : Je ne suis pas sûr de ce que cela signifie; la douleur est toujours présente.</p> <p>FACTEURS DE SOULAGEMENT : Rien ne semble pouvoir soulager la douleur. Elle ne répond pas à la glace, aux compresses chaudes, à l'ibuprofène ou à l'acétaminophène.</p> <p>FACTEURS AGGRAVANTS : Tout aggrave la douleur. Le fait de rester assis, debout ou de marcher pendant trop longtemps aggrave sa douleur.</p> <p>LIMITATIONS FONCTIONNELLES : Il ne peut pas jouer au hockey, activité qu'il adore. Il ne peut plus marcher qu'avec des béquilles car il a très mal, et il ne dort pas bien. Il a du mal à se concentrer en classe à cause de la douleur.</p> <p>AUTRES SERVICES PARAMÉDICAUX UTILISÉS : La physiothérapie au début, qui n'a pas aidé.</p> <p>EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS AUX OPIOÏDES : non applicable.</p> <p>SYMPTÔMES DE SEVRAGE : non applicable.</p>
Humeur/effet	<p>Vous êtes anxieux. Stressé. Pas émotif, mais à mesure que la discussion se poursuit, vous commencez à vous tordre les mains. Vous vous sentez impuissant et désespéré d'aider votre fils. Vous vous inquiétez du potentiel de dépendance et de consommation de drogues récréatives de votre fils.</p> <p>Votre comportement changera en fonction des actions / de l'attitude de l'apprenant. Si l'apprenant tente de vous faire participer à la prise de décision, qu'il est calme, qu'il établit un contact visuel, qu'il vous rassure et vous donne des explications, vous serez moins anxieux.</p>

	<p>Si l'apprenant ne fait pas ce qui précède et procède sans donner d'explications ou de réconfort, vous risquez de rester très stressé et craintif.</p>
<p>PMHx</p>	<p>Jack a été en bonne santé jusqu'à maintenant. La grossesse et l'accouchement ont été normaux. Développement normal sur le plan social et physique. Il se débrouille bien à l'école.</p> <p>Comme vous l'avez déjà dit, Jack est un joueur de hockey de compétition et le cancer a été diagnostiqué après qu'il ait eu des douleurs à la jambe qui ne disparaissaient pas après avoir joué. C'était il y a quelques mois. Vous l'avez emmené en physiothérapie mais il n'y avait pas beaucoup d'amélioration, ce qui a conduit à des tests supplémentaires, des visites de médecins et le diagnostic du sarcome d'Ewing.</p> <p>La tumeur se situe dans l'os de la cuisse droite et vous avez vu un chirurgien orthopédique pédiatrique et un oncologue jusqu'à présent. Ils ont effectué des scanners et une biopsie de la moelle osseuse. Jack souffrait beaucoup après la biopsie de la moelle osseuse (effectuée sous anesthésie locale avec sédation); il a dit qu'il se sentait très bien avec les médicaments administrés par voie intraveineuse et vous craignez qu'il les aime trop.</p> <p>Selon les spécialistes, il devra d'abord subir une chimiothérapie pour réduire la tumeur, puis une intervention chirurgicale pour retirer le cancer. Vous avez entendu dire que certains médicaments de chimiothérapie peuvent avoir pour effet secondaire de provoquer des douleurs nerveuses chez les patients. La chirurgienne a dit qu'elle ne savait pas s'ils allaient utiliser une greffe ou un implant pour remplacer l'os et qu'il y avait un très faible risque de devoir amputer la jambe. Jack n'est pas au courant de cela. Cette issue est évidemment très effrayante pour vous et votre conjointe.</p> <p>Voici une sélection de questions que vous pouvez poser :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Je viens vous voir parce que je m'inquiète beaucoup du fait que Jack ait des douleurs pendant sa chimiothérapie et je me demande comment le gérer au mieux. ● Je m'inquiète également de la prise en charge de la douleur après son opération. Devra-t-il prendre des analgésiques pendant une longue période? Je ne veux pas qu'il devienne dépendant des médicaments! ● Quelles sont les options thérapeutiques pour traiter la douleur de mon fils?

	<ul style="list-style-type: none"> ● Quels sont les effets secondaires possibles du traitement à court et à long terme? Que peut-on faire pour prévenir ou gérer ces effets secondaires? ● Qu'en est-il du cannabis? Cela peut-il aider? Est-ce risqué pour un adolescent? ● Comment le traitement affectera-t-il la vie quotidienne de mon enfant? Pourra-t-il aller à l'école et s'adonner à ses activités habituelles? ● Quel plan de traitement recommandez-vous ? Pourquoi? 	
Revue du système	<p><u>Historique familial :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - aucun <p><u>Historique social :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfant unique; vit à la maison avec ses parents. - Le père travaille pour le gouvernement fédéral; bon régime d'assurance maladie. - La mère est ingénieure en logiciels. - Joue au hockey de compétition depuis l'âge de 7 ans; joue 3 fois par semaine. - Bon contact social avec les amis. - Soutien social : les grands-parents vivent dans la même ville. <p><u>Historique des substances :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune à votre connaissance <p><u>Humeur/effet :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'humeur de Jack varie selon les jours. Au début, il se sentait vraiment triste à cause du diagnostic et du plan de traitement. Maintenant, son humeur est meilleure. Certains jours, il est plutôt déprimé. D'autres jours, il va mieux et il ne semble pas du tout y penser. Il a beaucoup de bons amis et ils lui apportent un excellent soutien. L'hôpital a fourni un bon travail social et un bon soutien psychologique à lui et à nous, les parents. 	
Médicaments	Aucun	
Allergies	Aucune allergie connue aux médicaments	
P/E	Général	Peut être spécifique au PS
	Wt/Ht	Peut être spécifique au PS
	Signes vitaux	non applicable
	LOC	normal
	CVS	normal
	Resp	normal
	Abdo	normal
Enquêtes	S.O.	

Renseignements pour l'apprenant

Décrit le « scénario initial » donné aux participants. Donnez les grandes lignes ci-dessous + l'ICPE remplie.

Vous allez recevoir Alex, qui est le parent de Jack, un garçon de 13 ans qui vient d'être diagnostiqué avec un sarcome d'Ewing du fémur droit. Alex est préoccupé par le récent diagnostic de sarcome d'Ewing de Jack et s'inquiète particulièrement de la douleur qu'il pourrait ressentir pendant le traitement anticancéreux proposé (chimiothérapie et chirurgie), en plus de sa douleur actuelle à la jambe qui l'a amené à consulter des médecins et a conduit à son diagnostic. Alex aimerait discuter des options de prise en charge de la douleur pour Jack.

Chronologie et événements du scénario

Temps	Statut PS	Actions du PS	Actions des apprenants
Ligne de base	Assis dans la salle d'examen	« Bonjour docteur, je viens vous voir car je suis vraiment inquiet de la douleur de Jack et du fait qu'il ait mal pendant son traitement contre le cancer. Je me demande quelle est la meilleure façon de la prendre en charge. »	Commencer à faire l'anamnèse
0-5 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement.	Questions supplémentaires
5-10 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement.	Questions supplémentaires
10-15 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement; l'apprenant répond aux préoccupations et explique un plan.	Formuler un plan et conclure

Points de discussion et d'enseignement pour le compte rendu

Points du compte rendu	Contenu du compte rendu
Décrire les traitements non-pharmacologiques et pharmacologiques de la douleur pédiatrique, y compris l'usage d'opioïdes et de non-opioïdes.	Les options de prise en charge de la douleur comprennent des options non pharmacologiques et pharmacologiques. Rassurer sur l'usage des opioïdes selon les besoins et seulement pour la durée nécessaire. Discutez des options non pharmacologiques qui peuvent inclure des options de médecine intégrative.
Expliquer les options de traitement de la douleur pédiatrique aux enfants et à leurs familles.	Le parent qui participe à la discussion semble avoir des préoccupations concernant la dépendance. Discuter des risques d'une consommation précoce d'opioïdes pour la consommation future d'opioïdes. Examiner les antécédents familiaux pour déceler les préoccupations.

<p>Évaluer et décrire les techniques permettant de minimiser le risque de trouble de l'usage d'opioïdes lors de la prescription d'opioïdes chez les patients pédiatriques/adolescents.</p>	<p>Rassurer sur l'utilisation des opioïdes selon les besoins et seulement pour la durée nécessaire. Discutez de l'importance de traiter la douleur pour permettre la récupération. Discutez du fait qu'il y a peu de preuves à l'heure actuelle concernant l'utilisation du cannabis pour soulager la douleur. Discutez des risques pour la santé mentale associés à la consommation de cannabis à l'adolescence et au début de l'âge adulte.</p>
--	---

Ressources pré-scénario à envoyer aux participants

Module 1 sur les conversations EMPo 1

Ressources post-scénario à envoyer aux participants

Module sur la douleur pédiatrique DPC 5

MODÈLE DE SCÉNARIO DE SIMULATION DE PATIENT STANDARDISÉ

Groupe d'apprenants :	Réponse de l'AFMC à la crise des opioïdes
Sujet du programme d'études :	Réduction progressive de la dose d'opioïdes et déprescription
Élaboré par :	Docteurs Michelle Chiu, Sarika Alisic, Glenn Posner et Lisa Graves.
Date de création/modification :	Le 6 janvier 2022/ Le 17 février 2023

Commentaires sur l'élaboration

Nom du patient ou du scénario

Description générale du scénario

Prise en charge de la réduction progressive de la dose d'opioïdes et déprescription.

Résumé du scénario

Une à deux phrases résumant le contenu/les objectifs du scénario.

