

ERPI SOINS INFIRMIERS

L'EXAMEN CLINIQUE DE L'AÎNÉ

2^e édition

Guide d'évaluation et de surveillance clinique

PHILIPPE VOYER





DES OUTILS NUMÉRIQUES POUR RÉUSSIR!

MonLab contient des documents qui vous seront utiles dans votre pratique:

- Formulaires d'examen clinique
- Grilles et procédures d'évaluation
- Échelles, outils et tests
- Documents partagés par 13 centres hospitaliers au Québec
- Capsules et conférences web du professeur Voyer

Repérez le pictogramme et connectez-vous à MonLab

Jessica
Di Giovanni

INSCRIPTION de l'étudiant

- 1 Rendez-vous à l'adresse de connexion **<http://mabiblio.pearsonerpi.com>**
- 2 Suivez les instructions à l'écran. Lorsqu'on vous demandera votre code d'accès, utilisez le code fourni sous l'étiquette bleue.
- 3 Vous pouvez retourner en tout temps à l'adresse de connexion pour consulter MonLab.

L'accès est valide pendant 60 MOIS à compter de la date de votre inscription.

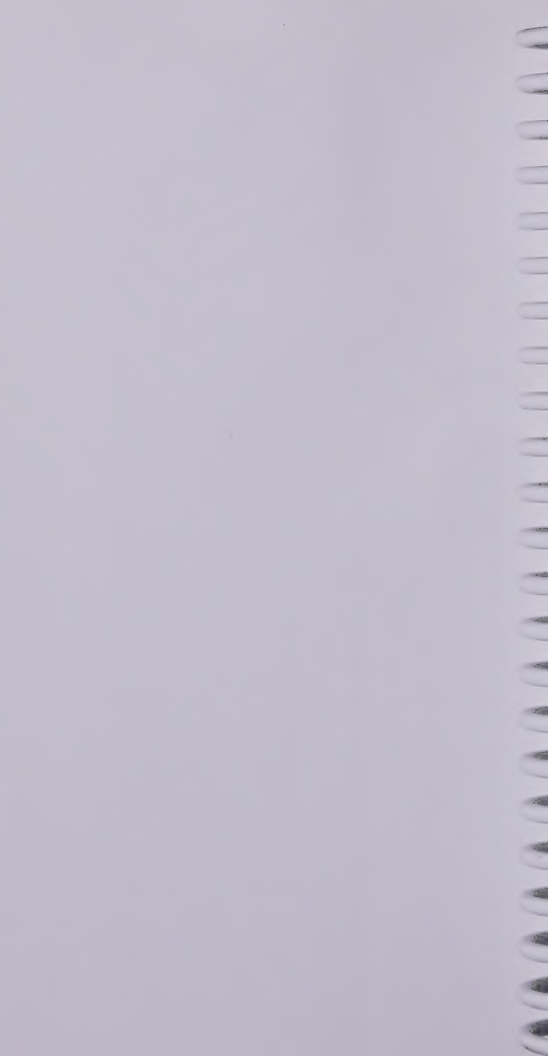


AVERTISSEMENT : Ce livre NE PEUT ÊTRE RETOURNÉ si la case ci-dessus est découverte.



1 800 263-3678 option 2
pearsonerpi.com/aide

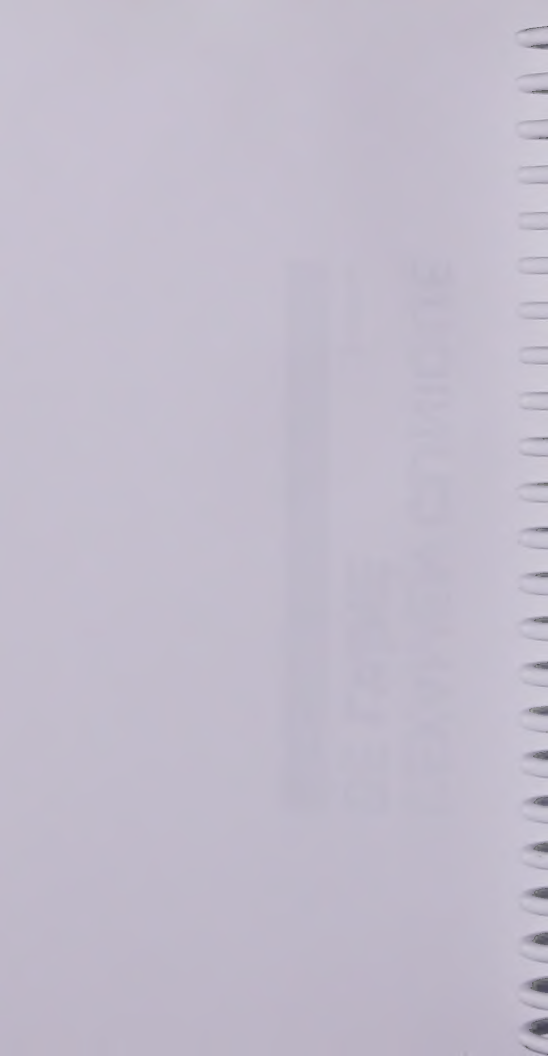
**ACCÉDEZ
à MonLab**



L'EXAMEN CLINIQUE DE L'AÎNÉ

2^e édition

Guide d'évaluation et de surveillance clinique



L'EXAMEN CLINIQUE DE L'AÎNÉ

2^e édition

Guide d'évaluation et de surveillance clinique

PHILIPPE VOYER

PEARSON

Développement éditorial : Philippe Dubé
Gestion de projet : Geneviève-Anais Proulx
Révision linguistique : Jean-Paul Régnauld
Correction d'épreuves : Diane Plouffe
Recherche iconographique : Aude Maggiori et
Andrée-Anne Tremblay
Direction artistique : Hélène Cousineau
Supervision de la réalisation : Estelle Cuillerier
Conception de la couverture et des pages intérieures :
Catherine Boily
Réalisation graphique : Laliberté d'esprit



Tous droits réservés.

On ne peut reproduire aucun extrait de ce livre sous quelque forme ou par quelque procédé que ce soit — sur machine électronique, mécanique, à photocopier ou à enregistrer, ou autrement — sans avoir obtenu, au préalable, la permission écrite des ÉDITIONS DU RENOUVEAU PÉDAGOGIQUE INC.

© ÉDITIONS DU RENOUVEAU PÉDAGOGIQUE INC. (ERPI),
2017 - Membre du groupe Pearson Education depuis 1989

1611, boulevard Crémazie Est, 10^e étage, Montréal (Québec)
H2M 2P2 Canada

Téléphone : 514 334-2690

Télécopieur : 514 334-4720

information@pearsonerpi.com
pearsonerpi.com

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2017

Imprimé au Canada 34567890 HLN 22 21 20 19
ISBN 978-2-7613-7202-2 20749 ABCD CS14

À Carole, la femme qui ensoleille ma vie,
et à nos deux trésors, Justine et Pénélope.

Philippe Voyer

AVANT-PROPOS

C'est avec plaisir que je vous présente la deuxième édition de mon guide sur l'examen clinique de l'ainé, un ouvrage qui permettra à l'étudiante en stage ou à l'infirmière au chevet de l'ainé de consulter facilement et rapidement le contenu touchant à l'évaluation et la surveillance clinique.

L'objectif de cette nouvelle édition demeure donc celui de soutenir la formation des étudiantes* et la pratique clinique des infirmières. Il s'agit d'abord et avant tout d'un aide-mémoire. Il ne peut remplacer un volume traitant en profondeur de l'examen clinique ou des soins à l'ainé. Il se veut plutôt un complément de *Soins infirmiers à l'ainé en perte d'autonomie*¹, un ouvrage extrêmement détaillé et complet, qui met autant l'accent sur l'évaluation que sur la surveillance clinique et les soins.

Les étudiantes qui ont suivi avec succès leur cours sur l'examen clinique et les infirmières qui possèdent l'expérience de l'examen

clinique trouveront assurément leur compte dans cet outil qui a pour but de les accompagner en clinique, en soutenant leur mémoire, et non de leur enseigner les principes et techniques de l'examen clinique de l'ainé. C'est pourquoi nous avons restructuré le contenu, ajouté plusieurs chapitres et adopté une présentation à la fois concise et synthétique dans laquelle les tableaux, les encadrés, appuyés par de brèves explications, et les illustrations occupent une place prépondérante. Bien sûr, nous avons conservé les exemples de notes au dossier et de plans thérapeutiques infirmiers (PTI).

J'espère donc de tout cœur que cet outil comblera les attentes des étudiantes et des infirmières.

Philippe Voyer

Auteur

* Dans ce document, le féminin a été utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

¹ Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2^e édition. Pearson ERPI. 753 p. Dans le texte, le pictogramme  réfère à ce livre.

Tout d'abord, je tiens à remercier le personnel infirmier qui avait réservé un accueil si enthousiaste et soutenu à la première édition de ce guide. La réponse positive de la profession infirmière fut nettement au-delà de mes attentes. C'est donc avec fierté que je vous soumetts cette deuxième édition améliorée. Comme lors de la première édition, ce sont vos questions et vos commentaires recueillis lors des formations ou du « coaching » clinique qui m'ont permis de connaître en détail vos questionnements et d'identifier les thèmes qu'il faudrait développer et ceux qu'il faudrait ajouter dans cette nouvelle édition. Vous avez donc eu beaucoup d'influence sur le choix du contenu.

Je suis également très reconnaissant envers les membres de la communauté de pratique sur les soins à l'aîné en centre d'hébergement (www.philippevoyager.fsi.ulaval.ca/communautairepratique) et aux membres de l'équipe Vieillessement de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. La qualité des échanges et des travaux effectués par ces équipes imprègne mes pensées et ma façon de concevoir les défis cliniques auxquels fait face notre profession.

Je souhaite aussi remercier les mentors de l'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, qui année après année relèvent de grands défis dans la démarche du rehaussement des compétences infirmières. Ces mentors m'impressionnent énormément par leur capacité d'adaptation et par leurs grandes compétences. De même, j'ai une profonde admiration pour l'esprit visionnaire dont font preuve les gestionnaires et conseillers, dont Lucille Juneau, Sandra Racine, Nancy Cyr et Karine Labarre.

Je ne pourrais finir sans remercier les aînés qui acceptent si généreusement, semaine après semaine, que je les examine avec mon équipe.

Enfin, un merci spécial à la maison d'édition Pearson ERPI qui, par l'expertise de son équipe, réussit toujours à rehausser la qualité de mes ouvrages de façon exceptionnelle !

RÉVISEURS

Je tiens à remercier sincèrement les personnes suivantes qui ont généreusement donné de leur temps pour examiner, réviser et commenter différentes sections de ce guide.

Réviseurs de la 1^{re} édition

Lyne Cloutier, inf., Ph.D.

Professeure

Département des sciences infirmières

Université du Québec à Trois-Rivières

Odette Doyon, inf., Ph.D.

Professeure

Département des sciences infirmières

Université du Québec à Trois-Rivières

Shirley Imbeault, D.Psy.

Neuropsychologue

Services gériatriques spécialisés

Hôpital Christ-Roi, Québec

Carol Hudon, Ph.D.

Neuropsychologue

Professeur, École de psychologie

Université Laval

Pierre Verret

Chargé de cours

Faculté des sciences infirmières

Université Laval

Réviseurs de la 1^{re} et 2^e édition

Nancy Cyr, inf. M. Sc.

Conseillère cadre en soins infirmiers CIUSSS

de la Capitale-Nationale

Professeure de clinique

Faculté des sciences infirmières

Université Laval

Sylvie Rey, inf., M. Sc., Ph.D. (c)

Chargée de cours

Université Laval

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	VI
-------------------	----

Chapitre 1 LES BASES

1.1 LES BASES PRATIQUES.....	2
La préparation.....	2
L'anamnèse.....	3
Le principe du malaise dominant.....	4
Le PQRSU classique selon la méthode du journaliste.....	4
Les points importants pour l'anamnèse.....	4
L'examen physique.....	8
Les principes de communication supplémentaires auprès de l'ainé atteint de troubles cognitifs.....	10
Les stratégies de base à appliquer auprès de l'ainé atteint de déficits cognitifs.....	12
La note au dossier.....	12
Le plan thérapeutique infirmier.....	15
1.2 L'EXAMEN CLINIQUE ET LE VIEILLISSEMENT.....	16
L'état normal, le vieillissement et l'état pathologique.....	17
Les limites des signes vitaux chez l'ainé.....	18



Les trois signes cliniques majeurs de l'état pathologique chez l'aîné	18
La complexité de l'évaluation de l'aîné et l'importance du jugement clinique	26

Chapitre 2 LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS

2.1 RAPPEL DES COMPOSANTES DE L'ÉTAT MENTAL ET DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT	30
2.2 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGÜE.....	36
Les troubles neurocognitifs	36
Le PQRSU et la plainte mnésique comme malaise dominant	38
Les tests cognitifs	43
Le test de l'horloge selon la méthode Watson	43
Le test de la fluence verbale	43
Autres tests d'évaluation cognitive	46
2.3 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI	46
Les TNMC	46
Le MEEAM pour cas sévère	46
2.4 LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL	52

Situation aiguë de trouble cognitif avec PQRSTU de type journaliste.....	54
Situation de suivi de TNCM.....	57
Chapitre 3 LES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE	60
3.1 LES PRINCIPES D'ÉVALUATION	62
3.2 L'HISTOIRE BIOGRAPHIQUE DE L'AÎNÉ	68
3.3 LA DESCRIPTION DES SCPD	71
Le bilan : inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield	71
3.4 L'EXAMEN CLINIQUE INFIRMIER DANS LE CONTEXTE DES SCPD	77
3.5 POUR LES CAS COMPLEXES : LA GRILLE D'OBSERVATION CLINIQUE	78
3.6 LE PLANTHÉRAPEUTIQUE INFIRMIER	85
3.7 EXEMPLE DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLANTHÉRAPEUTIQUE INFIRMIER.....	90
Situation aiguë de SCPD avec PQRSTU de type enquêteur	90

Chapitre 4**L'ÉTAT MENTAL : LE DELIRIUM ET SES SOUS-SYNDROMES**

96

4.1**LE DELIRIUM ET SES SOUS-SYNDROMES**

98

Le delirium

98

4.2**L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGUË**

99

Le PQRSTU et l'inattention comme malaise dominant

99

Les outils cliniques facilitant la détection du delirium

101

4.3**L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI**

110

Le delirium

110

4.4**DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLANTHÉRAPEUTIQUE INFIRMIER**

115

Situation aigue de delirium avec PQRSTU de type journaliste

115

Situation de suivi de delirium

118

Chapitre 5**L'ÉTAT MENTAL : LA DÉPRESSION**

122

5.1**L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGUË**

124

La dépression

124

Le PQRSTU et la perte d'appétit comme malaise dominant

126

Les trois versions de l'échelle de dépression gériatrique

129

	L'échelle de dépression au cours des démences	136
	Le risque de suicide.....	141
5.2	L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI	142
5.3	DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER	144
	Situation aiguë de dépression avec PQRSU de type journaliste.....	144
	Situation de suivi de dépression	147
Chapitre 6	LES PROBLÈMES DE SOMMEIL	150
6.1	UN RAPPEL DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LE SOMMEIL.....	152
	Les effets sur le sommeil lent.....	152
	Les effets sur le sommeil paradoxal	152
	Les changements fonctionnels	152
6.2	L'EXAMEN CLINIQUE	152
	Le journal du sommeil et l'efficacité du sommeil.....	153
	L'index de sévérité de l'insomnie pour clinicien	155
6.3	UN EXEMPLE DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER	157

Chapitre 7 LE CŒUR

7.1	RAPPEL DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LE CŒUR	160
7.2	L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGÜE.....	162
	L'anamnèse et le PQRSTU.....	162
	L'examen physique cardiaque	163
7.3	L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI	170
	La séméiologie de l'insuffisance cardiaque	173
7.4	LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN PHYSIQUE CARDIAQUE.....	173
7.5	DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER.....	179
	Situation aiguë de dyspnée due à un infarctus du myocarde avec PQRSTU de type journaliste	183
	Situation de suivi d'insuffisance cardiaque.....	183

Chapitre 8 LES POUMONS

8.1	RAPPEL DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LES POUMONS	192
8.2	L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGÜE.....	194
	L'anamnèse et le PQRSTU	194
	L'examen physique respiratoire	195

8.3	L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI	204
	La séméiologie des maladies pulmonaires obstructives chroniques	204
8.4	LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN PHYSIQUE RESPIRATOIRE	210
8.5	DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER	215
	Situation aiguë de douleur thoracique avec PQRSTU de type journaliste	215
	Situation de suivi d'une MPOC	218
Chapitre 9 L'ABDOMEN		222
9.1	RAPPEL DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LES SYSTÈMES DIGESTIF ET ÉLIMINATOIRE	224
9.2	L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGÜE	228
	L'anamnèse et le PQRSTU	228
	L'examen physique abdominal	237
9.3	L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI	245
9.4	LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN PHYSIQUE ABDOMINAL	248
9.5	DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER	253
	Situation aiguë de crampes abdominales avec PQRSTU de type journaliste	253
	Situation de suivi d'occlusion intestinale	256

Chapitre 10

L'APPAREIL BUCCODENTAIRE ET LA DÉGLUTITION.....	260
--	------------

10.1	RAPPEL DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET LA DÉGLUTITION.....	262
10.2	L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGUË.....	266
	L'anamnèse et le PQRSTU.....	266
	L'examen physique.....	275
10.3	L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI.....	277
10.4	LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN BUCCODENTAIRE ET DE LA DÉGLUTITION.....	279
10.5	DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER.....	282
	Une situation aiguë de saignement à la bouche.....	282
	Une situation de suivi de dysphagie.....	285

Chapitre 11

L'HYDRATATION ET L'ÉTAT NUTRITIONNEL.....	290
--	------------

11.1	RAPPEL DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR L'HYDRATATION ET LA NUTRITION.....	292
11.2	L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGUË.....	293
	L'anamnèse et le PQRSTU.....	293
	L'examen physique relatif aux statuts hydrique et nutritionnel.....	297

11.3	L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI	306
11.4	LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN PHYSIQUE DANS LE CONTEXTE DE L'HYDRATATION ET DE LA NUTRITION.....	308
11.5	DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER	309
	Situation aiguë de perte d'appétit avec PQRSTU de type journaliste.....	309
	Situation de suivi de déshydratation	313

Chapitre 12	LA VISION ET L'AUDITION	316
12.1	L'EXAMEN CLINIQUE DE LA VISION	318
	L'échelle de Rosenbaum.....	318
	L'évaluation de la vision périphérique	323
12.2	L'EXAMEN CLINIQUE DE L'AUDITION	324
	Le test du chuchotement	325

Chapitre 13	LE SYSTÈME NERVEUX ET LA DOULEUR	328
13.1	L'EXAMEN CLINIQUE ABRÉGÉ DU SYSTÈME NERVEUX	330
13.2	L'EXAMEN CLINIQUE ABRÉGÉ DE LA DOULEUR	338

Chapitre 14**LA PEAU**

344

14.1	LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT NORMAL SUR LA PEAU.....	346
-------------	--	-----

14.2	LES MALADIES DE LA PEAU ET LES AUTRES PROBLÈMES CUTANÉS	349
-------------	---	-----

14.3	LA SURVEILLANCE CLINIQUE DES PLAIES	352
-------------	---	-----

Chapitre 15**LES CHUTES**

358

15.1	LE VIEILLISSEMENT ET LES CHUTES	360
-------------	---------------------------------------	-----

15.2	L'EXAMEN CLINIQUE POUR DÉPISTER L'AÎNÉ À RISQUE DE CHUTE.....	361
-------------	---	-----

Question de dépistage simple sur les antécédents de chute..... 363

L'examen clinique de routine pour l'établissement du risque de chute 366

15.3	L'ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS CHEZ UN AÎNÉ À RISQUE DE CHUTE.....	372
-------------	---	-----

15.4	L'EXAMEN CLINIQUE POSTCHUTE.....	378
-------------	----------------------------------	-----

L'anamnèse et le PQRSU..... 381

15.5	L'EXAMEN CLINIQUE POSTCHUTE LORS DE CHUTES RÉCURRENTES.....	384
15.6	LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN PHYSIQUE POUR LA PRÉVENTION DES CHUTES.....	387
15.7	DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER.....	390
	Situation d'examen clinique initial pour déterminer le risque de chute.....	390
	Situation postchute avec PQRSTU selon la méthode de l'enquêteur.....	393
Chapitre 16 LA CONDUITE AUTOMOBILE.....		398
16.1	L'ÉVALUATION CLINIQUE DES CAPACITÉS LIÉES À LA CONDUITE AUTOMOBILE.....	400
Chapitre 17 L'USAGE OPTIMAL DES MÉDICAMENTS.....		406
17.1	LES EFFETS INDÉSIRABLES DES MÉDICAMENTS.....	408
17.2	LA PLANIFICATION DE LA SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA PHARMACOTHÉRAPIE.....	411
17.3	L'ÉVALUATION DES CAPACITÉS DE L'AÎNÉ À S'AUTOADMINISTRER LES MÉDICAMENTS.....	415
17.4	LES COMPOSANTES INFIRMIÈRES DE LA RÉVISION DU PROFIL PHARMACOLOGIQUE.....	418

CHAPITRE 1

LES BASES

1.1	Les bases pratiques.....	2
	Tableau 1.1	2
	Les dimensions de la préparation à l'examen clinique	
	Tableau 1.2	5
	Le PQRSU classique selon la méthode du journaliste	
	Tableau 1.3	9
	Le PQRSU selon la méthode de l'enquêteur	
	Tableau 1.4	11
	Les principes de communication	
	Tableau 1.5	13
	Les questions à se poser pour structurer la note au dossier	
	Encadré 1.1	14
	La structure type d'une note dans une situation aiguë	

	Encadré 1.2	14
	La structure type d'une note dans une situation de suivi	
	Tableau 1.6	15
	Les critères de pertinence pour déterminer le contenu du PTI	
1.2	L'examen clinique et le vieillissement.....	16
	Tableau 1.7	19
	L'interprétation des signes vitaux chez l'aîné	
	Tableau 1.8	21
	Les manifestations gériatriques majeures	
	Contenu numérique	27

1.1 LES BASES PRATIQUES

L'infirmière doit s'assurer d'un minimum de préparation afin que l'examen clinique se passe bien. L'examen lui-même comporte deux étapes : (1) l'anamnèse, c'est-à-dire un interrogatoire sur l'histoire du malade dominant, (2) l'examen physique. L'infirmière transcrit ses observations dans une note au dossier, puis elle élabore un plan thérapeutique infirmier.

La préparation

Pour que tout se passe de façon optimale, il faut que l'examen clinique s'effectue dans un bon contexte. Pour cela, l'infirmière doit le préparer en tenant compte de trois dimensions : la sienne, celle de l'aidé et l'environnement, comme le décrit le **tableau 1.1**. Ce faisant, elle accroît la probabilité d'un examen réussi, sans écueil et avec des résultats crédibles.

TABLEAU 1.1 – Les dimensions de la préparation à l'examen clinique

Infirmière	Connaissances
	■ Posséder les connaissances nécessaires à la réalisation de l'examen. ■ Connaître les effets du vieillissement normal pour savoir repérer ce qui est anormal.
	Aspects pratiques
	■ Posséder un stéthoscope de qualité. ■ S'assurer d'avoir suffisamment de temps pour faire l'examen, de façon à respecter le rythme de l'aidé. ■ Adapter l'approche auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, d'un problème cognitif ou de tous autres troubles de communication.
	Communication
	■ Connaître les principes d'une communication optimale. ■ Prendre en considération les déficits cognitifs et sensoriels (visuel et auditif) éventuels. ■ Être sensible aux limites fonctionnelles de l'aidé.
Aidé	Communication ■ Tenir compte des capacités visuelles et auditives de la personne :

- S'assurer qu'il porte ses lunettes (en cas de déficit).
 - S'assurer qu'il porte son appareil auditif (en cas de déficit).
- Aspects pratiques
- S'assurer que l'ainé est à l'aise et installé confortablement.
 - S'assurer que le moment est approprié pour l'examen : fatigue, douleur, prise de médicaments affectant l'état de conscience, intensité des activités précédant l'examen, etc.
- Respecter les particularités culturelles de l'ainé.

Environnement

- Faire en sorte que les lieux permettent le respect de l'intimité.
- Utiliser un équipement approprié.
- S'assurer que la température ambiante, la luminosité et l'environnement sonore sont adéquats.



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch01 > Regarder la vidéo « Choisir son stéthoscope ».

L'anamnèse

Il y a trois formes d'anamnèse : initiale, aiguë et de suivi.

L'anamnèse initiale vise à recueillir des données subjectives de façon générale. On l'effectue lors de la collecte des données initiale, durant l'admission ou encore à l'occasion d'un dépistage (par exemple : dépistage du risque à la conduite automobile ou de chute).

L'anamnèse en situation aiguë vise à recueillir auprès de l'ainé des renseignements sur l'histoire du malaise dominant. Elle se

réalise chez une personne qui présente un nouveau malaise. Que l'ainé rapporte une perte d'équilibre, de la fatigue ou des étourdissements, l'infirmière doit réaliser son anamnèse pour tenter d'obtenir le portrait le plus précis possible de son malaise. L'anamnèse dans cette situation permet d'émettre des hypothèses concernant l'origine du malaise. L'infirmière utilise alors systématiquement la méthode PQRSU que nous allons présenter, tout en respectant le principe du malaise dominant.

L'anamnèse en suivi consiste à établir un bilan des symptômes vécus par l'ainé concernant le problème à l'origine de la surveillance



clinique. Elle se réalise en situation de surveillance clinique. L'infirmière n'utilise pas la méthode PQRSTU puisqu'elle connaît l'origine des symptômes et des signes. Elle interroge simplement l'ainé sur le problème de santé dont elle effectue la surveillance clinique. Par exemple, s'il souffre d'empyème, elle lui pose des questions sur ses difficultés respiratoires, sa toux, ses sécrétions, ses douleurs thoraciques, ses céphalées matinales éventuelles et son anxiété due à son problème (voir le chapitre 8 sur l'examen clinique pulmonaire). L'infirmière va noter autant les manifestations cliniques présentes que celles qui sont absentes, car les deux permettent de bien juger de la condition de l'ainé.

Le principe du malaise dominant

L'ainé ressent fréquemment plusieurs nouveaux et anciens malaises en même temps, en raison de la comorbidité. Dans ces circonstances, l'infirmière doit déterminer, d'après les propos de l'ainé et son propre jugement clinique, le malaise dominant dans la situation. Ce dernier constitue alors le fil conducteur du PQRSTU. Il permet de ne pas se perdre dans les symptômes. Comme nous le verrons dans la section suivante, les questions des thèmes P, Q, R, T et U concernent directement le malaise dominant, alors que les questions du thème S concernent d'autres manifestations cliniques liées au malaise dominant.

Le PQRSTU classique selon la méthode du journaliste

Le **tableau 1.2** présente le PQRSTU classique. Quand elle l'utilise tel quel, selon la méthode du journaliste, l'infirmière :

- pose directement les questions à l'ainé ;
- centre l'entrevue sur le malaise dominant ;
- met en évidence l'aspect subjectif du malaise ;
- émet une ou plusieurs hypothèses sur l'origine du malaise pour orienter son examen physique.

Les points importants pour l'anamnèse

Quand elle effectue une anamnèse chez l'ainé, l'infirmière doit porter une attention particulière à trois éléments concernant la réalisation du PQRSTU. Ce sont l'importance de l'impact fonctionnel, la multimorbidité et les problèmes cognitifs.

L'importance de l'impact fonctionnel

Si la personne âgée n'est pas affectée par des problèmes cognitifs et de multimorbidité, l'infirmière effectue le PQRSTU de façon très similaire à un adulte d'âge moyen. Le seul élément qu'elle doit ajouter concerne la lettre « Q » et la nécessité de toujours investiguer l'impact fonctionnel du malaise dominant. En effet, chez les

TABLEAU 1.2 – Le PQRSU classique selon la méthode du journaliste

Malaise dominant:

PQRSU		Questions
P	Provoquer	■ Qu'est-ce qui provoque/entraîne ou aggrave/augmente l'intensité de votre malaise ?
	Pallier	■ Qu'est-ce qui soulage/diminue votre malaise ?
Q	Qualité	■ Décrivez-moi votre malaise. ■ Selon le malaise : • Ressentez-vous des brûlures, des pincements ? • Décrivez vos pertes de mémoire. • Décrivez vos pertes d'équilibre.
	Quantité	■ Quelle est l'intensité de votre malaise, sur une échelle de 0 à 10 ? ■ Impact fonctionnel : dans quelle mesure ce malaise influe-t-il sur vos activités quotidiennes, vos tâches domestiques, vos loisirs ?
R	Région	■ Dans quelle région ou à quel endroit se manifeste-t-il/se situe-t-il ?
	Irradiation	■ Votre malaise s'étend-il à d'autres endroits ? ■ Si oui, où ?
S	Signes et symptômes associés	■ Avez-vous éprouvé d'autres malaises ou des sensations inhabituelles accompagnant votre malaise dominant ? ■ Avez-vous observé d'autres signes ou changements en plus de votre malaise dominant ?

TABLEAU 1.2 – Le PQRSU classique selon la méthode du journaliste (suite)

Malaise dominant :

PQRSU		Questions
T	Temps	Depuis quand votre malaise se manifeste-t-il/est-il présent ?
	Intermittence	- Votre malaise est-il constamment présent ou se manifeste-t-il par épisodes ? S'il est intermittent : - Combien de temps dure-t-il à chaque manifestation ? - Combien de fois l'avez-vous ressenti durant la dernière journée, la dernière semaine ou le dernier mois ? - À quel moment apparaît-il ?
U	Understand, signification pour la personne	- De quel problème croyez-vous qu'il s'agit ? - Quelle en est la cause, selon vous ? - Avez-vous déjà vécu ou ressenti cela dans le passé ?

personnes âgées, il est possible d'être atteint, par exemple, d'un infarctus du myocarde, d'une diverticulite, d'une fracture, d'une appendicite ou encore d'un cancer, d'une infection urinaire ou d'une péritonite, sans ressentir de la douleur ou encore sans présenter de modifications des signes vitaux. De ce fait, une infirmière peut ne pas reconnaître un état critique, car elle se fie à ses paramètres usuels. Or, il est fréquent que la personne âgée qui ne présente pas ces modifications classiques présente toutefois une brusque

perte d'autonomie. Ainsi, si la personne âgée se plaint de nausées causées par une pneumonie, tout en présentant des signes vitaux normaux, l'infirmière pourra généralement observer une brusque perte d'autonomie chez cette personne. Ainsi, lors de la réalisation du PQRSU, elle devra rajouter, dans cet exemple, la question suivante : « Est-ce que vos nausées modifient votre capacité à manger ? Avez-vous habiller ? Avez-vous lavé ? ».

Le défi de la multimorbidité

La multimorbidité signifie simplement qu'une personne est atteinte de façon simultanée de deux maladies chroniques ou plus, où l'une n'est pas nécessairement prépondérante par rapport à l'autre. Ce phénomène n'est pas rare, car plus du tiers des personnes âgées de 80 ans sont atteintes de trois maladies chroniques. Ainsi, en raison de cette multimorbidité, il est très fréquent qu'une personne âgée ressente plusieurs symptômes en même temps (certains récents, d'autres plus anciens). De cette manière, lors d'une nouvelle situation symptomatique, l'infirmière doit bien identifier le malaise dominant et ses signes et symptômes associés sans les confondre avec des malaises d'un problème existant.

Concernant l'identification du malaise dominant, il arrive que la personne âgée en situation de multimorbidité exprime plusieurs symptômes et que l'infirmière ne sache plus quel est l'aspect prioritaire dans la situation. Elle doit alors se rappeler la raison de la consultation de la personne âgée. L'infirmière doit alors se demander : « Quel était le premier problème dont elle m'a parlé lors de mon entrée dans la chambre ? Pourquoi a-t-elle sonné la cloche d'appel ? Qu'est-ce qui la préoccupe le plus dans la situation actuelle ? » Par la suite, elle valide auprès de la personne âgée que le malaise dominant identifié est le bon.

En situation de multimorbidité, il est important de différencier les manifestations cliniques d'apparition récente, de celles connues

depuis longtemps. L'infirmière doit ainsi ajouter plusieurs sous-questions dans son anamnèse afin de faire préciser si un tel symptôme (par exemple, le manque d'appétit) était présent avant l'apparition du malaise dominant (par exemple, les pertes d'équilibre) ou est apparu en même temps que le malaise dominant. Elle doit s'assurer de ne pas associer à un nouveau malaise (pertes d'équilibre) un symptôme (manque d'appétit) déjà causé par un état chronique préexistant (par exemple : MPOC). L'infirmière doit donc être rigoureuse lorsqu'elle conduit son anamnèse. La formulation des questions est importante. Par exemple, en ce qui concerne les questions liées à la lettre « S », l'infirmière doit éviter d'être trop générale dans sa question : « Avez-vous d'autres malaises ou d'autres symptômes ? » Une telle question peut faire en sorte que la personne âgée relate une longue liste de malaises vécus depuis des années et associés à ses maladies chroniques. Il faut donc poser cette question en y ajoutant une période de référence : « Avez-vous ressenti d'autres malaises inhabituels, d'autres sensations en plus de cet essoufflement *durant cette même période* ? »

En somme, l'infirmière doit réaliser que la personne âgée de 85 ans qui est atteinte de multimorbidité et qui consomme plus de 10 médicaments par jour est assurément affectée par différents symptômes au quotidien. Lors de son anamnèse, l'infirmière doit donc être en mesure d'utiliser son jugement clinique

pour bien distinguer les éléments cliniques d'importance des éléments secondaires

Le défi des troubles cognitifs : le PQRSTU enquêteur

Lorsque la personne âgée est affectée par des troubles cognitifs, l'infirmière effectuera le PQRSTU selon la méthode dite de l'enquêteur. Ainsi, ne pouvant pas poser les questions du PQRSTU à la personne âgée en raison de ses troubles cognitifs, l'infirmière suit alors une méthode plus analytique. Cette méthode de l'enquêteur part des questions du PQRSTU, mais c'est l'infirmière qui doit trouver les réponses en s'appuyant sur plusieurs sources. L'observation, les proches, les autres soignants, et les notes au dossier concernant un malaise en particulier (chute, vomissement, douleur ou autre symptôme significatif). Par exemple, lors d'une chute, à la lettre « P », l'infirmière s'interrogera sur les facteurs qui ont pu provoquer la chute. Elle examinera ensuite quelles stratégies, utilisées habituellement par la personne âgée pour maintenir son équilibre, ont été omises cette fois-ci. Par exemple, la personne a-t-elle utilisé sa canne ou une tierce personne est-elle venue l'aider comme d'habitude ?

Un autre exemple est celui d'une situation de vomissement. À la lettre « Q », l'infirmière analysera s'il s'agit d'un vomissement alimentaire et s'il y avait la présence de sang dans le vomissement. Elle estimera également la quantité vomie. En bref, le processus est le même, mais ce n'est pas la personne âgée qui fournit les

réponses, c'est l'infirmière qui les trouve. En dernier lieu, il faut tout de même rappeler que les aînés, aux stades légers et modérés de la maladie d'Alzheimer (75 % sont à l'un de ces deux stades), sont encore en mesure de fournir des réponses valides sur plusieurs aspects de leur vie. Il ne faudrait donc pas sous-estimer leur contribution potentielle à l'anamnèse. Enfin, comme pour le PQRSTU du type journaliste, l'infirmière réalise l'anamnèse pour émettre une ou plusieurs hypothèses concernant l'origine du malaise pour orienter son examen physique. Le **tableau 1.3** présente ce que devient le PQRSTU avec la méthode de l'enquêteur.

L'examen physique

L'examen physique comprend potentiellement quatre éléments : l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation. Il vise à objectiver les symptômes vécus et décrits par l'aîné. En situation aiguë, il sert à confirmer ou à infirmer les hypothèses sur l'origine du malaise émises au terme de l'anamnèse. Il permet également d'établir un bilan qui servira de repère pour la surveillance clinique qui suivra. En situation de surveillance clinique ou de maladie chronique, il sert à suivre l'évolution de l'état de l'aîné et à déterminer l'efficacité de l'approche thérapeutique appliquée.

Pour que l'examen physique se passe bien, en particulier si l'aîné est atteint de problèmes cognitifs, l'infirmière doit respecter certains principes de communication et appliquer quelques stratégies.

TABLEAU 1.3 – Le PQRSU selon la méthode de l'enquêteur

Malaise dominant:

PQRSU		Questions Trouver des réponses aux questions de l'essai et les classer (observation, prodres, autres signifiants et dossier)
P	Provoquer	■ Qu'est-ce qui provoque/entraîne ou aggrave/augmente le malaise de l'ainé ?
	Pallier	■ L'ainé semble-t-il prendre des mesures pour soulager/diminuer son malaise ? ■ Prenez-vous vous-même des mesures qui semblent soulager/diminuer le malaise de l'ainé ?
	Qualité	■ Comment le malaise se manifeste-t-il ? Décrivez ce que vous voyez (problème de mémoire, perte d'équilibre, vomissement alimentaire, etc.).
Q	Quantité	■ Impact fonctionnel : comment quantifiez-vous les répercussions du malaise sur les activités quotidiennes (alimentation, habillement, hygiène, etc.) ainsi que sur ses loisirs ?
	Région	■ Dans quelle région ou à quel endroit le malaise se manifeste-t-il/se situe-t-il ?
	Irradiation	■ Le malaise semble-t-il s'étendre ? • Par exemple, en plus de la douleur évidente due à la lésion cutanée à l'avant-bras (il élève la voix lorsqu'on touche le pansement), l'ainé se plaint-il lorsqu'on bouge son bras ?
S	Signes et symptômes associés	■ Semble-t-il y avoir d'autres malaises et signes en plus du malaise dominant ? • Par exemple, en plus du vomissement, l'ainé fonctionne-t-il au ralenti, a-t-il le faciès rouge, transpire-t-il, etc. ? • Par exemple, l'ainé se plaint-il de fatigue ou de douleur ?

TABLEAU 1.3 – Le PQRSU selon la méthode de l'enquêteur (suite)

Malaise dominant:

PQRSU		Questions
T	Temps	■ Depuis quand son malaise est-il présent ?
	Intermittence	■ Le malaise est-il constamment présent ou se manifeste-t-il par épisodes ? S'il est intermittent : ■ Combien de temps dure-t-il à chaque manifestation ? ■ Combien de fois l'avez-vous observé durant la dernière journée, la dernière semaine ou le dernier mois ? ■ À quel moment apparaît-il ?
	Understanding, signification pour la personne	■ Sans objet.
U		

de base, comme nous allons le voir. Du point de vue technique, elle doit connaître la façon de procéder à l'examen et d'interpréter les résultats. Chaque chapitre de ce livre évoque ces aspects selon le problème concerne

Les principes de communication supplémentaires auprès de l'ainé atteint de troubles cognitifs

En plus des trois dimensions dont elle doit tenir compte – l'ainé, l'environnement et elle-même – présentées dans la section sur la préparation à l'examen clinique, l'infirmière doit appliquer plusieurs principes de communication pour "assister" de "la co" "bora" on d'

l'ainé atteint de trouble cognitif lors de l'examen physique. Le **tableau 1.4** résume ces principes.  **CHAP. 4, 27 ET 34**

Tout d'abord, l'infirmière devrait toujours frapper à la porte de la chambre de l'ainé, attendre que le regard de ce dernier se tourne dans sa direction, puis lui demander la permission d'entrer. Si l'ainé ne répond pas, elle se présente et après seulement entre dans la chambre. Adoptant une attitude calme et souriante, elle évite de se déplacer rapidement et informe l'ainé des raisons de sa visite. Une invasion trop rapide de l'espace personnel favorise en effet l'apparition des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et des troubles du comportement.