Toby Hoffman est une personne de 47 ans qui souhaite discuter de la prise en charge de sa douleur après que les complications d'une résection intestinale pour la maladie de Crohn l'année dernière l'ont laissé avec une douleur importante et constante. Les discussions devraient inclure l'optimisation de la prise en charge de la douleur et l'exploration d'une réduction progressive des opioïdes.

* L'identité de genre est laissée indéterminée pour permettre aux centres de simulation d'avoir la flexibilité de choisir des patients standardisés de sexe féminin ou masculin. Veuillez préparer vos PS à répondre à cette question au cas où l'apprenant poserait des questions sur l'identité sexuelle.*

Objectifs d'apprentissage

Référence au document d'orientation du programme d'études de l'AFMC (v. 17 févr 2023)

Groupe d'apprenants	Objectifs
EMPo	EMPo 2.2a. Planifier des discussions sur la réduction progressive des opioïdes qui sont fondées sur des données probantes et qui tiennent compte de la volonté de changement de la personne.
EMPo	EMPo 2.2b. Expliquer comment déprescrire des opioïdes, le cas échéant, de la manière la plus sûre possible.
EMPo	EMPo 2.1d. Expliquer les stratégies permettant d'obtenir des attentes mutuelles en matière de gestion des opioïdes avec le patient/la patiente.

Participants aux simulations

Décrit les personnes présentes et leur rôle dans le scénario.

Identité réelle	Rôle dans le scénario
Apprenant	Joue son propre rôle
Patient(e) standardisé(e)	Patient(e)
Observateur de la faculté	Joue son propre rôle

Accessoires nécessaires pour le scénario

Tous les accessoires (☒) doivent se trouver dans la salle de simulation, appliqués au mannequin/au patient (à la patiente) standardisé(e)

Si les accessoires sont destinés à être disponibles pour le scénario - mais en dehors de la salle ou cachés - veuillez l'indiquer en écrivant « (Disponible uniquement) » après l'accessoire spécifié.

<input checked="" type="checkbox"/>	2 chaises	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Porte-bloc + papier blanc	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Dossier contenant les pièces justificatives	<input type="checkbox"/>	

Dossiers justificatifs (dossier, laboratoires, imagerie, etc.)

Notes/travaux personnels	Note de triage aux urgences
Laboratoires	
Radiologie	
Autre	

Temps requis pour la simulation :

Événement	Durée
Mise en place	5 minutes
Simulation	15 minutes
Compte rendu	20 minutes

Notes de programmation

Commentaires sur la mise en place (accessoires, draps, abdomen de femme enceinte, etc.)

Salle de contrôle (le cas échéant)	S'assurer que les caméras sont correctement orientées Assurer l'enregistrement d'une image correcte
------------------------------------	--

Mannequin / Patient(e) standardisé(e)	Poste :	Le/La patient(e) standardisé(e) sera assis(e), face à la porte.
	IVs :	Aucun
	Moniteurs :	Aucun
	Équipement supplémentaire :	Aucun
	Drapage :	s/o
	Autre :	
Autres équipements	Table de chevet, 2 chaises se faisant face	
Espace requis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salle de clinique (avec miroir sans tain pour l'observateur de la faculté, si possible) 2. Salle de taille moyenne pour le compte rendu (si >1 apprenant, sinon cela peut se faire dans une salle de clinique). 	
Positionnement du personnel	S'assurer que le/ la patient(e) standardisé(e) et l'apprenant sont visibles depuis la salle de contrôle (miroir sans tain).	

Renseignements à l'intention de l'instructeur et du patient/de la patiente standardisé(e)

À titre d'information pour les instructeurs/complices uniquement. Renseignements fournis aux apprenants par le/la PS lors de l'anamnèse.

*Il faut envoyer aux participants, avant la simulation, un courriel contenant l'itinéraire vers le lieu de la simulation et les devoirs à faire avant celle-ci.

Déclaration d'ouverture	« Bonjour docteur, j'ai vraiment besoin d'aide avec ma douleur. Elle est redevenue incontrôlable et je n'arrive plus à rien faire. Je pense que mes médicaments doivent être augmentés à nouveau. »
Apparence générale et comportement du PS	Le/la PS est propre et porte des vêtements confortables. Il/est est agréable et coopère et ne semble pas émotif/émotive. Vous vous inquiétez que ce médecin ne vous donne pas les médicaments, et vous vous inquiétez de l'augmentation de la douleur, par conséquent, vous faites preuve de coopération (pour faciliter/améliorer vos chances de recevoir les prescriptions). Au départ, vous devriez être hésitant(e) quant à une éventuelle réduction des opioïdes, puis modifier votre réponse en fonction des compétences de communication de l'apprenant. Les discussions sur la réduction des opioïdes ou le retour au travail peuvent devenir plus négatives (bras croisés devant le corps, contact visuel réduit, et possibilité de dire « non, je ne pense pas que ça va fonctionner » et/ou « je n'aime pas ce que vous dites en ce moment »). Si l'apprenant est calme / rassurant / établit un contact visuel avec le/la PS, vous commencerez à vous calmer et accepterez une réduction progressive des opioïdes. Cependant, si l'apprenant ne fait pas preuve d'empathie ou ne fournit pas d'explication, vous deviendrez plus agité(e)/ hésitant(e) et ne voudrez pas tenter la réduction progressive des opioïdes.
Historique de la douleur	Diagnostic de la maladie de Crohn à l'âge de 15 ans. Pendant des années, il/elle a suivi un traitement médical à base de prednisone, d'azathioprine et d'infliximab, sans grand succès et avec une progression constante de la maladie.

Vous avez commencé à prendre de l'hydromorphone CR il y a 5 ans pour gérer la douleur. L'an dernier, on vous a enlevé tout le gros intestin et on a reconnecté ^ les parties internes, mais cela a été compliqué par le fait que vous avez dû retourner plusieurs fois au bloc opératoire pour qu'on vous ouvre et qu'on répare une fuite intestinale et une infection*. Votre séjour à l'hôpital a été prolongé et difficile. La douleur a été difficile à gérer pendant votre séjour à l'hôpital; vous avez finalement été renvoyé(e) chez vous avec plusieurs médicaments (voir ci-dessous). Vous avez commencé à fumer de l'herbe l'année dernière (2g/jour) pour soulager la douleur et vous avez une ordonnance pour cela. Vous avez respecté votre traitement. (Il n'y a pas eu d'antécédents de demandes de renouvellement anticipé et vous n'avez jamais acheté vos médicaments contre la douleur dans la rue ou les avez obtenus de quelqu'un d'autre que le pharmacien). Les investigations ne montrent pas de cause chirurgicale à votre douleur permanente. Vous avez eu de multiples discussions avec le chirurgien.

^ *colectomie avec anastomose iléo-rectale* = ablation de la totalité du gros intestin et jonction de l'iléon (la dernière partie de l'intestin grêle) directement au rectum.

**Fuite intestinale* = l'anastomose chirurgicale échoue et le contenu d'un canal corporel reconnecté s'échappe de la connexion chirurgicale.

Actuellement, votre douleur est précipitée par la plupart des activités et il n'existe aucun facteur de soulagement complet de la douleur. Vous êtes devenu très affaibli(e) par votre douleur. Vous êtes en arrêt de travail depuis que vous avez commencé à prendre des opioïdes. Vous qualifiez votre sommeil, votre humeur, votre énergie et votre appétit de mauvais. Vous avez peu de contacts avec vos amis et ne participez pas aux activités de loisirs. Vous êtes marié(e) et avez un fils de 8 ans qui a été affecté par vos limitations (voir ci-dessous). Votre conjoint(e) vous soutient et prend en charge la plupart des tâches ménagères et des soins aux enfants.

Historique de la douleur

DÉBUT : Vous souffrez depuis aussi longtemps que vous pouvez vous souvenir.

LOCALISATION : Dans l'abdomen central, pas de localisation spécifique.

DURÉE : La douleur est constante, même lorsque vous essayez de dormir. Les médicaments avaient l'habitude de soulager la douleur par intermittence mais maintenant ils ne soulagent que très peu. La douleur s'est aggravée au fil des ans.

CARACTÉRISTIQUES/INTENSITÉ : Douleur sourde, lancinante. Parfois douleur soudaine et aiguë en coup de poignard. Score visuel analogique (SVA) : le meilleur 10/10, le pire 12/10, la moyenne 10/10.

RADIATION : Je ne suis pas sûr(e) de ce que cela signifie; la douleur est toujours là.

FACTEURS DE SOULAGEMENT : Rien ne semble atténuer la douleur, elle est juste constante. Les médicaments ne fonctionnent plus. « J'ai l'impression d'avoir mal tout le temps. » La marijuana médicale aide; vous ne vous défoncez pas, elle vous aide simplement à vous détendre et à soulager la douleur. (Vous fumez 2g/jour.)

FACTEURS AGGRAVANTS : Tout aggrave la douleur. Rester assis, debout ou marcher trop longtemps aggrave la douleur. « Je passe la plupart de mes journées à me reposer à la maison ».