Ensuite, l'infirmière appelle l'ainé par son nom de famille et évite les propos infantilisants. Se plaçant à la même hauteur que l'ainé pour établir le contact visuel, l'infirmière utilise des mots simples et parle lentement. Elle exprime ses demandes d'une façon positive, propose quelque chose pour éviter un refus. Par exemple, elle pourra dire « Voici mon crayon, pouvez-vous le prendre ? » au lieu de « Non, ne prenez pas mon stéthoscope. » Elle laisse à l'ainé du temps pour répondre ou exprimer un choix, et elle répète au besoin sa demande.

Durant l'examen, l'infirmière explique à l'ainé les gestes qu'elle fait et lui décrit les sensations qu'il pourra ressentir. Par exemple, pour une palpation profonde, elle lui dira : « Je vais appuyer sur votre ventre, je vais aller lentement. »

TABLEAU 1.4 – Les principes de communication

Langage non verbal	Langage
■ Adopter une attitude calme et souriante. ■ Se déplacer lentement. ■ Établir un contact visuel avec l'ainé. ■ Ajouter un langage non verbal aux paroles pour faciliter la compréhension. ■ Ne pas procéder trop rapidement à l'examen. ■ Utiliser le toucher comme mode de communication.	■ Se présenter en entrant dans la chambre. ■ Appeler l'ainé par son nom de famille et le vouvoyer. ■ Éviter les propos infantilisants. ■ Exprimer les demandes de façon positive. ■ Expliquer ce qu'on fait et les sensations pouvant y être associées. ■ Employer des mots simples et parler lentement. ■ Éviter les métaphores, les phrases complexes, les demandes dont la réponse requiert des compétences cognitives que l'ainé atteint d'un trouble cognitif n'a plus. ■ Ne donner qu'une consigne à la fois.



L'infirmière évite de donner plusieurs consignes à la fois, par exemple « Pouvez-vous vous coucher et vous mettre sur le côté en tenant la ridelle ? » Elle doit éviter les phrases complexes et les métaphores. Si l'ainé n'est pas en mesure d'exprimer une opinion ou de répondre à une demande, l'infirmière choisira une formulation plus directive et n'hésitera pas à recourir au langage non verbal pour favoriser la compréhension de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Par exemple, lors du test du psaoas (voir la section sur l'**examen physique de l'abdomen** au chapitre 9), elle pourra dire « Monsieur X, levez votre jambe » en amorçant le geste souhaité.

Si l'ainé ne veut pas faire ce que l'infirmière lui demande, elle tentera de reformuler sa question ou sa consigne. Si, malgré tout, il maintient son refus et commence même à manifester des signes d'anxiété (repetant « non » à plusieurs reprises avec un débit verbal accéléré ou avec enervement, par exemple), il est inutile de persévérer. On conseille alors de tenter la méthode discontinuée ou simplement de faire une pause d'au moins 20 minutes.

Les stratégies de base à appliquer auprès de l'ainé atteint de déficits cognitifs

Deux grandes stratégies peuvent aider l'infirmière à mener à bien l'examen physique avec l'ainé atteint d'un trouble neurocognitif majeur : la diversion et la validation.  **CHAP. 27**

La diversion consiste à amener l'ainé à changer ses idées envahissantes ou anxiogènes en lui parlant des événements significatifs de son passé ou en lui proposant une activité significative. Le choix de cette dernière devrait tenir compte de l'histoire biographique de l'ainé et du contexte clinique. Par exemple, si l'ainé souhaite quitter la chambre lors de l'examen, l'infirmière pourra l'inviter à décrire les personnes figurant sur les photos affichées au mur.

La validation consiste à reconnaître et à nommer les émotions de la personne, à entrer dans sa réalité, dans son monde et à lui permettre d'exprimer ce qu'elle ressent. Supposons que lors d'un examen clinique du cœur, l'ainé attrape le stéthoscope et affirme qu'il n'est pas nécessaire de l'examiner parce que son médecin, D^r Gauthier, l'a déjà fait. Au lieu de lui répondre qu'il se trompe et qu'il n'y a pas de D^r Gauthier dans le milieu clinique, l'infirmière entrera dans le jeu : « Vous êtes chanceux. Vous avez un excellent docteur, très dévoué. C'est justement lui qui m'a demandé de venir faire une dernière vérification. » Elle obtiendra ainsi sa collaboration sans grande discussion ni enervement parce qu'elle se sera adaptée à ses émotions et à sa réalité.

La note au dossier

L'infirmière doit porter au dossier ses évaluations cliniques, sa surveillance clinique et les soins qu'elle prodigue en rédigeant des notes. Nous décrivons dans ce livre les principes de la note au dossier.

dossier ayant un lien avec l'évaluation et la surveillance clinique. De plus, vous trouverez dans MonLab plusieurs formulaires – inspirés par le travail de Guy Lemay et Sylvain Lavoie, notamment – pouvant remplacer la note au dossier selon les cas. Vous pouvez les utiliser sans aucune restriction pour autant que vous en précisiez la source.

Il existe plusieurs méthodes pour rédiger les notes au dossier. Nous n'en privilégions aucune, mais nous insistons ici sur les aspects fondamentaux.

Premièrement, la structure de la note doit être claire et faciliter un repérage rapide des éléments importants. Il faut que les collègues de travail puissent rapidement comprendre la situation. Ainsi apparaîtront clairement, dès le début, le système évalué (abdomen, poumons, cœur...), le malaise dominant et le contexte clinique. Pour ce dernier, notons que, outre la situation aiguë et la situation de suivi dont nous avons déjà parlé, peut également figurer la « situation initiale » lors d'une admission ou d'un examen non lié à des symptômes. Ensuite, la note doit refléter les deux grandes parties de l'examen clinique que sont l'anamnèse et l'examen physique. Le **tableau 1.5** met en évidence les questions à se poser et les choix à effectuer pour bien structurer la note au dossier. Les **encadrés 1.1** et **1.2** proposent des structures types pour la note au dossier en situation aiguë et la note au dossier en situation de suivi.

TABLEAU 1.5 – Les questions à se poser pour structurer la note au dossier

Questions	Choix de réponses
Quel type d'examen clinique a été réalisé ?	■ Examen clinique cardiaque ■ Examen clinique pulmonaire ■ Examen clinique abdominal ■ Examen clinique cognitif ■ Examen clinique de l'humeur ■ Examen clinique lié à une chute ■ Etc.
Dans quelles circonstances l'examen clinique a-t-il été réalisé ?	■ Situation aiguë ■ Situation de suivi ■ Situation initiale
Les deux éléments centraux de l'examen clinique apparaissent-ils bien dans la note ?	■ Anamnèse ■ Examen physique

Comme on peut le constater dans les encadrés 1.1 et 1.2, l'information est invitée à souligner certains mots de la note et à en mettre d'autres en majuscules pour les faire ressortir. Vous trouverez d'autres exemples plus loin.

ENCADRÉ 1.1 – La structure type d'une note dans une situation aiguë

Note au dossier

Examen clinique (indiquer le système concerné)
en situation aiguë
Malaise dominant

Anamnèse

Établir le PQRSU.

Examen physique

INSPECTION

*Toujours déterminer l'état de conscience et l'attention
Indiquer également s'il y a un changement brusque de l'état
mental, de l'autonomie et du comportement*

PALPATION

PERCUSSION

AUSCULTATION

AUTRES TESTS

Interventions

ENCADRÉ 1.2 – La structure type d'une note dans une situation de suivi

Note au dossier

Examen clinique (indiquer le système concerné)
en situation de suivi

Anamnèse

Examen physique

INSPECTION

PALPATION

PERCUSSION

AUSCULTATION

AUTRES TESTS

Interventions

Deuxièmement, dans le contenu même de la note, il faut aller à l'essentiel, sans rien omettre. La note doit être :

- Claire : vocabulaire précis et accessible aux autres professions ;
- Pertinente : contenu ayant un lien direct avec la situation ;
- Complète : présence de tous les éléments et renseignements importants.

Le plan thérapeutique infirmier

Comme nous l'avons dit en introduction, le plan thérapeutique infirmier (PTI) est une norme légale de documentation. L'infirmière l'élabore et l'ajuste au besoin à partir de l'examen clinique. Le PTI comprend deux grandes sections : les constats et les directives infirmières. Chaque constat doit trouver sa justification dans la note au dossier.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec propose des critères de pertinence pour déterminer le contenu du PTI. Le **tableau 1.6** les résume.

TABLEAU 1.6 – Les critères de pertinence pour déterminer le contenu du PTI

Sections	Critères de pertinence
Constats de l'évaluation : problèmes et besoins prioritaires	■ Le problème ou le besoin requiert-il un suivi clinique particulier ? ■ Le problème ou le besoin a-t-il une incidence sur le suivi clinique du client ? ■ Le problème ou le besoin présente-t-il un changement significatif pour le suivi clinique du client ?
Directive infirmière	Est-il crucial pour le suivi clinique du client : ■ de noter une intervention ou d'en préciser un aspect particulier ? ■ d'établir une stratégie d'intervention ? ■ de déterminer une condition de réalisation ?

Source : Adapté de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2008). *Critères de pertinence pour déterminer le contenu du plan thérapeutique infirmier*, www.oiiq.qc.ca, section « Être infirmière ».

De manière pratique, dans la section des constats, il est important de préciser :

- la date complète ;
- les caractéristiques du problème de santé (type, stade, gravité, année du diagnostic) ;
- les problèmes potentiels envisagés (« Risque de ... »).

Dans la section des directives infirmières, il est souvent utile d'utiliser une formulation incluant des verbes d'action à l'infinitif : accompagner, attendre, appliquer, aviser, cesser, compléter, conduire, contrôler, déterminer, élever, éliminer, enseigner, évaluer, examiner, faire, lever, offrir, prendre, stimuler, etc.

Lorsqu'une directive infirmière concerne une évaluation, la mention « par inf. » à la fin indique que l'infirmière se réserve l'activité en question. La même mention permet à l'infirmière de se réserver toute autre directive ou intervention.

Par ailleurs, l'infirmière qui rédige le PFI doit bien établir la cible de chaque directive. Voici des exemples sur la façon de le mentionner :

- « Dir. p. trav. PAB » signifie que la directive concerne le préposé aux bénéficiaires (en plus de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire) et que celui-ci en sera informé par l'intermédiaire du plan de travail.

- « Dir. verb. PAB » signifie que la directive concerne le préposé aux bénéficiaires (en plus de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire) et que celui-ci en sera informé verbalement.

- « Dir. verb. client » signifie que la directive concerne le client (en plus de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire) et que celui-ci en sera informé verbalement.

Enfin, l'infirmière établira une condition en utilisant des formulations du type « Aviser l'infirmière si... » ou « Appliquer la thérapie occupationnelle si... » Elle devra bien indiquer la fréquence et la durée d'application d'une intervention.

1.2 L'EXAMEN CLINIQUE ET LE VIEILLISSEMENT

L'examen clinique est bien plus complexe à effectuer et à interpréter chez l'ainé que dans tous les autres groupes d'âge. En effet, l'infirmière doit tenir compte non seulement des effets normaux du vieillissement sur le corps, mais aussi des manifestations typiques et atypiques des problèmes de santé. Qui plus est, les signes vitaux présentent des limites qui font en sorte que l'infirmière doit rester prudente dans leur interprétation.

L'état normal, le vieillissement et l'état pathologique

Premièrement, l'infirmière doit avoir une idée juste de ce qu'est l'état normal, en connaître les paramètres et faire la distinction entre le fonctionnement optimal et le fonctionnement usuel (**figure 1.1**). Par exemple, la fréquence cardiaque normale se situe entre 60 et 80 pulsations par minute. Le fonctionnement optimal correspond à 60 pulsations par minute, tandis que le fonctionnement usuel, celui de la majorité des individus, avoisine 75 pulsations par minute.

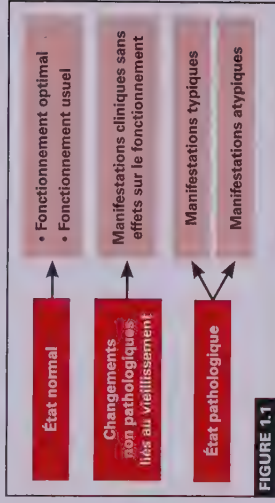
Deuxièmement, l'infirmière doit connaître les paramètres du vieillissement normal, c'est-à-dire les changements physiques que connaissent les individus au fil de leur vie. Indépendamment de la génétique, de l'environnement (qualité de l'eau et de l'air, climat...) et des habitudes de vie (alimentation, exercice physique), le vieillissement normal se caractérise, entre autres, par une diminution de l'acuité auditive et de la force musculaire, par une réduction de la capacité respiratoire et cardiaque, et par une fragilisation de la peau.

Connaître les changements associés au vieillissement normal évite à l'infirmière de commettre deux types d'erreurs :

- L'erreur de type A : intervenir sur un « problème » qui constitue en fait un phénomène normal du vieillissement.

- L'erreur de type B : ne pas reconnaître un vrai problème de santé en croyant qu'il est causé par le vieillissement normal.

On observe souvent le **premier type d'erreur** dans le cas du sommeil. Les aînés mettent plus de temps à s'endormir que les jeunes adultes, se réveillent régulièrement et pendant un certain temps, et ont généralement besoin de faire une sieste. Ces phénomènes sont dus au vieillissement normal. Pourtant, certains professionnels de la santé vont penser qu'ils constituent un problème d'insomnie.



L'état normal, le vieillissement normal et l'état pathologique

On observe le **deuxième type d'erreur** dans le cas de l'hypertension. De nombreux aînés présentent une pression artérielle systolique se situant autour de 150 mm Hg. Il s'agit d'un problème d'hypertension nécessitant une approche thérapeutique. Or, certains professionnels de la santé vont aviser l'aîné de 70 ans que c'est une pression normale pour son âge.

Pour déterminer si le changement observé est pathologique ou lié au vieillissement normal, l'infirmière peut s'appuyer sur le principe de l'*impact fonctionnel*. Les changements liés au vieillissement normal n'ont pas de répercussions sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD). L'aîné ne perd pas son autonomie à un âge donné. Les changements pathologiques aigus, eux, se manifestent sur une courte période (moins de trois mois) et ont des répercussions sur les AVQ et les AVD, c'est-à-dire qu'ils entraînent une perte d'autonomie qu'on ne peut jamais attribuer au vieillissement normal.

Troisièmement, l'infirmière doit reconnaître un état pathologique à partir de signes typiques mais aussi atypiques. Elle doit être en mesure de détecter un problème même lorsque ses manifestations ne suivent pas le tableau clinique habituel. Par exemple, l'aîné peut manifester un infarctus du myocarde de façon typique, par une douleur rétrosternale irradiant jusqu'à l'épaule et au bras gauche ainsi que par une cyanose et des modifications dans les signes vitaux. Mais il peut également le manifester exclusivement par de l'essoufflement, un délirium et une perte d'autonomie.

Les limites des signes vitaux chez l'aîné

Chez l'aîné, l'infirmière doit interpréter avec prudence les résultats de la mesure des signes vitaux. En raison du vieillissement normal, de la multimorbidité et de la polypharmacie, il arrive parfois que l'aîné souffre d'une maladie aiguë, mais que ses signes vitaux restent dans les limites de la normale. Le **tableau 1.7** présente quelques recommandations qui faciliteront l'interprétation des signes vitaux chez l'aîné. Ces modifications notées justifient l'importance de toujours évaluer les manifestations gériatriques majeures présentées au **tableau 1.8**.

Les trois signes cliniques majeurs de l'état pathologique chez l'aîné

Chez l'aîné, l'apparition d'une maladie se manifeste souvent par au moins l'un des trois signes majeurs atypiques suivants : changement dans l'état mental, changement de l'autonomie et changement dans les comportements. Ces signes peuvent être les seules manifestations d'un infarctus du myocarde, d'une pneumonie, d'une déshydratation, d'une dénutrition, d'un œdème aigu du poumon, etc. C'est pourquoi l'infirmière doit toujours s'intéresser à la présence de l'un d'eux. Le **tableau 1.8** les présente en détail.

En plus de ces trois manifestations gériatriques atypiques majeures, l'infirmière doit être alerte aux autres manifestations cliniques

TABEAU 1.7 – L'interprétation des signes vitaux chez l'ainé

Signes vitaux	Principes de mesure	Interprétation
1 ^{er} signe vital : fréquence respiratoire	Prendre durant une minute, car la marge d'erreur est de 35 % si elle est mesurée durant moins d'une minute.	■ Normalité chez l'ainé en bonne santé $\leq 20/\text{min}$ ■ Normalité chez l'ainé atteint de multimorbidité $\leq 24/\text{min}$ ■ Signe clinique d'infection chez l'ainé sans MPOC $> 25/\text{min}$ ■ Signe clinique d'une condition grave : $\geq 27/\text{min}$ ■ Changement cliniquement significatif : ≥ 3 respirations/min
2 ^e signe vital : fréquence cardiaque	Prendre durant une minute, car la marge d'erreur est de 10-15 % si elle est mesurée durant moins d'une minute.	■ Normalité chez l'ainé en bonne santé : 60 à 80/min ■ En traumatologie gériatrique, un pouls $\geq 90/\text{min}$ requiert une intensification de la surveillance clinique. ■ En raison de la présence d'irrégularités passagères du rythme cardiaque qui affecte plus de 75 % des aînés, il faut interpréter avec prudence les arythmies à la mesure du pouls. • Une consultation médicale est nécessaire si l'ainé est symptomatique, et ce, peu importe le nombre d'arythmies présentes. • La présence de plus de 10 arythmies par minute chez un aîné asymptomatique est une indication de consultation médicale. • Chez l'ainé asymptomatique, l'infirmière ne devrait pas conclure à la présence d'arythmie avant d'avoir obtenu au moins trois mesures consécutives qui donnent le même résultat.
3 ^e signe vital : la pression artérielle	Les mesures électroniques (oscillométriques) sont préférables aux mesures manuelles.	■ Seuils de la normalité chez l'ainé en bonne santé • Pression artérielle systolique (PAS) : ≤ 130 • Pression artérielle diastolique (PAD) : 60 à 80 ■ Seuils pour considérer une pression élevée : • PAS ≥ 135 • PAD ≥ 85

TABEAU 1.7 – L'interprétation des signes vitaux chez l'ainé (suite)

Signes vitaux	Principes de mesure	Interprétation
		• Seuils de la pression artérielle cible : $\leq 140/90$ • Chez l'ainé de 80 ans et plus • Initier un traitement pharmacologique lorsque la PAS est ≥ 160. La valeur cible de la PAS dans un tel cas sera de < 150. • En traumatologie gériatrique, une PAS de ≤ 110 requiert une intensification de la surveillance clinique.
4° signe vital : la température corporelle	Les mesures électroniques buccale ou rectale sont recommandées.	• Chez l'ainé en bonne santé, le seuil de la fièvre gériatrique est de $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ (buccale ou rectale). • Il faut tout de même savoir que chez l'ainé qui se présente à l'urgence avec une température de $37,3^{\circ}\text{C}$, on trouve une explication pathologique à sa fièvre dans 90 % des cas. • Chez l'ainé atteint de multimorbidité, la fièvre gériatrique est la suivante : • Buccale : $\geq 37,2^{\circ}\text{C}$ • Rectale : $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ • La personnalisation du seuil de la fièvre demeure la mesure la plus valide. Une fièvre gériatrique se définit par une élévation de $1,1^{\circ}\text{C}$ de sa mesure usuelle durant la même période de la journée.
5° signe vital : la douleur	En plus de poser la question directement à l'ainé sur la présence de la douleur, observer la personne lors des mobilisations.	• Qualifier et quantifier la douleur. • Chez l'ainé qui présente des troubles cognitifs, il faut en plus s'intéresser à ses comportements et à son langage non verbal pour reconnaître la présence de la douleur. Dans le doute ou encore pour un dépistage systématique, l'utilisation d'une échelle de mesure de la douleur est justifiée (par exemple, le PACSLAC, PAINAD).

6° signe vital : l'état mental	Il importe de poser une question ou de faire réaliser une tâche à l'ainé pour bien évaluer l'état mental.	■ L'évaluation du 6° signe vital vise à déterminer l'état de conscience et de la capacité d'attention.
7° signe vital : la saturation	Sans particularité chez l'ainé	■ Normalité chez l'ainé en bonne santé $\geq 95\%$ ■ Normalité chez l'ainé atteint de multimorbidité $\geq 93\%$ ■ Jugement clinique : si on obtient plusieurs mesures à 100%, mais qu'en 24h, le résultat chute à 95%, le changement est cliniquement significatif, même si ce résultat est dans la zone de normalité.

TABLEAU 1.8 – Les manifestations gériatriques majeures

Manifestations gériatriques	Signes cliniques
Changements touchant l'état mental	Pour reconnaître un changement touchant l'état mental dans la dernière semaine, l'infirmière doit toujours évaluer l'état de conscience et la capacité d'attention ; elle doit également vérifier s'il y a eu modification de l'un des paramètres ou de tous les paramètres suivants dans la dernière semaine : ■ Mémoire ■ Concentration ■ Orientation ■ Organisation de la pensée ■ Fonctions exécutives ■ Perception ■ Jugement

TABEAU 1.8 – Les manifestations gériatriques majeures (suite)

Manifestations gériatriques	Signes cliniques
Changements touchant l'autonomie	Pour reconnaître un changement touchant l'autonomie dans la dernière semaine, l'infirmière doit questionner ou observer la personne âgée afin de déceler un changement au niveau de la capacité à : ■ AVQ • Se nourrir • Se laver • S'habiller • Entretenir sa personne, par exemple, brosser ses dents ou se peigner • Uriner (incontinence) • Déféquer (incontinence) • Utiliser les toilettes (s'asseoir, s'essuyer, se rhabiller, se relever) – Se déplacer (transfert et changement de position) – Marcher à l'intérieur comme à l'extérieur et utiliser les escaliers. ■ AVD • Gérer ses finances, payer des factures, faire des chèques • Gérer ses médicaments • Entretenir la maison • Préparer les repas, faire chauffer de l'eau • Faire les commissions pour acheter des vêtements, des aliments, etc. • Faire le lavage • Faire la lessive ■ Loisirs ■ Activités professionnelles

Pour reconnaître un changement touchant le comportement dans la dernière semaine, l'infirmière doit chercher à déceler l'apparition d'un nouveau comportement ou, au contraire, la disparition d'un comportement habituel. Les comportements peuvent prendre différentes formes :

- Comportements hyperactifs
 - Agitation motrice
 - Frapper
 - Lancer des objets
 - Avoir du mal à rester en place
 - Agitation verbale
 - Adresser des demandes répétées
 - Crier
 - Combativité
 - Errance
 - Résistance aux soins
- Comportements hypoactifs
 - Retrait
 - Isolement
 - Immobilité
 - Ralentissement moteur
- Autres
 - Changement de personnalité
 - Apathie (perte de motivation et d'initiative)
 - Irritabilité
 - Modification du sommeil

Échelle de fragilité clinique*

1  Très en forme - Personne robuste, active, énergique et motivée. Cette personne pratique un exercice régulier, elle est parmi les personnes les plus en forme de son groupe d'âge.	7.  Fragilité sévère - Personne totalement dépendante pour les soins d'hygiène, pe... importe la cause (physique ou cognitive). Malgré cela, la personne est stable et ne semble pas à haut risque de décéder dans les 6 prochains mois.
2  En forme - Personne qui ne présente pas de symptômes actifs de maladie mais qui est moins en forme que celle de la catégorie 1. Généralement cette personne fait de l'exercice ou elle peut à l'occasion être très active, par exemple selon la saison.	8  Fragilité très sévère - Personne totalement dépendante, près de la fin de vie. Typiquement, elle serait incapable de récupérer de la moindre maladie, même la plus bénigne.
3  Va bien - Personne dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne fait pas régulièrement d'exercice au-delà d'une marche de routine.	9  Phase terminale - Cette personne a une espérance de vie de moins de 6 mois, mais elle n'apparaît pas fragile par ailleurs.



4. **Vulnérable** - Personne qui ne dépend pas des autres pour effectuer ses activités quotidiennes, mais qui présente des symptômes limitant ses activités. Elle se plaint régulièrement de se sentir « au ralenti » ou d'être fatiguée durant la journée.



5. **Fragilité légère** - Personne visiblement moins active qui a besoin d'aide pour accomplir des activités de la vie domestique plus pointues, tels les finances, le transport, les gros travaux ménagers ou la gestion de ses médicaments. Typiquement, la personne demande progressivement plus d'aide pour aller magasiner, marcher dehors, pour effectuer les travaux domestiques ou préparer des repas.



6. **Fragilité modérée** - Personne qui a besoin d'aide pour accomplir toute activité extérieure et pour effectuer l'entretien de sa maison. Cette personne a généralement des difficultés avec les escaliers, a besoin d'aide pour le bain et peut avoir besoin d'un peu d'aide pour s'habiller (rester en position debout ou nécessité des directives).

FIGURE 1.2

Fragilité chez les personnes atteintes de démence

Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les symptômes courants de la démence légère sont l'oubli des détails d'un événement récent, même si le souvenir de l'événement lui-même est préservé, la répétition de la même question ou de la même histoire, ainsi que le retrait social.

Dans une démence modérée, la mémoire récente est très altérée alors que la mémoire des événements anciens semble peu affectée. La personne fera elle-même son hygiène personnelle, à condition qu'on le lui demande.

Dans la démence sévère, la personne ne peut faire aucun soin personnel sans aide.

*1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008

2. K. Rockwood et al., A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495

© 2007-2009

Version 1.2. Tous droits réservés. Recherche en médecine gériatrique
Université Dalhousie, Halifax, Canada. Permission accordée pour la reproduction à des fins de recherche et d'enseignement seulement.

atypiques fréquentes telles que les vertiges et étourdissements, la dysphonie, l'essoufflement lors des AVQ ou AVD, l'état de faiblesse, la diminution de l'appétit et la perte de poids, la perturbation du sommeil, la constipation, l'incontinence urinaire, les chutes et les pertes d'équilibre. L'infirmière ne doit pas attribuer au vieillissement normal ces manifestations cliniques.

La complexité de l'évaluation de l'ainé et l'importance du jugement clinique

L'infirmière doit être en mesure de déterminer si les manifestations cliniques sont anormales et le cas échéant, leur gravité. L'infirmière doit donc avoir un bon jugement clinique lorsqu'elle réalise un examen clinique auprès de l'ainé, car il y a plusieurs variables à considérer. Elle doit se poser minimalement les questions suivantes :

- Les manifestations cliniques sont-elles normales ?
- Les manifestations cliniques présentes sont-elles normales pour une personne de 80 ans ?
- Les manifestations cliniques présentes sont-elles le signe d'un nouveau problème ou la conséquence d'une maladie chronique qui affecte déjà l'ainé ?

- Les manifestations cliniques présentes sont-elles le signe d'un nouveau problème ou la conséquence de l'effet secondaire d'un médicament ?
- Les manifestations cliniques présentes sont-elles de nature légère ou sévère ?

Comme on le voit, étant donné la complexité de la situation, le jugement clinique est primordial et irremplaçable. Aucune des recommandations faites dans ce livre et dans d'autres ne pourra remplacer votre jugement clinique dans une situation donnée. À titre d'exemple, si l'ainé examiné obtient, sur une échelle évaluant ses fonctions cognitives, un score n'indiquant pas de problème, mais que d'autres paramètres de l'anamnèse vous font penser le contraire, vous devez toujours accorder la priorité à votre jugement clinique. Finalement, lorsque vous réfléchissez à la conduite clinique à suivre en raison de la complexité de la situation, vous devriez également tenir compte de la fragilité de l'ainé sous vos soins pour prendre la décision la plus sécuritaire possible (voir **figure 1.2**). L'échelle compte 9 échelons où 1 signifie une personne très en forme et 9, une personne gravement malade au stade terminal. Chaque degré de l'échelle augmente significativement le risque de décès et d'institutionnalisation. Cette échelle peut être consultée rapidement, peu importe le milieu clinique. Selon le score établi

par l'infirmière, celle-ci pourra ou non modifier sa décision clinique sur la démarche à entreprendre selon le risque de détérioration potentiel de l'état de santé de l'ainé. Il s'agit d'un élément de plus à considérer lors de l'évaluation de l'ainé lorsque la situation est complexe.

Contenu numérique



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch01
> Regarder la vidéo « Choisir son stéthoscope ».

CHAPITRE 2

LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS

2.1	Rappel des composantes de l'état mental et des effets du vieillissement	30
	Tableau 2.1	30
	Les composantes de l'état mental et les effets du vieillissement	
2.2	L'examen clinique en situation aiguë.....	36
	Tableau 2.2	36
	Les grandes caractéristiques des troubles neurocognitifs	
	Tableau 2.3	38
	Un exemple de PQRSU lors d'une plainte mnésique	
	Tableau 2.4	39
	La sélection d'un test cognitif dans la pratique infirmière	
	Encadré 2.1	41
	Les recommandations générales pour la passation d'un test cognitif	
	Tableau 2.5	44
	Les paramètres et les repères du test de l'horloge selon la méthode Watson	
	Tableau 2.6	46
	Les paramètres et les repères du test de la fluence verbale	
2.3	L'examen clinique en situation de suivi.....	46
	Tableau 2.7	47
	L'examen clinique de suivi lors d'un TNCM	
	Tableau 2.8	48
	Les paramètres et les repères du MEEMS	
	Tableau 2.9	49
	La procédure de passation du MEEMS	
2.4	Les particularités gériatriques de l'examen de l'état mental	52
	Tableau 2.10	52
	Le tableau synthèse des troubles de l'état mental	
2.5	Deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier	54
	Contenu numérique	59

2.1 RAPPEL DES COMPOSANTES DE L'ÉTAT MENTAL ET DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT

L'évaluation de l'état mental de l'ainé exige de l'infirmière une connaissance précise et claire des composantes de l'état mental et des changements normaux et anormaux que ces dernières peuvent présenter.

Le **tableau 2.1** reprend les composantes de l'état mental en indiquant l'effet que le vieillissement peut avoir sur elles et les repères dont peut se servir l'infirmière pour détecter un problème. Ce tableau constitue une caractérisation pratique de l'architecture cognitive humaine et vise à aider efficacement l'infirmière dans

son travail. Dans la réalité, l'origine de difficultés observées n'est pas toujours unique. Ainsi, la présence de difficultés pour une habileté de la sphère cognitive x peut effectivement signaler un problème dans cette sphère, mais ces difficultés peuvent également être dues à un problème relevant de la sphère y connexe. Par exemple, une personne ayant de la difficulté à signer un document peut avoir un problème de mémoire procédurale, mais aussi une agnosie qui l'empêche de reconnaître le stylo. De même, son incapacité à retenir des mots peut être due à un problème de mémoire, mais aussi à un grave problème d'attention. L'infirmière doit savoir reconnaître la difficulté cognitive et la nommer correctement. Cependant, dans les cas complexes, seul un neuropsychologue ou un autre spécialiste pourra déterminer correctement le problème cognitif.

TABLEAU 2.1 – Les composantes de l'état mental et les effets du vieillissement

de l'état mental	Effets du vieillissement	
Mémoire à court terme • Mémoire de travail	Capacité d'emmagasiner un nombre limité d'informations, pendant une brève période.	• Suivre une conversation. • Faire un calcul mental, vérifier une facture (addition). • Répéter une série de chiffres et de lettres en les ordonnant. Si l'infirmière dit : • G - 3, répondre 3 - G.
	Aucun effet sur la capacité à se rappeler des séries de chiffres.	

TABLEAU 2.1 – Les composantes de l'état mental et les effets du vieillissement (suite)

Composantes de l'état mental	Définitions	Effets du vieillissement	Incipiens cliniques
Mémoire à long terme ■ Mémoire prospective	Capacité de mémoriser des informations concernant des événements à venir ou des comportements à adopter dans le futur.	Diminution de la capacité. Oublis plus fréquents, mais sans impact fonctionnel.	■ Penser à prendre ses médicaments. ■ Se rappeler un rendez-vous chez le médecin.
Attention	Capacité de rester attentif pendant une activité. Parmi les divers types d'attention, nous nous intéressons ici surtout à l'attention soutenue et à l'attention divisée : ■ Attention soutenue : capacité de rester attentif durant un certain temps pendant une tâche, par exemple, écouter une émission de radio. ■ Attention divisée : capacité de partager son attention entre plusieurs tâches, par exemple, conduire une voiture en entretenant une conversation.	Pas d'effet sur l'attention soutenue à l'égard de tâches simples, mais diminution si la tâche est complexe et dure longtemps. Diminution de l'attention divisée pour des tâches complexes.	Évaluer l'attention soutenue. ■ Maintenir un degré de collaboration stable pendant une interaction d'au moins 5 à 10 minutes. ■ Faire plusieurs soustractions à la suite ($18 - 3 = 15$, etc.). ■ Épeler le mot « monde » à l'envers. ■ Nommer les mois de l'année dans l'ordre chronologique inverse. ■ Pour les cas d'Alzheimer : • Maintenir un bon contact visuel ; • Répondre à des consignes simples. Évaluer l'attention divisée : ■ Prendre correctement ses médicaments (les porter à sa bouche) tout en écoutant les propos de l'infirmière. Pour les cas d'Alzheimer : ■ Converser en marchant dans le corridor.

Concentration (ou « attention sélective »)	Capacité de rester attentif dans la réalisation d'une activité, malgré des stimuli dérangeants dans l'environnement ; processus volontaire.	Diminution de la capacité de concentration.	▪ En présence de stimuli dérangeants (bruits, température froide, douleur, soif, etc.). • Soustraire de façon continue ($18 - 3 = 15$, etc.). • Épeler le mot « monde » à l'envers. • Nommer les mois de l'année dans l'ordre chronologique inverse. • Écouter la télévision en présence d'une conversation animée dans le salon. ▪ Pour les cas d'Alzheimer : • En présence de stimuli dérangeants (bruits, température froide, douleur, soif, etc.). – Maintenir un bon contact visuel. – Répondre à des consignes simples.
État de conscience	État général de vigilance et de réactivité aux stimuli internes ou externes. Permet d'être en relation avec soi-même et avec son environnement ; toutes les fonctions mentales en dépendent. Stade normal : alerte Réaction spontanée à une demande.	Aucun effet.	▪ Compétences du stade normal/alerte • Se tourner vers l'infirmière lorsqu'elle entre dans la chambre. • Réagir normalement à la demande de l'infirmière qui lui adresse la parole.

TABEAU 2.1 - Les composantes de l'état mental et les effets du vieillissement (suite)

État de conscience (suite)	Stades anormaux		■ Réponse de la personne aux stades anormaux. • Hyperalerte : sursaute aux moindres stimuli de l'environnement, notamment le toucher. • Léthargique : entrouvre les yeux et réagit à la voix de l'infirmière, mais reste dans un état de somnolence. • Stuporeux : ne réagit pas du tout quand l'infirmière lui parle ; entrouvre les yeux et réagit au toucher léger (ou douloureux), mais reste dans un état de somnolence. • Comateux : ne réagit ni à la voix ni au toucher.
Organisation de la pensée	Capacité d'exprimer logiquement sa pensée par des propos et des comportements cohérents.	Aucun effet.	Formuler une demande ou expliquer les raisons de l'admission dans le milieu clinique. Donne la bonne réponse aux questions suivantes : ■ Est-ce qu'une roche flotte ? ■ Est-ce qu'un kilogramme pèse plus que deux kilogrammes ? ■ Est-ce qu'il y a des poissons dans l'océan ?

Orientation temporelle	Capacité de se situer dans le temps.	Aucun effet.	■ Indiquer la date, le moment de la journée, etc.
Orientation spatiale	Capacité de se situer dans l'espace et les lieux.	Aucun effet.	■ Nommer le lieu ou s'orienter dans un milieu connu. ■ S'orienter dans l'unité de soins.
Capacité visuospatiale	Capacité de traiter l'information visuelle relative à l'environnement.	Aucun effet.	■ Dessiner une horloge. ■ Copier un pentagone (si le dessin est très complexe et le temps de copie limité, les résultats de l'ainé seront généralement moins bons que ceux d'une personne plus jeune).
Fonction exécutive	Capacité de conceptualisation, de contrôle de soi, de flexibilité, d'organisation, de planification, de résolution de problèmes, soit les fonctions essentielles à tout comportement dirigé, volontaire et adapté.	Diminution de la capacité de résoudre de nouveaux problèmes complexes.	■ Établir un budget dans une nouvelle situation financière. ■ Planifier un repas pour plusieurs personnes. ■ Accomplir une nouvelle tâche. ■ Peut donner la bonne réponse à la question : • Que signifie le proverbe : « L'habit ne fait pas le moine » ou encore : « C'est pas la mer à boire ».
Perception	Les opérations cognitives qui codent et coordonnent les sensations liées à la présence d'un stimulus extérieur, lui donnent une signification et permettent d'en prendre connaissance.	Aucun effet.	Des changements anormaux incluent les manifestations suivantes: ■ Rapporte entendre des voix. ■ Rapporte voir des choses irréelles. ■ Rapporte avoir été volé par le personnel malgré des preuves évidentes du contraire.

2.2 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGÜE

La plainte mnésique est le symptôme le plus fréquemment rapporté pour signaler un problème cognitif. Un problème de mémoire peut être la manifestation d'un trouble cognitif léger ou encore un trouble neurocognitif majeur (TNCM) tel que la maladie d'Alzheimer.

Les troubles neurocognitifs

Le **trouble neurocognitif léger** se reconnaît par la présence d'une plainte de nature cognitive. Ce changement cognitif n'est pas normal pour l'âge de l'ainé. Toutefois, le problème cognitif n'a pas d'impact sur l'autonomie de l'ainé. Les troubles neurocognitifs majeurs prennent différentes formes tels que l'Alzheimer, la maladie à corps de Lewy, la maladie vasculaire et la maladie frontotem-

porale. Il s'agit de perturbations permanentes et évolutives de l'état mental qui affectent les sphères cognitives, telles que la mémoire et le langage, et qui entraînent une perte d'autonomie progressive de l'ainé. Le **tableau 2.2** présente les caractéristiques les plus communes de ces troubles.

Lorsqu'un ainé présente des pertes de mémoire ou d'autres symptômes cognitifs qui laissent croire à un problème s'apparentant à **un TNCM en situation aigüe**, l'infirmière, commence par le PQRSTU et porte une attention particulière à la mémoire, au langage, à l'organisation de la pensée, aux fonctions exécutives et aux comportements. Puis elle peut utiliser l'un des divers tests cognitifs existants comme test de dépistage, pour appuyer son jugement clinique. Nous présentons ici le test de l'horloge selon la méthode Watson et le test de fluence verbale. Le Mini-Cog, les 5 mots de Dubois, le mini-examen de l'état mental version CEVQ et le MoCA sont présentés dans le matériel en ligne.

TABLEAU 2.2 – Les grandes caractéristiques des troubles neurocognitifs

Troubles neurocognitifs légers

- Plainte de nature cognitive par la personne ou signalée par un proche (généralement la mémoire, mais peut être une autre capacité cognitive).
- Le changement cognitif évoqué n'est pas normal pour son âge.
- Il y a présence d'un déclin cognitif.
- L'autonomie fonctionnelle est normale.

TNCM de type d'Alzheimer

- Déficits cognitifs confirmés par un test
- Trouble de la mémoire
- Désorientation spatiale et temporelle
- Aphasie
- Apraxie
- Agnosie
- Déficits des fonctions exécutives
- Perturbation des activités de la vie quotidienne et des rôles sociaux

TNCM de type vasculaire

- Pertes cognitives imprévisibles
- Perturbation de la démarche
- Incontinence urinaire
- Labilité émotionnelle
- Modification de la personnalité et de l'humeur
- Signes focaux : faiblesse, rigidité (ces signes sont généralement asymétriques), modification des réflexes, dysphagie, asymétrie du visage

TNCM de type à corps de Lewy

- Perturbations cognitives (fonctions frontales et sous-corticales, capacités visuospatiales)
- Fluctuation de l'attention et de l'état de conscience
- Hallucinations visuelles récurrentes
- Signes moteurs de type parkinsonien (tremblements, rigidité, modification de la démarche)
- Chutes à répétition
- Hypersensibilité aux antipsychotiques

TNCM de type frontotemporal

- Troubles du comportement
- Hyperoralité
- Comportements stéréotypés, rigidité mentale, impulsivité
- Perte du sens des convenances sociales et de la capacité à interagir adéquatement avec l'entourage
- Symptômes affectifs comme l'indifférence émotionnelle, perte d'empathie et de sympathie
- Troubles du langage
- Conservation de certaines capacités cognitives au début : apprentissage, mémoire, et fonctions sensori-motrices

Le PQRSTU et la plainte mnésique comme malaise dominant

Le **tableau 2.3** présente un exemple de PQRSTU que l'infirmière peut utiliser quand le malaise dominant qu'elle observe est un problème de mémoire. Dans ce cas, elle doit suivre la méthode du journaliste.

TABLEAU 2.3 – Un exemple de PQRSTU lors d'une plainte mnésique

Malaise dominant : problème de mémoire

PQRSTU		Questions
P	Provoquer	■ Qu'est-ce qui provoque/entraîne ou aggrave/augmente l'intensité de votre problème de mémoire ?
	Pallier	■ Qu'est-ce qui soulage/diminue votre problème de mémoire ?
Q	Qualité	■ Décrivez-moi votre problème de mémoire.
	Quantité	■ Quelle est l'intensité de votre problème de mémoire sur une échelle de 0 à 10 ? ■ Impact fonctionnel : dans quelle mesure votre problème de mémoire influe-t-il sur vos activités quotidiennes (par exemple : vous habiller), vos tâches domestiques (par exemple : faire votre budget), vos loisirs, votre travail ?
R	Région	Sans objet.
	Irradiation	

À la suite de son PQRSTU, l'infirmière peut décider d'utiliser un test cognitif. Le **tableau 2.4** donne quelques conseils pour sélectionner un test. L'**encadré 2.1** donne quelques conseils d'administration d'un test cognitif qui s'ajoutent aux recommandations déjà présentées au **tableau 1.1**.

S	Signes et symptômes associés	■ Éprouvez-vous d'autres malaises ou sensations inhabituelles en même temps que votre problème de mémoire ? ■ Avez-vous observé d'autres signes ou changements en plus de votre problème de mémoire ?
T	Temps	■ Depuis quand avez-vous des problèmes de mémoire ?
	Intermittence	■ Vos problèmes de mémoire sont-ils toujours présents ou se manifestent-ils par épisodes ? S'ils sont intermittents : ■ Combien de temps durent-ils à chaque manifestation ? ■ Combien de fois avez-vous eu des problèmes de mémoire durant la dernière journée, la dernière semaine ou le dernier mois ? ■ À quel moment apparaissent-ils ?
U	<i>Understand</i> , signification pour la personne	■ De quel problème croyez-vous qu'il s'agit ? ■ Quelle est la cause de vos problèmes de mémoire, selon vous ?

TABEAU 2.4 – La sélection d'un test cognitif dans la pratique infirmière

Variables	Suggestions
Dépistage des troubles cognitifs	Déterminez le temps dont vous disposez. ■ Fluence verbale (1 min) ■ Horloge selon la méthode de Watson (2 min ou moins) ■ Mini-Cog (2-4 min) ■ 5 mots de Dubois (6-7 min) ■ MEEM-CEVQ (moyenne 8 min)

TABLEAU 2.4 – La sélection d'un test cognitif dans la pratique infirmière (suite)

Variables	Suggestions
Détection des troubles cognitifs légers ou encore poursuite de l'évaluation après avoir obtenu des résultats ambigus (par exemple : MEEM-CEVQ de 25-26)	MoCA (12-15 minutes)
Suivi des problèmes cognitifs chez un aîné atteint d'un TNCM	- MEEM-CEVQ - MoCA - Pour les aînés avec un MEEM-CEVQ de ≤ 10 - MEEMS (MEEM pour les cas sévères) (durée 5-10 min)
Lieu de pratique	- Dépistage - Milieux cliniques : urgence, cardiologie, orthopédie, soins intensifs, médecine, chirurgie, CHSLD, domicile - Fluence verbale (1 min) - Horloge selon la méthode de Watson (2 min ou moins) - Milieux cliniques : GMF et cliniques de la mémoire, équipes ambulatoires psychogériatriques - MEEM-CEVQ - MoCA (en cas de doute concernant la présence d'un trouble léger) - Surveillance clinique - Milieux cliniques : urgence, cardiologie, orthopédie, soins intensifs, médecine, chirurgie - Horloge selon la méthode de Watson - Milieux cliniques : GMF et cliniques de la mémoire, équipes ambulatoires psychogériatriques, domicile, CHSLD - MEEM-CEVQ (données normatives pour TNCM : perte de 3 points/année)

- Pour les aînés avec un MEEM-CEVQ de ≤ 10
- MEEMS (MEEM pour les cas sévères)

ENCADRÉ 2.1 - Les recommandations générales pour la passation d'un test cognitif

- Posséder les connaissances nécessaires concernant les fonctions cognitives afin d'avoir le jugement clinique requis pour faire passer un test.
- Un test cognitif devrait toujours être précédé d'une anamnèse.
- Préparer le matériel requis en fonction du test sélectionné, par exemple : montre avec aiguilles, crayon de plomb aiguisé avec gomme à effacer, feuille blanche, feuille « Fermez vos yeux » et feuille des pentagones à recopier.
- Attention, vérifier l'environnement, car le patient ne doit pas regarder une horloge ou un calendrier durant l'entretien selon le test.
- Les questions doivent toutes être posées dans l'ordre proposé par le questionnaire.
- Tout refus de répondre ou toute réponse incomplète donne un résultat de 0. Il ne peut y avoir de demi-point.
- Mettre le patient à l'aise.
 - Expliquer le but de cette rencontre.
 - Présenter le test cognitif comme un examen avec un stéthoscope.
 - Expliquer que le test vérifie la mémoire, mais qu'il ne donne pas un diagnostic.
 - Expliquer qu'il suffit de répondre de son mieux aux questions et aux exercices.
 - Annoncer que certaines questions seront faciles et d'autres plus difficiles, et que cela est prévu ainsi pour tout le monde.
 - Rassurer l'aîné en lui disant que le test ne durera que quelques minutes, tout au plus.
 - Montrer de la disponibilité; regarder discrètement votre montre durant l'examen.
 - Montrer de l'empathie; il faut encourager les efforts et non les résultats.

ENCADRÉ 2.1 – Les recommandations générales pour la passation d'un test cognitif (suite)

- Communiquer de façon optimale.
- S'asseoir face au patient de façon à maintenir un contact visuel tout au long de l'entretien.
- Parler sur un ton neutre et calme.
- Prononcer les questions clairement, une consigne à la fois.
- À moins de précisions contraignantes dans l'outil, ne jamais répéter les questions.
 - Si la personne demande de répéter, dire « Désolé, je ne peux pas répéter la question ».
 - Si la personne ne peut pas répondre, passer simplement à la question suivante.
 - Si la personne demande si sa réponse est bonne, dire « Nous pourrions en reparler à la fin si vous voulez. Pour le moment, concentrons-nous sur le questionnaire. Merci pour votre collaboration. »

- Ne pas aider le patient de quelque manière que ce soit ; ne donner aucun indice verbal ou non verbal.
- Faire en sorte que l'ainé ne voie par le questionnaire, car il pourrait chercher à voir votre cotation, ce qui pourrait causer de la distraction ou de l'anxiété.

- Dire « merci » quand le patient a répondu à la question et passer à la question suivante. Ne pas dire « Bravo, c'est bien ! », etc.
- Remercier le patient de sa collaboration. En fait, vous pouvez souligner sa collaboration pour l'encourager.

Consignes concernant l'ainé

- Vérifier si la personne a besoin de lunettes ou d'appareils auditifs et si elle les porte. Au besoin, utilisez l'amplificateur de voix. Noter si l'ainé a des problèmes de vision, de langage ou de surdité qui pourraient influencer le score. Si le test ne paraît pas approprié pour la personne, consulter un expert de 2^e ligne (infirmière en clinique de mémoire, neuropsychologue, ergothérapeute, etc.).
- Vérifier si la personne ressent de l'inconfort ou de la douleur.
- Vérifier si la personne a des problèmes moteurs ou de dextérité.
- Tenir compte de ce qui peut avoir un impact sur les résultats du test : problème de vision ou d'audition, de dextérité ou de motricité, anxiété du patient, etc. Ces observations sont valables pour toute la durée de l'entretien et non durant le test seulement.

Les tests cognitifs

Il existe plusieurs tests cognitifs qui ont tous leurs propres règles de passation. Dans cette section, nous décrivons le test de l'horloge, selon la méthode de Watson et le test de la fluence verbale. Les autres tests sont disponibles dans le matériel en ligne du complément numérique.

Le test de l'horloge selon la méthode Watson

Il existe plusieurs façons de procéder pour faire passer le test de l'horloge. Le **tableau 2.5** présente la méthode Watson qui est une méthode valide et simple pour ce test (Storey *et al.*, 2001 ; Watson, Arfken et Birge, 1993). Dans le contenu en ligne qui accompagne ce guide, vous trouverez un formulaire prêt pour faire passer ce test.

Le test de la fluence verbale

Il existe plusieurs variantes du test de la fluence verbale. Cette méthode valide s'inscrit bien dans la pratique infirmière (Canning *et al.*, 2004). Le **tableau 2.6** en présente les paramètres et les repères.

- Tenir compte des changements cognitifs (p. ex., concentration, attention soutenue).

- Tenir compte des pressions de performance.

- Il faut que l'ainé soit le plus calme possible.

- Tenir compte des activités que l'ainé a effectuées durant la journée. Éviter de faire passer un test cognitif lorsque l'ainé est fatigué.

- Tenir compte de l'anamnèse, des commentaires des proches, des autres intervenants et des notes au dossier pour interpréter les résultats du test.

Consignes concernant l'environnement

- L'entretien doit se dérouler dans un endroit calme, sans sources de distraction ou de bruits, et avec un éclairage suffisant.

- Idéalement, l'ainé doit être assis au moment du test.

- L'entretien se fait avec l'ainé seul. Inviter poliment les accompagnateurs à se retirer pendant la passation du test.

TABEAU 2.5 – Les paramètres et les repères du test de l'horloge selon la méthode Watson

Paramètres	Repères
Qui ?	La majorité des professionnels de la santé.
Quand ?	En cas de suspicion de troubles cognitifs
Comment ?	- Présenter à l'ainé une feuille de papier sur laquelle on a tracé un cercle de 10 cm de diamètre (figure 2.1). - Demander à l'ainé : « Pourriez-vous placer les chiffres à l'intérieur du cercle tels qu'on les retrouve dans une horloge ? » - Accorder 2 minutes pour faire le dessin, mais on n'informe pas l'ainé de ce délai, et autoriser les corrections dans cette limite de temps. - Vérifier que l'ainé ne regarde pas sa montre ou une horloge.
Interprétation	- La première étape consiste à tracer une croix dans le cercle afin de former 4 quadrants. - On doit retrouver 3 chiffres par quadrant. - Attribuer un point en cas d'erreur dans chacun des 3 premiers quadrants et 4 points en cas d'erreur dans le 4^e quadrant. - Score inférieur ou égal à 3: état normal - Score supérieur ou égal à 4: problème cognitif. - S'il y a 3 chiffres par quadrant mais que ce ne sont pas les bons chiffres, faire un autre test de dépistage. La figure 2.2 fournit des exemples fictifs de résultats illustrant l'établissement du score. Mais attention, quel que soit le score, le jugement clinique prime.



Le test de l'horloge

Pour le test de l'horloge, le confort, un bon éclairage et le port des lunettes sont essentiels.



FIGURE 2.1

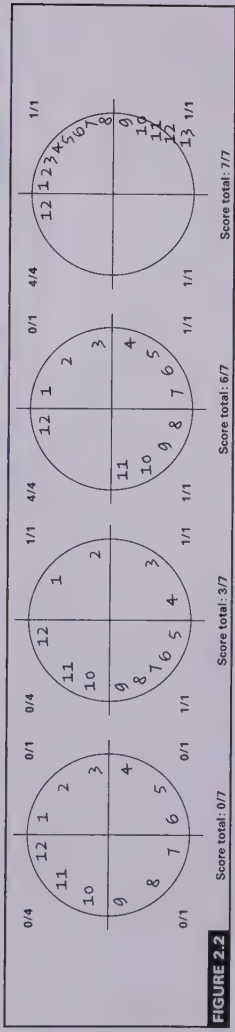


FIGURE 2.2

Quelques exemples de résultats au test de l'horloge selon la méthode Watson

TABEAU 2.6 – Les paramètres et les repères du test de la fluence verbale

Paramètres	Repères
Qui ?	La majorité des professionnels de la santé.
Quand ?	En cas de suspicion de troubles cognitifs.
Comment ?	■ Demander à l'ainé : « Pourriez-vous nommer le plus d'animaux possible dans un délai d'une minute ? » ■ Il ne faut pas accepter de noms d'insectes ni de noms de races d'animaux (races de chiens ou de chats) ni les « familles » (par exemple : « chien, chienne, chiot » ou « chat, chatte, chaton »).
Interprétation	■ Liste comportant 15 noms d'animaux et plus : état normal. ■ Liste comportant moins de 15 noms d'animaux : problème cognitif.



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch02
> Test de fluence verbale

Autres tests d'évaluation cognitive

Il existe quatre autres tests d'évaluation cognitive disponibles avec ce guide, le mini-Cog, les 5 mots de Dubois, le MEEEM-CEVQ et le MoCA. Vous pouvez consulter ces tests et leurs méthodes de passation dans le matériel en ligne.

2.3 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI

L'infirmière assure une surveillance clinique des aînés dont l'état mental est affecté par un TNCM. Elle commence chaque fois par réaliser une anamnèse de suivi, puis elle établit un bilan de l'état des symptômes en utilisant un test approprié.

Les TNCM

L'infirmière qui effectue la surveillance clinique d'un TNCM commence par poser des questions à l'ainé afin d'effectuer son anamnèse ; ensuite, elle fait passer le test cognitif approprié (**tableau 2.7**).

Le MEEEM pour cas sévère

Le mini-examen de l'état mental pour cas sévère (MEEEMS) est utile pour réaliser une surveillance clinique de l'état cognitif lorsque le TNCM est à un stade avancé (score de 10 et moins au MEEEM-CEVQ) (**tableau 2.8**). Il est particulièrement approprié pour effectuer le suivi des aînés prenant depuis une longue période des inhibiteurs de la cholinestérase (Aricept, Exelon, Reminyl) ou de la memantine et dont le score au MEEEM-CEVQ est inférieur à 10 (Harrell *et al.*, 2000 ; Trivette et Lacoste, 2004). Le **tableau 2.9** présente la procédure de passation du MEEEMS et le questionnaire est disponible dans le contenu en ligne accompagnant ce guide.

TABLEAU 2.7 – L'examen clinique de suivi lors d'un TNCM

Examen clinique	Thèmes à questionner	Exemples de question
<u>Anamnèse</u>	Mémoire	■ Comment va votre mémoire ?
	Orientation dans le temps	■ Est-ce difficile de savoir le moment de la journée ?
	Orientation dans l'espace	■ Est-ce difficile de retrouver votre chemin dans l'unité ?
	Impact fonctionnel des troubles cognitifs	■ Est-ce que vos troubles de mémoire vous empêchent de faire vos activités (AVQ et AVD, loisirs) ?
	Perception (idées délirantes et illusions / hallucinations)	■ Avez-vous des pensées que vous jugez bizarres ? ■ Avez-vous vu ou entendu des choses irréelles ?
	SCPD	■ Avez-vous des comportements qui vous semblent bizarres par moment ? ■ Vous sentez-vous agité ?
	Anxiété liée à état cognitif	■ Est-ce vos symptômes touchant votre mémoire vous inquiètent ?
<u>Examen physique</u>	INSPECTION	État de conscience et attention Faire passer le MEEM-CEVQ ou le MEEIMS.
<u>Interventions</u>		À déterminer selon les résultats.

TABEAU 2.8 – Les paramètres et les repères du MEEMS

Paramètres	Repères
Qui ?	La majorité des professionnels de la santé.
Quand ?	Pour la surveillance clinique des troubles cognitifs sur une longue période à effectuer chez les aînés se trouvant à des stades avancés de TNCM (score inférieur ou égal à 10 au MEEM-CEVQ).
Comment ?	- La procédure pour le MEEMS est présentée directement dans l'outil. Il est important de respecter chacune des consignes. - Ne pas répéter les questions. - Donner une minute maximum à l'aîné pour répondre à chaque question.
Interprétation	Le score obtenu permet de comparer l'état cognitif de l'aîné au moment de l'examen par rapport à ce qu'il était antérieurement.



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch02 > MEEMS

TABLEAU 2.9 – La procédure de passation du MEEMS (suite)

Instructions	Question d'ouverture	Réponses attendues	Score
Attribuer 2 points pour le respect de la consigne jusqu'au stop et 1 point si la consigne est respectée mais non maintenue jusqu'au stop.	1. Fermez les yeux. 2. Levez la main.	Fermez les yeux : ____/2 Levez la main : ____/2	____/4
Poser la question d'ouverture. Accepter le nom de mariage pour la femme mariée. Attribuer 2 points lorsque la réponse est complète (nom et prénom). Déduire éventuellement 1 point pour le nom ou le prénom si la lisibilité est médiocre ou s'il manque des lettres.	Pourriez-vous écrire votre nom ?	Nom : ____/2 Prénom : ____/2 <i>Ne pas oublier d'évaluer la lisibilité et la présence de toutes les lettres.</i>	____/4
Poser la question d'ouverture. Le cercle doit être fermé, mais peut être légèrement ovale. La taille est sans importance.	Pourriez-vous dessiner un cercle ?	Cercle fermé : ____	____/1
Poser la question d'ouverture en présentant la figure 2.3. Le carré doit avoir quatre côtés et peut être rectangulaire.	Pourriez-vous copier ce dessin ?	Dessin à quatre côtés : ____	____/1
Poser la question d'ouverture. Attribuer 1 point pour 2 animaux, 2 points pour 4 animaux et 3 points pour 5 animaux et plus.	Pourriez-vous citer le plus d'animaux possible en une minute ?	_____ _____ _____ _____ _____	____/3
Poser la question d'ouverture. Attribuer 1 point par lettre bien placée.	Pourriez-vous épeler le mot « bol » ?	B : ____ O : ____ L : ____	____/3
	SCORE TOTAL		____/30

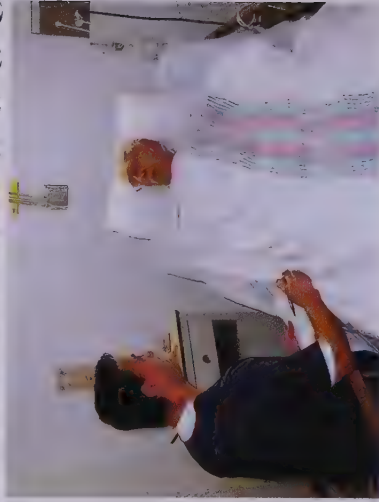
Recopiez cette figure :



FIGURE 2.3

Le test de copie de dessin du MEEEM pour cas sévère

Source : C. Triville et L. Lacoste (2004). Le SMMSE, un nouveau test de passation rapide pour les démences sévères. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, 4(20), avril, 49-50.



L'interviewer prend toujours soin de s'asseoir lorsqu'il effectue un test cognitif, afin de montrer sa disponibilité ; les résultats de l'aîné déclinent en effet s'il sent qu'on le presse à répondre aux questions.

2.4 LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL

En ce qui concerne l'examen physique gériatrique touchant à l'état mental, l'infirmière doit avoir une bonne maîtrise des états pathologiques que connaît le plus fréquemment l'ainé. Elle doit inscrire

ses observations objectivables dans la section « inspection » de l'examen physique. Le **tableau 2.10** résume les problèmes mentaux les plus fréquents chez l'ainé.

TABLEAU 2.10 – Le tableau synthèse des troubles de l'état mental

Problème de santé	Caractéristiques	Apparition des signes	Conscience de l'état de conscience (oui/non)	Évolution	Reversibilité	Impact fonctionnel
TNCM de type Alzheimer		Années	Non		Irréversibles	■ Mémoire ■ Désorientation ■ Impact fonctionnel
TNCM vasculaire		Jours (AVC) Années (multi-infarctus)	Non	  	Réversibles et irréversibles	■ Cognition imprévisible ■ Signes et symptômes focaux ■ Modification de la démarche ■ Incontinence urinaire ■ Habilité émotionnelle

TNCM de type frontotemporal	Années	Non		Irréversibles	■ Désinhibition des comportements ■ Indifférence émotionnelle ■ Modification de la personnalité ■ Au début, conservation de certaines capacités cognitives (apprentissage, mémoire, fonction sensori-motrice) ■ Altération du langage
TNCM à corps de Lewy	Années	Oui		Irréversibles	■ Fluctuation de l'attention et de l'état de conscience ■ Hallucinations ■ Parkinsonisme ■ Chutes ■ Sensibilité aux antipsychotiques
Delirium (Voir chapitre 4)	Heures/ jours	Oui		Réversibles	■ Inattention, perturbation de l'état de conscience. Installation rapide et fluctuation des symptômes
Dépression (Voir chapitre 5)	Semaines/ mois	Non		Réversibles	■ Profil dépressif

2.5 DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

Nous vous proposons ici deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier :

- a) dans une situation aiguë de trouble cognitif et
- b) dans une situation de suivi d'un TNCM.

Situation aiguë de trouble cognitif avec PQRSU de type journaliste

NOTE AU DOSSIER DU 10 AVRIL 2017

Examen clinique de l'état mental en situation aiguë

Malaise dominant: trouble de mémoire

Anamnèse

P Changement récent des hypoglycémiants, sous stimulation. Aucune mesure palliative.

Q Cherche ses mots, perd souvent des objets. Impact fonctionnel: ne fait plus son épicerie seule.

R: Sans objet.

S Fatigue, difficulté d'endormissement.

T Depuis plus d'un an et constant. Chaque semaine, elle note des troubles de mémoire qui surviennent à différents moments de la journée.

U: Ne sait pas ce qui lui arrive.

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentive, aucun changement dans la dernière semaine sur les plans de l'autonomie, de l'état mental et du comportement. Résultat anormal au test de l'horloge selon la méthode Watson : 5/7.

Interventions

Médecin avisé et PFI ajusté.

Plan thérapeutique infirmier (PTI)

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-03-01	10:00	1	Problème d'adhésion aux traitements	PV				Pharmacien
2017-04-01	10:00	2	Trouble cognitif	PV				MD

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-03-01	10 00	1	Évaluer l'adhésion aux traitements par inf.	PV			
2017-04-01	10 00	2	Évaluer l'état mental avec le MEEM-CEVQ et l'autonomie avec le SMAF tous les 6 mois par inf.	PV			
		2	Enseigner les principes de communication de base [Dir. verbale famille].	PV			
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Philippe Voyer, inf., Ph.D.		PV	GMF				

Situation de suivi de TNCM

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen clinique de suivi de l'état mental pour TNCM

Anamnèse

- Rapporte : trous de mémoire occasionnels, désorientation dans le temps et anxiété concernant ses problèmes de mémoire.
- Ne rapporte pas : désorientation spatiale, difficultés avec les AVQ ni de trouble de perception et de SCPD.

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentif, 16/30 au MEEM-CEVQ (dernier MEEM-CEVQ réalisé le 2016-01-05 : score de 20/30).

Interventions

PTI maintenu.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-04-01	10 00	1	TNCM de forme Alzheimer (2014) stade 5	PV				

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017 04-01	10 00	1	Appliquer les principes de la stimulation cognitive au quotidien (Dir. p. trav. PAB).	PV			
		1	Evaluer l'état mental avec le MEEM-CEVQ tous les ans par inf.	PV			
Signature de l'infirmière				Initiales	Programme/Service		
Philippe Voyer, inf., Ph.D.				PV	Résidence intermédiaire		



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch02

- > Formulaire Examen clinique des troubles cognitifs
- > Instructions pour le test de l'horloge selon la méthode Watson
- > Instructions pour le test de fluence verbale
- > Formulaire pour réaliser le Mini-Cog
- > Test des 5 mots de Dubois
- > Mini-examen de l'état mental (MEEM) version CEVQ
- > Test Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- > Test MEEM pour cas sévère

CHAPITRE 3

LES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX
ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DEMENCE

3.1	Les principes d'évaluation	62
	Tableau 3.1	64
	Utiliser la bonne approche de l'ainé présentant des SCPD	
	Encadré 3.1	68
	Le recadrage est-il possible ?	
3.2	L'histoire biographique de l'ainé	68
	Tableau 3.2	69
	Les questions pour réaliser une histoire biographique	
3.3	La description des SCPD	71
	Tableau 3.3	72
	Le guide d'utilisation de l'IACM	
	Tableau 3.4	73
	L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (Version A)	
3.4	L'examen clinique infirmier dans le contexte des SCPD	77
3.5	Pour les cas complexes : la grille d'observation clinique	78
	Tableau 3.5	79
	Procédure d'utilisation d'une grille d'observation clinique	
	Tableau 3.6	80
	La grille d'observation clinique (GOC)	
	Tableau 3.7	81
	Les questions à se poser en remplissant la GOC	
	Tableau 3.8	83
	La méthode à suivre pour l'analyse d'une GOC	
3.6	Le plan thérapeutique infirmier.....	85
	Tableau 3.9	86
	Une liste non exhaustive d'interventions non pharmacologiques	
3.7	Exemple de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier.....	90
	Contenu numérique	94

3.1 LES PRINCIPES D'ÉVALUATION

Lorsqu'un aîné atteint d'un trouble neurocognitif majeur (TNCM) présente des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), l'infirmière doit d'abord se demander si l'ap-proche des soignants est adaptée à la présente situation avant de se lancer dans une évaluation plus approfondie (**figure 3.1**). Les soignants appliquent ils la bonne stratégie pour cet aîné (validation, diversion, stratégies décisionnelles, méthode discontinue, écoute active adaptée notamment) (voir le **tableau 3.1**) ? Ensuite, l'infirmière doit se demander dans quelle mesure il est nécessaire d'intervenir et appliquer ainsi le principe du recadrage (**encadré 3.1**). Si l'approche des soignants est adéquate et que le recadrage est impossible, elle doit effectuer une évaluation approfondie de l'aîné afin de préparer un plan d'interventions



L'examen buccodentaire fait partie de la recherche des causes sous-jacentes des SCPD ; une carie pourrait en effet occasionner de la douleur et ainsi être à l'origine de comportements de type agressif chez un aîné atteint d'un TNCM.

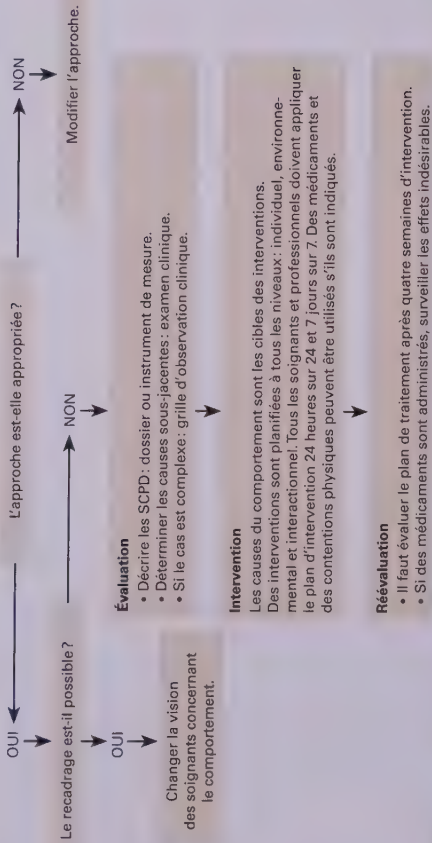


FIGURE 3.1

L'arbre décisionnel pour la prise en charge des SCPD

TABLEAU 3.1 – Utiliser la bonne approche de l'ainé présentant des SCPD

Nom de l'approche	Description de l'approche	Indications pour recourir à cette approche
Principes de communication de base	Respecter l'application de principes de base de la communication avec un aîné présentant des troubles cognitifs. 🍷 CHAP. 27 En bref, il faut : ■ Appeler l'ainé par son nom de famille. ■ Vouvoyer l'ainé. ■ Éviter l'infantilisation. ■ Frapper à la porte : capture attentionnelle. ■ Demander la permission d'entrer. ■ Adopter une attitude calme et souriante. ■ Éviter d'envahir rapidement l'espace personnel. ■ Ne pas confronter l'ainé en mettant en évidence ses oublis. ■ Féliciter et encourager. ■ Expliquer les sensations à venir, ne pas surprendre.	En tout temps.
Histoire biographique	Il est important de produire l'histoire biographique de l'ainé, car une meilleure compréhension de la personnalité et des particularités de l'ainé permet de prévenir les SCPD. 🍷 CHAP. 27	En tout temps.
Environnement	Il faut tenir compte du niveau de stimulation offert par l'environnement. La surstimulation et la sous-stimulation sont deux causes fréquentes des SCPD. Il faut viser une variation constante du niveau de stimulation. 🍷 CHAP. 27	En tout temps.

Écoute active adaptée	Cette approche vise à aider l'ainé atteint de problèmes cognitifs importants à tenir une conversation et à s'exprimer. 🧡 CHAP. 4 • Le contenu de la conversation est secondaire. • Il faut simuler une conversation réelle : émetteur-récepteur. ■ L'objectif est de manifester un intérêt envers la personne et de lui donner une rétroaction inconditionnellement positive. • Vous avez raison... • Je suis d'accord avec vous. • Ça, c'est vrai !	Cette approche est particulièrement utile lorsqu'un aîné a besoin de contacts sociaux, qu'il souhaite parler, mais que ses propos sont incohérents. Il est préférable d'utiliser cette approche au lieu de lui dire qu'on ne le comprend pas.
Stratégies décisionnelles	Cette approche offre à l'ainé la possibilité de prendre des décisions. L'intervenant doit toujours demander la permission à l'ainé avant d'exécuter une intervention. L'intervenant offre à l'ainé plusieurs occasions de faire des choix : ■ Demander la permission avant d'entrer dans la chambre. ■ Proposer de prendre une marche. ■ Laisser le choix du linge pour s'habiller. ■ Laisser choisir le moment du repas et le type de collation.	Cette approche est fort utile auprès de l'ainé : ■ autoritaire ■ dont le travail consistait à donner des directives, des ordres, etc. ■ à la personnalité prémorbidement contrôlante, rigide.
Diversión	Cette approche consiste à amener l'ainé à diriger son attention sur une pensée, un objet ou une activité particulière afin de l'éloigner d'une pensée envahissante. Plus la pensée, l'objet, ou l'activité suggérée, sont choisis en fonction de son histoire biographique, plus la diversion sera efficace. 🧡 CHAP. 27 ■ Choisir un thème pertinent pour l'ainé (par exemple : la pêche). ■ Accompagner cette approche verbale d'un élément de diversion tangible (par exemple, en plus de lui parler de la pêche, recourir à une vraie canne à pêche).	Cette approche est utile lorsque l'ainé a une idée fixe qui l'amène à avoir un comportement dérangeant (par exemple : entre toujours dans la chambre d'un autre patient) et qu'on souhaite lui faire changer son comportement.

TABLEAU 3.1 – Utiliser la bonne approche de l'ainé présentant des SPCD (suite)

		La validation et le toucher sont des approches
Validation	Approche qui vise à identifier les émotions de l'ainé, les reconnaître et lui permettre de les exprimer. Cette approche est appropriée pour les aînés aux stades plus avancés d'un TNCM. 🧡 CHAP. 27 ■ Le but est de rassurer l'ainé qui vit une situation difficile. ■ La thérapie de la validation indique qu'il faut, dans ces circonstances, aller rejoindre l'ainé dans sa réalité, là où il est.	Cette approche est particulièrement utile lorsque l'ainé a des hallucinations, des illusions ou idées délirantes. De même, elle peut être utile lorsque l'ainé a peur en raison de sa désorientation spatiale.
Toucher	Approche visant à communiquer de l'affection, du réconfort et de la tendresse au moyen du toucher. 🧡 CHAP. 27 ■ Plus les déficits cognitifs de l'ainé sont graves, plus le toucher affectif devient un outil important de communication.	Cette approche est utile, entre autres, lorsque l'ainé vit des peurs, des émotions intenses, de l'ennui et de l'isolement.
Méthode discontinue	Approche visant à s'adapter aux capacités d'attention et au comportement de l'ainé en ajustant constamment le rythme du soin. Le soin est fragmenté de manière à diminuer le stress ainsi que la fatigue physique et attentionnelle de l'ainé. 🧡 CHAP. 29	Cette approche est particulièrement pertinente chez l'ainé qui a une capacité d'attention limitée et qui reçoit des soins de plus de 5 minutes qui sont complexes pour lui (soins d'hygiène, changement d'un pansement).
Gestion du refus	Approche qui vise à se doter d'une stratégie visant à gérer humainement et efficacement le refus d'un aîné atteint d'un TNCM (voir figure 3.2).	Cette approche est utile dans toutes les situations où l'ainé, en raison d'un problème de compréhension lié à un TNCM, présente un refus (refus de prendre ses médicaments, refus de se laver, refus de manger, etc.).

Le patient manifeste son refus (résistance verbale ou physique).

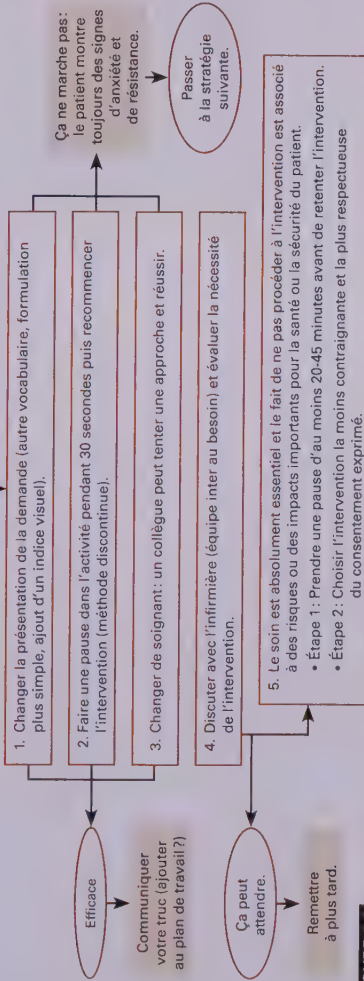


FIGURE 3.2

La gestion du refus

Source : Philippe Voyer, Faculté des sciences infirmières, Université Laval. Document préparé par Guylaine Belzil et Nadia Duchaine, CSSS Alphonse-Desjardins.

ENCADRÉ 3.1 – Le recadrage est-il possible ?

Le recadrage consiste à considérer le comportement sous un autre angle.

- Le SCPD entraîne-t-il un risque pour l'ainé ou pour autrui ?
- L'ainé présente-t-il des signes de détresse psychologique ?
- Des réponses négatives à ces questions suggèrent que le recadrage peut être possible.
- Considérer aussi ces statistiques :
 - Durée moyenne des SCPD : 2 mois et 9 jours.
 - 64 % des SCPD durent moins de 3 mois.

3.2 L'HISTOIRE BIOGRAPHIQUE DE L'AINÉ

L'entrevue portant sur la vie de l'ainé permet de mieux connaître la personne atteinte d'un TNCM. Elle permet de comprendre ses comportements et favorise l'élaboration de stratégies d'interventions appropriées. **CHAP. 27** L'histoire biographique devrait être faite de façon systématique chez tous les ainés atteints de

TNCM. Lors de l'entrevue, l'infirmière évoque divers thèmes. Le **tableau 3.2** présente un exemple de questions permettant de réaliser une histoire biographique. Ce tableau se trouve aussi dans le contenu en ligne.



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch03
> Histoire biographique



Lors de l'entrevue, la famille prend généralement une grande place dans le récit de vie.

TABLEAU 3.2 – Les questions pour réaliser une histoire biographique

HISTOIRE BIOGRAPHIQUE			
Établissement:		Complétée par:	
Unité:		Date:	
Personne ressource:			
Catégories	Exemples de questions types	Informations recueillies	
Famille	■ Combien d'enfants et de petits-enfants la personne a-t-elle ? ■ Combien de frères et de sœurs a-t-elle ? ■ Quel type de relation la personne entretient-elle avec sa famille ? ■ Connaît-elle des conflits familiaux ? ■ A-t-elle des amis proches en dehors des membres de la famille ? ■ Reçoit-elle de la visite ? De qui, à quelle fréquence et pendant combien de temps ?		
Provenance	■ Dans quelle ville la personne est-elle née ? ■ Dans quelle ville la personne a-t-elle habité la plus grande partie de sa vie ? ■ Quel était le type de résidence de la personne (maison, logement) ? ■ La personne aimait-elle particulièrement un lieu ?		
Travail	■ Quel était le métier de la personne ? ■ Quel est son niveau de scolarité ? ■ Quelle école a-t-elle fréquentée ? ■ S'est-elle engagée dans des activités de bénévolat ?		
Passions	■ Qu'est-ce qui stimule la personne ? ■ Quelles sont ses passions ?		

TABLEAU 3.2 ~ Les questions pour réaliser une histoire biographique (suite)

Catégories	Exemples de questions types	Informations recueillies
Passions (suite)	- Quelles étaient les activités dans lesquelles elle investissait le plus de temps ? - Quels étaient ses divertissements et ses occupations à la retraite ?	
Réalisations	- De quoi la personne est-elle la plus fière, selon vous ? - Quelles sont ses plus grandes réalisations personnelles ? - Quelles sont ses plus grandes réalisations professionnelles ?	
Habitudes de vie et routine	- Quelles sont les habitudes alimentaires de la personne (heure des repas, collations, aliments préférés, boissons préférées, hydratation, etc.) ? - Quelles sont ses préférences en matière d'hygiène (douche ou bain, moment de la journée) ? - Quelles sont ses habitudes de sommeil et sa routine (heure du coucher, activités précédant le coucher, siestes, etc.) ? - La personne pratique-t-elle un sport ? - Aime-t-elle faire des activités extérieures ? - Quelles sont ses habitudes de marche ? - Etc.	
Événements importants	- Quels sont les événements importants dans la vie de la personne (mariage, enfants, retraite, décès, etc.) ? - Quels sont les événements les plus heureux de sa vie ? - Quels sont les événements les plus tristes de sa vie ? - Quelles ont été les épreuves les plus difficiles de sa vie ?	
Personnalité et qualités personnelles	- Quel genre de personne est-elle (solitaire, sociable, fonceuse, douce, intellectuelle, ricaneuse, triste, sérieuse) ? - Comment réagit-elle dans les situations difficiles ?	

- Qu'est-ce qu'elle aime ou déteste chez les autres ?
- Quelles sont ses qualités ?
- Quels sont ses défauts ?