	<p>LIMITATIONS FONCTIONNELLES : J'ai le sentiment que ma douleur interfère complètement avec tous les aspects de ma vie, y compris l'activité générale, l'humeur, les déplacements, la fréquentation des gens, le sommeil, les loisirs.</p> <p>AUTRES SERVICES PARAMÉDICAUX UTILISÉS : Aucun.</p> <p>EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS AUX OPIOÏDES : Vous trouvez que vous pouvez être assez somnolent(e) et vous sentir dans les vapes (vous ne pouvez pas penser correctement), surtout après avoir pris de l'hydromorphone, mais vous avez toujours mal et vous continuez à en prendre. Vous vous êtes habitué(e) à ces sensations, mais vous ne vous sentez pas vous-même. Parfois, vous avez la nausée, mais vous vous dites que c'est à cause de toutes les chirurgies que vous avez subies.</p> <p><u>Note au/à la PS</u> : Les autres effets indésirables sur lesquels l'apprenant peut poser des questions comprennent les problèmes de constipation (aucun), les étourdissements / vertiges (parfois), la sécheresse de la peau / le prurit (pas vraiment), la prise de poids (oui mais vous avez compris que c'est à cause de votre inactivité), la baisse de la libido (oui).</p> <p><u>Note au/à la PS</u> : vous ignorez que les effets ci-dessus pourraient être liés aux opioïdes que vous prenez.</p> <p>SYMPTÔMES DE SEVRAGE : Vous utilisez les médicaments comme ils vous ont été prescrits. Cependant, il est arrivé une fois que vous reveniez de vacances au chalet d'un ami avec un jour de retard et que vous soyez à court d'analgésiques. La pharmacie était fermée en rentrant, alors vous n'avez pas pris de médicaments pendant deux jours. Vous vous souvenez d'avoir eu très chaud, d'avoir transpiré, d'avoir eu mal au ventre et d'avoir eu l'impression d'être malade. Tout s'est amélioré après avoir récupéré tes médicaments contre la douleur. Vous vous souvenez encore de cette sensation et vous ne veux pas la revivre.</p> <p><u>Note au/à la PS</u> : cela peut inclure agitation/irritabilité, transpiration, anxiété, douleurs musculaires, fièvres, douleurs abdominales, diarrhée, pupilles élargies.</p>
<p>Humeur/effet</p>	<p>Initialement ouvert mais deviendra plus hostile si la discussion porte sur la réduction progressive des opioïdes ou le retour au travail. Le commentaire initial après l'introduction de la réduction des opioïdes peut être similaire à celui de la personne :</p> <p>« Vous êtes médecin. Pourquoi ne pouvez-vous pas supprimer ma douleur? Je ne comprends pas pourquoi vous essayez de supprimer la seule chose qui a toujours fonctionné pour calmer ma douleur. »</p> <p>Encore une fois, votre comportement changera en fonction des actions et de l'attitude de l'apprenant. Si l'apprenant tente de vous faire participer à la prise de décision, qu'il est calme, qu'il établit un contact visuel, qu'il vous rassure et qu'il vous donne des explications, vous deviendrez moins hostile (et plus inquiet(e) ou anxieux(e) quant à la façon dont le protocole de réduction progressive des doses se déroulera) et finirez par accepter la réduction progressive des doses d'opioïdes. Si l'apprenant ne fait pas ce qui précède et procède sans donner d'explications, vous continuerez peut-être à être hostile mais vous n'accepterez peut-être pas la réduction progressive des opioïdes (il peut dire « Je vais y réfléchir mais je ne peux rien promettre »).</p> <p>Au cours de la discussion sur la réduction progressive des doses, lorsque vous devenez moins hostile et plus préoccupé(e), vous pouvez exprimer votre inquiétude (si elle n'est pas prise en compte par l'apprenant) :</p> <p>« Il n'y a rien d'autre à faire? » « Et si les choses tournent mal? Qui dois-je appeler? »</p>

	<p>« J'ai peur. Qui va m'aider avec ça? »</p> <p>Si l'apprenant vous fait des suggestions, vous êtes réconforté(e) et vous acceptez la réduction progressive des opioïdes, car « rien d'autre n'a fonctionné ».</p> <p>Si le mot « dépendance » est utilisé, vous vous sentez offensé(e) car vous n'avez pas l'impression d'avoir une dépendance. Vous avez toujours respecté vos prescriptions, et vous estimez que votre douleur est légitime.</p> <p>Si l'apprenant évoque votre fils et vous pose des questions sur votre relation avec lui, vous êtes quelque peu gêné(e) / vous vous sentez coupable. Vous pouvez dire que vous pensez que votre relation avec lui a souffert à cause de votre douleur et que vous aimeriez pouvoir faire plus avec lui. Vous aviez l'habitude de sortir et de jouer à la balle ou au hockey, mais vous avez trop mal et les effets secondaires des médicaments vous empêchent de le faire maintenant. Si l'apprenant vous suggère de vous fixer des objectifs pour améliorer votre relation avec lui, vous êtes un peu « penaud(e) » et vous pouvez déclarer :</p> <p>« Oui, en fait, je me sens parfois coupable à propos de mon fils et du fait que je ne suis pas vraiment là pour lui comme je l'étais auparavant. Je pense que je peux essayer de me fixer comme objectif de lui tendre la main. » (L'objectif peut être n'importe quoi; l'emmener au parc une fois par mois pour le regarder jouer, ou jouer à un jeu de société avec lui une fois par mois, etc.)</p>
<p>PMHx</p>	<p><u>Maladie de Crohn</u> : diagnostiquée à l'âge de 15 ans; voir ci-dessus pour les détails de la prise en charge.</p> <p><u>Dépression</u> : Diagnostiquée à l'âge de 18 ans ; stable sous escitalopram. La prise d'antidépresseurs a augmenté il y a quelques années mais est restée stable depuis. Pas de pensées d'automutilation. La concentration, l'énergie et l'appétit n'ont pas été très bons au fil des ans, probablement en raison de la douleur.</p> <p><u>Anxiété</u> : Diagnostiquée à l'âge de 22 ans; stable sous escitalopram et lorazepam depuis plusieurs années. Lutte contre l'anxiété par intermittence au fil des ans. Sa principale préoccupation est la douleur et la possibilité qu'elle s'améliore un jour.</p>
<p>Revue du système</p>	<p><u>Historique familial</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Père : HTA. - Mère : Suicide présumé (44 ans). Antécédents de maladie bipolaire. - Frère : En bonne santé. Pas de maladie psychiatrique connue. - Le père et le frère vivent dans une autre ville à plusieurs centaines de kilomètres. <p><u>Historique social</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marié(e), vit avec son/sa partenaire, dans un bungalow - Profession : travaille pour le gouvernement fédéral; hors travail, en invalidité depuis 5 ans. - Profession du conjoint/de la conjointe : travaille pour le gouvernement fédéral. - Assurance privée via le/la conjoint(e). - Un fils de 8 ans, Billy - Contacts sociaux minimales avec les amis. - Soutiens sociaux : conjoint(e), beaux-parents (qui vivent dans la même ville) <p><u>Historique des substances</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - EtOH : rare - Tabagisme : N'a jamais fumé de sa vie

	<ul style="list-style-type: none"> - Marijuana : 2 grammes par jour - Consommation de drogues illicites, principalement à l'adolescence (cocaïne, ecstasy, héroïne, champignons), parfois à l'âge adulte, mais jamais depuis la naissance de votre fils. 	
Médicaments	<p><u>Note au/à la PS</u> : vous pouvez renvoyer l'apprenant au tableau pour les détails de la posologie. Si on vous demande comment vous prenez vos médicaments, vous pouvez dire une plaquette thermoformée préparée à l'avance.</p> <p>Hydromorphone CR 30mg po q8h Nortripyline 10mg po le soir Prégabaline 50mg po q8h Venlafaxine 75mg po deux fois par jour Escitalopram 20mg po par jour Hydromorphone IR 4mg po, à utiliser toutes les 2 heures en cas de percée, selon les besoins. Lorazépam 1 mg per os toutes les 12 heures, si nécessaire Acétaminophène 325mg po q4h Fume du cannabis pour des raisons médicales (2 g/jour)</p>	
Allergies	Aucune allergie connue aux médicaments	
P/E	Général	Peut être spécifique qu PS
	Wt/Ht	Peut être spécifique auPS
	Signes vitaux	BP 120/70, HR 70
	LOC	normal
	CVS	normal
	Resp	normal
	Abdo	normal
Enquêtes	S.O.	

Renseignements pour l'apprenant

Décrit le « scénario initial » donné aux participants. Donnez les grandes lignes ci-dessous + l'ICPE remplie.

Toby Hoffman est une personne de 47 ans qui souhaite discuter de la prise en charge de sa douleur après que les complications d'une résection intestinale pour la maladie de Crohn l'année dernière l'ont laissé avec une douleur importante et continue.

On lui a diagnostiqué la maladie de Crohn à l'âge de 15 ans. Pendant des années, il/elle a suivi un traitement médical à base de prednisone, d'azathioprine et d'infliximab, sans grand succès et avec une progression constante de la maladie. Il/Elle a commencé à prendre de l'hydromorphone CR il y a 5 ans pour gérer la douleur. L'année dernière, il/elle a subi une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale, compliquée par une fuite intestinale postopératoire, des laparotomies répétées et un séjour prolongé à l'hôpital. La douleur a été difficile à gérer pendant l'hospitalisation. Il/Elle a finalement été renvoyé(e) chez lui/elle sous plusieurs médicaments. L'ICPE complétée est jointe.

Les antécédents médicaux comprennent la maladie de Crohn (diagnostiquée à l'âge de 15 ans), la dépression (diagnostiquée à l'âge de 18 ans) et l'anxiété (diagnostiquée à l'âge de 22 ans).

Médicaments :

Hydromorphone CR 30mg po q8h

Nortripyline 10mg po QHS

Prégabaline 50mg po q8h

Venlafaxine 75mg po BID

Escitalopram 20mg po OD

Hydromorphone IR 4mg po q2h PRN en cas de crise

Lorazepam 1 mg po q12h PRN

Acétaminophène 325mg po q4h

Effectuez une anamnèse ciblée en examinant les principales questions relatives à la gestion des opioïdes, y compris la discussion avec le patient/la patiente sur l'option d'une réduction progressive des opioïdes. Élaborez un plan de traitement basé sur les informations obtenues pour gérer la réduction progressive des opioïdes / la déprescription des opioïdes.

Chronologie et événements du scénario

Temps	Statut PS	Actions du PS	Actions des apprenants
Ligne de base	Assis(e) dans la salle d'examen	« Bonjour docteur, j'ai vraiment besoin d'aide avec ma douleur. Elle est redevenue incontrôlable et je ne peux plus rien faire dans ma vie. Je pense que mes médicaments doivent être augmentés à nouveau. »	Commencer à procéder à l'anamnèse
0-5 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement.	Questions supplémentaires

5-10 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement.	Questions supplémentaires
10-15 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement ; dirige la séance de questions-réponses pour répondre aux préoccupations et expliquer un plan.	Formuler un plan et conclure

Points de discussion et d'enseignement pour le compte rendu

Points de compte rendu	Contenu du compte rendu
Planifier des discussions sur le sevrage des opioïdes qui sont fondées sur des données probantes et qui tiennent compte du fait que la personne est prête à changer.	Si la douleur du patient/de la patiente augmente pour de bonnes raisons, la réduction progressive n'est pas raisonnable. Discutez de la rotation et de la déprescription des opioïdes (ce contenu se trouve dans le module que l'instructeur doit prévisualiser). Discutez de la gestion continue de la douleur avec l'augmentation des opioïdes actuels ainsi que de la possibilité d'une rotation ou d'un changement de médicaments opioïdes. Discutez des autres options pharmacologiques et non pharmacologiques. (ce contenu se trouve dans le module que l'instructeur doit prévisualiser). Discutez de l'orientation vers l'équipe chargée de la douleur chronique.
Procédez à la déprescription des opioïdes de la manière la plus sûre possible.	Compte tenu de la façon dont ce scénario est écrit, il ne serait pas approprié de procéder à la déprescription. La demande du patient/de la patiente pour une réduction progressive de la dose devrait impliquer une discussion sur le fait que l'apprenant n'est pas obligé de réduire progressivement la dose, mais qu'il choisit de le faire à la demande du patient/de la patiente. C'est un bon point d'enseignement pour ce scénario. Si vous réduisez les opioïdes, envisagez une réduction progressive dirigée par le patient/la patiente. Des réductions plus lentes avec un suivi étroit (par exemple, une diminution de 10 %).
Établir avec la personne des attentes mutuelles en matière de gestion des opioïdes.	Discutez des plans avec le patient/la patiente et participez à la prise de décision partagée. Discutez de la disponibilité de l'équipe pendant la période de transition. Discuter des membres de l'équipe avec le patient/la patiente. (Il faut demander aux apprenants de décrire qui ils verraient comme membres de l'équipe de gestion de la douleur du patient/de la patiente). Reconnaître la possibilité d'augmenter la dose d'autres médicaments pendant la réduction progressive.

	Discutez du fait que la réduction progressive peut échouer et quel est le plan si cela se produit. (Ce contenu se trouve dans le module que l'instructeur doit prévisualiser).
--	--

Ressources pré-scénario à envoyer aux participants

EMPo 1

Ressources post-scénario à envoyer aux participants

EMPo 2.2

MODÈLE DE SCÉNARIO DE SIMULATION DE PATIENT STANDARDISÉ

Groupe d'apprenants :	Réponse de l'AFMC à la crise des opioïdes
Sujet du programme d'études :	Diagnostic du trouble de l'usage d'opioïdes
Développé par :	Drs Glenn Posner, Michelle Chiu, Lisa Graves
Date de création/modification :	Le 7 janvier 2022/Le 17 février 2023

Commentaires sur l'élaboration

Nom du patient ou du scénario

Description générale du scénario.

Prendre en charge le mal de dos chronique et le trouble de l'usage d'opioïdes d'un patient qui a acheté illégalement des analgésiques pour gérer sa douleur.

Résumé du scénario

Une à deux phrases résumant le contenu/les objectifs du scénario.

Charlie est un homme de 30 ans sans domicile fixe. Il vient vous voir pour des douleurs chroniques au dos, et a consommé des drogues de la rue. Prenez son histoire et discutez d'un plan initial de prise en charge de ses problèmes.

Objectifs d'apprentissage

Référence au document d'orientation du programme d'études de l'AFMC (v. 17 févr 2023)

Groupe d'apprenants	Objectifs
EMPo	EMPo 1e. Décrire l'impact des déterminants sociaux de la santé sur les soins prodigués à un patient afin de prendre en charge sa douleur et son usage d'opioïdes ou son trouble de l'usage d'opioïdes.
EMPo	EMPo 1f. Démontrer des approches centrées sur le patient, tenant compte des traumatismes et culturellement sûres dans les conversations avec les patients sur l'usage d'opioïdes.
EMPo	EMPo 3a. Utiliser une approche centrée sur le patient pour identifier et évaluer les patients aux prises avec un TUO.

EMPo	EMPo 3b. Expliquez la relation entre le TUO, la santé mentale et les problèmes de santé physique.
EMPo	EMPo 3d. Conseiller les patients souffrant de TUO sur le continuum des options de traitement.
EMPo	EMPo 3h. Élaborer des approches pour favoriser l'engagement et la continuité des soins, y compris la gestion des transitions entre l'hôpital et la collectivité.

Apprenants

Décrit le rôle dans le scénario.

Identité réelle	Rôle dans le scénario
Résident	Résident au service des urgences ou dans une clinique ambulatoire

Accessoires nécessaires pour le scénario

Tous les accessoires () doivent se trouver dans la salle de simulation, appliqués au mannequin/au patient standardisé.

<input checked="" type="checkbox"/>	Le PS porte un manteau et un sweat à capuche.	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Le PS doit avoir plus de 35 ans	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	2 chaises	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Le PS devrait être un homme	<input type="checkbox"/>	

Dossiers justificatifs (dossier, laboratoires, imagerie, etc.)

Notes/travaux personnels	Note de triage aux urgences
Laboratoires	S.O.
Radiologie	S.O.
Autre	S.O.

Temps requis pour la simulation :

Événement	Durée
Mise en place	5 minutes
Simulation	15 minutes
Compte rendu	20 minutes

Notes de programmation

Commentaires sur la mise en place (accessoires, draps, abdomen de femme enceinte, etc.)

Salle de contrôle	S'assurer que les caméras sont correctement orientées Assurer l'enregistrement d'une image correcte	
Patient standardisé	Position :	Debout dans la pièce, faisant les cent pas
	IVs :	S.O.
	Moniteurs :	S.O.
	Équipement supplémentaire :	S.O.
	Drapage :	S.O.
	Autre :	Table d'examen
Autres équipements	Table d'examen, deux chaises	
Espace requis	Salle d'examen / salle d'examen dans le bureau (avec miroir sans tain pour l'observateur de la faculté si possible) Un espace suffisant pour se déplacer, si possible	
Positionnement du personnel au début du scénario	Le PS fait les cent pas. S'assurer que le patient standardisé et l'apprenant sont visibles depuis la salle de contrôle (miroir sans tain).	

Renseignements à l'intention de l'instructeur et du patient standardisé

À titre d'information pour les instructeurs/complices uniquement. Renseignements fournis aux apprenants par le PS lors de l'anamnèse.

*Il faut envoyer aux participants, avant la simulation, un courriel contenant l'itinéraire vers le lieu de la simulation et les devoirs à faire avant celle-ci.

Déclaration d'ouverture	« Doc, pouvez-vous m'aider? J'ai vraiment du mal avec la prise en charge de ma douleur ».
Apparence générale et comportement du PS	<p>Le PS est d'apparence négligée. Il porte des vêtements en couches superposées. Il est amical et coopératif, mais un peu désespéré. Vous êtes légèrement inquiet que ce médecin ne vous donne pas les médicaments, donc vous êtes coopératif (pour faciliter/améliorer vos chances de recevoir les prescriptions). Mais vous êtes également inquiet de devenir dépendant et vous voulez de l'aide. Au départ, vous devriez être hésitant à l'égard du traitement de la dépendance, mais modifiez ensuite votre réponse, en fonction des compétences de communication de l'apprenant. Si l'apprenant vous traite comme un demandeur de drogue au lieu d'essayer de répondre à votre mal de dos et à vos préoccupations concernant la dépendance, vous devenez plus négatif (bras croisés devant le corps, contact visuel réduit, et vous pouvez dire « Vous pensez que je suis un drogué/un junkie » et/ou « Je n'aime pas ce que vous dites en ce moment »). Si l'apprenant est calme / rassurant / établit un contact visuel avec le PS, ce dernier commencera à se calmer et acceptera ses suggestions.</p>
Historique de la douleur	<p>Il y a environ 3 ans, vous avez fait l'objet d'une mise en échec brutale et maladroite lors d'un match de hockey et vous n'avez plus jamais été le même après ça. La prise en charge médicale avec des anti-inflammatoires (principalement de l'ibuprofène et du naproxène) a provoqué de terribles douleurs à l'estomac, vous avez donc arrêté de les prendre.</p> <p>Vous avez essayé de prendre de l'hydromorphone CR d'un copain à qui il en restait et vous avez constaté que ça aidait.</p> <p>Actuellement, votre douleur est précipitée par toute activité et rien ne parvient à la soulager. Vous êtes devenu très affaibli par votre douleur. Vous souffrez d'un mal de dos chronique. Vous vous procurez des analgésiques aux urgences toutes les quelques semaines, mais vous êtes maintenant catalogué comme une personne à la recherche de drogues. Vous vous procurez de l'oxycodone, du fentanyl ou de la morphine dans la rue avec l'argent que vous gagnez en faisant des petits boulots ou en mendiant. Au début, vous ne preniez que des pilules. Afin d'économiser</p>

de l'argent, vous avez commencé à renifler vos opioïdes. Vous ne vous êtes pas encore injecté, mais vous avez entendu dire que l'héroïne pourrait être moins chère pour vous. Cela dure depuis l'année dernière.