Source : Produit par Karine Labarre, inf. M.Sc., conseillère-cadre au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, d'après P. Voyer (2005).
 Les milieux de soins et les symptômes comportementaux de la démence. Dans P. Landreville, F. Rousseau, J. Vézina et P. Voyer (dir.),
Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (p. 309-343). Saint-Hyacinthe : EDISEM

3.3 LA DESCRIPTION DES SCDP

L'infirmière détermine la fréquence des SCDP et établit un bilan en se servant de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. Elle doit effectuer de nouveau cet inventaire après avoir appliqué son plan d'intervention afin d'en déterminer l'efficacité.

Le bilan : inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield

Parmi les divers outils permettant d'établir un bilan des SCDP, l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM) est l'un des plus appropriés et des plus valides. La meilleure méthode pour effectuer l'IACM est de se baser sur les comportements des deux dernières semaines (voir le **tableau 3.3**). Toutefois, selon son milieu clinique,

l'infirmière peut choisir une autre période qui lui permettra d'obtenir une mesure adéquate. Par exemple, elle peut choisir de faire un inventaire le jour, ou un inventaire le soir, ou encore un inventaire la nuit, en se basant sur les comportements de la semaine précédente. Bien que cette façon de faire ne soit pas idéale sur le plan scientifique, il s'agit d'une bonne méthode selon la réalité clinique de la pratique de l'infirmière.  **CHAP. 27** Dans le **tableau 3.4**, nous présentons la version A de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. Cette version est très détaillée et s'adresse aux infirmières qui commencent à l'utiliser. Dans le contenu en ligne, vous trouverez aussi une seconde version qui est plus épurée et qui s'adresse aux personnes d'expérience (version B).



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch03
 > IACM version A
 > IACM version B

TABLEAU 3.3 – Le guide d'utilisation de l'IACM

Paramètres	Notes
Qui ?	Dans les milieux cliniques, c'est généralement une infirmière qui prend la décision de recourir à l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield.
Quand ?	L'infirmière emploie cet outil pour tracer un profil complet et valide des comportements d'agitation d'un aîné atteint d'un TNCM avant d'entreprendre des traitements non pharmacologiques ou pharmacologiques. Environ quatre semaines après le début du traitement (selon le contexte de pratique), l'infirmière procède à un nouvel inventaire pour évaluer l'efficacité de l'approche thérapeutique.
Comment ?	Idéalement, l'infirmière sollicite tous les intervenants qui donnent des soins à l'aîné pour compléter l'IACM. Mais surtout, elle demande aux proches, à l'infirmière auxiliaire et au préposé aux bénéficiaires de participer au processus, car ils passent beaucoup de temps avec l'aîné évalué. Ensemble, ils vont attribuer une cote pour chacun des 29 comportements énumérés dans l'IACM. ▪ Comme les comportements varient au cours de la journée, il est souhaitable de faire un inventaire pour chacun des quarts de travail. ▪ Selon le contexte de pratique, l'infirmière peut consulter les notes au dossier afin d'y déceler d'autres SCPD.
Interprétation	L'addition des cotes permet d'obtenir le total correspondant au profil individuel de l'aîné (figure 3.3). Plus la cote totale est élevée, plus l'aîné manifeste de l'agitation et plus ces comportements agités sont fréquents. Quand l'infirmière recalcule le profil comportemental de l'aîné quatre semaines plus tard, elle compare les deux cotes obtenues. Par exemple, si l'aîné a une cote de 70 puis, quatre semaines plus tard, une cote de 35, cela signifie que son profil comportemental s'est amélioré de 50 %. Une réduction de 25 à 50 % des SCPD indique que le traitement est efficace.

TABEAU 3.4 – L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (Version A)

Indiquez, pour chaque aîné, la fréquence à laquelle il a manifesté chacun des comportements suivants durant votre quart de travail, au cours des deux dernières semaines. Notez le chiffre correspondant à la meilleure réponse en vous référant aux définitions suivantes :

1. Ce comportement ne s'est jamais manifesté.
2. Ce comportement s'est manifesté moins d'une fois par semaine.
3. Ce comportement s'est manifesté une ou deux fois par semaine.
4. Ce comportement s'est manifesté plusieurs fois par semaine.
5. Ce comportement s'est manifesté une ou deux fois par jour.
6. Ce comportement s'est manifesté plusieurs fois par jour.
7. Ce comportement s'est manifesté plusieurs fois par heure.

Niveau	Comportement	Précisions et exemples	Groupe 1 à 3
1	Faire les cent pas	Marcher continuellement, faire des promenades à pied ou en fauteuil roulant sans intention précise, errer. <i>Exclure : les promenades à pied ayant un but.</i>	
2	Habillage ou déshabillage inapproprié	Mettre plusieurs couches de vêtements, mettre les vêtements de manière bizarre (p. ex., le pantalon sur la tête), enlever ses vêtements en public. Avoir un agir inapproprié. <i>Si les parties génitales seulement sont exposées, noter cette observation avec le comportement 24 sur les avances sexuelles physiques.</i>	
3	Cracher	Cracher sur le plancher, sur les personnes, etc. Ne pas inclure : une salivation incontrôlable, ou cracher dans un mouchoir en papier, dans les toilettes ou à l'extérieur.	
4	Sacer ou agresser verbalement	Jurer, proférer des paroles obscènes, des paroles de profanation, avoir des propos méchants ou critiques, exprimer verbalement sa colère, avoir des propos agressifs. <i>Les bruits intelligibles doivent être notés avec le comportement 11 sur les bruits étranges.</i>	

TABLEAU 3.4 – L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (Version A) (suite)

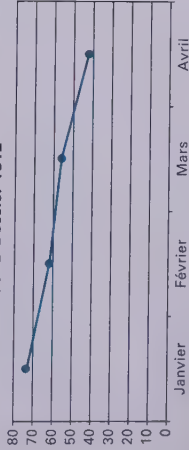
Numéro	Comportement	Précisions et exemples	Cote de 1 à 7
5	Demandes constantes d'attention	Émettre des requêtes verbales ou non verbales déraisonnables, tenaces, suppliantes, exigeantes.	
6	Répétition de phrases ou de questions	Répéter de façon continue la même phrase ou question, à une personne en particulier ou non. <i>Noter les plaintes, même si elles sont orientées ou possiblement justifiées, avec le comportement 16.</i>	
7	Frapper	Maltraiter physiquement quelqu'un, frapper les autres, pincer, donner des coups sur soi ou sur ses affaires personnelles.	
8	Donner des coups de pied	Frapper énergiquement avec le pied les personnes ou les objets.	
9	Empoigner	Saisir les autres, les agripper rudement, les prendre solidement ou les tirer d'un coup sec.	
10	Pousser	Pousser les autres avec force, les bousculer, les déplacer en les poussant contre quelque chose.	
11	Émettre des bruits étranges	Rire de façon bizarre, grincer des dents, marmotner, avoir des discours incompréhensibles, faire des bruits avec la bouche. <i>Ne pas inclure les mots intelligibles.</i>	
12	Crier	Pousser des cris perçants, hurler, émettre des sons stridents.	
13	Egratigner	Se griffer soi-même ou griffer les autres, gratter ou érafler avec ses ongles.	
14	Essayer de se rendre ailleurs	Entrer dans un endroit ou quitter un lieu inapproprié dans la situation, comme essayer de quitter l'établissement, sortir de la maison, sortir en douce de la chambre, essayer d'entrer dans un lieu fermé, entrer sans permission à l'intérieur d'une unité de soins, d'un bureau, de la chambre ou des toilettes d'un autre patient.	

15	Turbulence générale	Ne pas tenir en place, bouger continuellement autour de sa chaise, se lever et s'asseoir, être incapable de rester tranquille.	
16	Se plaindre	Gémir, se plaindre à propos de soi-même, exprimer des plaintes somatiques, se faire des reproches à soi-même, se plaindre de l'environnement physique ou des autres.	
17	Négativisme	Avoir une mauvaise attitude, ne rien aimer, trouver que rien n'est correct. <i>Exclure les colères verbales flagrantes/manifestes et les noter avec le comportement 4 sur l'agression verbale.</i>	
18	Manipuler des choses incorrectement	Ramasser des choses appartenant à quelqu'un d'autre, fouiller dans la commode d'une autre personne, déplacer les objets, jouer avec la nourriture, jouer avec ses selles.	
19	Cacher des choses	Placer des objets hors de la vue, sous ou derrière quelque chose.	
20	Amasser des choses	Mettre beaucoup de choses ou des objets inappropriés dans un sac à main, ses poches ou sa commode.	
21	Déchirer ou arracher des choses	Déchiqueter, déchirer, briser, piétiner quelque chose.	
22	Maniérisme répétitif	Faire des mouvements stéréotypés comme tapoter, frapper, se balancer avec quelque chose, tripoter quelque chose, se frotter ou frotter des objets, sucer ses doigts, mettre ses souliers puis les enlever, arracher ses vêtements, prendre des objets imaginaires, manipuler des objets de manière répétitive.	
23	Avances sexuelles verbales	Faire des propositions sexuelles, des insinuations d'ordre sexuel, avoir des propos à teneur sexuelle.	

TABEAU 3.4 – L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (Version A) (suite)

Numéro	Comportement	Description et exemples	Cote de 1 à 7
24	Avances sexuelles physiques	Toucher une personne avec une intention sexuelle inappropriée, se frotter les parties génitales, se masturber lorsqu'on n'est pas seul dans sa chambre ou dans la salle de bains, avoir des gestes affectueux avec quelqu'un qui ne le veut pas.	
25	Chuter intentionnellement	Faire exprès de tomber sur le plancher, de la position debout, mais aussi du fauteuil roulant, d'une chaise ou d'un lit.	
26	Lancer des choses	Jeter des objets avec violence, lancer violemment des objets dans les airs, renverser quelque chose, lancer de la nourriture.	
27	Mordre	Mordre les autres ou soi-même.	
28	Manger des substances inappropriées	Mettre des choses inappropriées dans sa bouche et essayer de les avaler.	
29	Se faire mal à soi-même	Se brûler soi-même ou brûler les autres, se couper soi-même ou couper les autres, porter atteinte à soi-même ou aux autres avec des objets dangereux.	
Total			

Source: Adapté de S. Deslauriers, P. Landreville, I. Dicaire et R. Verreault (2001). Validité et fidélité de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *Canadian Journal of Aging/la revue canadienne du vieillissement*, 20(3), 384.

**FIGURE 3.3****Exemple de graphique évolutif des comportements**

Avec un score noté sur une échelle, l'infirmière peut tracer un graphique évolutif des comportements de l'ainé.

3.4 L'EXAMEN CLINIQUE INFIRMIER DANS LE CONTEXTE DES SCPD

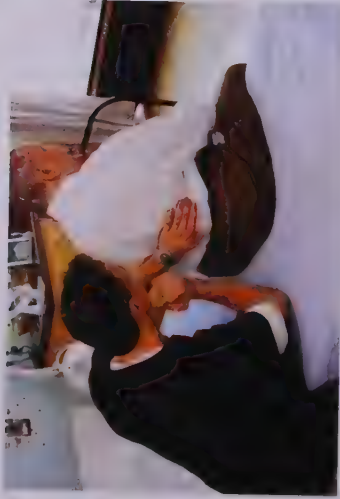
L'infirmière qui effectue un examen clinique dans le contexte des SCPD le fait dans le but de déterminer les causes biopsychologiques potentielles des SCPD. Elle doit pour cela s'intéresser à divers paramètres : l'état mental (état de conscience et attention), l'hygiène buccodentaire, l'hydratation, la santé cardiaque, la santé pulmonaire, l'élimination, la douleur, et faire les examens correspondants. Dans le matériel en ligne, vous trouverez deux formulaires. Le premier décrit l'examen clinique infirmier de 1^{re} ligne pour l'évaluation des SCPD. Le deuxième décrit l'examen clinique infirmier de 2^e ligne pour l'évaluation des SCPD. L'infirmière doit porter une attention particulière aux manifestations éventuelles de la douleur (voir le chapitre 11). **CHAP. 23**



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch03
> Formulaire SCPD 1^{re} ligne
> Formulaire SCPD 2^e ligne

En plus de l'examen clinique, l'infirmière doit s'appuyer sur l'histoire biographique de l'ainé pour comprendre son profil et choisir les interventions appropriées.

L'examen physique est essentiel pour reconnaître les causes sous-jacentes potentielles des SCPD, telles qu'une pneumonie ou une pyélonéphrite.



3.5 POUR LES CAS COMPLEXES : LA GRILLE D'OBSERVATION CLINIQUE

Dans le cas de SCPD complexes, l'infirmière peut recourir à la grille d'observation clinique (GOC) pour SCPD complexes. Le **tableau 3.5** présente la procédure d'utilisation de la GOC, le **tableau 3.6** décrit

la GOC proprement dite, le **tableau 3.7** énumère les questions à se poser en remplissant la GOC et, finalement, le **tableau 3.8** présente la méthode pour effectuer l'analyse d'une GOC.

TABEAU 3.5 – Procédure d'utilisation d'une grille d'observation clinique

Paramètres	Règles
Qui ?	Dans les milieux cliniques, c'est généralement l'infirmière qui prend la décision d'utiliser la GOC pour SCPD complexes. Le contenu de la GOC est rempli par l'intervenant témoin du SCPD.
Quand ?	L'infirmière a recours à une GOC lorsque l'examen clinique infirmier et les examens médicaux n'ont pas permis de déterminer des causes sous-jacentes au SCPD. La grille lui permet de trouver des pistes d'intervention. On ne devrait recourir à la GOC que dans environ 5 % des cas de SCPD, car on peut résoudre la majorité des cas sans elle. Il faut donc l'utiliser avec parcimonie et uniquement en cas de nécessité absolue, à cause du temps requis.
Comment ?	■ On laisse des grilles vierges au chevet de l'ainé ou près de sa porte. ■ Il est important de bien expliquer aux infirmières auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires la façon de remplir la GOC pour en retirer toutes les informations pertinentes possible. Par exemple, pour établir la signification du comportement, il faut faire une bonne analyse de ce comportement et de la situation, car des hypothèses justes permettent d'élaborer des plans d'intervention adaptés. ■ Généralement, la grille est remplie sur une période de 72 heures. Mais, si après 3 jours, une seule GOC a été remplie, il est préférable d'attendre qu'au moins 4 à 5 GOC aient été remplies. Sinon, l'analyse ne permettra pas de dégager des hypothèses intéressantes.
Interprétation	Lorsque l'infirmière analyse les GOC remplies, elle cherche à repérer d'éventuels contextes d'apparition similaires des SCPD. Elle examine également l'environnement global dans lequel les SCPD se manifestent le plus souvent. Enfin, elle prend note des interventions des soignants les plus efficaces, selon le type de SCPD et le contexte. À partir de cette analyse, elle pourra proposer un nouveau plan de traitement.



TABLEAU 3.6 – La grille d’observation clinique (GOC)

Tableau d’observation clinique : du			au
Raison d’utilisation de la grille :			
1	Heure : Durée : Signification :	Description : Personnes présentes : ■ Nombre : ■ Qui : Environnement : ■ Luminosité : faible – normale – forte ■ Bruit : faible – normal – fort ■ Température : froide – normale – chaude Interactions : ■ Degré de contrôle de la personne sur l’activité en cours : SCPD lors d’un soin : Cumul des stresseurs :	Conséquences – interventions : Résultats :

TABEAU 3.7 – Les questions à se poser en remplissant la GOC

Tableau d'observation clinique : du				au	
Raison d'utilisation de la grille :					
Heure et durée	Description objective du comportement Signification du point de vue du patient	Personnes présentes	Conséquences du comportement Interventions (ce qui a été fait) Résultats des interventions		
Date : 12 mai Heure : 14 h 45 Durée : 5 min	Description : ■ Décrire précisément le comportement observé. ■ Ex. : M. Simard a lancé un objet dans sa chambre. Signification : ■ Émettre une hypothèse susceptible d'expliquer le comportement observé. ■ Ex. : Il s'est probablement senti agressé.	Personnes présentes : ■ Combien de personnes étaient présentes lorsque le comportement a été observé ? ■ Ex. : Trois personnes. ■ Qui étaient ces personnes ? ■ Ex. : Un préposé aux bénéficiaires, une infirmière et une autre personne soignée. Environnement : ■ Encercler les réponses (voir le tableau 3.6). Interactions : ■ La personne maîtrisait-elle la situation qui a provoqué le comportement ? ■ Ex. : Ce comportement se manifeste lors de la prise de médication. L'ainé n'a pas de pouvoir sur l'activité, car il est obligé de prendre ses médicaments.	Conséquences : ■ Conséquemment à son comportement, l'ainé a-t-il été gratifié ou a-t-il plutôt perdu un privilège ? ■ Ex. : Un soignant s'est présenté dans la chambre. Ainsi, ayant reçu une visite, M. Simard a été gratifié à la suite de son comportement. Interventions : ■ Quelle a été l'intervention du soignant ? ■ Ex. : En réaction aux cris, le soignant a quitté la pièce. Résultats : ■ Quel a été l'effet de cette intervention ? ■ Ex. : La personne s'est calmée après cinq minutes de relaxation dans sa chambre.		

TABLEAU 3.7 – Les questions à se poser en remplissant la GOC (suite)

Tableau d'observation clinique : du		au	
Raison d'utilisation de la grille :			
	</		

Source : Produit par Manon Turcotte, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, à partir de P Voyer (2005) Les milieux de soins et les symptômes comportementaux de la démence Dans P Landreville, F Rousseau, J. Vézina et P. Voyer (d.r.), Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (p. 309-343). Saint-Hyacinthe : FDISEM

TABEAU 3.8 – La méthode à suivre pour l'analyse d'une GOC

Catégories	Questions/réflexions	Analyse/ce que cela permet
Nature du comportement	■ Quels sont les comportements observés ? ■ Y a-t-il un profil de comportements ? ■ Quelle est la signification du comportement du point de vue de l'ainé (hypothèse) ?	■ Déterminer le profil de comportement de la personne (de type agressif, par exemple). ■ Cerner les facteurs pouvant être associés à ce profil et empêcher la personne d'être exposée à ces facteurs. ■ Faire des liens avec ses habitudes de vie antérieures ou les événements importants de sa vie (hypothèse).
Moment, durée et fréquence du comportement	■ Quels sont les comportements les plus souvent observés ? ■ Quelles sont la fréquence et la durée des comportements ? ■ À quelle heure se produisent-ils ? ■ Se produisent-ils toujours aux mêmes heures ?	■ Concentrer les efforts sur les comportements les plus pertinents. ■ Déterminer les moments les plus critiques et chercher à comprendre ce qui se produit alors.
Éléments déclencheurs	■ Quels sont les principaux éléments déclencheurs ? ■ Est-ce que les comportements sont liés à un besoin de base insatisfait, à une douleur, à un soin perçu comme agressant, à une habitude de vie non respectée, à une consigne trop exigeante, à une sous-stimulation ou surstimulation sensorielle ? ■ Quelle est l'approche dominante lors des soins ? Présente-t-elle des lacunes ?	■ Déterminer les éléments déclencheurs les plus souvent en cause et cibler les interventions pouvant les corriger. ■ Établir des liens entre les actions qui ont connu du succès et les éléments déclencheurs. ■ Prendre conscience de l'importance de l'approche soutenant chaque geste ou intervention auprès de la personne. ■ Faire des liens entre les facteurs déclencheurs et les circonstances ou les moments où ils se produisent.

TABLEAU 3.8 – La méthode à suivre pour l'analyse d'une GOC (suite)

Catégories	Questions / réflexions	Analyse / ce que cela permet
Éléments déclencheurs (suite)		▪ Vérifier si les éléments déclencheurs sont toujours les mêmes.
Contexte de soins	▪ Où se produisent les comportements ? ▪ Durant quelle activité de soins se produisent-ils ? S'agit-il toujours de la même activité ? ▪ Que signifie cette activité de soins ? Est-elle en concordance avec les habitudes de vie de la personne ?	▪ Déterminer quelles activités de soins causent des difficultés à la personne. ▪ Établir des liens entre l'activité qui pose problème et le non-respect des habitudes de vie antérieures de la personne.
Environnement physique et humain	▪ À quoi ressemble l'environnement physique lorsque se produisent les comportements ? ▪ Y avait-il trop ou pas assez de stimuli avant qu'ils se produisent ? ▪ Qui se trouvait alors auprès de la personne ? ▪ Était-ce un nouveau soignant qui ne connaissait pas les habitudes de la personne ? Quelle était son attitude ?	▪ Déterminer si l'environnement est adéquat, déficient, surstimulant ou sous-stimulant. ▪ Évaluer la qualité et la quantité des interactions sociales qui peuvent entraîner une sous-stimulation ou une surstimulation. ▪ S'interroger sur l'approche soutenant chaque intervention du soignant.
Interventions bénéfiques	▪ Quelles sont les interventions les plus bénéfiques et pourquoi le sont-elles ? ▪ Est-ce qu'elles comblient un besoin de base non satisfait, diminuent la douleur que ressent l'ainé, réduisent la surcharge sensorielle ? ▪ Est-ce qu'elles sont liées à une attitude ou à une approche appropriée ?	▪ Expliquer le résultat bénéfique des actions par l'établissement de liens avec les éléments déclencheurs. ▪ Relever les attitudes et approches appropriées pour la personne et celles qui entraînent de bons résultats. ▪ Déterminer quelles interventions vont constituer le programme de soins individuels.

Interventions non bénéfiques

- Quelles sont les interventions les moins bénéfiques ? Pourquoi le sont-elles ?
- L'ont-elles toujours été dans les mêmes circonstances, le même environnement physique, avec les mêmes soignants ?

- Prendre conscience des attitudes ou approches peu bénéfiques en établissant des liens avec les résultats obtenus.
- Déterminer avec les soignants les approches et interventions à éviter.

3.6 LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

En fonction de son évaluation des SCPD, l'infirmière planifie dans son plan thérapeutique infirmier (PTI) des interventions non pharmacologiques appropriées aux causes sous-jacentes et au contexte clinique (**tableau 3.9**). Ses interventions sont justifiées par les résultats de son évaluation qui se trouve dans ses notes infirmières (voir les exemples). Ses cibles d'intervention doivent être les facteurs contribuant à l'apparition des SCPD et non les SCPD eux-mêmes. Par exemple, dans un cas d'errance, elle ne prévoira pas de contention physique pour faire cesser l'errance, mais agira plutôt sur des facteurs tels que l'ennui ou le besoin de bouger. Les interventions préventives ou thérapeutiques prévues doivent viser l'éventail des facteurs prédisposants sur le plan de l'individu, des facteurs précipitants sur le plan de l'environnement et des facteurs interactionnels (échange entre l'individu et son environnement).

Dans le contexte des SCPD, l'utilisation des médicaments psychotropes ne se justifie que si le SCPD entraîne une détresse psychologique sévère chez l'ainé ou s'il représente un danger immédiat pour la personne ou son entourage. Il faut favoriser également un usage optimal des médicaments PRN dans le contexte des SCPD (voir les **figures 3.4 et 3.5**). Il existe plusieurs types d'interventions non pharmacologiques possibles. Le **tableau 3.9** en présente une liste non exhaustive.

Le plan de traitement (interventions préventives ou thérapeutiques) doit être appliqué de manière continue, 24 heures sur 24, pendant au moins 4 semaines. Tous les soignants et les professionnels doivent y participer. On en évalue l'efficacité à l'aide d'une échelle de mesure comme l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield que nous avons présenté ici. Dans le cas d'usage de médicaments, il faudra en surveiller de près les effets indésirables.

TABLEAU 3.9 – Une liste non exhaustive d'interventions non pharmacologiques

Catégories		Approches non pharmacologiques	Effets recherchés
Approches multisensorielles		■ Stimulation sensorielle 🧡 CHAP. 37 ■ Musicothérapie 🧡 CHAP. 39 ■ Toucher 🧡 CHAP. 27 ■ Massage des mains 🧡 CHAP. 27 ■ Aromathérapie 🧡 CHAP. 27 ■ Zoothérapie 🧡 CHAP. 38 ■ Salle Snoezelen 🧡 CHAP. 27 ■ Programme BACE 🧡 CHAP. 27 ■ Luminothérapie 🧡 CHAP. 33	■ Ces approches visent à stimuler de diverses façons. ■ Elles peuvent facilement s'adapter aux différents stades duTNCM et à divers milieux cliniques.
Thérapies centrées sur l'émotion		■ Rémémiscence 🧡 CHAP. 11 ■ Thérapie de la validation 🧡 CHAP. 27 ■ Présence simulée 🧡 CHAP. 30 ■ Thérapie contre-intuitive 🧡 CHAP. 27	■ Ces approches visent à faciliter l'expression des émotions, la restauration de l'estime de soi et à réduire l'anxiété. ■ Elles peuvent facilement s'adapter aux différents stades duTNCM et à divers milieux cliniques.
Approches environnementales		■ Repères spatiaux 🧡 CHAP. 35 ■ Bruit ambiant 🧡 CHAP. 27 ■ Barrière visuelle 🧡 CHAP. 32 ■ Jardin prothétique et aire d'errance	■ Ces approches visent à adapter l'environnement physique pour compenser les pertes et stimuler les capacités cognitives.
Thérapies cognitives		■ Intervention d'orientation à la réalité 🧡 CHAP. 35 ■ Jeu stimulant la mémoire 🧡 CHAP. 37	■ Ces approches visent à stimuler la cognition, en particulier la mémoire et l'orientation. ■ Elles s'adressent principalement à des clientèles se situant à un stade précoce à modéré.

Approches centrées sur l'activité physique	■ Programme de marche 📖 CHAP. 13 ■ Séance d'exercices 📖 CHAP. 13 ■ Groupe de marche 📖 CHAP. 13	■ Ces approches visent à combler les besoins de mouvement et de stimulation.
Thérapies récréatives et occupationnelles	■ Activité d'artisanat 📖 CHAP. 37 ■ Thérapie par l'art 📖 CHAP. 37 ■ Chant et chorale 📖 CHAP. 37 ■ Thérapie occupationnelle 📖 CHAP. 32	■ Ces approches visent à augmenter l'estime de soi, à favoriser le sentiment d'utilité, à diminuer l'ennui et à répondre au besoin de stimulation.
Approches behavioristes	■ Approche comportementale 📖 CHAP. 31 ■ Approche confort-stimulation-interaction 📖 CHAP. 30	■ Ces approches visent à modifier le comportement par le renforcement positif.
Autre approche ou stratégie	■ Stratégie de diversion ou de distraction 📖 CHAP. 27	■ Cette approche vise à changer les idées délirantes ou les comportements répétitifs d'une personne atteinte d'un TNCM.

Utilisation des antipsychotiques en PRN en présence d'un trouble du comportement Démarche décisionnelle

TROUBLE DU COMPORTEMENT

L'approche est-elle appropriée ?

OUI

Le recadrage est-il possible ?

NON

OUI

Changer la perception du soignant concernant le comportement.

Des stratégies d'intervention de base sont-elles possibles ?

- Validation
- Diversion
- Modification de l'environnement
- Écoute active adaptée
- Toucher affectif
- Stratégies décisionnelles

OUI

Appliquer l'intervention et modifier le PTI en conséquence.

NON

Modifier l'approche.

NON

Y a-t-il un danger immédiat pour la personne ou pour autrui ou la personne présente-t-elle une souffrance psychologique sévère ?

OUI

Administer le PRN et compléter l'examen clinique pour identifier les causes sous-jacentes du comportement.

NON

Compléter l'examen clinique pour identifier les causes sous-jacentes.

FIGURE 3.4

Arbre décisionnel pour l'utilisation des antipsychotiques en PRN lors de SCPD

Source : Philippe Voyer, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Document préparé par l'équipe de mentorat, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

TROUBLE DU COMPORTEMENT

L'approche est-elle appropriée ?

NON

Modifier l'approche.

OUI

Des stratégies d'intervention de base sont-elles possibles ?

- Validation
- Diversion
- Modification de l'environnement
- Écoute active adaptée
- Toucher affectif
- Stratégies décisionnelles

OUI

Appliquer l'intervention et modifier le PTI en conséquence.

NON

Est-ce qu'un trouble anxieux ou du sommeil peut expliquer le comportement ?

OUI

Administer le PRN et compléter l'examen clinique pour identifier les causes sous-jacentes du comportement.

NON

Compléter l'examen clinique pour identifier les causes sous-jacentes.

NON

Le recadrage est-il possible ?

OUI

Changer la perception du soignant concernant le comportement.

FIGURE 3.5

Arbre décisionnel pour l'utilisation des benzodiazépines en PRN lors de SCPD

Source : Philippe Voyer, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
Document préparé par l'équipe de mentorat, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.

3.7 EXEMPLE DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

Situation aiguë de SCPD avec PQRSU de type enquêteur

NOTE AU DOSSIER DU 1^{ER} AVRIL 2017

Examen clinique de l'état mental en situation aiguë

Malaise dominant: errance invasive

Anamnèse

P Nouvel environnement, anxiété Aucune mesure palliative parfaitement efficace, mais erre moins lorsque son épouse est présente.

Q Marche continuellement dans le corridor et parfois entre dans les chambres des autres patients.
Impact fonctionnel plus difficile lors des repas et de l'habillement, car il veut toujours partir marcher.

R: Sans objet.

S Semble avoir peur, respire rapidement, s'ennuie selon la famille.

T Constant durant le jour depuis son admission il y a trois jours.

U: Sans objet.

Examen physique

INSPECTION

Hyperalerte et inattentif, changements soudains dans la dernière semaine au niveau de l'autonomie, de l'état mental et du comportement. Perte de poids de 2 kg dans le dernier mois (soit plus de 5 % de son poids), n'est pas dyspnéique, mais respire rapidement (FR : 23/min) (voir formulaire pour les autres signes vitaux), aucune toux et aucun signe de douleur, de fatigue ou de problèmes digestifs durant l'examen. Mange peu au repas, a présenté deux diarrhées dans les 24 dernières heures selon dossier. Pensées désorganisées et fluctuantes durant l'examen ; le CAM est positif. Aucun problème buccodentaire observé, mais signes de déshydratation présents : langue et muqueuses sèches, turgor frontal et sous-claviculaire positif. Vision et audition normales, sommeil et mobilité normaux, aucune plaie, rougeur et œdème observés.

PALPATION

Palpation superficielle et profonde de l'abdomen normale aux 4 quadrants.

AUSCULTATION

Face postérieure : LID : MVN, LIG : crépitants

Interventions

Médecin avisé et PTL ajusté.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-03-01	10:00	1	Perte d'autonomie					
2017-03-01	10:00	2	Maladie d'Alzheimer (2013)	PV				
2017-04-01	10:00	3	Perte de poids					
2017-04-01	10:00	4	Déshydratation					MD, nutrition
2017-04-01	10:00	5	Signes cliniques d'un delirium					MD, nutrition
2017-04-01	10:00	6	Errance invasive					MD
2017-04-01	10:00	7	Ennui					
2017-04-01	10:00	8	Signes cliniques d'une infection respiratoire	PV				MD

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-03-01	10:00	2	Communiquer selon les principes de la validation afin de ne pas confronter [Dir. p. trav. PAB].	PV			
2017-04-01	10:00	3	Encourager la famille à être présente lors des repas pour le stimuler à manger (Dir. verbale famille).				
		4	Offrir 60 ml d'eau à chaque fois qu'on entre dans la chambre pour 3 jours [Dir. p. trav. PAB].				
		4	Évaluer la déshydratation ID par inf.				
		5	Personnaliser l'environnement de sa chambre (Dir. verbale famille).				
		5	Évaluer l'état mental ID par inf.				
		6-7	Appliquer la thérapie occupationnelle décrite au plan de travail TID [Dir. p. trav. PAB].				
		8	Évaluer l'état pulmonaire ID par inf.				

SUIVI CLINIQUE (suite)

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
		8	Aviser infirmière si toux, expectoration et difficulté respiratoire (Dir. plan de trav. PAB).	PV			
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Philippe Voyer, inf., Ph.D.		PV	Hôpital				

Contenu numérique



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch03

- > Histoire biographique
- > L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (Version A)
- > L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (Version B)
- > Formulaire d'examen clinique infirmier de 1^{re} ligne pour l'évaluation des SCPD
- > Formulaire d'examen clinique infirmier de 2^e ligne pour l'évaluation des SCPD
- > La grille d'observation clinique des SCDP



CHAPITRE 4

L'ÉTAT MENTAL : LE DELIRIUM
ET SES SOUS-SYNDROMES

4.1	Le delirium et ses sous-syndromes	98
Tableau 4.1		98
	Les manifestations cliniques les plus importantes du delirium et de ses sous-syndromes	
4.2	L'examen clinique en situation aiguë	99
Tableau 4.2		99
	Un exemple de PORSTU dans le contexte d'un delirium, avec l'inattention comme malaise dominant	
Tableau 4.3		102
	Les principes de base de l'évaluation de l'état mental dans le contexte du delirium en utilisant le CAM	
Tableau 4.4		104
	Le guide d'utilisation du questionnaire CAM	
Tableau 4.5		105
	L'algorithme du CAM à utiliser après avoir rempli le questionnaire CAM et le MEEM-CEVQ	
Tableau 4.6		106
	Le guide d'utilisation du 4AT	

Tableau 4.7		107
	Le test d'évaluation 4AT	

4.3	L'examen clinique en situation de suivi	110
------------	---	-----

Tableau 4.8		110
	La surveillance clinique du delirium	

Tableau 4.9		112
	Le RADAR	

Tableau 4.10		114
	Le guide d'utilisation du RADAR	

4.4	Deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier	115
------------	---	-----

Références bibliographiques	121
--	-----

Contenu numérique	121
--------------------------------	-----

4.1 LE DELIRIUM ET SES SOUS-SYNDROMES

Le delirium

Le delirium est un syndrome neuropsychiatrique d'installation rapide dont les symptômes qui affectent l'état de conscience et l'attention fluctuent au fil du temps. C'est un syndrome transitoire causé par un problème de santé et/ou des facteurs prédisposants

et précipitants.  **CHAP. 9** Le **tableau 4.1** présente les manifestations cliniques les plus importantes du delirium et de ses sous-syndromes.

TABLEAU 4.1 – Les manifestations cliniques les plus importantes du delirium et de ses sous-syndromes

Problèmes	Manifestations cliniques essentielles
Delirium	L'ainé doit présenter toutes ces manifestations (American Psychiatric Association, 2013): ■ Altération de l'état de conscience ■ Inattention ■ Installation rapide et fluctuation de l'inattention et de l'altération de l'état de conscience ■ Perturbations cognitives affectant la mémoire, la désorientation ou encore la perception (hallucinations, illusions accompagnées ou non d'idées délirantes).
Sous-syndrome du delirium	L'ainé doit présenter au moins une de ces manifestations (Gage et Hogan, 2014): ■ Installation rapide et fluctuation de l'état mental ■ Inattention ■ Désorganisation de la pensée ■ Altération de l'état de conscience

6^e signe vital

L'ainé doit présenter ces deux manifestations :

- Altération de l'état de conscience
- Inattention

4.2 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGUË

L'infirmière doit pouvoir détecter le delirium. Elle commence son anamnèse en effectuant un PQRSTU. Ensuite, durant son examen physique, à l'inspection, elle observe l'état mental de l'ainé et elle a recours à un outil clinique.

Le PQRSTU et l'inattention comme malaise dominant

Le **tableau 4.2** présente un exemple de PQRSTU que l'infirmière peut utiliser quand elle observe l'inattention comme malaise dominant. Selon le cas, elle suivra la méthode du journaliste ou celle de l'enquêteur.

TABLEAU 4.2 – Un exemple de PQRSTU dans le contexte d'un delirium, avec l'inattention comme malaise dominant

Malaise dominant : l'inattention

PQRSTU		Provoquer	Enquêteur
P	Provoquer	■ Qu'est-ce qui provoque/entraîne, aggrave/augmente votre inattention/distraction ?	Trouver des réponses aux questions ci-dessous en utilisant les données et sources d'information à la section Processus de soins et dossier : ■ Qu'est-ce qui provoque/entraîne, aggrave/augmente l'inattention/la distraction de l'ainé ? ■ Quelle est la cause possible de cette inattention/distraction ?

TABLEAU 4.2 – Un exemple de PORSTU dans le contexte d'un delirium, avec l'inattention comme malaise dominant (suite)

Enquêteur		Enquêteur	
Q	Pallier	■ Qu'est-ce qui soulage/diminue votre inattention/distraktion ?	■ L'ainé prend-il des mesures pour soulager/diminuer l'inattention ? ■ Prenez-vous vous-même des mesures qui semblent soulager/diminuer l'inattention de l'ainé ?
	Qualité	■ Décrivez-moi votre inattention/distraktion. Comment se manifeste-t-elle ?	■ Comment l'inattention se manifeste-t-elle ? Décrivez ce que vous voyez.
	Quantité	■ Impact fonctionnel : dans quelle mesure votre problème d'inattention/distraktion influe-t-il sur vos activités quotidiennes (par exemple : vous habiller), vos tâches domestiques (par exemple : faire votre budget), vos loisirs, votre travail ?	■ Impact fonctionnel : comment quantifiez-vous les répercussions de l'inattention/distraktion sur les activités quotidiennes (alimentation, habillement, hygiène, etc.) ou sur ses loisirs ?
R	Région	Sans objet.	Sans objet.
	Irradiation	Sans objet.	Sans objet.
S	Signes	■ Avez-vous observé d'autres signes inhabituels ou des changements, en plus de l'inattention/distraktion ?	■ Semble-t-il y avoir d'autres signes, en plus du malaise dominant ?
	Symptômes	■ Avez-vous ressenti d'autres malaises inhabituels, d'autres sensations nouvelles, en plus de votre inattention/distraktion ?	■ En plus du malaise dominant, l'ainé exprime-t-il/manifeste-t-il d'autres malaises ou symptômes ?

T	Temps	Depuis quand sentez-vous que vous êtes distrait ? ■ Est-ce toujours présent/constant ? Votre inattention/distraction est-elle constamment présente ou se manifeste-t-elle par épisodes ? Si elle est intermittente : ■ Combien de temps dure-t-elle chaque fois qu'elle se manifeste ? ■ Combien de fois l'avez-vous ressentie durant la dernière journée, la dernière semaine ou le dernier mois ? ■ À quel moment apparaît-elle ?	Depuis quand l'ainé manifeste-t-il de l'inattention ? Est-ce que l'inattention de l'ainé semble toujours présente/constante ? Si elle est intermittente : ■ Combien de temps dure-t-elle chaque fois qu'elle se manifeste ? ■ Combien de fois l'avez-vous observée durant la dernière journée, la dernière semaine ou le dernier mois ? ■ À quel moment apparaît-elle ?
U	Understand, signification pour la personne	■ De quel problème croyez-vous qu'il s'agit ? ■ Quelle est la cause de votre distraction selon vous ? ■ Avez-vous déjà eu ce problème dans le passé ?	Sans objet.

Les outils cliniques facilitant la détection du delirium

Après le PQRSTU, l'infirmière effectue l'examen physique et réalise son inspection à l'aide d'outils cliniques. Lors de la détection du delirium, l'infirmière peut appuyer son évaluation sur deux outils cliniques. Le premier outil, le plus connu, est le questionnaire CAM qui se trouve dans le contenu en ligne accompagnant ce guide. Ce

questionnaire CAM est valide dans la mesure où les principes du **tableau 4.3** sont respectés. À ce sujet, il est recommandé de faire passer d'abord le MEEM-CEVQ et par la suite, le questionnaire CAM. Avec les données fournies par ces deux outils, en plus du respect des principes du tableau 4.3, l'infirmière applique alors l'algorithme du CAM présenté au **tableau 4.5**. Une deuxième option est d'employer le 4AT, qui est plus simple d'utilisation et qui s'avère également valide.

TABLEAU 4.3 – Les principes de base de l'évaluation de l'état mental dans le contexte du delirium en utilisant le CAM

Étapes	Objectifs	Moyens	Contenus
1	Observer les comportements et évaluer l'état mental.	Entrevue avec l'aine <i>Utiliser le MEEM-CEVQ et le questionnaire-CAM pour obtenir des résultats valides.</i> <i>Faire au moins deux entrevues au courant du même quart de travail afin de noter une fluctuation.</i>	Tous les signes et symptômes du delirium sont abordés directement avec la personne sous forme de questions ou encore par l'observation selon le signe: ■ Changement et fluctuation de l'état mental ■ État de conscience • Questionnements concernant : – Capacité attentionnelle – Mémoire – Orientations spatiale et temporelle – Perceptions (hallucinations et illusions) – Organisation de la pensée et langage ■ Changement et fluctuation du comportement ■ Changement au niveau du sommeil
2	Mettre en évidence une installation récente des signes et symptômes et leur fluctuation.	Échanges avec les autres professionnels de la santé et les membres de l'équipe soignante	Tous les signes et symptômes du delirium sont abordés directement avec ces personnes sous forme de questions.
3		Entrevue avec les proches	Tous les signes et symptômes du delirium sont abordés directement avec ces personnes sous forme de questions.
4		Révision des notes au dossier	Toutes les notes infirmières des sept derniers jours sont examinées afin de noter si des signes et symptômes du delirium ont été documentés au dossier.

5	Valider l'impression clinique de l'infirmière en complétant l'algorithme du CAM.	Algorithme du CAM	Application de l'algorithme du CAM afin de déterminer le niveau de probabilité qu'il s'agit d'un delirium.
Est-ce que l'ainé présente les signes du delirium ?			
	non		oui
6	Déterminer la fréquence de réévaluation de l'état mental en tenant compte du risque individuel de l'ainé à présenter un delirium et le contexte clinique. Inscrire l'information au PTL.		■ Communication des résultats de l'évaluation infirmière au médecin. ■ Contribution infirmière à l'identification des facteurs prédisposants et précipitants du delirium.

Le **tableau 4.4** décrit les principes précis d'administration associés au questionnaire CAM et le **tableau 4.5** présente l'algorithme de ce questionnaire.

Lors d'un état suggérant un delirium selon le CAM, l'infirmier doit contribuer à cerner les causes potentielles du delirium telles que la présence d'un problème intestinal (p. ex., une appendicite, une occlusion intestinale, etc.).



TABLEAU 4.4 – Le guide d'utilisation du questionnaire CAM

Paramètres	Reponses
Qui ?	En raison du caractère aigu de la situation, seuls un médecin ou une infirmière peuvent utiliser le CAM.
Quand ?	Le questionnaire CAM est utilisé en cas de doute concernant l'état mental d'un aîné, afin de dépister un delirium, ou encore en situation de surveillance clinique d'un aîné atteint de delirium.
Comment ?	▪ L'infirmière réalise une entrevue avec l'aîné afin de noter des changements dans l'état mental. Elle pose des questions pour évaluer son état mental. Elle évalue la situation immédiate et tient compte des changements qu'a connus l'état mental de l'aîné au cours des 7 derniers jours. ▪ Elle pose également des questions aux proches et aux autres soignants et professionnels, afin de connaître leur opinion sur l'état mental de l'aîné. ▪ Elle consulte les notes au dossier pour voir si un problème en la matière y aurait été signalé.
Interprétation	Le tableau 4.5 présente l'algorithme du CAM et indique comment interpréter le résultat obtenu au questionnaire CAM.



TABEAU 4.5 – L'algorithme du CAM à utiliser après avoir rempli le questionnaire CAM et le MEEM-CEVO

		Encercler la réponse
Critère 1 Apparition subite et fluctuation des symptômes	Les manifestations cognitives ou motrices du delirium doivent être nouvelles et fluctuer. Généralement, elles sont apparues durant les trois derniers jours.	Non Oui
Critère 2 Trouble de l'attention	L'aîné affiche une capacité diminuée à maintenir son attention sur une tâche ou à passer à une autre demande. Il n'est pas en mesure de suivre des directives simples. ■ Il ne peut nommer les mois de l'année dans l'ordre chronologique inverse ni faire de soustraction simple ($9 - 3 = 6$).	Non Oui
Critère 3 Désorganisation de la pensée	L'aîné a des propos décousus. Il n'est pas en mesure d'exprimer clairement ses idées. Il manque de logique dans ses propos et dans les comportements associés. ■ Il ne connaît pas la réponse à une question simple: « Est-ce qu'une roche flotte ? »	Non Oui
Critère 4 Altération du niveau de conscience	L'aîné est hyperalerte, donc hypersensible à son environnement. À l'opposé, il peut être léthargique, stuporeux ou comateux.	Non Oui
Interprétation du résultat: Si l'infirmière répond « oui » aux critères 1, 2, 3, 4 ou 1, 2 et 3 ou 1, 2 et 4, l'aîné présente les signes cliniques d'un delirium.		

Source S. K. Inouye, C. H. Van Dyck, C. A. Alesi, S. Balkin, A. P. Siegel et R. I. Horwitz (1990). « Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method (a new method for detection of delirium) », *Annals of Internal Medicine*, vol. 113, p. 941-948. [Notre traduction]

Une autre option pour réaliser la détection du delirium est de remplir le 4AT. Ce questionnaire est plus rapide et demeure une procédure valide. Le **tableau 4.6** décrit les principes d'administration du 4AT.

Le 4AT se trouve dans le **tableau 4.7** et dans le contenu en ligne accompagnant ce guide.

TABLEAU 4.6 – Le guide d'utilisation du 4AT

Paramètres	Règles
Qui ?	En raison du caractère aigu de la situation, seuls un médecin ou une infirmière peuvent utiliser le 4AT.
Quand ?	Le 4AT est utilisé en cas de doute concernant l'état mental d'un aîné afin de dépister un delirium.
Comment ?	■ L'infirmière réalise une entrevue avec l'aîné en posant les questions de l'outil. Elle évalue la situation immédiate et tient compte des changements qu'a connus l'état mental de l'aîné au cours des 14 derniers jours (voir question 4). ■ Elle pose également des questions aux proches et aux autres soignants et professionnels, afin de connaître leur opinion sur l'état mental de l'aîné. ■ Elle consulte les notes au dossier pour voir si un problème en la matière y aurait été signalé. ■ Il n'est pas nécessaire de réaliser un test cognitif supplémentaire tel que le MEEM-CEVQ pour que le 4AT soit valide.
Interprétation	L'interprétation du résultat au 4AT est présentée directement dans l'outil.





**Test d'évaluation
du delirium
et des troubles cognitifs**

Nom du patient :

Date de naissance :

Numéro de dossier :

Date :

Heure :

Évaluateur :

ENCERCLER

[1]ÉTAT DE CONSCIENCE

Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormi lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observer le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.

- Normal (alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation) 0
- Somnolence légère <10 secondes après le réveil, puis normal 0
- Clairement anormal 4

TABLEAU 4.7 - Le test d'évaluation 4AT (suite)

[2] AMT4

Âge, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.

Aucune erreur	0
1 erreur	1
2 erreurs ou plus/ne peut être testé	2

[3] ATTENTION

Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre ? »
Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre ? »

Mois de l'année à l'envers	
Réussit à nommer 7 mois ou plus	0
Commence, mais réussit <7 mois ou refuse de commencer	1
Ne peut être testé (ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif)	2

[4] CHANGEMENT AIGU OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE

Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de : état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.

Non	0
Oui	4

4 ou plus : delirium possible +/- troubles cognitifs

1-3 : troubles cognitifs possibles

0 : delirium ou troubles cognitifs sévères peu probable (mais delirium encore possible si information incomplète à [4])

SCORE DU 4AT



INSTRUCTIONS

Le 4AT est un instrument de dépistage conçu pour l'évaluation initiale rapide du delirium et des troubles cognitifs. Un score de 4 ou plus suggère un delirium, mais n'est pas un diagnostic : une évaluation plus détaillée de l'état mental peut être nécessaire pour parvenir à un diagnostic. Un score de 1 à 3 suggère un trouble cognitif : des tests cognitifs plus détaillés ainsi que la réalisation de l'anamnèse selon un proche aidant sont nécessaires. Un score de 0 n'exclut pas définitivement la présence d'un delirium ou de troubles cognitifs : une évaluation plus détaillée peut être nécessaire en fonction du contexte clinique. Les items 1 à 3 sont évalués *uniquement sur l'observation du patient au moment de l'évaluation*. L'item 4 nécessite des informations provenant d'une ou plusieurs sources, par exemple, votre propre connaissance du patient, d'autres membres du personnel qui connaissent le patient (ex. les infirmières de l'unité), une lettre du médecin traitant, les notes au dossier, les soignants. L'évaluateur doit prendre en compte des difficultés de communication (déficience auditive, dysphasie, langue) lors de la réalisation de l'évaluation et de l'interprétation du score.

État de conscience : L'altération de l'état de conscience est très susceptible d'être un delirium dans le milieu hospitalier. Si le patient montre une altération significative de son état de conscience lors de l'évaluation au chevet, indiquer un score de 4 pour cet item. **Changement aigu ou évolution fluctuante :** la fluctuation est observée dans certains cas de démence sans présence de delirium, cependant une fluctuation prononcée indique généralement un delirium. Pour aider à cerner la présence d'hallucinations et/ou de pensées paranoïdes, poser des questions au patient telles que, « Êtes-vous préoccupé par quelque chose qui se passe ici? »; « Avez-vous peur de quelque chose ou de quelqu'un? »; « Avez-vous vu ou entendu des choses inhabituelles? »

Voyer, P., Wilchesky, M., Richard, H., Pelletier, I., Ballard, S., Lundu, O. (2016). 4AT French version. Université Laval, Québec, Canada.

© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash

4.3 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI

L'infirmière assure une surveillance clinique des aînés à risque de delirium ou encore dont l'état mental est affecté par un delirium. Elle commence chaque fois par réaliser une anamnèse de suivi, puis elle établit un bilan de l'état des symptômes en utilisant un test approprié. Pour la surveillance clinique constante des manifestations du delirium, elle a recours au RADAR, pour effectuer son bilan, elle utilise le MEEM et le CAM ou le 4AT. Enfin, pour déterminer les séquelles à long terme du delirium, elle peut aussi faire passer un test cognitif tous les trois mois, par exemple le MEEM-CEVQ ou le MoCA. (Ces outils sont présentés dans le contenu en ligne accompagnant le guide.)



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch04
> MEEM-CEVQ
> MoCA

Le delirium

L'infirmière qui effectue la surveillance clinique d'un delirium commence par poser des questions à l'aîné afin de réaliser l'anamnèse. Le **tableau 4.8** résume les éléments de surveillance clinique en cas de delirium.

TABLEAU 4.8 – La surveillance clinique du delirium

Examen clinique	Thèmes à questionner	Exemples de question
Anamnèse	État de conscience/sommeil	- Vous arrive-t-il de sursauter facilement ? - Avez-vous de la difficulté à rester éveillé durant le jour ? - Avez-vous des périodes d'éveil prolongé la nuit ?
	Attention	Avez-vous de la difficulté à garder votre attention quand vous faites une activité ?
	Organisation de la pensée	Considérez-vous que vos idées sont mélangées ?

Examen clinique	Thèmes à questionner	Exemples de questions
	Autres troubles cognitifs	■ Avez-vous des problèmes de mémoire ou des difficultés à vous orienter ?
	Perception (idées délirantes et illusions/hallucinations)	■ Avez-vous des pensées que vous jugez bizarres ? ■ Avez-vous vu ou entendu des choses irréelles ?
	Changements moteurs	■ Vous sentez-vous ralenti ou agité ?
	Fluctuation des symptômes	■ Votre état mental varie-t-il au cours de la journée ? ■ La clarté de votre pensée change-t-elle souvent durant la journée ?
	Anxiété vs condition mentale	■ Est-ce que vos symptômes touchant votre état mental vous inquiètent ?
Examen physique		
INSPECTION		État de conscience et attention
		Vérifier les résultats du RADAR.
		Remplir le MEEM-CEVO/CAM ou le 4AT.
Interventions		À déterminer selon les résultats.

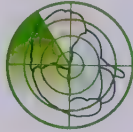
Le RADAR, présenté au **tableau 4.9**, est un outil ultrarapide servant au repérage continu des manifestations cliniques du delirium. Cet outil peut servir au dépistage du delirium chez les aînés à risque

TABLEAU 4.9 – Le RADAR

R.A.D.A.R.

Repérage Actif du Delirium Adapté à la Routine
© Philippe Voyer

www.fsi.ulaval.ca/radar



Lorsque vous lui avez administré ses médicaments, (cochez oui ou non)	Date :		Date :		Date :		Date :		Date :	
	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui
1. Le patient était-il somnolent?	8 h									
	12 h									

ou encore pour assurer la surveillance clinique des aînés atteints d'un delirium. Le **tableau 4.10** présente le guide d'utilisation du RADAR.

TABLEAU 4.10 – Le guide d'utilisation du RADAR

Paramètres	Repères
Qui?	Puisque le RADAR est rempli lors de l'administration des médicaments, cet outil peut être utilisé par l'infirmière ou par l'infirmière auxiliaire. En résidence privée, le RADAR peut être rempli par le préposé aux bénéficiaires.
Quand?	Le RADAR est utilisé pour le dépistage du delirium chez les aînés à risque de delirium et chez les aînés atteints de delirium pour contribuer à la surveillance clinique.
Comment?	■ Le RADAR est rempli après chaque administration des médicaments. ■ Après avoir administré les médicaments à l'aîné, l'infirmière répond aux trois questions du RADAR. ■ Une vidéo de formation gratuite est disponible à cette adresse : http://radar.fsi.ulaval.ca/
Interprétation	Un RADAR+ signifie une réponse positive à une seule question du RADAR à une seule occasion. Un RADAR+ permet de reconnaître environ 70 % des delirium affectant l'aîné. De plus, 90 % des aînés qui ont un RADAR+ ont une perturbation de l'état mental qui mérite d'aviser le médecin.



4.4 DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

Nous vous proposons ici deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier :

- a) dans une situation aiguë de delirium et
- b) dans une situation de suivi de delirium.

Situation aiguë de delirium avec PQRSTU de type journaliste

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen clinique de l'état mental en situation aiguë

Malaise dominant : altération de l'état de conscience

Anamnèse

P : Changement récent d'un hypotenseur, sous-stimulation. Aucune mesure palliative.

Q : Léthargie, regard absent, délai de réponse allongé aux questions. Impact fonctionnel : diminution de la mobilité.

R : Sans objet.

S : S'alimente peu, apathique, hypersomnie.

T : Depuis trois jours, intermittent, 4 à 5 épisodes par jour, aléatoire, durée variable : 10 minutes à 2-3 heures.

U : Aucune idée de la cause.

Situation aiguë de delirium avec PQRSU de type journaliste (suite)

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen physique

INSPECTION

Inattention et léthargie. Changements brusques de l'autonomie, de l'état mental et du comportement par rapport à la semaine dernière. 4AT: 11/12

Interventions

Médecin avisé et PTI élaboré.

Plan thérapeutique infirmier (PTI)

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-04-01	10 00	1	Signes cliniques d'un delirium	PV				MD

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-04-01	10:00	1	Communiquer selon les principes de l'orientation à la réalité [Dir. p. trav. PAB].				
		1	Appliquer thérapie occupationnelle BID à 11:00 et 14:30 pour une durée de 10 minutes [Dir. p. trav. PAB].				
		1	Compléter le RADAR lors de l'administration des médicaments.				
		1	Évaluer l'état mental avec le 4AT les mardis, jeudis et dimanches (quart de travail de jour) par inf.	PV			
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	
Philippe Voyer, inf., Ph.D.		PV	Hôpital				

Situation de suivi de delirium

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen clinique de suivi de l'état mental.

Anamnèse

- Rapporte période d'altération de l'état de conscience, problème d'attention, se sent ralenti et subit de longues périodes d'éveil la nuit Inquiet de sa situation cognitive.
- Ne rapporte pas désorganisation de la pensée, désorientation, trouble de mémoire, trouble de perception et agitation.

Examen physique

INSPECTION

- Lethargie, inattention, changement récent et fluctuation de l'état mental: CAM positif, MEEM-CEVQ: 20/30. Présente des idées délirantes RADAR positif à plusieurs reprises au courant des 7 derniers jours.

Interventions

PTI maintenu.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-03-27	9:00	1	Diabète instable	PV				MD, nutritionniste, pharmacien
2017-04-01	10:00	2	Signe clinique d'un delirium	PV	--	--	PV	MD
2017-04-01	10:00	3	Idées délirantes	PV				
2017-04-02	13:00	2	Delirium	PV				MD

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-03-27	9:00	1	Mesurer la glycémie capillaire QID.	PV			
2017-04-01	10:00	2-3	Communiquer selon les principes de la validation [Dir. p. trav. PAB].	PV			

Plan thérapeutique infirmier (PTI) (suite)

	2	Remplir le RADAR lors de l'administration des médicaments.	PV			
	3	Evaluer l'état mental avec le MEEM-CEVQ et questionnaire CAM les mardis, jeudis et dimanches (quart de travail de jour) par inf.	PV			
	2	Assurer la présence des proches afin de diminuer l'anxiété reliée aux changements cognitifs.	PV			
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales
Philippe Voyer, inf., Ph D		PV	Hôpital			
						Programme/Service

Références bibliographiques

Gage, L., Hogan, D.B. (2014). *Mise à jour 2014 des lignes directrices de la CCSMPA – Évaluation et prise en charge du délirium*, Toronto, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA), www.ccsmh.ca

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*, 5^e éd., Washington, DC, American Psychiatric Edition, [En ligne], www.dsm5.org

Contenu numérique



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch04

> Le questionnaire CAM

> Le 4AT

> Le MEEM-CEVQ

> MoCA

> Le RADAR

CHAPITRE 5

L'ÉTAT MENTAL : LA DÉPRESSION

5.1 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGUË

L'infirmière doit pouvoir détecter les signes de la dépression chez l'ainé. L'examen clinique comprend l'anamnèse (PQRSTU) et l'examen physique qui, dans le cas de la dépression, doit inclure l'inspection. Cette dernière comporte l'examen de l'attention, de l'état de conscience, des syndromes gériatriques (changements de l'autonomie, de l'état mental et du comportement) ainsi que la complétion d'une échelle de dépistage.

La dépression

La dépression est un trouble de l'humeur qui affecte de manière très diversifiée la pensée (difficulté de concentration), les émotions (apathie, tristesse) et les comportements (repli sur soi) d'un individu. Le **tableau 5.1** présente les critères diagnostiques de la dépression majeure (ou caractérisée) et mineure; le **tableau 5.2** résume les signes typiques et atypiques de la dépression.



TABEAU 5.1 – Les critères diagnostiques de la dépression

Dépression majeure (American Psychiatric Association, 2013)	Présence d'au moins cinq des symptômes suivants pendant la même période de 2 semaines (critère 1 ou 2 obligatoire) et représentant un changement par rapport au fonctionnement habituel : 1. Humeur dépressive presque toute la journée, presque tous les jours, comme indiqué par la personne ou observée par les autres. 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, presque tous les jours. 3. Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (par exemple, une variation de plus de 5 % du poids corporel en un mois), ou une diminution ou une augmentation de l'appétit presque tous les jours. 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. 5. Agitation ou ralentissement psychomoteurs presque tous les jours. 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours. 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire des reproches ou se sentir coupable d'être malade). 8. Diminution de la capacité à penser ou à se concentrer, ou indécision presque tous les jours.
---	---

9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Les symptômes causent une détresse cliniquement significative ou une altération dans les domaines sociaux, professionnels, ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.

Dépression mineure

Le diagnostic de dysthymie correspond à un syndrome dépressif avec des symptômes moins graves, mais persistants pendant plus de deux ans. Le diagnostic de dépression mineure correspond à la présence de deux à quatre des symptômes cités plus haut, dont au moins l'humeur dépressive ou la perte de plaisir. 📖 **CHAP. 11**

TABLEAU 5.2 – Les manifestations typiques et atypiques de la dépression

Signes typiques	Signes atypiques
■ Humeur dépressive ■ Perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités procurant habituellement du plaisir ■ Perte ou gain de poids ■ Insomnie ou hypersomnie ■ Agitation ou ralentissement psychomoteur ■ Fatigue ou perte d'énergie ■ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité ■ Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ■ Pensées de mort récurrentes et idées suicidaires ■ Perte d'autonomie	■ Apathie ■ Comorbidité anxieuse, hypocondrie (considérez l'utilisation de l'Inventaire d'anxiété gériatrique) ■ Faible appétit ■ Perte de motivation ■ Trouble cognitif ■ Irritabilité et comportement agressif ■ Somatisation • Problème digestif • Problème de sommeil • Douleur • Problème cardiaque • Problème musculaire

TABLEAU 5.2 – Les manifestations typiques et atypiques de la dépression (suite)

Signes atypiques	
	■ Absence de pleurs ■ Absence de culpabilité



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch05 > Inventaire d'anxiété gériatrique

Lorsqu'elle se préoccupe de l'humeur d'un aîné, l'infirmière commence par utiliser la méthode PQRSTU. En réalisant l'anamnèse, elle recherche la présence éventuelle des signes de la dépression. Puis elle appuie son évaluation sur une échelle de mesure. Si l'aîné ne présente aucun problème cognitif ou présente seulement des troubles légers, elle utilise l'une des trois versions de l'échelle de dépression gériatrique ou encore l'échelle PHQ-9 (aussi appelée QSP-9). Si l'aîné présente des problèmes cognitifs, elle a recours à l'échelle de dépression au cours des démenches.

Le PQRSTU et la perte d'appétit comme malaise dominant

Le **tableau 5.3** présente un exemple de PQRSTU que l'infirmière peut utiliser quand elle observe une perte d'appétit comme malaise dominant. Selon le cas, elle emploie la méthode du journaliste ou celle de l'enquêteur.

TABEAU 5.3 – Un exemple de PQRSU dans le contexte de la dépression, avec comme malaise dominant la perte d'appétit

Malaise dominant: perte d'appétit

P		Provoquer	Qu'est-ce qui provoque/entraîne, aggrave votre perte d'appétit ?	Qu'est-ce qui provoque/entraîne, aggrave/augmente l'appétit de l'ainé ? Quelle est la cause possible de cette perte d'appétit ?
Q		Pallier	Qu'est-ce qui améliore votre appétit ?	Prenez-vous des mesures qui semblent améliorer l'appétit de l'ainé ?
		Qualité	Décrivez-moi votre perte d'appétit. Comment se manifeste-t-elle ?	Comment la perte d'appétit se manifeste-t-elle ? Décrivez ce que vous constatez.
		Quantité	Impact fonctionnel : dans quelle mesure votre perte d'appétit influe-t-elle sur vos activités quotidiennes (par exemple : manger), vos tâches domestiques (par exemple : faire votre épicerie), vos loisirs (par exemple : voir des amis), votre travail ?	Impact fonctionnel : comment quantifiez-vous les répercussions de la perte d'appétit sur les activités quotidiennes (alimentation, habillement, hygiène, etc.) ainsi que sur ses loisirs ?
R	Région		Sans objet.	Sans objet.
	Irradiation		Sans objet.	Sans objet.

TABLEAU 5.3 – Un exemple de PQRSU dans le contexte de la dépression, avec comme malaise dominant la perte d'appétit (suite)

PQRSU		Signes et symptômes	Signes et symptômes
S	Signes	■ Avez-vous observé d'autres signes inhabituels ou des changements, en plus de la perte d'appétit ?	■ Semble-t-il y avoir d'autres signes, en plus de la perte d'appétit ?
	Symptômes	■ Avez-vous ressenti d'autres malaises inhabituels, d'autres sensations nouvelles, en plus de votre perte d'appétit ?	■ En plus de la perte d'appétit, l'ainé exprime-t-il/manifeste-t-il d'autres malaises ou symptômes ?
	Temps	■ Depuis quand avez-vous moins d'appétit ?	■ Depuis quand l'ainé présente-t-il sa perte d'appétit ?
T	Intermittence	■ Votre perte d'appétit est-elle constante ou se manifeste-t-elle par épisodes ? Si elle est intermittente : ■ Combien de temps dure-t-elle lors de chaque manifestation ? ■ Combien de fois l'avez-vous ressentie durant la dernière journée, la dernière semaine ou le dernier mois ? ■ À quel moment apparaît-elle ?	■ Est-ce que la perte d'appétit de l'ainé semble toujours présente/constante ? Si elle est intermittente : ■ Combien de temps dure-t-elle lors de chaque manifestation ? ■ Combien de fois l'avez-vous observée durant la dernière journée, la dernière semaine ou le dernier mois ? ■ À quel moment apparaît-elle ?
U	Understand, signification pour la personne	■ De quel problème croyez-vous qu'il s'agit ? ■ Quelle est la cause de votre perte d'appétit selon vous ? ■ Est-ce la première fois que ceci vous arrive ?	Sans objet.

Les trois versions de l'échelle de dépression gériatrique

Voici les consignes à suivre pour utiliser l'échelle de dépression gériatrique et choisir la version adéquate (**tableau 5.4**).

TABLEAU 5.4 – Le guide d'utilisation des échelles de dépression gériatrique

Paramètres	Repères
Qui ?	La majorité des professionnels de la santé peuvent utiliser les échelles de dépression gériatrique. Ils font le choix de l'une des versions pour les raisons suivantes : Échelle de dépression gériatrique ■ Version très courte (4 questions) (tableau 5.5) : pour le dépistage très rapide de la dépression chez l'ainé. ■ Version courte (15 questions) (tableau 5.6) : version idéale dans la majorité des contextes cliniques, pour la détection de la dépression et la surveillance clinique de l'ainé atteint d'une dépression ; version suggérée chez l'ainé présentant des signes de fatigue, car elle ne prend pas trop de temps. ■ Version originale (30 questions) (disponible dans le contenu en ligne accompagnant ce guide) : lorsque le contexte clinique le permet et que l'ainé ne présente pas de signes de fatigue ; pour la détection de la dépression et la surveillance clinique de l'ainé atteint d'une dépression. C'est la version la plus valide.
Quand ?	Les échelles sont utilisées en cas de doute concernant l'état mental d'un aîné, afin de dépister la dépression. Les échelles de dépression gériatrique à 15 ou 30 items peuvent être utilisées en situation de surveillance clinique d'un aîné atteint de dépression.
Méthode	Veiller à ce que l'ainé réponde spontanément aux questions en se basant sur son humeur, aussi bien pendant l'entrevue que durant la dernière semaine. ■ Veiller à ce que l'ainé réponde à toutes les questions. ■ Encourager l'ainé à rester concentré sur les questions et à ne répondre que par oui ou par non. ■ Encercler les réponses et additionner les résultats pour obtenir le score total à la fin de l'entrevue.
Interprétation	L'interprétation du résultat est indiquée à la fin de chaque questionnaire.



Les versions très courte (4 questions) et courte (15 questions) des échelles de dépression gériatrique sont présentées dans le guide (tableaux 5.5 et 5.6) et dans le contenu en ligne. La version longue est présentée uniquement dans le contenu en ligne.

TABLEAU 5.5 – La version très courte de l'échelle de dépression gériatrique (4 questions)

Questions	Réponses	
	Oui	Non
Vous sentez vous souvent triste et déprimé(e) ?	1	0
Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie ?	1	0
Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	0	1
Eprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance ?	1	0
Interprétation des résultats : 1 point = risque de dépression très élevé	Total	

Source : J. P. Clement, R. F. Nassif, J. M. Léger et F. Marchan (1997) « Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la *geriatric depression scale* de Yesavage », *L'Encéphale*, vol. 23, p. 91-99. Copyright Elsevier



TABEAU 5.6 – La version courte de l'échelle de dépression gériatrique (15 questions)

Questions	Réponses	
	Oui	Non
Êtes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez ?	0	1
Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts ?	1	0
Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie ?	1	0
Vous ennuyez-vous souvent ?	1	0
Avez-vous la plupart du temps un bon moral ?	0	1
Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave ?	1	0
Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	0	1
Éprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance ?	1	0
Préférez-vous rester chez vous (dans votre chambre), plutôt que de sortir pour faire de nouvelles activités ?	1	0
Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens ?	1	0
Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle ?	0	1
Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel ?	1	0
Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	0	1

TABLEAU 5.6 – La version courte de l'échelle de dépression gériatrique (15 questions) (suite)

Questions	Réponses	
	Oui	Non
Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	1	0
Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que vous ?	1	0
Interprétation des résultats : De 0 à 5 points : état normal De 6 à 11 points : dépression légère De 12 à 15 points : dépression importante	Total	

Source : Adapté de J. I. Sheikh et J. A. Yesavage (1986) « Geriatric Depression Scale (GDS) : recent evidence and development of a shorter version », dans T. I. Brink (dir.), *Clinical gerontology. a guide to assessment and intervention*, Binghamton, NY, Haworth Press, p. 165-173.



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch05 > Échelle de dépression gériatrique (15 questions)



TABEAU 5.7 – Le guide d'utilisation de l'échelle PHQ-9

Paramètres	Repères
Qui ?	La majorité des professionnels de la santé peuvent utiliser l'échelle PHQ-9 (tableau 5.8).
Quand ?	L'échelle est utilisée en cas de doute concernant l'état mental d'un aîné, afin de dépister la dépression. Elle peut être utilisée en situation de surveillance clinique d'un aîné atteint d'une dépression.
Méthode	■ En raison des choix multiples à chacune des questions, il est préférable de réserver cette échelle pour les aînés qui peuvent lire et répondre par eux-mêmes au questionnaire. ■ Veiller à ce que l'aîné réponde spontanément aux questions en se basant sur son état au courant des deux dernières semaines. ■ Veiller à ce que l'aîné réponde à toutes les questions. ■ Encourager l'aîné à rester concentré sur les questions.
Interprétation	■ Les scores varient de 0 à 27. ■ Les seuils de dépression : ≥ 5 = Léger ≥ 10 = Modéré ≥ 15 = Modérément grave ≥ 20 = Grave



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch05 > Échelle PHQ-9

QUESTIONS FOR DISCUSSION

Au cours des <u>deux dernières semaines</u> , à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ? (Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)					
	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours	
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses.	0	1	2	3	
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e).	0	1	2	3	
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir.	0	1	2	3	
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie.	0	1	2	3	
5. Peu d'appétit ou trop manger.	0	1	2	3	
6. Mauvaise perception de vous-même – ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille.	0	1	2	3	

L'échelle de dépression au cours des démences

Si l'ainé est atteint d'un trouble neurocognitif majeur ou souffre de pertes cognitives, l'infirmière utilise l'échelle de dépression au

cours des démences en respectant les consignes d'utilisation (tableau 5.9).

TABEAU 5.9 – Le guide d'utilisation de l'échelle de dépression en cours de démence

Paramètres	Repères
Qui ?	La majorité des professionnels de la santé peuvent utiliser l'échelle de dépression au cours des démences.
Quand ?	L'échelle est utilisée pour détecter et effectuer la surveillance clinique de la dépression chez des aînés atteints de déficits cognitifs et pour appuyer le jugement clinique. ¹
Méthode	L'infirmière suit les deux étapes suivantes : 1. Rencontrer les proches ou les autres membres du personnel pour obtenir leur impression sur l'humeur de l'ainé durant la semaine précédente. 2. Rencontrer l'ainé atteint d'un TNCM, l'observer et mener une entrevue dans la mesure du possible. Tenter d'obtenir les impressions de l'ainé sur son état et vérifier la présence d'éventuels symptômes de la dépression. Par exemple, est-il souriant ? Intéressé par vous ? Aime-t-il parler ou est-il refermé sur lui-même ? <i>Attention</i>, si le changement d'humeur, d'énergie ou d'intérêt de l'ainé s'explique par l'apparition d'une maladie (pneumonie, infection urinaire), il faut coter 0 pour plusieurs éléments. Par exemple, un aîné affichera certainement une perte d'intérêt ou de la fatigue si dans la semaine précédente il a eu un œdème aigu du poumon.

Interprétation

Légende

- Scores de 6 à 12= dépression mineure
- Scores de 13 à 17 = dépression majeure probable
- Scores de 18 et plus = dépression majeure définitive

¹ On pensera à utiliser cette échelle auprès des aînés qui obtiennent un score de 20 et moins au MFEM. Il faut tout de même tenir compte que l'échelle de dépression gériatrique peut souvent être utilisée chez les aînés qui obtiennent 15 et plus au MEEM. Ainsi, chez un aîné ayant un score de 15 et plus, le choix d'une échelle ou l'autre sera selon le jugement clinique. Toutefois, chez un aîné avec un score de 14 et moins au MEEM, l'échelle de dépression en cours de démence sera le choix logique.



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch05 > Échelle de dépression au cours des démences

TABLEAU 5.10 – L'échelle de dépression au cours des démences

		Signes et symptômes	Manifestations au quotidien	Remarques pour l'évaluateur	Score		
Troubles de l'humeur	Anxiété		Expression anxieuse, ruminations, inquiétude.	Sans objet.			
	Tristesse		Expression triste, voix triste, au bord des larmes.	Sans objet.			
	Manque de réactions		Ne réagit pas lors d'événements plaisants. Indifférent à l'humeur. Son humeur affecte sa relation avec son environnement, ses relations avec ses proches.	Sans objet.			
	Irritabilité		Facilement irrité, facilement en colère.	Exemple : montre des signes d'impatience pendant la rencontre.			
Troubles du comportement	Agitation		Impatience, mouvements de frottement des mains, d'êirement des cheveux.	Exemple : incapable de rester en place.			
	Ralentissement moteur		Mouvements ralentis, discours ralenti, lenteur des réactions.	Sans objet.			
	Plaintes fonctionnelles multiples		Indigestion, constipation, diarrhée, crampes, vomissements, douleur articulaire, douleur au dos, douleur musculaire, mictions fréquentes, transpiration, maux de tête, palpitations cardiaques, hyperventilation.	Les plaintes doivent être plus fréquentes ou intenses que d'habitude. Coter 0 si les symptômes sont exclusivement gastro-intestinaux.			

	Perte des intérêts	Moins impliqué dans les activités habituelles.	Coter seulement si un changement brutal est survenu depuis moins d'un mois.			
Signes physiques	Diminution de l'appétit	S'alimente moins que d'habitude.	Coter 2 s'il s'alimente seulement lorsqu'il est motivé par les autres.			
	Perte de poids dans le dernier mois		Coter 2 s'il a perdu plus de 2 kg en un mois.			
	Manque d'énergie	Se fatigue facilement, est incapable de soutenir une activité ; fait plus fréquemment des siestes.	Coter seulement si un changement brutal est survenu depuis moins d'un mois.			
Modifications des rythmes	Variations de l'humeur dans la journée	Symptômes plus intenses le matin.	Coter 0 si les symptômes s'aggravent uniquement en fin de soirée.			
	Difficultés d'endormissement	Endormissements plus tardifs que d'habitude.	Coter 1 s'il a eu de la difficulté à s'endormir quelques soirs au cours de la dernière semaine. Coter 2 si le problème se manifeste tous les soirs.			

TABLEAU 5.10 – L'échelle de dépression au cours des démences (suite)

Catégorie	Niveau de sévérité	Description	Description pour l'évaluation	Scores		
				0	1	2
Troubles idéatoires	Nombreux réveils nocturnes					
	Réveil matinal précoce	Réveil plus précoce que d'habitude.	Coter 0 si le réveil est lié à un besoin d'uriner seulement. Coter 1 s'il peut se rendormir. Coter 2 s'il est incapable de se rendormir.			
	Suicide	Sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Désir de suicide, tentative de suicide.	Sans objet.			
	Autodépréciation	Auto-accusation, diminution de l'estime de soi, sentiment d'échec.	Coter 1 pour les propos liés à une perte de l'estime de soi. Coter 2 pour les propos liés à un sentiment d'échec.			
	Pessimisme	S'attend au pire.	Coter 1 s'il est possible de le rassurer. Coter 2 s'il est impossible de le rassurer.			
	Délire congruent à l'humeur	Idées délirantes de ruine, de pauvreté, de maladie, d'incurabilité, de perte; croit qu'il est puni.	Sans objet.			

Interprétation du résultat:

Score de 6 à 12 points = dépression mineure

Score de 13 à 17 points = dépression majeure probable

Score de 18 points et plus = dépression majeure certaine

Système de notation:

a: impossible

0: absent

1 : modéré ou intermittent

2: sévère

Sous-totaux

Total

Le risque de suicide

Si lors de l'évaluation, l'ainé exprime des idées suicidaires, l'infirmière doit évaluer l'urgence suicidaire.

TABLEAU 5.11 – La grille d'évaluation de l'urgence suicidaire

- Est-ce que vous pensez au suicide ?
- Est-ce que c'est parfois tellement difficile que vous pensez à vous enlever la vie ?
- À quelle fréquence y pensez-vous ?
- Est-ce que vous savez comment, où et quand vous vous suicideriez ?
- Est-ce que vous avez le moyen en votre possession ?
- Y a-t-il quelque chose qui vous retient à la vie ?

Source C. Larue (2010). Les troubles de l'humeur Dans M. C. Townsend, Soins infirmiers - Psychiatrie et santé mentale, Montréal, ERPI, p. 413-471.

5.2 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI

L'infirmière assure une surveillance clinique des aînés dont l'état mental est affecté par une dépression. Elle commence chaque fois par réaliser une anamnèse de suivi (**tableau 5.12**) ; elle procède

ensuite à un examen physique pour établir un bilan de l'état des symptômes en utilisant un test approprié.

TABLEAU 5.12 – Surveillance clinique de la dépression

Examen clinique	Points à évaluer	Exemples de question
Anamnèse	Humeur dépressive	Vous sentez-vous souvent triste ?
	Intérêt ou plaisir pour les activités	Avez-vous de la difficulté à avoir du plaisir au quotidien ?
	Prise ou perte de poids	Avez-vous perdu l'appétit ?
	Insomnie ou hypersomnie	Avez-vous des problèmes de sommeil ?
	Agitation ou ralentissement psychomoteur	Vous sentez-vous agité ou ralenti ?
	Fatigue ou perte d'énergie	Vous sentez-vous fatigué ?
	Sentiment de culpabilité ou dévalorisation	Avez-vous des regrets ?
	Concentration et prise de décision	Avez-vous de la difficulté à vous concentrer ?
	Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires	Pensez-vous plus souvent à la mort ces derniers temps ?
	Anxiété liée à l'humeur	Est-ce que votre humeur vous inquiète ?

Examen physique

INSPECTION

État de conscience et attention.

Utiliser une échelle de dépression

- Si l'ainé ne présente pas de déficits cognitifs, l'infirmière peut employer l'échelle de dépression gériatrique à 15 questions ou la PHQ-9. Si l'ainé est atteint d'un TNCM, elle utilise l'échelle de dépression au cours des démenances.
- Prendre le poids.

Intervention

À déterminer selon les résultats.

5.3 DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

Nous vous proposons ici deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier :

- a) dans une situation aigue de dépression et
- b) dans une situation de suivi de dépression

Situation aiguë de dépression avec PQRSTU de type journaliste

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen clinique de l'état mental en situation aigue

Malaise dominant fatigue

Anamnèse

P Accumulation de stress, longue maladie de l'épouse et son décès, déménagement vers la résidence pour retraité autonome, vente de la maison, maladie du fils aîné. Aucune mesure palliative.

Q Difficulté à faire sa journée N'a pas l'énergie pour sortir de sa chambre. Impact fonctionnel : est en retard sur le paiement de ses comptes, les réparations à faire sur sa voiture.