Vous avez vécu dans la rue et dans des foyers pour sans-abri au cours des deux dernières années. Vous étiez plombier indépendant jusqu'à ce que les douleurs dorsales aiguës dues à votre blessure sportive mettent fin à votre carrière. Vous n'avez pas d'autre formation sur laquelle vous pouvez vous appuyer, et après avoir épuisé vos économies, vous avez été expulsé et n'aviez nulle part où aller. Vous avez pu trouver quelques emplois saisonniers, comme celui de couvreur, mais cela s'arrête invariablement lorsque la douleur ou le manque deviennent trop importants. Vous avez l'impression que vous ne pouvez pas vivre sans la drogue, vous y pensez tout le temps, et cela vous pèse. Vous avez accès à un téléphone cellulaire de temps en temps, lorsque vous pouvez le charger.

Vous estimez que votre sommeil, votre humeur, votre énergie et votre appétit sont mauvais. Vous avez peu de contacts avec vos amis et ne participez pas aux activités de loisirs. Vous n'avez pas de famille dans cette ville, vous n'avez jamais été marié, pas d'enfants. Vous êtes séparé de votre famille d'origine. Vous décririez votre enfance comme étant abusive. Votre mère avait toujours un verre à la main. Votre père est parti quand vous étiez jeune. Il a une autre famille en Floride, mais vous ne vous êtes jamais intégré. Votre mère est morte dans un accident de voiture et vous savez que l'alcool était impliqué. Votre beau-père n'était pas un homme aimable, et vous avez quitté la maison dès que possible. Vous n'avez aucun contact avec vos demi-frères et sœurs.

Votre médecin de famille a pris sa retraite et vous n'en avez pas de nouveau.

Vous n'avez jamais fait de surdose, ni côtoyé quelqu'un qui en a fait. Vous n'avez pas accès à la naloxone et ne savez pas comment l'utiliser. Vous avez consommé de la morphine hier soir, et votre dose quotidienne habituelle d'oxycodone est d'environ 200 mg/jour. Votre objectif pour cette rencontre est d'obtenir de l'aide pour votre mal de dos chronique et, plus important encore, d'obtenir de l'aide pour ce que vous pensez être votre dépendance aux opioïdes.

Historique de la douleur

DÉBUT : Vous souffrez plus ou moins depuis votre blessure au dos il y a 3 ans.

LOCALISATION : bas du dos, pas de localisation spécifique.

	<p>DURÉE : La douleur est constante, même lorsque vous essayez de dormir, mais elle augmente et diminue en fonction de votre activité.</p> <p>CARACTÉRISTIQUES/INTENSITÉ : Spasmes aigus et soudains avec le mouvement. Parfois douleur soudaine et vive en coup de poignard. Score visuel analogique (VAS) : meilleur 6/10, pire 10/10, moyen 9/10.</p> <p>RADIATION : Non.</p> <p>FACTEURS DE SOULAGEMENT : Les opioïdes.</p> <p>FACTEURS AGGRAVANTS : Le mouvement aggrave la douleur. Rester assis, debout ou marcher trop longtemps aggrave la douleur.</p> <p>LIMITATIONS FONCTIONNELLES : Vous avez l'impression que votre douleur interfère complètement avec tous les aspects de votre vie, y compris l'activité générale, l'humeur, les déplacements, la vie en société et le sommeil.</p> <p>AUTRES SERVICES PARAMÉDICAUX UTILISÉS : Aucun.</p> <p>EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS AUX OPIOÏDES : Si on vous interroge sur les effets secondaires des pilules que vous prenez, dites que vous êtes un peu somnolent après avoir pris plus d'analgésiques, mais qu'ensuite vous vous habituez et que ce n'est pas un problème. Si on vous interroge sur les symptômes suivants, vous conviendrez que vous les avez parfois mais que vous ne pensiez pas qu'ils étaient dus aux pilules : nausées/vomissements, problèmes de constipation, vertiges, sécheresse de la peau/ démangeaisons, prise de poids, baisse de la libido.</p> <p>SYMPTÔMES DE SEVRAGE : Si un jour ou deux s'écourent sans que vous ne puissiez mettre la main sur aucun médicament, vous commencez à vous sentir mal, en plus de l'horrible mal de dos. Vous avez chaud, vous transpirez et vous avez mal au ventre. (Note au PS : cela peut inclure l'agitation/irritabilité, la transpiration, l'anxiété, les douleurs musculaires, les fièvres, les douleurs abdominales, la diarrhée, les pupilles dilatées).</p>
<p>Humeur/effet</p>	<p>D'abord un peu hésitant, il deviendra hostile si la discussion porte sur la recherche de drogues plutôt que sur l'aide. Encore une fois, votre comportement changera en fonction des actions / de l'attitude de l'apprenant. Si l'apprenant tente de vous faire participer à la prise de</p>

	<p>décision, qu'il est calme, qu'il établit un contact visuel, qu'il vous rassure et vous donne des explications, vous deviendrez moins hostile.</p> <p>Voici un exemple de déclarations ou de questions que vous pouvez poser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doc, pouvez-vous m'aider? - Vous me croyez quand je vous dis que je souffre? - Suis-je accro à l'oxy? (Faites semblant d'avoir des remords sincères d'avoir commencé à acheter des drogues illégales, mais vous étiez désespéré). - J'ai touché le fond, doc, que pouvez-vous faire pour moi? - Comment vais-je me faire soigner si je ne sais jamais où je dormirai? 	
PMHx	Néant, à part le mal de dos	
Revue du système	<p><u>Historique familiale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Père : Diabète de type II - Mère : Décédée, accident de voiture à l'âge de 45 ans - Pas de frères et sœurs - Le père vit en Floride. <p><u>Historique social :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Célibataire - Profession : formation de plombier, sans emploi actuel - Contacts sociaux minimales avec les amis. - Soutien social : aucun <p><u>Historique des substances :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - EtOH : hebdomadaire, lorsque disponible - Tabagisme : N'a jamais fumé de sa vie - Marijuana : 1 à 2 joints par semaine, quand ils sont disponibles - Consommation de drogues illicites à l'adolescence : marijuana 	
Médicaments	Aucun	
Allergies	Aucune allergie connue aux médicaments	
P/E	Général	Semble plus âgé que l'âge indiqué, marche difficilement en raison d'une lombalgie.
	Poids/Taille	Peut être spécifique au PS
	Signes vitaux	PB 140/85, P90, T 37,5
	CNS/LOC	normal, pupilles contractées

	A/H	normal
	CVS	normal
	Resp	normal
Enquêtes	S.O.	

Renseignements pour l'apprenant

Décrit le « scénario initial » donné aux participants.

Charlie est un homme de 30 ans sans domicile fixe, qui vient vous voir pour des douleurs chroniques au dos et qui a consommé des drogues de la rue. Procédez à l'anamnèse et discutez d'un plan initial de prise en charge de ses problèmes.

Notes de l'infirmière de triage de la clinique/ER :

« BP 140/85, P90, T 37.5

Homme de 30 ans, % douleurs dorsales, voyageur fréquent (recherche de drogues?) »

Chronologie et événements du scénario

Temps	Statut du PS	Actions du PS	Actions des apprenants
Ligne de base	Il fait les cent pas dans la pièce, se tenant le dos	« Doc, pouvez-vous m'aider? »	Commencer à procéder à l'anamnèse
0-3 minutes	Anamnèse	Répond aux questions	
3-6 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement.	Soulever des préoccupations
6-10 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement.	Formuler un plan

10-15 minutes		L'apprenant répond aux préoccupations soulevées et explique le plan	Récapitulation
---------------	--	---	----------------

Points de discussion et d'enseignement pour le compte rendu

Points de compte rendu :	Contenu du compte rendu
Décrire l'impact des déterminants sociaux de la santé sur la prise en charge de la douleur et l'usage d'opioïdes/le trouble de l'usage d'opioïdes d'un patient et démontrer des approches centrées sur le patient, tenant compte des traumatismes, culturellement sûres et fondées sur l'équité dans les conversations avec les patients sur l'usage et le mésusage d'opioïdes.	Discutez des déterminants sociaux de la santé qui peuvent être identifiés chez ce patient. Discutez des expériences négatives de l'enfance. Discuter de la nécessité de soins tenant compte des traumatismes
Évaluer les patients pour identifier le mésusage d'opioïdes, la dépendance aux opioïdes et le trouble de l'usage d'opioïdes.	Examiner les critères du DSM V pour le trouble de l'usage d'opioïdes (envies, compulsions, conséquences). <ol style="list-style-type: none"> 1. Consommer la substance en plus grande quantité ou pendant une période plus longue que celle prévue. 2. Vouloir réduire ou arrêter la consommation de la substance, mais ne pas y parvenir 3. Passer beaucoup de temps à se procurer, à consommer ou à se remettre de la consommation de la substance. 4. Des envies et des besoins de consommer la substance. 5. Vous ne parvenez pas à faire ce que vous devriez faire au travail, à la maison ou à l'école à cause de la consommation de substances psychoactives. 6. Continuer à consommer, même si cela cause des problèmes dans les relations.