R: Sans objet.

S: Dort beaucoup, mange moins et s'isole.

T Depuis deux ans, mais pire depuis 3-4 mois Constant, mais pire en intensité le matin.

U N'a jamais vécu cela par le passé. Veut des solutions

Examen physique

INSPECTION

Attentif et alerte. Aucun changement brusque de l'autonomie, de l'état mental et du comportement dans la dernière semaine.
Score de 17/27 à l'Échelle PHQ-9.

Interventions

Médecin avisé et PTI élaboré.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-04-01	10 00	1	Signes cliniques de dépression	PV				MD

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-04-01	10:00	1	Appliquer thérapie de la réminiscence les mardis et vendredis à 14:30 par téléphone par inf.	PV			
		1	Stimuler la participation aux loisirs [Dir. verbale PAB].	PV			
		1	Évaluer l'état mental avec le PHQ-9 tous les trois mois par inf.	PV			
		1	Aviser infirmière si somnolence diurne, mange moins que 50 % de son repas et propos suicidaires [Dir. verbale PAB].	PV			
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Philippe Voyer, inf., Ph.D.		PV	SAPA / SAD				

Situation de suivi de dépression

NOTE AU DOSSIER DU 1^{ER} AVRIL 2017

Examen clinique de suivi de la dépression

Anamnèse

- Rapporte : se sentir triste, ne pas avoir de plaisir au quotidien, ne pas avoir d'appétit, ne pas bien dormir, se réveiller fréquemment la nuit, et fatigue.
- Ne rapporte pas : changement moteur, regrets, problème de concentration, idées suicidaires et inquiétudes par rapport à son humeur.

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentif, poids stable selon le dossier. Score de 14/27 PHQ-9.

Interventions

PTI maintenu.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-04-01	10:00	1	Dépression					MD, nutritionniste
		2	Problème de sommeil	PV				

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2017-04 01	10.00	1	Stimuler la participation aux activités de loisirs (Dir. p. trav. PAB).					
		1	Évaluer l'état mental avec le PHQ-9 tous les trois mois par inf.					
		2	Appliquer le plan pour l'hygiène du sommeil (Dir. plan de trav. PAB).	PV				
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Philippe Voyer, inf., Ph.D.			PV	Hébergement				

Références bibliographiques

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC. [En ligne]. www.dsm5.org

Contenu numérique



- MaBiblio** > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch05
 - > Inventaire d'anxiété gériatrique
 - > Échelle de dépression gériatrique (4 questions)
 - > Échelle de dépression gériatrique (15 questions)
 - > Échelle de dépression gériatrique (30 questions)
 - > Échelle de dépression PHQ-9 (aussi appelé QSP-9)
 - > Échelle de dépression au cours des démences

CHAPITRE 6

LES PROBLÈMES DE SOMMEIL

6.1	Un rappel des effets du vieillissement sur le sommeil	152
------------	---	-----

6.2	L'examen clinique	152
	Encadré 6.1	154
	Le journal du sommeil	
	Encadré 6.2	155
	L'index de sévérité de l'insomnie pour clinicien	

6.3	Un exemple de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier	157
------------	--	-----

Références bibliographiques	159
Contenu numérique	159



6.1 UN RAPPEL DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LE SOMMEIL

L'infirmière doit savoir reconnaître les effets du vieillissement normal sur le sommeil et connaître les risques d'insomnie.



CHAP. 19

Les effets sur le sommeil lent

- Augmentation de la durée du stade 1 par rapport au sommeil total : elle est de 10 % chez l'ainé, alors qu'elle est de 5 % chez le jeune adulte. Cette différence est attribuable aux réveils fréquents.
- Absence de modification du stade 2.
- Modification du stade 3 à divers degrés d'un aîné à l'autre.
- Disparition du stade 4 correspondant au sommeil le plus profond, chez un grand nombre d'ainés.

Les changements fonctionnels

- Allongement de la période d'endormissement (qui reste cependant de 30 minutes ou moins).
- Augmentation de la fréquence et de la longueur des réveils nocturnes (mais 4 réveils ou moins durant la nuit, chacun d'une durée de 20 minutes ou moins).
- Augmentation du temps passé au lit.
- Morcellement du sommeil.
- Difficulté à maintenir le sommeil jusqu'au matin.
- Même nombre d'heures de sommeil que chez les adultes plus jeunes (30 à 50 ans), mais distribution différente sur une période de 24 heures.
- Besoin plus grand de faire une sieste.

6.2 L'EXAMEN CLINIQUE

Lorsqu'elle soupçonne la présence d'un trouble du sommeil, l'infirmière commence son examen clinique en utilisant la méthode PORSTU. Ensuite, selon la situation et pour appuyer son jugement clinique, elle peut compléter son évaluation en ayant recours à certains outils, notamment le journal du sommeil et l'index de sévérité de l'insomnie pour clinicien.



CHAP. 19

Les effets sur le sommeil paradoxal

Malgré l'absence de conclusions définitives à ce sujet, les récents résultats de recherches suggèrent une diminution de la durée du sommeil paradoxal.

Le journal du sommeil et l'efficacité du sommeil

Le journal du sommeil, présenté dans l'**encadré 6.1**, constitue généralement la pierre angulaire de l'évaluation de l'insomnie, car il permet de collecter des données de base sur les variables importantes du sommeil. Il peut être réalisé par l'insomnie lors d'une entrevue avec l'ainé ou par le personnel soignant ou l'aidant naturel lorsque l'ainé est atteint de trouble cognitif. Idéalement, il devrait couvrir une ou deux semaines. Toutefois, selon le contexte clinique, l'insomnie peut éventuellement le remplir pour un seul cycle de 24 heures.

Grâce aux informations fournies par le journal du sommeil, l'insomnie peut calculer l'efficacité du sommeil de l'ainé (Morin *et al.*, 2000). Pour cela, elle divise le temps de sommeil total par le temps total passé au lit la nuit, puis elle multiplie par 100. Un sommeil

efficace correspond à un résultat de 85 % et plus. Par exemple, si l'ainé a passé 10 heures dans son lit et a dormi 8 heures, il a une efficacité de sommeil de 80 % ($8/10 \times 100 = 80\%$).

L'insomnie détermine ainsi la présence éventuelle d'un état pathologique. L'insomnie primaire est le problème le plus fréquent. Elle se reconnaît à une difficulté d'endormissement ou de maintien du sommeil, ou à un sommeil non réparateur, pendant au moins un mois (American Psychiatric Association, 2013). De plus, cette perturbation du sommeil (ou la fatigue diurne associée) est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social et professionnel ou du fonctionnement dans d'autres sphères importantes de la vie de l'ainé.



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch06
> Journal du sommeil

ENCADRÉ 6.1 – Le journal du sommeil

JOUR 1

- 1

Heure du coucher _____
- 2

Heure du lever _____
- 3

Heure de l'éveil _____
- 4

Temps pour m'endormir _____ minutes
- 5

Nombre d'éveils pendant la nuit _____
- 6

Durée totale des éveils durant la nuit _____ minutes
- 7

Ar-je fait une sieste hier ?
Oui ☐ Non ☐
Durée. _____ minutes
- 8

Hier, ai-je pris quelque chose pour m'aider à dormir
(médicaments ou autres) ?
Oui ☐ Non ☐
Nom: _____ Dose: _____
- 9

Qu'est-ce qui a pu nuire à mon sommeil ?
a) douleur
b) inquiétude, anxiété
c) problème respiratoire
d) autre: _____
- 10

Ce matin, je me sens :
a) très reposé
b) reposé
c) fatigué
d) très fatigué
- 11

De façon générale, mon sommeil de la nuit dernière a été :
a) très satisfaisant
b) satisfaisant
c) peu satisfaisant
d) pas du tout satisfaisant

L'index de sévérité de l'insomnie pour clinicien

Chez l'ainé atteint d'un trouble neurocognitif majeur, l'infirmière peut utiliser l'index de sévérité de l'insomnie pour clinicien, qui a été validé en clinique. L'**encadré 6.2** présente cet outil. Pour que les différentes dimensions de l'index soient couvertes, la participation des infirmières de jour, de soir et de nuit est nécessaire. L'infirmière de jour répond aux questions 2 à 5, l'infirmière de soir répond à la question 1 a) et l'infirmière de nuit répond aux questions

- 1 b) et 1 c). De plus, pour assurer la validité des réponses, les infirmières devraient couvrir 3 cycles de 24 heures et donc remplir 3 index. Enfin, la consultation de tous les membres de l'équipe soignante est requise.



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch06
> Index de sévérité de l'insomnie

ENCADRÉ 6.2 – L'index de sévérité de l'insomnie pour clinicien

INDEX DE SÉVÉRITÉ DE L'INSOMNIE

Nom _____ Date _____ Clinicien _____

Encerclez le chiffre correspondant à chacune des questions

1. S'il vous plaît, estimez la sévérité actuelle du problème de sommeil du patient telle que vous la percevez.

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
a) Difficulté à s'endormir	0	1	2	3	4
b) Difficulté à rester endormi	0	1	2	3	4
c) Problème de réveil tôt le matin	0	1	2	3	4

ENCADRÉ 6.2 – L'index de sévérité de l'insomnie pour clinicien (suite)

- 2 Jusqu'à quel point jugez-vous la personne INSATISFAITE de son sommeil ?
- | | | | | |
|------------|---------------------|--------------|--------------------|-------------------|
| Satisfaite | Un peu insatisfaite | Insatisfaite | Assez insatisfaite | Très insatisfaite |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
- 3 Jusqu'à quel point trouvez-vous que les difficultés de sommeil de la personne INTERFÈRENT avec son fonctionnement quotidien (fatigue, capacité à fonctionner/routine quotidienne, concentration, humeur, etc.) ?
- | | | | | |
|-------------|--------|-------------|----------|-------------|
| Pas du tout | Un peu | Moyennement | Beaucoup | Extrêmement |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
- 4 Jusqu'à quel point considérez-vous que les difficultés de sommeil de la personne sont APPARENTES pour les autres (soignants et proches) en termes de détérioration de la qualité de sa vie ?
- | | | | | |
|-------------|--------|-------------|----------|-------------|
| Pas du tout | Un peu | Moyennement | Beaucoup | Extrêmement |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
- 5 Jusqu'à quel point le patient est-il INQUIET ou bouleversé à propos de ses difficultés de sommeil ?
- | | | | | |
|-------------|--------|-------------|----------|-------------|
| Pas du tout | Un peu | Moyennement | Beaucoup | Extrêmement |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Légende 8 à 14 = problème de sommeil léger, 15 à 21 = insomnie, 22 et + = insomnie sévère

Source Bastien, C. H., Vallières, A. et Morin, C. M. (2001) « Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research », *Sleep Medicine*, vol. 2, n° 4, p. 297-307.

6.3 UN EXEMPLE DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

Voici un exemple de note au dossier de suivi et de plan thérapeutique infirmier pour un examen clinique de la qualité du sommeil d'un aîné.

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen clinique de suivi dans une situation de problème de sommeil

Anamnèse

- *Rapporte : avoir de la difficulté à s'endormir et se réveiller fréquemment durant la nuit. Se dit fatiguée durant le jour. Ne participe pas à ses activités de loisirs usuelles en raison de la fatigue.*
- *Ne rapporte pas : anxiété reliée au problème de sommeil.*

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentive.

Résultats du Journal du sommeil rempli pendant 7 jours : Se couche à 20 h 30 tous les soirs, se lève à 7 h 00 le matin, mais se réveille vers 4 h 00. Efficacité du sommeil de 71 %. Somnolence diurne importante selon le conjoint. Le matin se sent fatiguée et est très insatisfaite de son sommeil.

Interventions

PTI ajusté.

Plan thérapeutique infirmier (PTI)

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-03-23	10:30	1	Problème de sommeil depuis 3 mois	NC	-	-	NC	MD
2017-04-01	13:30	1	Insomnie primaire	NC				MD + pharmacien

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-03-23	10 30	1	Remplir le journal du sommeil x 7 jours à chaque 3 mois.	NC			
2017-04-01	14:00	1	Enseigner les principes du programme d'hygiène du sommeil par inf.	NC			

		1	Évaluer l'application des principes du programme d'hygiène de sommeil lors des visites par inf.			NC		
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service		Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Nancy Cyr, inf., M.Sc.			NC	SAPA /SAD				

Références bibliographiques

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing.

Contenu numérique



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch06
 > Journal du sommeil
 > Index de sévérité de l'insomnie

CHAPITRE 7

LE CŒUR

7.1	Rappel des effets du vieillissement sur le cœur.....	162
------------	--	-----

7.2	L'examen clinique en situation aiguë.....	162
------------	---	-----

Tableau 7.1	163
Les manifestations typiques et atypiques des problèmes de nature cardiaque	

Tableau 7.2	167
Un exemple de PORSTU avec une douleur rétro sternale comme malaise dominant	

Tableau 7.3	170
L'examen physique cardiaque de l'ainé en situation aiguë	

7.3	L'examen clinique en situation de suivi	173
------------	---	-----

Tableau 7.4	173
La séméiologie de l'insuffisance cardiaque gauche et droite	

Tableau 7.5	176
Le standard de suivi pour un ainé atteint d'insuffisance cardiaque	

Tableau 7.6	178
--------------------------	-----

La quantification de l'essoufflement selon la classification de la New York Heart Association	
--	--

7.4	Les particularités gériatriques de l'examen physique cardiaque	179
------------	---	-----

Tableau 7.7	179
Les particularités gériatriques de l'examen physique cardiaque	

7.5	Deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier	183
------------	--	-----

Références bibliographiques	191
--	-----

Contenu numérique	191
--------------------------------	-----

7.1 RAPPEL DES EFFETS

DU VIEILLISSEMENT SUR LE CŒUR

L'infirmière qui effectue l'examen clinique cardiaque d'un aîné doit savoir reconnaître les manifestations qui sont attribuables au vieillissement normal, afin de ne pas les confondre avec un état pathologique.  **CHAP. 7**

Le vieillissement du cœur s'accompagne des modifications structurelles et des phénomènes suivants :

- Réduction du nombre de cellules musculaires myocardiques ;
- Augmentation des tissus fibreux dans la structure du cœur ;
- Hypertrophie du ventricule gauche ;
- Artériosclérose contribuant à une élévation maximale de 5 mm Hg de la pression artérielle systolique au repos ;
- Durcissement des valves cardiaques ;

- Perte de cellules nodales et présence de tissu fibreux dans le nœud sinusal contribuant à un ralentissement de la fréquence cardiaque au repos et à l'apparition de troubles du rythme passagers ;
- Diminution de la fréquence cardiaque maximale ;
- Diminution du débit cardiaque ;
- Perte d'efficacité des barorécepteurs ;
- Diminution de la réponse cardiaque aux situations de stress (exercice physique ou infarctus du myocarde).

7.2 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGUË

En présence des signes et des symptômes d'une défaillance cardiaque aiguë, l'infirmière doit pouvoir utiliser efficacement et rapidement la méthode PQRSU puis effectuer l'examen physique, afin de déterminer avec justesse les interventions à réaliser.

La première étape de l'examen clinique en situation aiguë consiste à utiliser le questionnaire PQRSU. Pour cela, l'infirmerière doit être sensible aux diverses manifestations tant typiques

qu'atypiques des problèmes de nature cardiaque (**tableau 7.1**). Dans le cas d'une douleur rétrosternale, le PQRSU ressemblera à celui que présente le **tableau 7.2**.

TABEAU 7.1 – Les manifestations typiques et atypiques des problèmes de nature cardiaque

Problème de nature cardiaque	Manifestations typiques	Manifestations atypiques
Angine	■ Douleur rétrosternale (DRS) durant moins de 5 minutes ■ Irradiation de la DRS ■ Impression d'indigestion ■ Nausées ■ Étourdissements ■ Fatigue, faiblesse ■ Essoufflement ■ Transpiration	■ Modification de l'état mental • Delirium ■ Perte d'autonomie ■ Changement de comportement ■ Dyspnée ■ Essoufflement ■ Vomissements ■ Syncope ■ Chute ■ Douleur abdominale

TABLEAU 7.1 – Les manifestations typiques et atypiques des problèmes de nature cardiaque (suite)

Problème de nature cardiaque	Manifestations typiques	Manifestations atypiques
Anémie	■ Pâleur du visage ■ Conjonctive pâle ■ Muqueuse buccale pâle ■ Essoufflement ■ Douleur thoracique ■ Palpitations cardiaques ■ Transpiration ■ Étourdissements, vertiges ■ Fatigue ■ Intolérance à l'effort ■ Crampes dans les jambes	■ Modification de l'état mental : • Inattention, delirium ■ Perte d'autonomie • Diminution de la participation aux loisirs ■ Changement de comportement • Apathie, retrait social ■ Maux de tête ■ Extrémités froides ■ Perte de poids ■ Perte d'équilibre, chute ■ Infections récurrentes ■ Problème de sommeil
Infarctus du myocarde	■ DRS durant plus de 20 minutes ■ Irradiation de la DRS dans le dos, la mâchoire ou encore le cou ■ Palpitations cardiaques ■ Dyspnée ■ Transpiration ■ Teint grisâtre ■ Nausées	■ Modification de l'état mental • Delirium ■ Perte d'autonomie • Faiblesse, sensation soudaine ou inhabituelle de grande faiblesse, fatigue ■ Changement de comportement • Agitation ■ Douleur diffuse ou absente

	■ Impression d'indigestion ■ Acidité gastrique	■ Vomissements persistants ■ Toux ■ Étourdissements, vertiges, syncope ■ Chute ■ Anxiété, peur ■ Absence de modification de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle
Syncope	■ Perte de conscience ■ Signes antérieurs fréquents: • Étourdissements • Vertiges • Nausées • Diaphorèse • Faiblesse • Troubles visuels: vision brouillée	■ Chute ■ Amnésie
Péricardite	■ DRS ■ Irradiation de la DRS dans le dos, la mâchoire ou encore le cou ■ DRS augmentée en position couchée et parfois lors de la toux et de la déglutition, mais diminuée en position penchée vers l'avant ■ Fièvre, frissons ■ Céphalée ■ Palpitations ■ Toux	■ Modification de l'état mental ■ Perte d'autonomie • Faiblesse, fatigue ■ Changement de comportement ■ Dyspnée, orthopnée ■ Essoufflements à l'effort ■ Œdème des membres inférieurs ■ Perte d'appétit ■ Syncope

TABLEAU 7.1 – Les manifestations typiques et atypiques des problèmes de nature cardiaque (suite)

Problème de nature cardiaque	Manifestations typiques	Manifestations atypiques
Souffle cardiaque	■ DRS ■ Dyspnée ■ Arythmie ■ Palpitations cardiaques ■ Toux ■ Orthopnée ■ Syncope	■ Changement de l'état mental ■ Changement de l'autonomie ■ Changement de comportement ■ Étourdissements, vertiges ■ Intolérance à l'effort, fatigue ■ Dyspnée paroxystique nocturne ■ Problèmes de sommeil ■ Œdème des membres inférieurs
Arythmie	■ Sensations de palpitations cardiaques ■ Dyspnée ■ Essoufflements à l'effort ■ Étourdissements ■ Vertiges ■ Douleur thoracique ■ Faiblesse ■ Fatigue	■ Modification de l'état mental • Delirium ■ Perte d'autonomie ■ Changement de comportement • Ralentissement moteur ■ Syncope ■ Chute

TABEAU 7.2 – Un exemple de PORSTU avec une douleur rétrosternale comme malaise dominant

Malaise dominant : douleur rétrosternale (DRS)

Note : chez l'ainé atteint d'un TNCM, le malaise dominant pourrait se traduire par le fait qu'il se tient la poitrine (signe de Levine).

P		Provoquer	Pallier	Qualité	Quantité
		■ Qu'est-ce qui provoque/entraîne, aggrave/augmente votre DRS ?	■ Qu'est-ce qui soulage/diminue votre DRS ?	■ Décrivez-moi votre DRS. Est-ce une brûlure, un pincement ou un étirement ? Ressentez-vous une pesanteur, une oppression ?	■ Quelle est l'intensité de votre DRS sur une échelle de 0 à 10 ?
		Examiner Trouver des réponses aux questions ci-dessous en utilisant les renseignements et dossiers)			
		■ Qu'est-ce qui provoque/entraîne, aggrave/augmente la DRS de l'ainé ? ■ De quel problème s'agit-il ? ■ Quelle est la cause possible de la douleur ? ■ Quelles mesures prises par la personne semblent soulager/diminuer sa douleur ? ■ Quelles mesures prenez-vous pour soulager/diminuer la douleur de l'ainé ? ■ Comment la DRS se manifeste-t-elle ? Décrivez ce que vous voyez. ■ Impact fonctionnel : dans quelle mesure sa DRS influence-t-elle sur ses activités quotidiennes (par exemple : manger) et ses loisirs ?			

TABLEAU 7.2 – Un exemple de PQRSU avec une douleur rétrosternale comme malaise dominant (suite)

Malaise dominant: douleur rétrosternale (DRS)

Note : chez l'ainé atteint d'un TNCM, le malaise dominant pourrait se traduire par le fait qu'il se tient la poitrine (signe de Levine).

PQRSU		Quantité (suite)	Impact fonctionnel: dans quelle mesure votre DRS influe-t-elle sur vos activités quotidiennes (par exemple: manger), vos tâches domestiques (par exemple: faire votre épicerie), vos loisirs (par exemple: voir des amis), votre travail?	Enquêteur Trouver des réponses aux questions ci-dessous en utilisant les différentes sources d'information: observation, proches, autres soignants et dossier):
R	Région		■ Dans quelle région/à quel endroit se manifeste votre DRS? Montrez-le avec votre doigt.	■ Dans quelle région/à quel endroit se manifeste/se situe la douleur?
	Irradiation		■ Votre DRS s'étend-elle à d'autres endroits? ■ La douleur irradie-t-elle dans votre dos, votre mâchoire, votre épaule? ■ Ressentez-vous la douleur ailleurs? Si oui, où? Montrez-le avec votre doigt.	■ La douleur semble-t-elle s'étendre? • Par exemple, en plus de se tenir la poitrine, l'ainé touche-t-il sa mâchoire?

S	Signes	■ Avez-vous observé d'autres signes inhabituels ou des signes nouveaux, en plus de la DRS ?	■ Semble-t-il y avoir d'autres signes, en plus de la DRS ? • Par exemple, en plus de se tenir la poitrine, l'ainé a-t-il le teint grisâtre et vomit-il ?
	Symptômes	■ Avez-vous ressenti d'autres malaises, d'autres sensations inhabituelles ou nouvelles, en plus de la DRS ?	■ Semble-t-il y avoir d'autres symptômes, en plus de la DRS ? • Par exemple, en plus de se tenir la poitrine, l'ainé se plaint-il de fatigue ?
	Temps	■ Depuis quand votre DRS se manifeste-t-elle ?	■ Depuis quand la DRS se manifeste-t-elle ?
T	Intermittence	■ Votre DRS est-elle constante ou se manifeste-t-elle par épisodes ? Si elle est intermittente : ■ Combien de temps dure-t-elle ? ■ Combien de fois l'avez-vous ressentie durant la dernière journée, la dernière semaine, ou le dernier mois ? ■ À quel moment apparaît-elle ?	■ La DRS semble-t-elle constante ? Si elle est intermittente : ■ Combien de temps dure-t-elle à chaque manifestation ? ■ Combien de fois l'avez-vous observée durant la dernière journée, la dernière semaine ou le dernier mois ? ■ À quel moment apparaît-elle ?
	Understand, signification pour la personne	■ De quel problème croyez-vous qu'il s'agit ? ■ Quelle est la cause de cette douleur, selon vous ? ■ Avez-vous déjà eu ce problème par le passé ?	■ Sans objet.
U			

L'EXAMEN PHYSIQUE CARDIAQUE

Après le PQRSTU, l'infirmière effectue l'examen physique cardiaque. Dans une situation aiguë, elle doit évaluer un minimum de paramètres (**tableau 7.3**).

TABEAU 7.3 – L'examen physique cardiaque de l'ainé en situation aiguë

INSPECTION	Lors de l'inspection, l'infirmière doit : ■ évaluer l'état mental (état de conscience et attention), car plusieurs problèmes cardiaques se manifestent chez l'ainé par un delirium ; ■ déterminer s'il y a un changement brusque de l'autonomie, de l'état mental et du comportement dans la dernière semaine ; ■ repérer la détresse circulatoire : cyanose et teint (pâleur, teint grisâtre, rosé) ; ■ observer s'il y a une distension des jugulaires et mesurer la pression veineuse jugulaire (figure 7.1) ; ■ En position semi-assise à 45 degrés, le résultat normal à la pression veineuse jugulaire est : $\leq 4,5$ cm. Un résultat anormal est de $> 4,5$ cm.
------------	---



FIGURE 7.1

La mesure de la pression veineuse jugulaire

Lors de la mesure de la pression veineuse jugulaire, l'ainé doit avoir la tête tournée à 45 degrés.

PALPATION

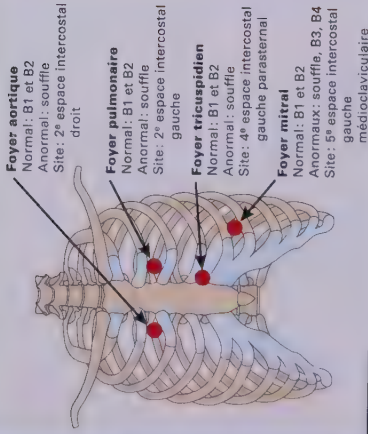
Lors de la palpation, l'infirmière doit :

- vérifier la présence éventuelle d'un œdème des membres inférieurs en pressant fermement pendant 5 secondes à la base des mollets – si l'ainé est alité, elle vérifie le sacrum ;
 - S'il y a présence d'œdème, elle en détermine la profondeur (en centimètres), le temps de résorption (en secondes) et la circonférence (en centimètres).
- évaluer la température des membres inférieurs (tièdes, chauds ou froids), leur moiteur (humides ou secs) et noter toute différence entre les deux membres ;
- évaluer le temps de remplissage capillaire ;
- vérifier les signes vitaux.

AUSCULTATION

Enfin, lors de l'auscultation, l'infirmière s'intéresse aux divers foyers, dont la **figure 7.2** rappelle les sites.

- Foyer aortique :
 - Résultat normal : B1 et B2
 - Résultat anormal : souffle
- Foyer pulmonaire :
 - Résultat normal : B1 et B2
 - Résultat anormal : souffle
- Foyer tricuspïdien :
 - Résultat normal : B1 et B2
 - Résultat anormal : souffle
- Foyer mitral :
 - Résultat normal : B1 et B2
 - Résultats anormaux : souffle, B3 et/ou B4 – ces derniers sont aussi nommés « bruit de galop » (**figure 7.3**).

**FIGURE 7.2**

Rappel des sites de l'auscultation cardiaque

**FIGURE 7.3**

L'auscultation du foyer mitral

Pour détecter un B3 ou un B4, il faut que la personne s'allonge sur le côté gauche.

7.3 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI

C'est le rôle de l'infirmière d'assurer la surveillance clinique de l'ainé. Après une angine ou un infarctus du myocarde, elle doit faire le suivi des signes et des symptômes associés (**tableau 7.1**). Lors de l'anamnèse de suivi, elle s'intéresse essentiellement aux manifestations signalées au cours de l'anamnèse faite en situation aiguë.

Mis à part la surveillance clinique faisant suite à des problèmes aigus, l'infirmière effectue l'examen en situation de suivi pour des

TABLEAU 7.4 – La sémiologie de l'insuffisance cardiaque gauche et droite

Insuffisance cardiaque	Manifestations cliniques en amont	Manifestations cliniques en aval	Manifestations geriatricques
Gauche	La surcharge en amont du ventricule gauche affecte particulièrement la fonction pulmonaire et elle est à l'origine des signes suivants : ■ toux sèche ; ■ sensation de souffle court ; ■ dyspnée ; ■ tachypnée, hyperpnée, orthopnée ou dyspnée paroxystique nocturne ; ■ crépitations à l'auscultation en face postérieure ; ■ bruit de galop ;	La diminution du volume d'éjection systolique affecte la circulation systémique (la périphérie) et elle est à l'origine des signes suivants : ■ pâleur, teint grisâtre, cyanose ; ■ fatigue ; ■ intolérance à l'exercice ; ■ douleur rétrosternale ; ■ angine ;	Par ailleurs, l'insuffisance cardiaque gauche peut fréquemment provoquer chez l'ainé : ■ modifications de l'état mental, notamment des étourdissements, un delirium, des troubles du sommeil ;

problèmes chroniques comme l'insuffisance cardiaque. Après avoir rappelé les signes et symptômes correspondant à ce problème (**tableau 7.4**), nous donnons un exemple d'examen de suivi clinique pour l'insuffisance cardiaque (**tableau 7.5**).

La sémiologie de l'insuffisance cardiaque

Le **tableau 7.4** présente les signes et symptômes qui traduisent une insuffisance cardiaque.  **CHAP. 7**

TABLEAU 7.4 – La sémiologie de l'insuffisance cardiaque gauche et droite (suite)

Insuffisance cardiaque	Manifestations cliniques	Manifestations cliniques	Manifestations cliniques
Gauche (suite)	■ expectorations mousseuses blanches; ■ expectorations mousseuses rosées (rupture de la membrane alvéolocapillaire); ■ fibrillation auriculaire, liée à la dilatation de l'oreillette.	■ diminution de la pression artérielle systolique; ■ diminution de l'amplitude des pouls périphériques; ■ signes d'hypotension orthostatique; ■ froidement des membres inférieurs; ■ allongement du temps de remplissage capillaire; ■ sensation constante de froid; ■ diaphorèse.	■ perte d'autonomie; ■ changement de comportement, notamment apathie; ■ perte d'appétit; ■ nausées; ■ diarrhée.
Droite	La surcharge en amont affecte particulièrement la circulation veineuse et cause les phénomènes suivants : ■ élévation de la pression veineuse jugulaire; ■ distension des jugulaires; ■ hépatalgie (douleur au niveau du foie); ■ œdème des membres inférieurs (ou, en position couchée, des cuisses et de la région du sacrum). Un œdème des pieds rend la marche et le maintien de la position d'équilibre difficile, et entraîne de la difficulté à se chauffer convenablement (risque de chute);	La diminution du volume d'éjection vers le cœur gauche peut causer l'insuffisance cardiaque gauche ou exacerber les signes de cette affection. L'insuffisance cardiaque droite contribue à aggraver les signes et symptômes suivants : ■ fatigue; ■ intolérance à l'effort; ■ angine et douleur rétrosternale; ■ diminution de la pression artérielle systolique;	Enfin, l'insuffisance cardiaque droite entraîne fréquemment les signes et symptômes suivants chez l'ainé : ■ modification de l'état mental, notamment delirium et trouble du sommeil; ■ perte d'autonomie; ■ changement de comportement; ■ absence de douleur rétrosternale.

- nycturie et polyurie en raison de la réabsorption des œdèmes durant la nuit;
- gain de poids;
- hépatomégalie (augmentation du volume du foie);
- bruit de galop;
- ascite;
- épanchement pleural;
- cyanose des extrémités et des muqueuses, des lobes des oreilles (stase circulatoire et désaturation artérielle);
- fibrillation auriculaire, liée à la dilatation de l'oreillette.

La sensation de plénitude abdominale causée par l'hépatomégalie sera à l'origine des signes suivants :

- perte d'appétit;
- nausées;
- ballonnements;
- diarrhée;
- vomissements.

- allongement du temps de remplissage capillaire;
- diminution de la circulation coronarienne, cérébrale et périphérique.

TABLEAU 7.5 – Le standard de suivi pour un aîné atteint d'insuffisance cardiaque

Exemples de questions

Anamnèse

Respiration (jour et nuit)	■ Est-ce que vous respirez facilement pendant la journée et pendant la nuit ? ■ Vous sentez-vous fréquemment essoufflé ?
Toux (jour et nuit)	■ Toussez-vous pendant la journée ou pendant la nuit ?
Étourdissements	■ Avez-vous des étourdissements ?
Sommeil	■ Avez-vous un bon sommeil ?
Fatigue	■ Vous sentez-vous fatigué ? ■ Quel est votre niveau d'énergie ?
DRS	■ Avez-vous par moments des douleurs à la poitrine ?
Digestion	■ Votre digestion se fait-elle normalement ? Avez-vous bon appétit ? Avez-vous des ballonnements, des nausées ?
Élimination urinaire et fécale	■ Urinez-vous normalement ? Urinez-vous beaucoup la nuit ? ■ Avez-vous des difficultés sur le plan de l'élimination intestinale ? Avez-vous de la constipation ?
Anxiété liée à la maladie cardiaque	■ Votre santé cardiaque vous inquiète-t-elle ?

Examen physique

INSPECTION

À l'inspection, l'infirmière doit :

- évaluer l'état de conscience et l'attention ;
- quantifier l'essoufflement selon la classification de la New York Heart Association (**tableau 7.6**) ;
- évaluer l'orthopnée et la toux lors de l'examen ;
- repérer la détresse circulatoire : cyanose, le teint (pâleur, grisâtre) ;
- déterminer le poids de la personne (alerte clinique : 1,3 kg [3 livres]/48 h ou 2,3 kg [5 livres]/1 semaine) ;
- mesurer la pression veineuse jugulaire.

PALPATION

Lors de la palpation, l'infirmière doit :

- vérifier la présence éventuelle d'un œdème des membres inférieurs en pressant fermement pendant 5 secondes à la base des mollets ; si l'ainé est alité, vérifier le sacrum ;
 - S'il y a présence d'œdème, en déterminer la profondeur (en centimètres), le temps de résorption (en secondes) et la circonférence (en centimètres).
- évaluer la température des membres inférieurs (tièdes, chauds ou froids), leur moiteur (humides ou secs) et noter toute différence entre les deux membres ;
- vérifier les signes vitaux.

AUSCULTATION

Lors de l'auscultation, l'infirmière doit se concentrer sur les foyers d'auscultation suivants :

- foyer aortique :
 - résultat normal : B1 et B2 ;
 - résultat anormal : souffle.
- foyer mitral :
 - résultat normal : B1 et B2 ;
 - résultats anormaux : souffle, B3 et/ou B4 (ces derniers sont aussi nommés « bruit de galop »).

TABLEAU 7.5 – Le standard de suivi pour un aîné atteint d’insuffisance cardiaque (suite)

<u>Interventions</u>	
	À déterminer selon les résultats.



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch07 > Formulaire aide-mémoire pour l'examen clinique cardiaque

TABLEAU 7.6 – La quantification de l’essoufflement selon la classification de la New York Heart Association

Classe	Description
Classe I	L’essoufflement n’entraîne aucune limitation de l’activité.
Classe II	L’essoufflement ou la fatigue apparaissent lors des efforts les plus intenses et entraînent une limitation modérée des activités.
Classe III	Les symptômes surviennent lors des efforts de la vie courante et limitent beaucoup l’activité physique.
Classe IV	L’essoufflement est présent au repos et empêche toute activité.

Source The Criteria Committee of the New York Heart Association (1994) *Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and the great vessels*, 9^e ed , New York, NY, Lippincott Williams & Wilkins

7.4 LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN PHYSIQUE CARDIAQUE

Lorsqu'elle procède à un examen physique cardiaque auprès d'un aîné, l'infirmière doit appliquer certains principes et être en mesure d'interpréter correctement les résultats propres à cette catégorie

d'âge. Le **tableau 7.7** décrit les particularités gériatriques de l'examen physique du cœur.

TABLEAU 7.7 – Les particularités gériatriques de l'examen physique cardiaque

Étapes de l'examen physique	
Signes vitaux	Particularités gériatriques
	Fréquence cardiaque
	▪ Comme on observe souvent des troubles passagers du rythme cardiaque, l'infirmière doit prendre la fréquence cardiaque pendant 1 minute pour être en mesure de les repérer. Si elle note des arythmies et que l'aîné présente des symptômes, l'infirmière avisera le médecin. Par ailleurs, chez l'aîné ayant des antécédents cardiaques, il est suggéré d'ausculter le cœur en même temps au niveau du foyer mitral, car certains rythmes lents, irréguliers ou rapides peuvent échapper à la perception radiale. ▪ Si elle note la présence d'irrégularités passagères du rythme cardiaque et que l'aîné est asymptomatique, l'infirmière doit exercer son jugement clinique sur la démarche clinique à effectuer. ▪ Dans un premier temps, compte tenu du fait que les arythmies peuvent être des signes associés à l'évolution de plusieurs problèmes – tels que l'ischémie myocardique, le déséquilibre électrolytique, l'hypoxie, l'anémie ou l'apparition de réactions indésirables à plusieurs médicaments –, l'infirmière doit rechercher la présence de ces problèmes. Ainsi, elle vérifiera s'il y a eu récemment un changement de médication, une modification de l'alimentation ou de l'hydratation, une modification de la diurèse, l'apparition de manifestations d'angine, l'apparition ou l'aggravation d'un problème respiratoire, un saignement, un épisode infectieux ou fébrile, ou enfin des antécédents d'atteinte hépatique ou rénale. En présence de toute modification de l'état clinique, l'infirmière avisera le médecin.

TABLEAU 7.7 – Les particularités gériatriques de l'examen physique cardiaque (suite)

Étapes de l'examen physique	Particularités gériatriques
Signes vitaux (suite)	■ Dans un deuxième temps, s'il n'y a pas eu de modification récente de l'état clinique, l'infirmière peut avoir recours à deux évaluations supplémentaires pour soutenir sa prise de décision : • Si elle a accès à un électrocardiogramme, l'infirmière fait passer un électrocardiogramme (ECG) à l'ainé afin de confirmer ou d'infirmer la présence d'une arythmie. Si l'ECG est anormal, elle avisera le médecin. • Si elle n'a pas accès à un électrocardiogramme, l'infirmière peut mesurer à plusieurs reprises la fréquence cardiaque au cours d'une période de 24 heures. Si trois mesures consécutives confirment la présence d'arythmies chez un aîné asymptomatique, elle en avisera le médecin lors de sa visite. De même, si à au moins une occasion, elle a détecté 10 arythmies durant la mesure de la pulsation cardiaque sur une minute, elle doit aviser le médecin. • Dans le cas où l'ECG est normal ou que, durant 24 heures, l'infirmière ne repère pas d'arythmie (avec au moins trois mesures additionnelles), il est probable qu'il n'y a pas de problème d'arythmie. Elle jugera s'il est pertinent d'en aviser le médecin, selon son contexte de pratique et la situation particulière de l'ainé. Cette recommandation s'appuie sur le fait que, avec le vieillissement normal, il est très fréquent chez l'ainé en bonne santé de présenter des irrégularités passagères du rythme cardiaque qui sont sans conséquence. En effet, 88 % des aînés peuvent présenter des irrégularités du rythme cardiaque de façon passagère au cours d'une période de 24 heures, et ce sans aucune conséquence clinique (Halter <i>et al.</i>, 2009).
	Pression artérielle ■ Noter que le vieillissement normal provoque une augmentation maximale de 5 mm Hg de la pression artérielle systolique au repos. La définition de l'hypertension artérielle demeure donc la même chez l'ainé. Les recommandations pour les interventions non-pharmacologiques sont donc les mêmes que chez les personnes plus jeunes. Il est à noter toutefois que pour le traitement pharmacologique de l'hypertension chez l'ainé de 80 ans et plus, le seuil est différent et se situe à ≥ 160 et que la cible de traitement pour la pression artérielle systolique est de < 150 (www.hypertension.ca/fr). ■ Vérifier la présence d'un trou auscultatoire et d'une non-disparition des bruits de Korotkoff. En cas de trou auscultatoire, écrire 190 (178-156)/80 dans la note. En cas de non-disparition des bruits de Korotkoff, écrire 150/70/0.

Fréquence respiratoire

- Bien mesurer la fréquence respiratoire durant une minute.
- Chez l'ainé, la fréquence respiratoire varie souvent en situation de défaillance cardiaque, en l'absence même de tout autre symptôme. Chez l'ainé, une fréquence respiratoire de 25 et plus par minute indique souvent un problème de santé, tel qu'un infarctus du myocarde, un œdème aigu du poumon (OAP) ou encore une infection respiratoire (pneumonie).

Température

- Une température de 37,8 °C peut suggérer la présence d'une infection affectant le péricarde.
 - Un frottement péricardique pourrait être entendu à l'auscultation entre le 3^e espace parasternal gauche et le foyer mitral.

Inspection

- Commencer par évaluer l'état de conscience et l'attention, car plusieurs problèmes cardiaques se manifestent chez l'ainé par un delirium.
- Lors de l'analyse du teint de l'ainé, tenir compte des modifications tégumentaires dans l'interprétation. L'ainé en bonne santé peut avoir un teint pâle.

Palpation

- La température des membres inférieurs de l'ainé est naturellement plus froide que celle des adultes plus jeunes. Il faut en tenir compte pour ne pas conclure rapidement à un problème de circulation périphérique.
 - Compléter l'examen par une prise de la pulsation pédieuse, dans le doute.

TABLEAU 7.7 – Les particularités gériatriques de l'examen physique cardiaque (suite)

Étapes de l'examen physique	Particularités gériatriques
Auscultation	Foyers d'auscultation ■ Chez l'ainé, les foyers aortique et mitral sont les deux foyers d'auscultation qu'il est le plus pertinent d'écouter. Ils présentent généralement des sons anormaux en cas de problème de santé aigu ou chronique. ■ Chez l'ainé atteint d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, ausculter également le foyer tricuspidien, car un souffle pourrait y apparaître. ■ Sinon, il est plus rare qu'il soit pertinent d'ausculter le foyer pulmonaire chez l'ainé. Bruits ■ Les bruits B1 et B2 sont moins forts chez l'ainé que chez l'adulte jeune, en raison de la perte de volume du cœur et de la modification de la cage thoracique. ■ Bien qu'anormaux et non liés au vieillissement, les souffles cardiaques aortique et mitral sont fréquents chez les aînés de plus de 80 ans. ■ Le bruit B3 témoigne généralement d'une défaillance cardiaque aiguë chez l'ainé: infarctus du myocarde, œdème aigu du poumon, exacerbation d'un état connu d'insuffisance cardiaque. ■ Le bruit B4 témoigne généralement d'une défaillance cardiaque chronique chez l'ainé: insuffisance cardiaque, hypertrophie cardiaque associée à un processus d'hypertension artérielle. ■ Dans l'impossibilité de distinguer s'il s'agit d'un B3 ou d'un B4, signaler la présence d'un bruit de galop.



7.5 DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

Nous vous proposons ici deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier :

- a) dans une situation aiguë de dyspnée due à un infarctus du myocarde et
- b) dans une situation de suivi d'insuffisance cardiaque.

Situation aiguë de dyspnée due à un infarctus du myocarde avec PQRSTU de type journaliste

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen clinique cardiaque en situation aiguë

Malaise dominant : dyspnée

Anamnèse

P. Antécédent d'angine de poitrine, augmente en position couchée et pendant la marche. Aucune mesure palliative.

Q: Essoufflement qui rend la conversation difficile. Impact fonctionnel : diminution de la mobilité.

R: Sans objet.

S: Fatigue, nausées.

T: Dyspnée qui se manifeste depuis 9 h ce matin de façon constante.

U: Pense que ça pourrait être son angine de poitrine. Dit avoir déjà ressenti cela dans le passé.

Situation aiguë de dyspnée due à un infarctus du myocarde avec PQRSTU de type journaliste (suite)

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen physique

INSPECTION

Alerte et inattentif. En comparaison avec la semaine dernière : présence d'un changement brusque de l'autonomie et de l'état mental, mais pas de changement de comportement. Aucune cyanose, teint normal. Jugulaires distendues et pression veineuse jugulaire à 5 cm en position 45 degrés.

PALPATION

Membres inférieurs : aucun œdème, peau sèche et température chaude. Fréquence cardiaque : 92 et respiration superficielle de type thoracique de 28/min (voir formulaire pour autres signes vitaux). Saturométrie : 93 % Air ambiant. Retour capillaire : < 3 secondes.

AUSCULTATION

Foyers pulmonaire et tricuspidien : B1 et B2 normaux. Foyer aortique : souffle. Foyer mitral : B3. Auscultation des poumons (face postérieure) : MVN.

Interventions

MD avisé et PTL élaboré.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-04-01	10:00	1	Dyspnée					MD
		2	Signes cliniques d'un problème cardiaque					MD
		3	Changement de l'état mental					
		4	Changement de l'autonomie fonctionnelle	PV				Ergothérapeute

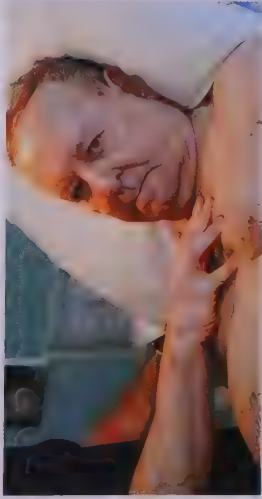
SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-04-01	10:00	1-2	Effectuer un examen clinique cardiaque et respiratoire à chaque quart de travail par inf.				
		1-2	Aviser inf. si douleur, somnolence, toux et changement de comportements [Dir. p. trav. PABI].				

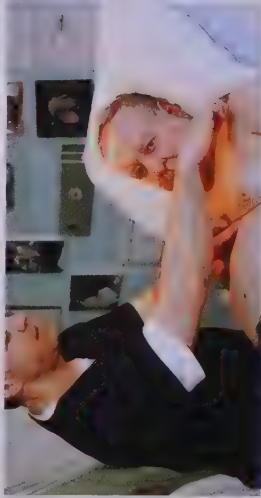
Plan thérapeutique infirmier (PTI) (suite)

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-04-01	10:00	1-2	Mesurer les signes vitaux aux 4 heures pour les 3 prochains jours.				
		3	Compléter le dépistage des signes du delirium avec RADAR aux administrations des médicaments.				
		3	Assurer une présence constante des proches en raison de l'inattention (Dir. verbale famille)	PV			
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Philippe Voyer, inf., Ph.D.		PV	Hôpital				



Lors de l'auscultation cardiaque, il est essentiel de bien repérer les foyers cardiaques afin de caractériser correctement les bruits entendus et d'éviter ainsi tout risque d'erreur. Les espaces intercostaux (*photo de gauche*) doivent être bien sentis et la position médioclaviculaire (*photo de droite*) bien établie.



Situation de suivi d'insuffisance cardiaque

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} MAI 2017

Examen clinique cardiaque de suivi

Anamnèse

- Rapporte. s'essouffler rapidement à l'effort tel que marche dans le corridor, étourdissements lors de légers efforts comme se lever d'une chaise ou sortir du lit, nycturie.
- Ne rapporte pas : difficulté respiratoire au repos ou la nuit, toux le jour ou la nuit, fatigue, insomnie, DRS, problème de digestion, élimination fécale et anxiété reliée à la condition cardiaque.

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentive. Essoufflement de classe III selon échelle NYHA. Absence d'orthopnée. Aucune toux ni cyanose durant l'examen. Teint rosé. Pression veineuse jugulaire : 4 cm.

PALPATION

Membres inférieurs. œdème de 1 cm de profondeur, d'une durée de 12 secondes, circonférence base du mollet de 36 cm symétrique. Température tiède et peau sèche aux deux membres inférieurs. Signes vitaux normaux et poids stable : voir formulaire.

AUSCULTATION

Foyer aortique : souffle. Foyer mitral : B4.



Chez l'ainé qui est atteint d'une insuffisance cardiaque gauche et qui se plaint d'avoir le souffle plus court que d'habitude, il est judicieux d'ausculter les poudrons au niveau du lobe inférieur sur la face postérieure, car on pourrait y déceler des crépitations.

Plan thérapeutique infirmier (PTI)

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-05-01	10:00	1	Insuffisance cardiaque gauche (2015)	PV				MD

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-05-01	10:00	1	Effectuer examen clinique cardiaque tous les trois mois, par inf.				
		1	Aviser inf. si essoufflement, douleur, somnolence, toux [Dir. p. trav. PAB].				
		1	Appliquer le protocole de réadaptation cardiaque (Dir. p. de trav. PAB).	PV			
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	
Philippe Voyer, inf., Ph D.		PV	SAPA / CHSLD				

Références bibliographiques

Halter, J. B. et al. (2009). *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*, 6^e éd., New York : McGraw-Hill.

Contenu numérique



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch07
> Formulaire aide-mémoire pour l'examen clinique cardiaque
> Bruits cardiaques

CHAPITRE 8

LES POUMONS

8.1	Rappel des effets du vieillissement sur les poumons	194
------------	---	-----

8.2	L'examen clinique en situation aiguë	194
------------	--	-----

Tableau 8.1	196
Les manifestations typiques et atypiques des problèmes respiratoires	

Tableau 8.2	198
Un exemple de PQRSTU avec l'essoufflement comme malaise dominant	

Tableau 8.3	201
L'examen physique pulmonaire de l'ainé en situation aiguë	

8.3	L'examen clinique en situation de suivi	204
------------	---	-----

Tableau 8.4	205
Le standard pour le suivi d'une MPOC	

Tableau 8.5	207
L'évaluation de la gravité d'une MPOC	

Tableau 8.6	207
L'échelle de dyspnée du Conseil de recherche médicale	

Tableau 8.7	208
L'échelle de Borg	

Tableau 8.8	209
Les critères d'exacerbation d'Anthonisen	

8.4	Les particularités gériatriques de l'examen physique respiratoire	210
------------	---	-----

Tableau 8.9	210
Les particularités gériatriques de l'examen physique respiratoire	

8.5	Deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier	215
------------	---	-----

Contenu numérique		221
--------------------------------	--	-----

8.1 RAPPEL DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LES POUMONS

L'infirmière qui procède à l'examen clinique respiratoire d'un aîné doit savoir reconnaître les manifestations qui sont attribuables au vieillissement normal, afin de ne pas les confondre avec un état pathologique.  **CHAP 8**

Le vieillissement des poumons entraîne les changements notables suivants :

- diminution de l'amplitude de la cage thoracique ;
- perte de 25 % de la force et de l'endurance musculaire du diaphragme ;
- perte de la force et de l'endurance des muscles intercostaux et accessoires ;
- perte d'élasticité du parenchyme pulmonaire et du rebond alvéolaire ;
- réduction de la surface alvéolaire ;
- diminution de l'efficacité des échanges gazeux ;
- déclenchement plus difficile de la toux et perte d'efficacité ;

8.2 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGUË

En présence de signes et de symptômes suggérant une difficulté respiratoire, l'infirmière doit pouvoir réaliser efficacement et rapidement le PQRSTU et l'examen physique respiratoire, afin de déterminer avec justesse les interventions nécessaires.

- réduction du nombre de cils vibratiles dans les bronches ;
- diminution des composantes immunitaires de l'appareil respiratoire, en particulier dans le mucus ;
- diminution de la quantité de mucus et réduction du pourcentage d'eau dans celui-ci ;
- élévation des seuils de détection des chimiorécepteurs ;
- diminution des capacités inspiratoires et expiratoires maximales ;
- augmentation de la capacité respiratoire résiduelle ;
- diminution de la capacité respiratoire vitale ;
- perte de tolérance à l'effort physique intense ;
- perte de tolérance aux conditions respiratoires difficiles telles que smog, fumée, émanation de produits irritants.

En situation aiguë, la méthode PQRSTU est la première étape de l'examen clinique. Cela demande à l'infirmière d'être sensible aux diverses manifestations tant typiques qu'atypiques des pro-



La pneumonie d'aspiration se produit généralement dans le poumon droit en raison de la morphologie des bronches.

Ainsi, la pneumonie pourrait se situer dans le lobe supérieur droit (*photo de gauche*) ou dans le lobe moyen sur la face antérieure (*photo de droite*).

blèmes de nature respiratoire (**tableau 8.1**). Dans le cas d'un essoufflement, le PQRSTU ressemblera à celui que présente le **tableau 8.2**.  **CHAP. 8**

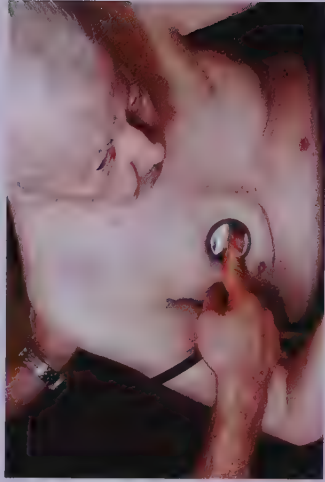


TABLEAU 8.1 – Les manifestations typiques et atypiques des problèmes respiratoires

Problèmes respiratoires	Manifestations typiques	Manifestations atypiques
Grippe	■ Congestion nasale ■ Sécrétions nasales ■ Gorge sèche ■ Voix éteinte ■ Toux ■ Fièvre ■ Céphalées ■ Courbatures	■ Modification de l'état mental • Delirium ■ Perte d'autonomie • Faiblesse ■ Changement de comportement ■ Fatigue ■ Perte d'appétit, perte de poids
Pneumonie	■ Sécrétions ■ Toux ■ Dyspnée ■ Essoufflement ■ Tachypnée ■ Fièvre de 38,5 °C ■ Diaphorèse ■ Frissons ■ Douleur thoracique ■ Céphalées ■ Tachycardie	■ Modification de l'état mental • Delirium • Léthargie ■ Perte d'autonomie • Faiblesse ■ Changements de comportements • Errance, cris, agitation • Apathie, retrait social ■ Déshydratation • Pression artérielle systolique inférieure à 90 ■ Chute ■ Fréquence respiratoire ≥ 25 par minute ■ Fièvre gériatrique $\geq 37,8$ °C

Œdème aigu du poumon (OAP)	■ Dyspnée ■ Tachypnée ■ Cyanose ■ Toux ■ Sécrétions mousseuses ■ Fatigue ■ Pâleur ■ Diaphorèse ■ Extrémités froides et moites	■ Perte d'appétit, perte de poids ■ Nausée, vomissements, diarrhées ■ Modification de l'état mental • Delirium ■ Perte d'autonomie • Faiblesse ■ Changement de comportement ■ Fatigue ■ Perte d'appétit ■ Œdème aux membres inférieurs ■ Nycturie ■ Orthopnée ■ Dyspnée paroxystique nocturne
Embolie pulmonaire	■ Dyspnée ■ Tachypnée ■ Toux ■ Sensation d'oppression respiratoire ■ Douleur thoracique ■ Hémoptysie ■ Diaphorèse ■ Hypotension artérielle ■ Élévation de la pression veineuse jugulaire	■ Modification de l'état mental • Delirium ■ Perte d'autonomie • Faiblesse ■ Changement de comportement ■ Agitation ■ Fatigue ■ Anxiété ■ Étourdissements ■ Syncope

TABLEAU 8.2 – Un exemple de PQRSTU avec l'essoufflement comme malaise dominant

Malaise dominant: essoufflement

P		Provoquer	Qu'est-ce qui provoque/entraîne, aggrave/ augmente votre essoufflement ?	Qu'est-ce qui provoque/entraîne, aggrave/ augmente l'essoufflement de l'ainé ?	Trouver des réponses aux questions ci-dessous en utilisant les réponses de l'ainé et d'autres soignants et dessiert :
		Pallier	■ Qu'est-ce qui diminue votre essoufflement ? ■ Avez-vous trouvé une stratégie pour diminuer votre essoufflement ?	■ De quel problème s'agit-il ? ■ Quelle est la cause possible de l'essoufflement ?	
Q		Qualité	Décrivez-moi votre essoufflement. Avez-vous l'impression d'étouffer ? Manquez-vous d'air, cherchez-vous votre souffle ?	■ L'ainé semble-t-il prendre des mesures qui diminuent son essoufflement ? ■ Prenez-vous vous-même des mesures qui semblent diminuer son essoufflement (par exemple : lever la tête du lit) ?	Comment le malaise se manifeste-t-il ? Décrivez ce que vous voyez.
		Quantité	Quelle est l'intensité de votre essoufflement sur une échelle de 0 à 10 ?		Impact fonctionnel : dans quelle mesure son essoufflement influe-t-il sur ses activités quotidiennes (par exemple : manger) et ses loisirs (par exemple : voir des amis) ?

		Impact fonctionnel: dans quelle mesure votre essoufflement influe-t-il sur vos activités quotidiennes (par exemple: manger), vos tâches domestiques (par exemple: faire votre épicerie), vos loisirs (par exemple: voir des amis), votre travail?	
R	Région	Sans objet.	Sans objet.
	Irradiation	Sans objet.	Sans objet.
S	Signes	Avez-vous observé d'autres problèmes ou de nouveaux signes, en plus de l'essoufflement?	Semble-t-il y avoir d'autres malaises et signes, en plus de l'essoufflement?
	Symptômes	Avez-vous ressenti d'autres malaises, d'autres sensations inhabituelles ou nouvelles, en plus de l'essoufflement?	L'ainé exprime-t-il ou manifeste-t-il d'autres symptômes ou malaises, en plus de l'essoufflement?
T	Temps	Depuis quand êtes-vous essoufflé?	Depuis quand l'ainé est-il essoufflé?
	Intermittence	Êtes-vous constamment essoufflé? Si votre essoufflement est intermittent: - Combien de temps dure-t-il chaque fois? - Combien de fois l'avez-vous ressenti durant la dernière journée, la dernière semaine ou le dernier mois?	L'ainé est-il constamment essoufflé? Si l'essoufflement est intermittent: - Combien de temps dure-t-il chaque fois? - Combien de fois l'avez-vous observé durant la dernière journée, la dernière semaine ou le dernier mois? - À quel moment l'essoufflement apparaît-il?

TABLEAU 8.2 – Un exemple de PORSTU avec l'essoufflement comme malaise dominant (suite)

Malaise dominant: essoufflement

PORSTU		Journaliste	Enquêteur
T	Intermittence (suite)	■ À quel moment votre essoufflement apparaîtrait-il ?	Enquêteur : Pourriez-vous me décrire les sensations que vous ressentez lorsque vous êtes essoufflé(e) ? Journaliste : (voir le dossier)
U	<i>Understand</i> , signification pour la personne	■ De quel problème croyez-vous qu'il s'agit ? ■ Quelle est la cause, selon vous, de cet essoufflement ? ■ Est-ce la première fois que vous avez ce problème d'essoufflement ?	

L'EXAMEN PHYSIQUE RESPIRATOIRE

Après le PORSTU, la deuxième étape de l'examen clinique est l'examen physique respiratoire (**tableau 8.3**). Dans une situation

aiguë, lors de cet examen, l'infirmière doit évaluer un certain nombre de paramètres à l'inspection et à l'auscultation.

TABEAU 8.3 – L'examen physique pulmonaire de l'ainé en situation aiguë

INSPECTION	Lors de l'inspection, l'infirmière doit : ■ évaluer l'état mental : l'état de conscience et l'attention ; ■ déterminer s'il y a un changement brusque de l'autonomie, de l'état mental et du comportement dans la dernière semaine ; ■ mesurer la fréquence sur une minute, le rythme (régulier ou irrégulier), l'amplitude (superficielle ou profonde) et le type de respiration (thoracique ou abdominale) ; ■ repérer les signes de détresse : cyanose, teint (pâleur, grisâtre) ; ■ évaluer le retour capillaire (figure 8.1) ; ■ mesurer la saturation en oxygène ; ■ déterminer s'il y a présence de tirage, si l'ainé tousse ou expectore durant l'examen.
------------	---



FIGURE 8.1

L'évaluation du retour capillaire

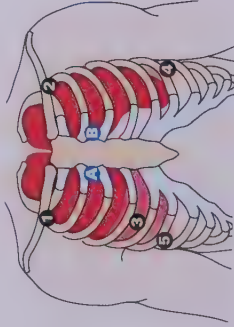
Lors de l'évaluation du retour capillaire, il faut appliquer une pression sur le doigt pendant cinq secondes.

TABEAU 8.3 – L'examen physique pulmonaire de l'ainé en situation aiguë (suite)

AUSCULTATION

Enfin, lors de l'auscultation, l'infirmière s'intéresse aux divers sites d'auscultation, comme le montre la **figure 8.2**.
Lors de l'auscultation, l'infirmière doit :

- écouter les bruits bronchiques, les ronchi et les sibilants constituant des résultats anormaux ;
- écouter les murmures vésiculaires, les crépitations et les sibilants constituant des résultats anormaux ;
- détecter tout autre bruit anormal, notamment un bruit de frottement pleural.



FACE ANTÉRIEURE

- A** BB droit : 2^e espace intercostal droit, parasternal
- B** BB gauche : 2^e espace intercostal gauche, parasternal
- 1** MV au lobe supérieur droit (LSD) : médioclaviculaire, 1 cm sous la clavicule
- 2** MV au lobe supérieur gauche (LSG) : médioclaviculaire, 1 cm sous la clavicule
- 3** MV au lobe moyen (LM) : 4^e espace intercostal médioclaviculaire
- 4** MV au lobe inférieur gauche (LIG) : 6^e espace intercostal gauche, zone axillaire antérieure
- 5** MV au lobe inférieur droit (LID) : 6^e espace intercostal droit, zone axillaire antérieure

FACE POSTÉRIEURE

- 6** MV au lobe supérieur gauche (LSG) : zone entre pointe droite de l'omoplate et la colonne vertébrale
 - 7** MV au lobe supérieur droit (LSD) : zone entre pointe gauche de l'omoplate et la colonne vertébrale
 - 8** MV au lobe inférieur gauche (LIG) : 9^e espace intercostal gauche, zone axillaire postérieure
 - 9** MV au lobe inférieur droit (LID) : 9^e espace intercostal droit, zone axillaire postérieure
- **bruits bronchiques (BB)**
● **murmures vésiculaires (MV)**

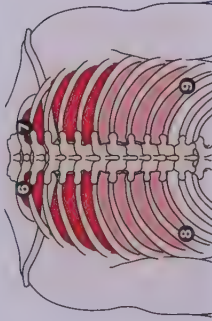


FIGURE 8.2

Les sites stratégiques de l'auscultation respiratoire gériatrique



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch08
> Formulaire aide-mémoire pour l'examen clinique respiratoire
> Bruits respiratoires

8.3 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI

C'est le rôle de l'infirmière d'assurer la surveillance clinique de l'ainé. Dans un cas de pneumonie ou d'œdème aigu du poumon (OAP), l'infirmière doit faire le suivi des signes et des symptômes associés, en plus de procéder à l'examen physique respiratoire. Elle s'intéresse essentiellement aux manifestations signalées lors de l'examen effectué en situation aiguë.

Mis à part la surveillance clinique qui fait suite à des problèmes aigus, l'examen clinique de suivi s'effectue pour des problèmes respiratoires chroniques comme les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Après avoir rappelé les signes et symptômes s'y rapportant, nous donnons un exemple d'examen clinique de suivi classique pour l'emphysème (**tableau 8.4**).

La sémiologie des maladies pulmonaires obstructives chroniques

Les deux principales maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) sont la bronchite chronique et l'emphysème. En voici les caractéristiques sémiologiques.  **CHAP. 8**

L'emphysème se manifeste par les signes suivants :

- Dyspnée;
- Difficulté expiratoire;
- Essoufflement;
- Thorax en tonneau;
- Douleur thoracique;
- Respiration sifflante;
- Fatigue;
- Perte de poids;
- Intolérance à l'effort;
- Céphalée matinale.

Quant à la bronchite chronique, elle se manifeste par les signes suivants :

- Dyspnée;
- Essoufflement;
- Toux importantes;
- Expectorations abondantes;
- Respiration sifflante;
- Fatigue;
- Perte de poids;
- Pâleur;
- Cyanose;
- Céphalée matinale;
- Intolérance à l'effort;
- Retrait, isolement.

TABLEAU 8.4 – Le standard pour le suivi d’une MPOC

Examen clinique	Thèmes à questionner	Exemples de question
Anamnèse Examen physique INSPECTION	Anamnèse Dyspnée de jour et de nuit Toux de jour et la nuit Sécrétions Céphalées matinales Douleurs thoraciques Anxiété reliée à son état respiratoire	Exemples de question ■ Respirez-vous difficilement pendant la journée et pendant la nuit ? ■ Vous sentez-vous fréquemment essoufflé ? ■ Toussez-vous pendant la journée ou pendant la nuit ? ■ Avez-vous des sécrétions ? ■ Crachez-vous souvent ? ■ Avez-vous des maux de tête le matin, au lever ? ■ Lorsque vous toussiez, avez-vous de la douleur aux côtes ? ■ Lorsque vous touchez votre thorax, ressentez-vous de la douleur ? ■ Votre santé respiratoire vous inquiète-t-elle ?
		Examen physique INSPECTION À l’inspection, l’infirmière doit : ■ évaluer l’état mental : l’état de conscience et l’attention ; ■ mesurer la gravité de la MPOC au moyen de l’outil présenté au tableau 8.5 ; ■ mesurer la gravité de la dyspnée au moyen de l’échelle de Borg au repos et à la marche (ou une autre activité adaptée chez l’ainé sans problème cognitif, utiliser l’échelle de Borg au repos et à la marche (ou une autre activité adaptée à son état) présentée au tableau 8.7 ;

TABEAU 8.4 – Le standard pour le suivi d’une MPOC (suite)

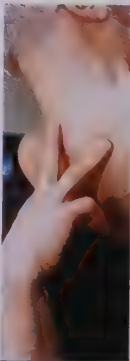
Examen clinique Thèmes à questionner	
Examen physique	
INSPECTION (suite)	■ mesurer la fréquence respiratoire sur une minute, le rythme (régulier ou irrégulier), l’amplitude (superficielle ou profonde) et le type de respiration (thoracique ou abdominale); ■ repérer les signes de détresse: cyanose, teint (pâleur, grisâtre); ■ mesurer la saturation en oxygène; ■ déterminer s’il y a présence d’orthopnée, de tirage, de toux et d’expectorations durant l’examen; ■ évaluer s’il y a eu des exacerbations selon les critères d’Anthonisen (tableau 8.8); ■ déterminer le poids.
AUSCULTATION	Lors de l’auscultation, l’infirmière doit: ■ ausculter les sites pulmonaires (figure 8.2); ■ écouter les bruits bronchiques, les ronchi et les sibilants constituant des bruits anormaux; 
Interventions	Voici un moyen simple qui vous aidera à localiser les lobes supérieurs sur la face postérieure. Placez le majeur sur la septième vertèbre cervicale et formez un triangle avec l’index et l’annulaire. La plupart du temps, cette façon de faire permet d’ausculter au bon endroit. À déterminer selon les résultats.

TABLEAU 8.5 – L'évaluation de la gravité d'une MPOC

Gravité	Manifestations cliniques
Légère	■ Essoufflement lors d'une marche rapide sur un terrain plat ou lors d'une marche sur un terrain en pente.
Modérée	■ Toux et expectorations, avec éventuellement une respiration sifflante. ■ Une dyspnée peut obliger l'ainé à s'arrêter après avoir marché 100 m sur un terrain plat.
Sévère	■ Dyspnée au moindre effort, pour se laver ou s'habiller, ou parfois même au repos. ■ Toux, expectorations et respiration sifflante fréquentes. ■ Périodes d'infection récurrentes, risque de complications. ■ Possibilité d'œdème aux membres inférieurs, en raison d'une insuffisance cardiaque droite éventuelle et de la cyanose. ■ Progression de la maladie et dyspnée incapacitante rendant la poursuite d'activités quotidiennes de plus en plus difficile, d'où une faiblesse et une atrophie musculaire plus ou moins importante.

Source : Adapté de M. A. Baltzan et al/ (2004) « Pulmonary rehabilitation improves functional capacity in patients 80 years of age or older », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 11, n° 6, p. 407-413.

TABLEAU 8.6 – L'échelle de dyspnée du Conseil de recherche médicale

Degré 1	Essoufflement lors d'un effort vigoureux.
Degré 2	Manque de souffle lors d'une marche rapide sur une surface plane ou lors d'une marche sur une surface légèrement en pente.
Degré 3	Marche plus lente sur une surface plane, par rapport aux individus du même âge. ou Pauses lors d'une marche au rythme personnel habituel, sur une surface plane.
Degré 4	Besoin d'une pause après une marche de 100 m.
Degré 5	Essoufflement trop important pour permettre à l'ainé de quitter son milieu de vie ou essoufflement lors de l'habillage.

Source : Adapté de C. M. Fletcher, Elmes, P. C. et Wood, C. H. (2003). « The significance of respiratory symptoms and diagnosis of chronic bronchitis in a working population », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 10, n° 8, p. 1-4.

TABLEAU 8.7 – L'échelle de Borg

Échelle de Borg CR 10	
Échelle	Gravité
0	Rien du tout
0,3	
0,5	Extrêmement faible
0,7	À peine sensible
1	Très faible
1,5	
2	Faible; légère
2,5	
3	Modérée
4	
5	Forte; lourde
6	

Échelle de Borg CR 10

Échelle	Gravité
7	Très forte
8	
9	
10	Extrêmement forte
11	
•	Maximum absolu
	La plus forte possible

Source : Adapté de G. Borg (1998). *Perceived exertion and Pain scales*. Champaign, IL: Human Kinetics, Borg CR10skalary© Gunnar Borg, 1982, 1998, 2004.

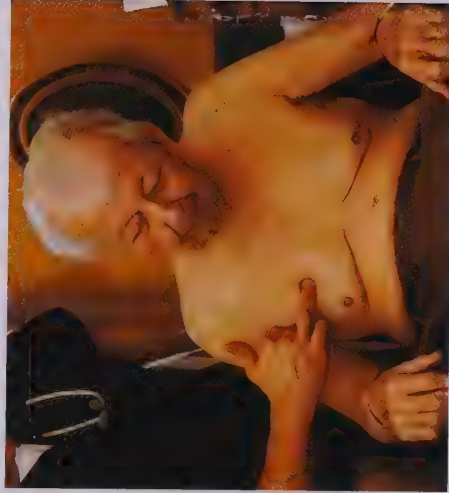


MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch08
> Échelle de Borg

TABEAU 8.8 – Les critères d'exacerbation d'Anthonisen

Exacerbation aiguë de la MPOC	
Présence d'au moins 2 des symptômes suivants (critères d'Anthonisen):	■ Augmentation de la quantité des expectorations. ■ Présence de purulence dans les expectorations. ■ Augmentation de la dyspnée.

Source : Adapté de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2009), *Bronchite aiguë et exacerbation aiguë de la MPOC*, www.inesss.qc.ca, section « Publications ».



Lors de l'auscultation, on doit bien identifier le lobe moyen, au quatrième espace intercostal droit, au niveau médioclaviculaire.

8.4 LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN PHYSIQUE RESPIRATOIRE

Lorsque l'infirmière procède à l'examen physique respiratoire de l'ainé, elle doit savoir interpréter correctement ce qu'elle constate en fonction des particularités gériatriques que décrit le **tableau 8.9**.

TABEAU 8.9 – Les particularités gériatriques de l'examen physique respiratoire

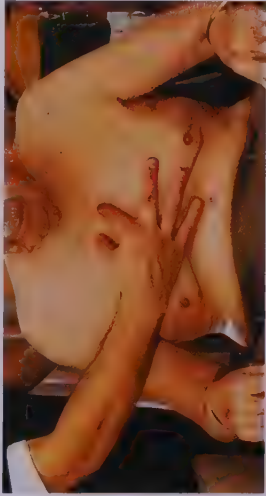
Conseils pratiques	
▪ Demander à l'ainé de se placer en position assise ou couchée. • S'habituer à effectuer l'auscultation pulmonaire sans demander à l'ainé de prendre de grandes inspirations. Cela permet de développer son acuité auditive, une habileté particulièrement utile lors de l'auscultation de l'ainé atteint d'un trouble neurocognitif majeur tel que la maladie d'Alzheimer. ▪ Ausculter au minimum un site par lobe, aux endroits stratégiques.	
Signes vitaux	▪ Rappel des principes de base dans l'interprétation de la respiration : • Normalité chez l'ainé en bonne santé $\leq 20/1$ min • Normalité chez l'ainé atteint de multimorbidité $\leq 24/1$ min • Signe clinique d'infection chez l'ainé sans MPOC $\geq 25/1$ min • Changement cliniquement significatif : ≥ 3 respirations/1 min ▪ Bien mesurer la <i>fréquence respiratoire</i>, pendant une minute, car chez l'ainé, elle change lors d'une d'infection respiratoire ou d'un œdème aigu du poumon (OAP). Chez l'ainé, une fréquence respiratoire de 25 et plus par minute indique souvent un problème respiratoire.

	▪ Rappel des principes de base dans l'interprétation de la température puisqu'une infection respiratoire s'accompagne d'une fièvre gériatrique : • Chez l'ainé en bonne santé, le seuil de la fièvre gériatrique est de $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ (buccale ou rectale). – Il faut tout de même savoir que chez l'ainé qui se présente à l'urgence avec une température de $37,3^{\circ}\text{C}$, on trouve une explication pathologique à sa fièvre dans 90 % des cas. • Chez l'ainé présentant une multimorbidité, la fièvre gériatrique est la suivante : – Buccale : $\geq 37,2^{\circ}\text{C}$ – Rectale : $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ • La personnalisation du seuil de la fièvre demeure la mesure la plus valide. Une fièvre gériatrique se définit par une élévation de $1,1^{\circ}\text{C}$ de sa mesure usuelle durant la même période de la journée.
Inspection	▪ Commencer par l'évaluation de l'état de conscience et de l'attention, car plusieurs problèmes pulmonaires se manifestent chez l'ainé par un delirium. • Si vous entendez des sécrétions lorsque l'ainé respire, l'inscrire dans la note au dossier. Inscrire : « Sécrétions entendues à la respiration ». Ne pas inscrire : « ronchi » entendus, car lorsqu'on écrit « ronchi » au dossier, c'est qu'on a été en mesure de les confirmer par l'auscultation au niveau des sites bronchiques. • Si vous entendez une respiration sifflante lorsque l'ainé respire, l'inscrire dans la note au dossier. Inscrire : « respiration sifflante ». Ne pas inscrire : « sibilants » entendus, car lorsqu'on écrit « sibilants » au dossier, c'est qu'on a été en mesure de les confirmer par l'auscultation au niveau des sites bronchiques ou alvéolaires. ▪ Rappel des principes de base dans l'interprétation de la saturation : • Normalité chez l'ainé en bonne santé $\geq 95\%$ • Normalité chez l'ainé atteint de multimorbidité $\geq 93\%$ • Jugement clinique : si l'ainé obtient plusieurs mesures à 100 %, mais qu'en 24 h, son résultat chute à 95 %, ce changement est cliniquement significatif, même si le résultat est dans la zone de normalité.

TABLEAU 8.9 – Les particularités gériatriques de l'examen physique respiratoire (suite)

Éléments de l'examen physique	Particularités gériatriques
Auscultation	Les <i>bruits bronchiques</i> sont normaux chez l'ainé en bonne santé. ■ Ronchi possibles dans des cas d'infection, d'OAP et de maladie chronique comme la bronchite chronique. ■ À l'auscultation, les ronchi peuvent apparaître et disparaître après une toux ou un changement de position. ■ Sibilants possibles dans des cas d'asthme, d'infection, d'OAP et de maladie chronique comme la bronchite chronique. À l'auscultation, selon leur origine, les sibilants peuvent apparaître et disparaître après une toux ou un changement de position. Les <i>murmures vésiculaires</i> sont normaux chez l'ainé en bonne santé. ■ Crépitants possibles dans des cas d'infection, d'OAP, de fibrose pulmonaire et d'atélectasie (affaissement des alvéoles). • Chez l'ainé en perte d'autonomie, il est fréquent de détecter des crépitants intermittents aux bases pulmonaires en face postérieure (voir la photo de droite, p. 214) en raison du déconditionnement. Ces crépitants sont causés par l'affaissement des alvéoles et cet état pathologique se nomme l'« atélectasie ». Cette situation augmente les risques d'infection respiratoire. Il est possible de la corriger en demandant à l'ainé d'effectuer des exercices respiratoires. • Pour établir l'atélectasie, commencer par ausculter les poumons en face postérieure, aux lobes inférieurs, au lever le matin. La probabilité de découvrir des crépitants causés par l'atélectasie est plus grande après une longue période d'inactivité. Par la suite, demander à l'ainé de prendre trois inspirations profondes. Si les crépitants ont disparu, cela confirme qu'ils étaient liés à l'atélectasie. ■ Sibilants possibles dans des cas d'asthme, d'infection, d'OAP et de maladie chronique comme l'emphysème dont le traitement serait sous optimal. ■ À l'auscultation du parenchyme pulmonaire, les crépitants et les sibilants se maintiennent même après une toux ou un changement de position. ■ Pour un test de broncophonie chez l'ainé atteint d'un trouble neurocognitif majeur, laisser parler la personne pendant l'auscultation : la transmission de la voix est augmentée au site du problème (infection, tumeur pulmonaire).

- La pneumonie d'aspiration est une infection qui affecte fréquemment l'ainé atteint d'un trouble neurologique tel que l'Alzheimer, le Parkinson ou l'AVC. La localisation de la pneumonie d'aspiration est influencée par la morphologie des bronches et le positionnement. Concernant la morphologie des bronches, il faut savoir que la bronche droite a un plus gros diamètre et conserve un angle plus droit lorsqu'elle se divise de la trachée. Ainsi, la probabilité d'avoir une pneumonie d'aspiration dans le poumon droit est plus grande. Concernant le positionnement, si l'ainé est souvent en décubitus dorsal, il a plus de chance de présenter une pneumonie d'aspiration dans le lobe supérieur droit ou encore le lobe moyen. Néanmoins, s'il est toujours en décubitus latéral gauche, la pneumonie pourrait toucher un lobe du poumon gauche.



On détecte la présence de ronchi au niveau des bronches exclusivement.



Pour localiser les lobes supérieurs sur la face antérieure, il suffit de palper la clavicule et, de son centre, descendre de 1 cm.



Il est important d'ausculter dans la zone axillaire antérieure au niveau du lobe inférieur droit, afin d'éviter d'ausculter le lobe moyen



Plusieurs problèmes sont à l'origine de crépitations dans les lobes inférieurs, sur la face postérieure.

8.5 DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

Nous vous proposons ici deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier :

- a) dans une situation aiguë dont le malaise dominant est une douleur thoracique et
- b) dans une situation de suivi d'une MPOC.

Situation aiguë de douleur thoracique avec PQRSTU de type journaliste

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen clinique respiratoire en situation aiguë

Malaise dominant : douleur thoracique droite

Anamnèse

P. Aucun élément identifié pouvant avoir provoqué la douleur. La douleur diminue lors de la respiration superficielle et augmente à l'inspiration profonde. Aucune mesure palliative efficace.

Q : 7/10, douleur sous forme de coup de poing. Impact fonctionnel : difficulté avec l'hygiène et l'habillement.

R : Douleur thoracique droite antérieure, irradiation dans le dos.

S : Dyspnée, expectorations jaunâtres, toux fréquente. Anxiété causée par la dyspnée, s'isole dans sa chambre.

T : Douleur constante depuis 3 jours.

U : N'a jamais eu ce type de problème, ne sait pas quelle pourrait être la cause.