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Abandon d'activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes en raison de la consommation de substances psychoactives. 8. Consommer des substances encore et encore, même si cela vous met en danger. 9. Continuer à consommer, même si vous savez que vous avez un problème physique ou psychologique qui pourrait avoir été causé ou aggravé par la substance. 10. Besoin d'une plus grande quantité de la substance pour obtenir l'effet désiré (tolérance) 11. Développement de symptômes de sevrage, qui peuvent être soulagés en prenant davantage de la substance.
Conseiller les patients sur le diagnostic du trouble de l'usage d'opioïdes et les options de traitement.	<p>Discutez de l'utilisation de la buprénorphine/naloxone et de la méthadone comme traitement de choix.</p> <p>Le patient n'est pas candidat à un traitement par morphine orale à libération lente ou par agoniste opioïde injectable (TAOi) pour le moment.</p>
Reconnaître les relations entre le trouble de l'usage d'opioïdes, la santé mentale et les problèmes de santé physique.	Discuter du rôle des traumatismes et des traumatismes vécus par les personnes souffrant de troubles de l'alimentation.
Identifier les ressources régionales et aider à l'orientation vers les organismes communautaires, les soutiens et les établissements de traitement, le cas échéant.	Discutez des ressources locales en matière de traitement. Demandez aux participants d'identifier les ressources locales.

Ressources pré-scénario à envoyer aux participants

EMPo module 1

Ressources post-scénario à envoyer aux participants

EMPo module 3

MODÈLE DE SCÉNARIO DE SIMULATION DE PATIENT STANDARDISÉ

Groupe d'apprenants	Réponse de l'AFMC à la crise des opioïdes
Sujet du programme d'études :	Gestion du traitement par agonistes opioïdes (méthadone) pendant le péripartum
Élaboré par :	D ^{rs} Glenn Posner, Michelle Chiu, Lisa Graves
Date de création/modification :	Le 26 janvier 2022/Le 17 février 2023

Commentaires sur l'élaboration

Nom de la patiente ou du scénario

Description générale du scénario.

Soins prénataux pour une patiente sous méthadone

Résumé du scénario

Il s'agit de la première visite prénatale de Thi chez son médecin de famille ou son obstétricien. Effectuez une anamnèse ciblée et discutez des ramifications de la méthadone sur sa grossesse et sur son nouveau-né.

Objectifs d'apprentissage

Référence au document d'orientation du programme d'études de l'AFMC (v. 17 févr 2023)

Groupe d'apprenants	Objectifs
DPC	DPC 4a. Décrire l'approche du diagnostic et de l'évaluation des femmes souffrant de troubles liés à l'usage de substances et de conditions de santé physique et mentale concomitantes.
DPC	DPC 4b. Établir des plans de prise en charge de la douleur pour les femmes souffrant de troubles liés à l'usage de substances et de conditions de santé physique et mentale concomitantes.
DPC	DPC 4c. Expliquer comment prendre en charge la douleur en toute sécurité chez les femmes au cours des étapes de la vie prénatale, périnatale et post-partum.
DPC	DPC 4d : Discuter des implications du traitement des femmes souffrant de troubles de l'usage d'opioïdes et de troubles concomitants liés à la

	douleur.
DPC	DPC 5f. Évaluer et traiter le syndrome d'abstinence néonatale/sevrage néonatal.

Participants à la simulation

Décrit le rôle dans le scénario.

Identité réelle	Rôle dans le scénario
Médecin	Médecin dans la clinique ambulatoire
Fausse patiente	Patiente enceinte
Observateur de la faculté	Joue son propre rôle

Accessoires nécessaires pour le scénario

Tous les accessoires () doivent se trouver dans la salle de simulation, appliqués au mannequin/à la patiente standardisée.

<input checked="" type="checkbox"/>	Vêtements de la PS non spécifiques	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	La PS doit être jeune, dans la vingtaine	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	2 chaises	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Dossier contenant les pièces justificatives	<input type="checkbox"/>	

Dossiers justificatifs (dossier, laboratoires, imagerie, etc.)

Notes/travaux personnels	Note de recommandation du médecin de famille au médecin de famille-obstétricien, à l'obstétricien ou à la sage-femme
Laboratoires	S.O.
Radiologie	Échographie de datation indiquant une grossesse intra-utérine de 8 semaines
Autre	S.O.

Temps requis pour la simulation :

Événement	Durée
Mise en place	5 minutes
Simulation	15 minutes
Compte rendu	20 minutes

Notes de programmation

Commentaires sur la mise en place (accessoires, draps, abdomen de femme enceinte, etc.)

Salle de contrôle	S'assurer que les caméras sont correctement orientées Assurer l'enregistrement d'une image correcte	
Patiente standardisée	Position :	Détendue, assise sur une chaise
	IVs :	S.O.
	Moniteurs :	S.O.
	Équipement supplémentaire :	S.O.
	Drapage :	S.O.
	Autre :	Table d'examen
Autres équipements	Table d'examen, deux chaises	
Espace requis	Salle d'examen / salle d'examen du bureau (avec miroir sans tain pour l'observateur de la faculté si possible)	
Positionnement du personnel au début du scénario	S'assurer que la patiente standardisée et l'apprenant sont visibles depuis la salle de contrôle (miroir sans tain).	

Renseignements à l'intention de l'instructeur et de la patiente standardisée

À titre d'information pour les instructeurs/complices uniquement. Renseignements fournis aux apprenants par la PS lors de l'anamnèse.

*Il faut envoyer aux participants, avant la simulation, un courriel contenant l'itinéraire vers le lieu de la simulation et les devoirs à faire avant celle-ci.

Déclaration d'ouverture	« Bonjour, j'étais très impatiente de vous rencontrer pour parler de la méthadone pendant la grossesse ».
Apparence générale et comportement de la PS	<p>La PS est habillée de façon décontractée et confortable. Elle est amicale et coopérative, mais un peu anxieuse au sujet de sa grossesse. Vous êtes légèrement inquiet que ce médecin vous suggère d'arrêter la méthadone, mais vous êtes également inquiète des effets potentiels de la méthadone sur la grossesse. Si le médecin essaie de vous dissuader de prendre la méthadone, vous serez triste. Demandez-lui quels sont les risques et pourquoi il vous suggère d'arrêter, puis concentrez-vous sur la façon dont votre douleur sera contrôlée pendant et après l'accouchement et sur la façon dont vous serez traitée par le personnel hospitalier. Exprimez votre inquiétude quant à la possibilité d'une rechute de votre trouble lié à l'usage de substances.</p> <p>Si le médecin vous suggère de continuer à prendre de la méthadone, essayez d'obtenir le plus de renseignements possibles sur les effets de la méthadone sur la grossesse. En général, vous êtes également préoccupée par le fait d'être jugée par votre obstétricien.</p>
Historique	<p>Il y a environ 5 ans, une amie vous a fait découvrir l'héroïne et vous êtes devenu dépendante. Vous étiez colocataires et elle organisait souvent des fêtes débridées et vous vous êtes laissée entraîner par son style de vie. Il y a deux ans, vous avez touché le fond et avez abandonné l'école d'infirmières. Votre famille est intervenue et, après une période de réadaptation, vous avez repris vos études et suivi un programme de méthadone.</p> <p>Il s'agit d'une grossesse non planifiée après que vous ayez oublié une (ou deux) pilule(s) contraceptive(s) mais vous êtes dans une relation monogame avec votre petit ami (Jin) et vous êtes tous les deux maintenant excités par la grossesse. La PS doit penser à une date réaliste pour ses dernières règles, en fonction de la date de la rencontre - environ 8 semaines plus tôt (soustraire 2 mois de la date de la rencontre).</p> <p>Vous estimez que votre sommeil, votre humeur, votre énergie et votre appétit sont bons. Vous avez quelques amis proches et de la famille dans une autre province. Il s'agit de votre première grossesse.</p> <p>SYMPTÔMES DE SEVRAGE : Si vous oubliez de prendre votre méthadone ou si vous essayez d'arrêter de fumer, vous commencez à vous sentir malade, vous avez chaud et transpirez, et vous avez mal au ventre.</p> <p>(Note à la PS : cela peut inclure l'agitation/irritabilité, la transpiration, l'anxiété, les douleurs musculaires, les fièvres, les douleurs abdominales, la diarrhée, les pupilles dilatées).</p>

Humeur/effet	<p>Calme, bon contact visuel, préoccupation appropriée.</p> <p>Il s'agit d'une grossesse non planifiée mais désirée, et vous n'avez pas reçu de conseils avant la grossesse. Vous êtes très anxieuse quant aux effets possibles de la méthadone sur votre grossesse. (Il s'agit d'un grand nombre de questions à poser en plus des antécédents, aussi la PS doit-elle interrompre l'interrogatoire après environ 5 minutes).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bonjour, j'étais très impatiente de vous rencontrer pour parler de la méthadone pendant la grossesse. 2. Puis-je rester sous méthadone pendant ma grossesse? Je pense que j'en ai encore vraiment besoin. 3. La méthadone peut-elle provoquer une fausse couche? 4. Qu'en est-il du risque de malformations congénitales? 5. Y a-t-il des risques pour ma grossesse? Un travail prématuré? 6. Pourrai-je avoir une épidurale? 7. Qu'en est-il du contrôle de la douleur après la naissance du bébé? 8. Et le bébé à la naissance? Mon bébé sera-t-il en manque? Que fera-t-on pour mon bébé? 9. L'Aide sociale à l'enfance devra-t-elle intervenir? Peut-on me retirer le bébé? 10. Puis-je allaiter? 11. J'ai peur que les infirmières et les médecins de l'hôpital me jugent et me traitent comme une toxicomane.
PMHx	Appendicectomie
Revue du système	<p><u>Historique familial :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Père : HTA - Mère : en bonne santé - Pas de frères et sœurs <p><u>Historique social :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Célibataire, vivant avec son petit ami, Jin - Profession : étudiante infirmière (IAA) <p><u>Historique des substances :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - EtOH : hebdomadaire, lorsque disponible, pas depuis le diagnostic de grossesse - Tabagisme : N'a jamais fumé de sa vie - Marijuana : 1 à 2 joints par semaine, quand ils sont disponibles - Consommation de drogues illicites à la fin de l'adolescence : comme ci-dessus, héroïne. - Immunisée contre le VHB et négative pour le VHC
Médicaments	Méthadone 70 mg PO qd - Elle est au niveau 6 (dose hebdomadaire surveillée et 5 doses de portage); vitamine prénatale

Allergies	Aucune allergie connue aux médicaments	
P/E	Général	normal
	Poids/Taille	Peut être spécifique à la PS
	Signes vitaux	BP 120/70, P95, T 36.8
	CNS/LOC	normal
	A/H	normal
	CVS	normal
	Resp	normal
Enquêtes	S.O.	

Renseignements pour l'apprenant

Décrit le « scénario initial » donné aux participants.

Il s'agit de la première visite prénatale de Thi chez son médecin de famille ou son obstétricien. Effectuez une anamnèse ciblée et discutez des conséquences de la méthadone sur sa grossesse et sur son nouveau-né.

Notes de l'infirmière de la clinique :

« Nouveau rendez-vous Ob, 25 ans G1P0 à 9 semaines AG

Actuellement dans un programme de méthadone

TA 120/70, P95, T 36.8 »

Chronologie et événements du scénario

Temps	Statut de la PS	Actions de la PS	Actions des apprenants
Ligne de base	Assise patiemment dans la salle	« Bonjour, j'étais très impatiente de vous rencontrer pour parler de la méthadone pendant la grossesse ».	Commencer à procéder à l'anamnèse
0-3 minutes	Anamnèse	Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement.	
3-6 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement.	Soulever des préoccupations

6-10 minutes		Fournit les informations demandées ; voir les détails ci-dessus concernant le comportement.	Formuler un plan
10-15 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant le comportement; l'apprenant répond aux préoccupations et explique un plan.	Récapitulatif

Points de discussion et d'enseignement pour le compte rendu

Points de compte rendu :	Contenu du compte rendu
Évaluer les femmes souffrant de troubles de l'usage de substances et de problèmes de santé physique et mentale concomitants.	<p>(Veuillez inclure des précisions sur les questions à poser, l'évaluation du besoin continu de méthadone).</p> <p>Cherchez d'abord à répondre aux besoins immédiats de la patiente. S'il existe des problèmes importants liés aux déterminants sociaux de la santé (par exemple, l'alimentation, le logement, la sécurité), il convient de les aborder.</p> <p>Questions médicales à aborder lors de la première visite prénatale si cela n'a pas déjà été fait en dehors des soins prénataux habituels :</p> <p>VHB VHC</p> <p>Mise en relation avec le médecin prescripteur de méthadone</p> <p>Problèmes de santé mentale concomitants</p> <p>Soins tenant compte des traumatismes, car de nombreuses femmes souffrant de troubles liés à l'usage d'opioïdes ont subi des traumatismes.</p> <p>Les besoins en méthadone peuvent augmenter pendant la grossesse, ce qui peut constituer un défi pour les femmes qui prennent de très faibles doses de méthadone. Il est utile de discuter de l'importance pour le bébé de ne pas être en manque in utero.</p> <p>Échographies supplémentaires pour la croissance</p> <p>Dépistage de la toxicologie dans l'urine pour le travail social/société d'aide à l'enfance</p>

<p>Établir des plans de gestion de la douleur pour les femmes souffrant de troubles liés à l'usage de substances et de problèmes de santé physique et mentale concomitants.</p>	<p>Précisions sur la sécurité de la méthadone pendant la grossesse</p> <p>Des études ont montré que la méthadone n'augmente pas le risque de malformations congénitales ou de complications pendant la grossesse. Exception : risque possible d'accouchement prématuré.</p> <p>L'exposition des nourrissons à la méthadone par le lait maternel est minime. Les femmes qui utilisent la méthadone pour le traitement de la dépendance aux opioïdes ne devraient pas être découragées d'allaiter. Les avantages de l'allaitement l'emportent largement sur les risques théoriques minimes. L'allaitement peut réduire la nécessité pour le nourrisson de recevoir des médicaments pour traiter le sevrage.</p>
<p>Gérer la douleur en toute sécurité chez les femmes pendant les étapes de la vie prénatale, périnatale et post-partum.</p>	<p>Discuter du contrôle de la douleur péridurale et post-partum</p> <p>Aucune contre-indication Rassurez la patiente en lui disant que ses besoins en matière de douleur seront satisfaits et qu'elle peut avoir besoin de plus d'analgésiques que les femmes qui ne prennent pas d'opioïdes.</p>
<p>Évaluer et traiter le syndrome d'abstinence néonatale.</p>	<p>Discutez de l'abstinence/sevrage néonatal et de sa prise en charge :</p> <p>Les femmes dépendantes des opioïdes doivent être informées que les nouveau-nés exposés à l'héroïne, aux opioïdes sur ordonnance, à la méthadone ou à la buprénorphine pendant la grossesse sont suivis de près pour détecter les symptômes et les signes de sevrage néonatal (syndrome d'abstinence néonatal). Un petit pourcentage de nouveau-nés aura besoin de médicaments pour traiter le sevrage. La</p>

	<p>plupart des nourrissons en état de manque peuvent être traités sans médicaments. La cohabitation et l'allaitement semblent réduire la nécessité d'un traitement médical du sevrage.</p>
<p>Discuter des implications sanitaires, sociales et psychologiques du trouble de l'usage des opioïdes chez les femmes.</p>	<p>Répondre à ses préoccupations concernant la stigmatisation Aborder la culpabilité. Valider le choix du traitement, les préoccupations concernant l'implication des services de protection de l'enfance et la confidentialité. Fournir un soutien Une orientation précoce et positive vers le travail social peut être utile. Discutez de la manière dont les services de protection de l'enfance peuvent travailler avec elle si nécessaire. Discutez de l'importance de répondre à toute préoccupation concernant la stabilité dès que possible.</p>

Ressources pré-scénario à envoyer aux participants

Ordean A, Wong S, Graves L. No 349-Substance Use in Pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2017 Oct;39(10):922-937.e2. doi : 10.1016/j.jogc.2017.04.028. PMID : 28935057.

Les lignes directrices 2022 seront publiées d'ici la fin de l'année 2022.
EMPo module 1

Ressources post-scénario à envoyer aux participants

Module 4 du DPC

Annexe A : Note de recommandation du médecin de famille

Cher collègue,

Auriez-vous l'amabilité de voir Thi pour des soins prénataux? Il s'agit d'une femme de 25 ans qui vient d'apprendre qu'elle est enceinte et qui suit actuellement un programme de méthadone. Veuillez voir l'échographie de datation ci-jointe ».

Annexe B : Échographie de datation

Une grossesse intra-utérine précoce est détectée, avec un rythme cardiaque fœtal de 160bpm et une longueur de la couronne et de la croupe correspondant à un âge gestationnel de 8 semaines + 4 jours. Un examen anatomique de routine est recommandé à 19-20 semaines d'âge gestationnel, mais n'a pas été programmé.

MODÈLE DE SCÉNARIO DE SIMULATION DE PATIENT STANDARDISÉ

Groupe d'apprenants :	Réponse de l'AFMC à la crise des opioïdes
Sujet du programme d'études :	Prise en charge des effets secondaires des opioïdes
Élaboré par :	Docteurs Michelle Chiu, Glenn Posner et Lisa Graves.
Date de création/modification :	Le 29 janvier 2022/ Le 17 février 2023

Commentaires sur l'élaboration

Nom du patient ou du scénario

Description générale du scénario.

Prise en charge des effets secondaires des opioïdes

Résumé du scénario

Une à deux phrases résumant le contenu/les objectifs du scénario.

Robin est une personne de 39 ans (pronom iel), qui se plaint d'effets secondaires liés à ses médicaments. Procédez à une anamnèse ciblée et établissez un plan de prise en charge pour gérer ses effets secondaires.

Objectifs d'apprentissage

Référence au document d'orientation du programme d'études de l'AFMC (v. 17 févr 2023)

Groupe d'apprenants	Objectifs
EMPo	EMPo 6.1c. Évaluer les patients souffrant de douleur, développer une formulation concernant les facteurs contribuant à la douleur, et identifier son influence sur la vie du patient/de la patiente.
EMPo	EMPo 6.1d. Discuter des approches de l'évaluation complète de la prise en charge de la douleur.
EMPo	EMPo 6.2c. Déterminer le plan de traitement le plus approprié pour un patient/une patiente souffrant de douleur en utilisant des approches pharmacologiques non opioïdes et procédurales, y compris des interventions préventives.

Participants aux simulations

Décrit les personnes présentes et leur rôle dans le scénario.

Identité réelle	Rôle dans le scénario
Apprenant	Joue son propre rôle
Patient(e) standardisé(e)	« Robin »

Observateur de la faculté	Joue son propre rôle
---------------------------	----------------------

Accessoires nécessaires pour le scénario

Tous les accessoires (☒) doivent se trouver dans la salle de simulation, appliqués au mannequin/au patient/à la patiente standardisé(e).

Si les accessoires sont destinés à être disponibles pour le scénario - mais en dehors de la salle ou cachés - veuillez l'indiquer en écrivant "(Disponible uniquement)" après l'accessoire spécifié.

<input checked="" type="checkbox"/>	2 chaises	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Porte-bloc + papier blanc	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Dossier contenant les pièces justificatives	<input type="checkbox"/>	

Dossiers justificatifs (dossier, laboratoires, imagerie, etc.)

Notes/travaux personnels	Note de l'infirmière de la clinique
Laboratoires	AUCUN
Radiologie	S.O.
Autre	Les documents justificatifs ne sont pas dans la salle mais peuvent être demandés par l'apprenant.

Temps requis pour la simulation :

Événement	Durée
Mise en place	5 minutes
Simulation	15 minutes
Compte rendu	20 minutes

Notes de programmation

Commentaires sur la mise en place (accessoires, draps, abdomen de femme enceinte, etc.)

Salle de contrôle (le cas échéant)	S'assurer que les caméras sont correctement orientées Assurer l'enregistrement d'une image correcte	
Mannequin/Patient (e) standardisé(e)	Position :	Le patient/La patiente standardisé(e) sera assis(e), face à la porte.
	IVs :	Aucun

	Moniteurs :	Aucun
	Équipement supplémentaire :	Aucun
	Drapage :	s/o
	Autre :	Ce rôle peut être joué par une personne de n'importe quel sexe.
Autres équipements	Table de chevet, 2 chaises se faisant face	
Espace requis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salle de clinique (avec miroir sans tain pour l'observateur de la faculté, si possible) 2. Salle de taille moyenne pour le compte rendu (si >1 apprenant, sinon cela peut se faire dans une salle de clinique). 	
Positionnement du personnel	S'assurer que le patient/la patiente standardisé(e) et l'apprenant sont visibles depuis la salle de contrôle (miroir sans tain).	

Renseignements à l'intention de l'instructeur et du patient/de la patiente standardisé(e)

À titre d'information pour les instructeurs/complices uniquement. Renseignements fournis aux apprenants par le/la PS lors de l'anamnèse.

*Il faut envoyer aux participants, avant la simulation, un courriel contenant l'itinéraire vers le lieu de la simulation et les devoirs à faire avant la simulation.

Déclaration d'ouverture	« Je pense que mes analgésiques ont des effets secondaires, et je ne sais pas comment y remédier. »
Apparence générale et comportement du/de la PS	Le/La PS est propre et porte des vêtements confortables. Agréable et coopératif(tive), anxieux(e) mais pas émotif(tive).
Historique de la douleur	<p>Vous souffrez de douleurs chroniques au cou et de paresthésies (fourmillements ou engourdissements) suite à un accident de voiture survenu il y a deux ans, pour lequel vous prenez de l'oxycodone et de la gabapentine. Vous étiez passager/passagère d'une Honda Civic qui a été emboutie par une autre voiture de taille similaire. Malgré une consultation en physiothérapie et en neurochirurgie, vous avez des douleurs cervicales persistantes mais une amplitude de mouvement complète si vous prenez régulièrement de l'oxycodone. Vous avez également des paresthésies et une sensation de brûlure dans le bras droit jusqu'à la main. Les paresthésies n'ont pas répondu complètement aux manœuvres chiropratiques ou à la physiothérapie; la sensation de brûlure est bien traitée par la gabapentine.</p> <p><u>Historique de la douleur</u> DÉBUT : Vous avez cette douleur depuis 2 ans, et elle est assez stable.</p>

	<p>LOCALISATION : Dans le cou, principalement en tournant la tête vers la droite, et le long du bras droit.</p> <p>DURÉE : Une certaine douleur est constante, même en essayant de dormir.</p> <p>CARACTÉRISTIQUES/INTENSITÉ : Constante, exacerbée par le mouvement du cou. Varie de 3/10 à 7/10.</p> <p>RADIATION : La douleur n'irradie pas, mais les paresthésies et la sensation de brûlure irradient le long du bras droit.</p> <p>FACTEURS DE SOULAGEMENT : La douleur répond bien à l'oxycodone, les paresthésies répondent partiellement à la gabapentine. La gabapentine semble traiter la sensation de brûlure. On ajoute parfois de la cyclobenzaprine si on a des spasmes musculaires dans le cou.</p> <p>FACTEURS AGGRAVANTS : Mouvement de la tête et du cou, surtout vers la droite.</p> <p>LIMITATIONS FONCTIONNELLES : Vous ne pouvez plus jouer au tennis, une activité que vous aimiez auparavant.</p> <p>AUTRES SERVICES PARAMÉDICAUX UTILISÉS : Des visites de physiothérapie et de chiropracteur au début, qui n'ont pas aidé.</p> <p>SYMPTÔMES DE SEVRAGE : Vous n'avez jamais arrêté de prendre des médicaments assez longtemps pour le savoir.</p>
Humeur/effet	<p>Vous avez demandé ce rendez-vous pour discuter des effets secondaires possibles de vos médicaments contre la douleur. Vous êtes mécontent(e) de ne pas avoir été informé(e) à l'avance de ces effets secondaires et vous êtes anxieux(se) car vous ne pouvez pas arrêter de prendre vos médicaments en raison de vos douleurs persistantes. Vous serez très réceptif(tive) aux stratégies visant à alterner les médicaments ou à gérer les effets secondaires, mais moins réceptif(tive) aux suggestions visant à limiter votre consommation d'opioïdes. Vous serez très offensé(e) si l'on laisse entendre que vous êtes dépendant(e) et que vous devriez vous sevrer de vos médicaments.</p>
PMHx	<p>Vous êtes par ailleurs en bonne santé, sans antécédents d'interventions chirurgicales ou de problèmes médicaux.</p> <p>Vous avez constaté une constipation importante au cours des six derniers mois, ainsi que des nausées - ce sont vos deux principales préoccupations. Les nausées commencent à vous empêcher de travailler, et la constipation provoque des douleurs abdominales. Vous êtes un peu distendu(e) et avez des gaz. Vous avez essayé le dimenhydrinate en vente libre pour les nausées, mais il ne fonctionne pas très bien et vous rend groggy. Vous avez essayé un supplément de</p>

	<p>fibres de psyllium pour la constipation, mais il semble que cela aggrave le problème. Vous n'avez pas remarqué de différence avec les différents aliments. Il n'y a pas eu de changement récent dans vos médicaments. Vous parvenez à aller à la selle tous les 2 ou 3 jours. Il n'y a pas de sang dans vos selles. Vous consommez 3-4 tasses d'eau par jour.</p> <p>Vous n'avez tout manque de concentration ou toute léthargie, sauf lorsque vous prenez également de la cyclobenzaprine.</p> <p>Voici une sélection de questions que vous pouvez poser :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Je pense que j'ai peut-être des effets secondaires de mes analgésiques, et je ne sais pas comment y remédier. ● Je ne peux pas arrêter de prendre mes pilules, y a-t-il quelque chose que vous puissiez suggérer? ● Pensez-vous que la gabapentine aggrave la situation? ● Qu'en est-il de la cyclobenzaprine? <p>S'engager dans la résolution de problèmes avec le médecin, si nécessaire, en posant les questions appropriées en fonction des suggestions faites.</p>	
Revue du système	<p><u>Historique familial :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - aucun <p><u>Historique social :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Travaille comme avocat(e) spécialisé(e) dans l'immobilier - A joué au tennis en compétition de 9 à 19 ans et jouait de manière occasionnelle jusqu'à l'accident. - Bon contact social avec les amis. - Soutien social : les parents et le frère ou la sœur vivent dans la même ville. <p><u>Historique des substances :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - aucun 	
Médicaments	Oxycodone 40 mg bid, gabapentine 300 mg tid, cyclobenzaprine 10 mg tid prn	
Allergies	Aucune allergie connue aux médicaments	
P/E	Général	Peut être spécifique au/à la PS
	Poids/taille	Peut être spécifique au/ à la PS
	Signes vitaux	non applicable
	LOC	normal
	CVS	normal
	Resp	normal
	Abdo	normal
Enquêtes	S.O.	

Renseignements pour l'apprenant

Décrit le « scénario initial » donné aux participants. Donnez les grandes lignes ci-dessous et la note de l'infirmière.

Robin a 39 ans et se plaint d'effets secondaires possibles liés à ses médicaments. Iel souffre de douleurs chroniques au cou et de paresthésies suite à un accident de voiture survenu il y a deux ans, pour lesquelles iel prend de l'oxycodone et de la gabapentine. Iel est aux prises avec des effets secondaires depuis quelque temps et souhaite vous rencontrer pour discuter de stratégies visant à atténuer ces problèmes.

Note de l'infirmière :

« Robin préfère le pronom « iel » et veut parler des effets secondaires de ses médicaments.

Dose d'oxycodone 40 mg bid

Gabapentin dose 300 mg tid »

Chronologie et événements du scénario

Temps	Statut du/de la PS	Actions du/de la PS	Actions des participants
Ligne de base	Assis(e) dans la salle d'examen	« Bonjour, je pense que mes analgésiques ont des effets secondaires, et je ne sais pas comment y remédier. »	Commencez à procéder à l'anamnèse
0-5 minutes		Fournit les informations demandées sur les antécédents médicaux; voir les détails ci-dessus concernant les effets.	Questions supplémentaires
5-10 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant l'impact.	Questions supplémentaires
10-15 minutes		Fournit les informations demandées; voir les détails ci-dessus concernant l'impact; apprend à répondre aux préoccupations et à expliquer un plan.	Formuler un plan et conclure

Points de discussion et d'enseignement pour le compte rendu

Points de compte rendu	Contenu du compte rendu
Identifier les obstacles à une prise en charge adéquate de la douleur dans la pratique	Discuter de la rotation et du changement d'opioïdes Discuter de la dose maximale de gabapentine Discuter des traitements pharmacologiques et non-pharmacologiques
S'attaquer aux obstacles à une prise en charge adéquate de la douleur dans la pratique	Discuter de la stigmatisation, montrez des listes de termes non stigmatisants.
Diagnostiquer les effets secondaires et les interactions	Constipation secondaire aux opioïdes et traitement

des médicaments contre la douleur	
Prendre en charge les effets secondaires et les interactions des médicaments contre la douleur	Traitement de la constipation

Ressources pré-scénario à envoyer aux participants

Swegle JM, Logemann C. Management of common opioid-induced adverse effects. Am Fam Physician. 15 octobre 2006;74(8):1347-54. PMID : 17087429.

EMPo module 1

Ressources post-scénario à envoyer aux participants

EMPo module 6.1 et 6.2