Situation aiguë de douleur thoracique avec PQRSTU de type journaliste (suite)

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentive. Au cours des 7 derniers jours, présence d'un changement brusque de l'autonomie et du comportement, mais pas de changement de l'état mental. FR: 26/min, rég., superficielle thoracique (voir formulaire pour autres signes vitaux). Pas de cyanose, faciès pâle. Retour capillaire normal. Saturation 92 % air ambiant. Aucun tirage, ni toux ni expectoration durant l'examen.

AUSCULTATION

BB ronchi et sibilants. Face antérieure: LSD + LSG+ LM+ LIG: MVN. LID: crépitants. Face postérieure: MVN.

Interventions

MD avisé et PTI élaboré.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-04-01	10:00	1	Signes cliniques d'une infection respiratoire	PV				MD

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-04-01	10:00	1	Effectuer examen clinique respiratoire pour chaque quart de travail par inf.				
		1	Mesurer les signes vitaux pour chaque quart de travail.				
		1	Aviser inf. si essoufflement, douleur, somnolence, toux [Dir. p. trav. PAB].				
		1	Enseigner la technique de la toux en cascade par inf.				
		1	Faire marcher sur 5 mètres à 11:00 et 16:45 x 5 jours [Dir. p. trav. PAB].	PV			

Plan thérapeutique infirmier (PTI) (suite)

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Philippe Voyer, inf., Ph.D.	PV	Hôpital			

Situation de suivi d'une MPOC

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} MAI 2017

Examen clinique respiratoire de suivi

Anamnèse

- Rapporte . difficulté respiratoire et toux la nuit, tousser et expectorer tous les jours des sécrétions blanches et inquiétude par rapport à son état respiratoire et peur de s'étouffer.
- Ne rapporte pas . difficulté respiratoire de jour, essoufflement, céphalée matinale, douleur thoracique.

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentif. MPOC modérée, dyspnée de grade 4. Échelle de Borg : score de 1 au repos et de 3 à l'habillement. Aucune cyanose, teint pâle. FR à 22/min, rég., superficielle, thoracique. Présence d'orthopnée. Toux grasse non productive + aucun tirage durant l'examen. Saturation de 88 % à l'air ambiant et de 94 % avec l'oxygène à 1 litre/min. 4 épisodes d'exacerbation au cours du dernier mois selon critères d'Anthonisen. Poids stable au cours des 3 derniers mois : 60 kg le 1^{er} avril 2017 et 60 kg le 3 janvier 2017.

AUSCULTATION

BB ronchi. Face antérieure: MVN. Face postérieure: LSD + LSG = MVN; LIG + LID = MV diminué.

Interventions

PTI maintenu.

Plan thérapeutique infirmier (PTI)

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-02-01	10:00	1	Emphysème (2015)	PV				MD, nutrition

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-02-01	10:00	1	Effectuer un examen clinique respiratoire x 3 mois par inf.				

Plan thérapeutique infirmier (PTI) (suite)

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2017-02-01	10:00	1	Aviser inf. si essoufflement, toux, sécrétions jaunâtres [Dir. p. trav. PAB].					
		1	Vérifier la compréhension de la boucle dyspnée-anxiété pour éviter les crises de panique par inf.					
		1	Prendre SV + saturation chaque premier mardi du mois.					
		1	Mesurer le poids chaque premier mardi du mois [Dir. p. trav. PAB].	PV				
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Philippe Voyer, inf., Ph.D.			PV	Hébergement				

Contenu numérique



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch08
> Bruits respiratoires
> Formulaire aide-mémoire pour l'examen clinique respiratoire
> Échelle de Borg

CHAPITRE 9

L'ABDOMEN

9.1	Rappel des effets du vieillissement sur les systèmes digestif et éliminatoire	224
	Tableau 9.1	225
	Les effets du vieillissement sur les systèmes digestif et éliminatoire	

9.2	L'examen clinique en situation aiguë	228
	Tableau 9.2	229
	Les manifestations des problèmes de nature digestive et éliminatoire	

Tableau 9.3	235
Un exemple de PQRSU avec les vomissements comme malaise dominant	

Tableau 9.4	237
Les étapes générales de l'examen physique abdominal	

Tableau 9.5	243
L'examen physique abdominal de l'ainé en situation aiguë	

9.3	L'examen clinique en situation de suivi	245
	Tableau 9.6	245
	Le standard pour le suivi d'une situation de reflux gastro-œsophagien	

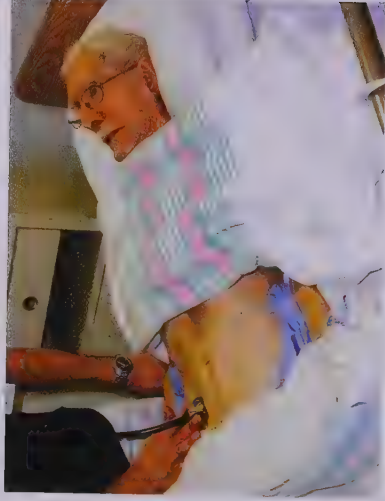
9.4	Les particularités gériatriques de l'examen physique abdominal	248
	Tableau 9.7	249
	Les particularités gériatriques de l'examen physique abdominal	

9.5	Deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier.....	253
------------	--	-----

Contenu numérique	258
--------------------------------	-----

9.1 RAPPEL DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LES SYSTÈMES DIGESTIF ET ÉLIMINATOIRE

L'infirmière qui procède à l'examen clinique abdominal d'un aîné doit savoir reconnaître les manifestations qui sont attribuables au vieillissement normal, afin de ne pas les confondre avec un état pathologique. Le **tableau 9.1** énumère ces diverses manifestations, selon les organes.



Lors de l'examen clinique de l'abdomen, l'aîné doit être en décubitus dorsal.

TABEAU 9.1 – Les effets du vieillissement sur les systèmes digestif et éliminatoire

Organe	Effets du vieillissement
Oesophage	■ Diminution de la concentration de mucus dans l'œsophage. ■ Ralentissement du transit du bol alimentaire depuis la cavité buccale jusqu'à l'estomac, s'expliquant par la diminution de la qualité et de la force du péristaltisme œsophagien. ■ Réduction de la force du sphincter inférieur de l'œsophage.
Estomac	■ Réduction de la sécrétion d'acide gastrique. ■ Moindre quantité et résistance du mucus de l'estomac et réaction tardive à l'ingestion de substances acides ou d'autres substances irritantes. ■ Réduction de la capacité à réparer une altération de la muqueuse. ■ Ralentissement de la vidange gastrique. ■ Réduction de la quantité de prostaglandines dans le mucus, d'où une vulnérabilité accrue aux infections.
Foie	■ Diminution de la masse du foie. ■ Réduction du nombre d'hépatocytes. ■ Réduction de 30 à 60 % de la capacité du foie à traiter le sang. ■ Réduction de la production et de la sécrétion de bile dans le duodénum. ■ Diminution de la capacité de digestion d'un repas riche en lipides. ■ Réduction du métabolisme des médicaments.
Vésicule biliaire	■ Diminution de l'efficacité de vidange.
Pancréas	■ Diminution de la taille du pancréas. ■ <i>Fonction endocrine</i>: ralentissement de la réaction de la fonction endocrine aux modifications de la glycémie. ■ <i>Fonction exocrine</i>: augmentation du temps d'ajustement aux repas riches en lipides et en glucides, malgré une bonne sécrétion des enzymes digestives (résultats contradictoires à ce sujet).

TABEAU 9.1 – Les effets du vieillissement sur les systèmes digestif et éliminatoire (suite)

Organes	Effets du vieillissement
Intestin grêle	■ <i>Fonction digestive</i>: réduction de l'absorption de vitamine D, de vitamine B12, d'acide folique, de cuivre, de zinc, de calcium, de fer, de sucre, de cholestérol et de lipides. ■ <i>Fonction éliminatoire</i> • Perte de vigueur des muscles lisses des intestins, qui ne modifie cependant pas le transit intestinal. • Perte de coordination des mouvements segmentaires. • Sensibilité accrue aux mauvaises habitudes de vie: la déshydratation, un régime faible en fibres et la sédentarité.
Côlon	■ <i>Fonction digestive</i>: aucun changement notable. ■ <i>Fonction éliminatoire</i> • Réduction de la frontière entre l'élimination optimale, la constipation et l'incontinence fécale. • Perte de vigueur des muscles entourant le côlon et des muscles du sphincter anal (interne et externe). • Perte d'élasticité de la paroi du côlon. • Perte d'efficacité de la motilité intestinale due à une diminution du nombre de neurones dans le système nerveux entérique (plexus myentérique). • Perte de synchronisme des muscles circulaires et longitudinaux, entraînant un risque plus grand de problèmes de défécation.
Reins	■ Diminution de la masse des reins. ■ Réduction de la perfusion sanguine rénale. ■ Diminution du nombre de néphrons: diminution de la filtration glomérulaire, diminution du nombre de tubules, diminution de la longueur des tubules proximaux. • Difficulté à concentrer les urines. • Perte d'efficacité de l'ajustement aux changements électrolytiques et acidobasiques. • Réponse moins efficace à l'hormone antidiurétique (vasopressine).

	■ Réduction de l'excrétion des médicaments. On estime qu'à partir de 85 ans la fonction rénale a perdu 50 % de sa capacité.
Vessie et sphincters (muscles lisses)	■ Baisse du tonus, de la force, de l'élasticité, de la contractilité et de la coordination. ■ Diminution de la capacité vésicale. ■ Augmentation du volume post-mictionnel. ■ Augmentation de la production d'urine la nuit.
Urètre	■ Chez les hommes, diminution de la longueur et de la lumière de l'urètre. ■ Chez les femmes, diminution de la longueur et de la lumière de l'urètre et modification du pH et de la flore génito-urinaire due à la ménopause et accroissant le risque d'infection.
Périnée	■ Diminution du tonus, de la force, de l'élasticité, de la contractilité et de la coordination. ■ Chez les femmes, atrophie, faiblesse et relâchement.
Fonction urinaire	■ Mictions impérieuses. ■ Sensibilité aux pressions abdominales. ■ Augmentation des risques d'infection. ■ Risque plus grand de rétention urinaire chez l'homme en raison du prostatisme.

9.2 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGÜE

L'ANAMNÈSE ET LE PORSTU

La première étape de l'examen clinique en situation aigüe consiste à utiliser la méthode PORSTU. Pour cela, l'infirmière doit être sensible aux diverses manifestations tant typiques qu'atypiques des problèmes de nature abdominale (**tableau 9.2**).

L'infirmière doit également savoir évaluer la douleur abdominale d'origine gastro-intestinale signalée par l'ainé :

- si elle augmente immédiatement après les repas, il s'agit possiblement d'un problème à l'estomac (ulcère gastrique) ;
- si elle augmente seulement deux ou trois heures après les repas, il s'agit possiblement d'un problème duodénal (ulcère duodénal) ;
- si elle augmente en position couchée, il s'agit possiblement d'un problème au niveau du cardia.

Pour un cas de vomissements, la méthode PORSTU ressemblera à celle que présente le **tableau 9.3**.



Lors de l'examen clinique de l'abdomen, il est approprié de couvrir le haut du thorax pour éviter l'inconfort causé par le froid ou encore pour préserver l'intimité, en particulier chez la femme.

TABLEAU 9.2 – Les manifestations des problèmes de nature digestive et éliminatoire

Problèmes	Manifestations typiques	Manifestations atypiques
Reflux gastro-oesophagien	■ Goût acide ou amer dans la bouche ■ Brûlures d'estomac (pyrosis) ■ Douleurs épigastriques ■ Régurgitations de liquide acide ou d'aliments dans la bouche ■ Satiété hâtive, sensation d'avoir l'estomac plein ■ Problème de sommeil	■ Fourmillement dans la gorge ■ Fausses angines à répétition ■ Enrouement matinal ou chronique (dysphonie) ■ Laryngite récidivante ■ Toux nocturne et postprandiale (après les repas) ■ Pneumonies récidivantes ou chroniques ■ Éruptions ■ Hoquets ■ Nausées et vomissements ■ Dyspnée ■ Diaphorèse ■ Perte d'appétit et de poids ■ 50 % des aînés n'ont aucun symptôme typique
Ulcère gastrique	■ Douleur épigastrique ou abdominale ■ Nausées, vomissements ■ Sensation de satiété précoce ■ Perte d'appétit ■ Brûlures d'estomac (pyrosis)	■ Modification de l'état mental ■ Perte d'autonomie ■ Changements de comportements ■ Perte de poids ■ Ballonnements, flatulences ■ Modification de l'élimination (constipation) ■ Réveils nocturnes dus à une douleur abdominale ■ Absence de douleur ou de malaises gastriques dans 35 à 50 % des cas ■ Aucune rigidité et défense au niveau de l'abdomen

TABLEAU 9.2 – Les manifestations des problèmes de nature digestive et éliminatoire (suite)

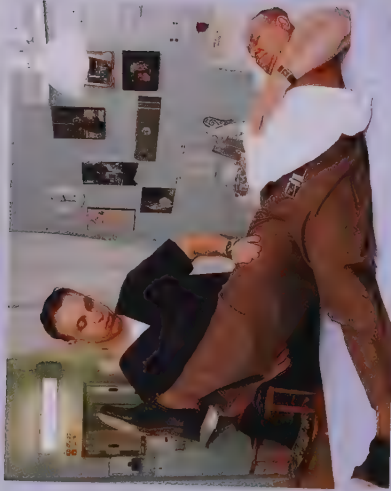
		Manifestations atypiques
Cholécystite aiguë (inflammation de la vésicule biliaire)	■ Douleur abdominale ■ Douleur irradiante dans le dos ■ Diminution de l'appétit ■ Fièvre, frissons ■ Nausées, vomissements ■ Signe de Murphy positif Signes de complications ■ Coloration jaune de la peau et des yeux ■ Selles pâles ■ Urine de couleur brunâtre ■ Tachycardie, respiration superficielle ■ Diaphorèse	■ Modification de l'état mental • Delirium ■ Perte d'autonomie • Faiblesse ■ Changements de comportements ■ Malaise léger dans le quadrant supérieur droit ou diffus à l'abdomen. L'absence de douleur est possible. ■ Absence de nausées et de vomissements dans 50 % des cas ■ Absence de fièvre ou fièvre géiatrique ■ Érucation ■ Chute
Occlusion intestinale	■ Douleur abdominale intense ■ Crampes ■ Nausées, vomissements en jets ■ Hyper ou hypothermie ■ Constipation ■ Abdomen tendu et asymétrique ■ Ventre plat dans le cas d'une occlusion de l'intestin grêle, mais ventre gonflé dans le cas d'une occlusion du gros intestin	■ Modification de l'état mental • Delirium ■ Perte d'autonomie ■ Changements de comportements ■ Douleur diffuse ou encore absence de douleur dans 50 % des cas ■ Abdomen relâché ■ Diarrhée ■ Absence ou apparition tardive • Hyperthermie

	■ Bruits intestinaux hyperactifs au début puis disparition à long terme ■ Perte d'appétit, déshydratation ■ Hypotension et tachycardie	• Nausées • Vomissements
Appendicite	■ Syndrome classique dans 33% des cas chez les aînés • Douleur abdominale et au quadrant inférieur droit • Nausées, vomissements • Perte d'appétit • Diarrhée ou constipation • Fièvre • Abdomen tendu ■ Rigidité de l'abdomen ■ Dysurie (difficulté à uriner)	■ Modification de l'état mental • Delirium ■ Perte d'autonomie ■ Changements de comportements ■ Douleur diffuse à l'abdomen, mais aussi aux testicules, à l'anus et à l'épigastre ■ Constipation ■ Aucune rigidité et défense au niveau de l'abdomen ■ Aucune douleur au quadrant inférieur droit de l'abdomen dans 20% des cas ■ Aucune fièvre ou présence d'une fièvre gériatrique ■ Absence de changements dans les signes vitaux
Diverticulite	■ Installation rapide des symptômes ■ Douleur intense ■ Nausées, vomissements ■ Perte d'appétit, perte de poids ■ Fièvre, frissons ■ Abdomen tendu ■ Alternance de constipation et de diarrhée ■ Présence de sang dans les selles	■ Modification de l'état mental • Delirium ■ Perte d'autonomie ■ Changements de comportements ■ Installation lente des symptômes ■ Douleur absente ou légère ■ Malaise abdominal diffus ■ Absence de fièvre ou fièvre gériatrique

TABLEAU 9.2 – Les manifestations des problèmes de nature digestive et éliminatoire (suite)

Problèmes	Manifestations typiques	Manifestations atypiques
Diverticulite (suite)	■ Dysurie	■ Abdomen relâché ■ Constipation plus fréquente que la diarrhée ■ Absence de sang dans les selles
Infection urinaire	■ Hyper ou hypothermie ■ Frissons ■ Miction • Dysurie • Sensation de brûlure lors de la miction ■ Pollakiurie ■ Urgence mictionnelle ■ Incontinence urinaire ■ Urine • Présence de pus ou de sang dans l'urine • Urine trouble • Forte odeur ■ Douleur, tension ou malaise dans la zone sus-pubienne pour la cystite et dans la zone lombaire pour la pyélonéphrite	■ Modification de l'état mental • Delirium, léthargie ■ Perte d'autonomie ■ Changements de comportements ■ Chute ■ Absence de changement • Fièvre moins élevée ou absente • Absence de frisson ■ Aucun changement de l'odeur de l'urine ■ Douleur vague et moins circonscrite à la zone sus-pubienne ou lombaire ■ Fatigue ■ Perte d'appétit ■ Nausées, vomissements ■ Seulement 20 % des aînés ont comme plainte dominante un changement urinaire. ■ Jusqu'à 50 % n'ont aucun symptôme urinaire.

Constipation	■ Sentiment de défécation incomplète ■ Efforts de poussée importants et prolongés ■ Petites selles dures en boules ■ Fréquence de défécation inférieure à trois fois par semaine En cas de complications : ■ Douleur ■ Fièvre ■ Incontinence urinaire ■ Vomissements ■ Épisodes de diarrhée	■ Suintement anal ; souvent pris pour de l'incontinence alors que le patient souffre de constipation. ■ Impression permanente d'un corps étranger rectal Dans les cas sévères ou en situation de fécalome : ■ Modification de l'état mental, delirium ■ Perte d'autonomie, faiblesse ■ Changements de comportements ■ Perte d'appétit ■ Isolement social
----------------------------	---	--



Chez l'ainé atteint d'une appendicite ou encore d'une diverticulite, il est possible que le signe du ressaut soit négatif (photo de gauche) alors que le test de la contraction contrariée du psoas est positif (photo de droite).

TABLEAU 9.3 – Un exemple de PQRSTU avec les vomissements comme malaise dominant

Malaise dominant: vomissements

PQRSTU		Évaluateur
P		Trouver des réponses aux questions ci-dessous en utilisant les signifiants et dossier.
Provoquer	■ Qu'est-ce qui provoque/entraîne, aggrave/ augmente vos vomissements ?	■ Qu'est-ce qui provoque/entraîne, aggrave/augmente les vomissements de l'ainé ? ■ De quel problème s'agit-il ? ■ Quelle pourrait être la cause de ces vomissements ?
Pallier	■ Qu'est-ce qui atténué votre envie de vomir ?	■ L'ainé prend-il des mesures qui semblent atténuer son envie de vomir ? ■ Prenez-vous vous-même des mesures qui semblent atténuer son envie de vomir ?
Q		
Qualité	■ Décrivez-moi le contenu de vos vomissements. Quelle en est la texture ? La couleur ? Y avait-il du sang ?	■ Quel est le contenu des vomissements observés : texture, aliments, présence éventuelle de sang, etc. ?
Quantité	■ Quelle quantité de matière vomissez-vous ? ■ Impact fonctionnel : dans quelle mesure les vomissements influent-ils sur vos activités quotidiennes (p. ex., manger), vos tâches domestiques (p. ex., faire votre épicerie), vos loisirs (par exemple : voir des amis), votre travail ?	■ Quelle quantité de matière vomit l'ainé ? ■ Impact fonctionnel : dans quelle mesure ses vomissements influent-ils sur ses activités quotidiennes (p. ex., manger) et ses loisirs (p. ex., participer aux activités de groupe) ?

TABEAU 9.3 – Un exemple de PORSTU avec les vomissements comme malaise dominant (suite)

Malaise dominant: vomissements

PORSTU		Signes et symptômes	Enquêteur
R	Région	Sans objet.	Sans objet.
	Irradiation	Sans objet.	Sans objet.
S	Signes	■ Observez-vous des signes inhabituels ou nouveaux, en plus de vos vomissements ?	■ Semble-t-il y avoir d'autres signes, en plus des vomissements ? • Par exemple, l'ainé a-t-il chuté ou a-t-il une tachypnée ?
	Symptômes	■ Ressentez-vous d'autres malaises, des sensations inhabituelles ou nouvelles, en plus de vos vomissements ?	■ En plus des vomissements, l'ainé exprime-t-il ou manifeste-t-il d'autres malaises ? • Par exemple, se plaint-il d'étourdissements ?
T	Temps	■ Depuis quand avez-vous des vomissements ?	■ Depuis quand l'ainé a-t-il des vomissements ?
	Intermittence	■ Avez-vous constamment des nausées/vomissements ? Si vos nausées/vomissements sont intermittents: ■ Combien de temps durent-ils chaque fois ?	■ Présente-t-il constamment des nausées/vomissements ? Si les nausées/vomissements sont intermittents : ■ Combien de temps durent-ils chaque fois ?

U		- Combien de fois avez-vous vomi durant la dernière journée, durant la dernière semaine, ou durant le dernier mois ? - À quel moment avez-vous tendance à vomir ?	- Combien de fois l'avez-vous observé durant la dernière journée, durant la dernière semaine, ou durant le dernier mois ? - À quels moments vomit-il ?
	Understand, signification pour la personne	- De quel problème croyez-vous qu'il s'agit ? - Quelle est la cause de vos vomissements ? - Avez-vous déjà eu cela par le passé ?	Sans objet.

L'EXAMEN PHYSIQUE ABDOMINAL

Après le PQRSU, l'infirmière procède à l'examen physique abdominal dont les étapes générales sont décrites au **tableau 9.4**.

Dans une situation aiguë, elle doit évaluer un certain nombre de paramètres et effectuer certains tests (**tableau 9.5**).

TABLEAU 9.4 – Les étapes générales de l'examen physique abdominal

Étapes	Examens et tests	Détails
Inspection	Examen de l'état mental	Examen de l'état de conscience et attention.
	Examen de l'abdomen	- Symétrie. - Forme : plat, arrondi, protubérant, distendu ou concave.

TABLEAU 9.4 – Les étapes générales de l'examen physique abdominal (suite)

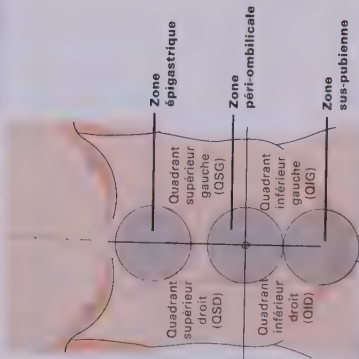
Étapes	Examens ou tests	Détails
Inspection (suite)		Observations possibles : ■ Signe de Cullen : des ecchymoses péri-ombilicales peuvent signaler un hémopéritoine. ■ Signe de Grey Turner : des ecchymoses au niveau axillaire bilatéral peuvent signaler un problème pancréatique.
Auscultation	Examen des bruits intestinaux aux quatre quadrants (figure 9.1)	■ Bruits intestinaux normaux : 4-34 bruits par minute. ■ Bruits intestinaux hyperactifs : 35 bruits et plus par minute. ■ Bruits intestinaux hypoactifs : 1-3 bruits par minute. ■ Bruits intestinaux absents : aucun bruit pendant 5 minutes.
Percussion	Examen des bruits abdominaux aux quatre quadrants	■ Tympanisme ou matité.
Palpation	Effectuer la palpation superficielle et profonde aux quatre quadrants	■ L'abdomen est souple. ■ Une légère sensibilité ou un désagrément sont normaux à la palpation profonde.
Autres tests optionnels	Signe du ressaut (ou « test de la décompression brusque » ou « test de Blumberg »)	■ Objectif : rechercher une inflammation du péritoine. ■ Technique : presser deux doigts dans la cavité abdominale puis les retirer rapidement ; procéder de même pour chacun des quadrants. Pour bien étirer le péritoine et ne pas confondre une douleur provoquée par la compression avec une douleur causée par la décompression, il peut être pertinent de faire une pause de 3 secondes après la compression avant de réaliser la décompression. ■ Résultat normal : absence de douleur ou de malaise. ■ Résultat anormal : douleur ou malaise à l'endroit de la pression lors du relâchement.

<i>Test de la contraction contrariée du psoas</i>	■ Objectif: rechercher une inflammation intraabdominale. ■ Technique: faire une pression au-dessus du genou pendant que l'ainé force pour lever sa jambe; procéder de même pour les deux jambes. ■ Résultat normal: absence de douleur ou de malaise. ■ Résultat anormal: douleur ou malaise à l'abdomen.
<i>Test de la contraction contrariée de l'obturateur (figure 9.2)</i>	■ Objectif: rechercher une inflammation intraabdominale. ■ Méthode passive pour l'ainé: faire une rotation de la jambe pliée de l'intérieur vers l'extérieur; procéder de même pour les deux jambes. ■ Méthode active pour l'ainé: faire une pression vers l'extérieur en plaçant les mains à l'intérieur du genou alors que l'ainé force pour refermer sa jambe vers l'intérieur. Par la suite, faire l'inverse, c'est à dire que vous faites une pression vers l'intérieur en plaçant vos mains à l'extérieur du genou alors que l'ainé force contre votre pression; procéder de même avec les deux jambes. On utilise cette technique pour les aînés qui ont une prothèse à la hanche. ■ Résultat normal: absence de douleur ou de malaise. ■ Résultat anormal: douleur ou malaise à l'abdomen.
<i>Signe de Rovsing</i>	■ Objectif: rechercher une inflammation du péritoine ou une appendicite. ■ Technique: presser deux doigts dans la cavité abdominale, au niveau du quadrant inférieur gauche (QIG); maintenir la pression pendant au moins 5 secondes puis retirer les doigts rapidement. ■ Résultat normal: absence de douleur ou de malaise. ■ Résultat anormal: douleur ou malaise dans le quadrant inférieur droit (QID), au point de McBurney.

TABLEAU 9.4 – Les étapes générales de l'examen physique abdominal (suite)

Autres tests optionnels (suite)	Examens ou tests	Détails
	Signe d'Aaron	▪ Objectif : rechercher la présence d'un problème à l'appendice. ▪ Technique : presser deux doigts pendant 5 secondes dans la cavité abdominale, au point de McBurney. ▪ Résultat normal : absence de douleur ou de malaise. ▪ Résultat anormal : douleur ou malaise dans la zone épigastrique.
	Signe de Murphy	▪ Objectif : rechercher la présence d'un problème à la vésicule biliaire. ▪ Technique : mettre le bout des doigts en crochet sous le rebord costal ; demander à l'ainé de prendre une respiration profonde et appliquer simultanément une pression vers l'intérieur avec les doigts. ▪ Résultat normal : absence de douleur ou de malaise. ▪ Résultat anormal : douleur dans la zone de pression.
	Ébranlement hépatique	▪ Objectif : rechercher un problème au foie. ▪ Technique : placer la main gauche sur le foie et donner un petit coup pour l'ébranler ; par précaution, chez certains aînés recevant des anticoagulants, il peut être préférable de ne pas utiliser cette technique. ▪ Résultat normal : absence de douleur ou de malaise. ▪ Résultat anormal : douleur ou malaise significatif.

<i>Ébranlement rénal</i>	■ Objectif: rechercher un problème aux reins. ■ Technique: placer la main gauche sur le rein droit et donner un petit coup pour l'ébranler; faire de même pour le rein gauche; par précaution, chez certains aînés recevant des anticoagulants, il peut être préférable de ne pas utiliser cette technique. ■ Résultat normal: absence de douleur ou de malaise. ■ Résultat anormal: douleur ou malaise significatif.
<i>Toucher rectal</i>	■ Objectif: rechercher un fécalome. ■ Technique: introduire l'index d'une main gantée et lubrifiée dans le rectum. ■ Résultat normal: absence de douleur ou de malaise, et absence de selles ou présence de selles molles. ■ Résultat anormal: douleur ou malaise significatif et présence de selles dures.

**FIGURE 9.1**

Les divisions de l'examen physique abdominal

**FIGURE 9.2**

Le test de la contraction contrariée de l'obturateur

Lors du test de la contraction contrariée de l'obturateur, il faut prendre soin de bien soutenir la jambe.

TABLEAU 9.5 – L'examen physique abdominal de l'ainé en situation aigüe

Inspection	Lors de l'inspection, l'infirmière doit : ■ évaluer l'état mental : l'état de conscience et l'attention ; ■ déterminer s'il y a un changement brusque de l'autonomie, de l'état mental et du comportement dans la dernière semaine ; ■ observer et déterminer la symétrie (ou l'asymétrie) et la forme de l'abdomen (plat, arrondi, distendu, concave, protubérant).
Auscultation	Lors de l'auscultation, l'infirmière doit écouter les bruits intestinaux aux quatre quadrants. ■ Bruits intestinaux normaux : 4-34 bruits par minute. ■ Bruits intestinaux hyperactifs : 35 bruits et plus par minute. ■ Bruits intestinaux hypoactifs : 1-3 bruits par minute. ■ Bruits intestinaux absents : aucun bruit pendant 5 minutes.
Percussion	Lors de la percussion, l'infirmière doit écouter les bruits abdominaux aux quatre quadrants (tympanisme ou matité).
Palpation	L'infirmière doit procéder à une palpation superficielle et profonde (figure 9.3).
Autres tests	Selon la situation, elle fera l'un des tests optionnels suivants : ■ signe du ressaut ; ■ test de la contraction contrariée du psoas ; ■ test de la contraction contrariée de l'obturateur ; ■ signe de Rovsing ; ■ signe d'Aaron ; ■ signe de Murphy ; ■ ébranlement hépatique ; ■ ébranlement rénal.

Vous trouverez dans le contenu en ligne accompagnant ce guide un formulaire aide-mémoire résumant les diverses parties de l'examen clinique abdominal, avec les paramètres à évaluer et les tests à effectuer.



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch09
> Formulaire aide-mémoire de l'examen clinique abdominal



FIGURE 9.3

La palpation profonde

En vue d'effectuer la palpation profonde, il est important d'utiliser les deux mains pour être certain d'aller suffisamment en profondeur. Il y a une grande différence de profondeur entre la palpation superficielle (*photo de gauche*) et la palpation profonde (*photo de droite*).



9.3 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI

C'est le rôle de l'infirmière d'assurer la surveillance clinique de l'ainé. Dans un cas d'appendicite ou de diarrhée, elle doit faire le suivi des signes et des symptômes qui y sont associés. Elle s'intéresse essentiellement aux manifestations signalées lors de l'examen réalisé en situation aiguë. Par la suite, elle réalise un examen physique abdominal.

Mis à part la surveillance clinique faisant suite à des problèmes aigus, l'examen de suivi s'effectue pour des problèmes pouvant être chroniques, comme la dysphagie ou le reflux gastro-œsophagien. Le **tableau 9.6** présente les questions types pour une anamnèse de suivi pour un problème de reflux gastro-œsophagien.

TABLEAU 9.6 – Le standard pour le suivi d'une situation de reflux gastro-œsophagien

Examen clinique	Thèmes à questionner	Exemples de questions
Anamnèse	Symptômes du reflux	■ Vous arrive-t-il de sentir des aliments ou du liquide remonter dans votre bouche ? ■ Vous arrive-t-il de sentir des goûts anormaux dans votre bouche ? ■ Avez-vous des brûlures d'estomac ? ■ Est-ce que cela vous pique dans la gorge ?
	Aspirations pulmonaires	■ Êtes-vous enroué par moments ? ■ Vous sentez-vous essoufflé après avoir bu ou mangé ? ■ Toussez-vous après avoir bu ou mangé ?
	Aspirations pulmonaires lors du sommeil	■ Vous réveillez-vous souvent la nuit avec un mauvais goût dans la bouche, une sensation d'étouffement ou encore avec une toux ?

TABEAU 9.6 – Le standard pour le suivi d’une situation de reflux gastro-œsophagien (suite)

Examen clinique	Tâches à questionner	Exemples de question
Anamnèse (suite)		
	Perte d'appétit et de poids	■ Avez-vous bon appétit ? ■ Avez-vous parfois des nausées ? ■ Avez-vous perdu du poids ?
	Anxiété liée aux problèmes digestifs	■ Est-ce que vos problèmes digestifs vous inquiètent ?
Examen physique		
INSPECTION	Lors de l'inspection, l'infirmière doit : ■ évaluer l'état mental : l'état de conscience et l'attention ; ■ observer et déterminer la symétrie (symétrique ou asymétrique) et la forme de l'abdomen (plat, arrondi, distendu, concave, protubérant) ; ■ examiner la cavité buccale et le fond de la gorge pour détecter d'éventuelles lésions ou irritations de la muqueuse ; ■ vérifier le poids.	
AUSCULTATION	Lors de l'auscultation, l'infirmière doit écouter les bruits intestinaux aux quatre quadrants. ■ Bruits intestinaux normaux : 4-34 bruits par minute. ■ Bruits intestinaux hyperactifs : 35 bruits et plus par minute. ■ Bruits intestinaux hypoactifs : 1-3 bruits par minute. ■ Bruits intestinaux absents : aucun bruit pendant 5 minutes. Selon la situation, l'infirmière devra aussi ausculter les poumons.	
PERCUSSION	Lors de la percussion, l'infirmière doit écouter les bruits abdominaux aux quatre quadrants (tympanisme ou matité).	

PALPATION	L'infirmière doit procéder à une palpation superficielle et profonde (figure 9.3).
AUTRES TESTS	Selon la situation, elle fera l'un des tests optionnels suivants : ■ signe du ressaut; ■ test de la contraction contrariée du psoas; ■ test de la contraction contrariée de l'obturateur; ■ signe de Rovsing; ■ signe d'Aaron; ■ signe de Murphy; ■ ébranlement hépatique; ■ ébranlement rénal.
Interventions	À déterminer selon les résultats.

9.4 LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN PHYSIQUE ABDOMINAL

Lorsqu'elle procède à l'examen physique abdominal de l'ainé, l'infirmière examine les différentes parties de l'abdomen (**figure 9.1**) et doit savoir interpréter correctement ce qu'elle constate en fonction des particularités gériatriques. Le **tableau 9.7** décrit ce qui est propre à l'ainé et au vieillissement.



En vue d'effectuer l'ébranlement rénal, il est utile de bien repérer les côtes flottantes afin de localiser les reins.

TABEAU 9.7 – Les particularités gériatriques de l'examen physique abdominal

Étapes		Particularités gériatriques
Conseils pratiques		■ Placer l'ainé en position couchée. ■ Bien couvrir l'ainé pendant l'examen, afin d'éviter l'hypothermie et tout malaise. ■ Vérifier que l'éclairage est suffisant pour l'inspection de l'abdomen.
Anamnèse		■ L'ainé qui se plaint de ballonnement, de maux de ventre ou d'inconfort après un repas riche en lipides pourrait indiquer la présence d'un problème au niveau de la vésicule biliaire (lithiase). ■ L'ainé qui se plaint de douleur abdominale à la toux (et non thoracique) pourrait suggérer une inflammation intra-abdominale causée par une péritonite. ■ Il importe de toujours se rappeler que l'ainé pourrait souffrir d'un problème abdominal important sans présence de douleur. ■ En raison de manifestations cliniques moins typiques chez l'ainé, il peut s'être écoulé de trois à sept jours entre le début de symptômes et la consultation. ■ Une température de 37,8 °C pourrait indiquer la présence d'une infection comme une appendicite ou une diverticulite.
Signes vitaux		
Inspection		■ Évaluer d'abord l'état de conscience et l'attention, car plusieurs problèmes abdominaux se manifestent chez l'ainé par un delirium. ■ Les cicatrices sont fréquentes sur l'abdomen de l'ainé. Les noter lors du premier examen seulement. Dans un contexte clinique où l'ainé présente des signes d'une occlusion intestinale, une cicatrice récente pourrait donner un bon indice de la cause de l'occlusion. ■ L'abdomen de l'ainé est symétrique, mais d'apparence plus flasque que celui de l'adulte plus jeune, en raison de tissus conjonctifs relâchés, de muscles abdominaux moins fermes et d'une diminution des tissus adipeux intraabdominaux. ■ L'ainé a plus de difficulté à circonscrire l'origine d'une douleur ou d'un malaise qu'un adulte plus jeune, en raison d'une perte de précision du système nerveux afférent. ■ Les problèmes qui touchent l'abdomen entraînent souvent une perte d'appétit et de la nausée; il faut donc penser à évaluer si l'ainé est déshydraté, car ces symptômes affectent son apport hydrique.

TABLEAU 9.7 – Les particularités gériatriques de l'examen physique abdominal (suite)

Étapes	Particularités gériatriques
Inspection (suite)	■ Après de l'ainé à un stade avancé de l'Alzheimer ou d'un autre TNCM, il importe de toujours considérer la possibilité que son agitation soit causée par un problème abdominal. Son incapacité à communiquer verbalement sa douleur se traduira par un changement comportemental.
Auscultation	■ Lors de l'auscultation de l'abdomen, il est plus fréquent chez l'ainé d'entendre un bruit anormal tel un souffle artériel provenant de l'aorte abdominale descendante, ou encore provenant d'une artère rénale. ■ Si l'ainé est atteint de TNCM, il est judicieux de lui remettre un objet dans les mains pour créer une diversion. Sinon, il est probable qu'il veuille saisir le stéthoscope de ses mains.
Percussion	■ En raison de la perte de graisse intraabdominale et de l'amincissement des muscles abdominaux, la percussion est plus précise chez l'ainé. ■ La vessie doit contenir plus de 500 ml d'urine pour que la matité apparaisse dans la zone sous-pubienne.
Palpation	■ Dans la partie supérieure de la zone péri-ombilicale, si vous ressentez une vibration à la palpation légère, il faut considérer la possibilité que l'ainé soit atteint d'un anévrisme de l'aorte abdominale. ■ À la palpation profonde, on peut noter que l'abdomen a perdu de sa tonicité musculaire et qu'il est plus relâché. Les causes de ce relâchement sont l'amincissement de la paroi abdominale, une musculature réduite et la perte de tissus adipeux dans la cavité abdominale. C'est pourquoi il est plus facile de ressentir les structures chez l'ainé. ■ Faire preuve de délicatesse lors de la palpation profonde, pour conserver la collaboration de l'ainé durant tout l'examen. Il faut éviter de palper avec le bout des doigts, de palper trop rapidement et de faire pression avec toute la main (voir figure 9.3) ■ Si l'ainé présente de l'anxiété à la palpation, vous pouvez mettre sa main entre vos deux mains. Ceci va lui donner un sentiment de contrôle et diminue grandement l'anxiété durant la procédure. Ceci facilitera votre palpation (voir figure 9.4).



FIGURE 9.4

Pour diminuer l'anxiété de l'ainé à la palpation profonde, il est efficace de mettre l'une de ses mains entre celles de l'infirmier.

Autres tests optionnels

Pour plusieurs tests (ressaut, Rovsing, Aaron), utiliser deux ou trois doigts afin d'exercer la pression sur l'abdomen. Un doigt provoque souvent un malaise chez l'ainé.

- Lors des tests optionnels (ressaut, Rovsing, etc.), les résultats peuvent être négatifs malgré la présence d'un réel problème de santé aigu, et ce, en raison d'une défaillance du système nerveux afférent.
 - Dans un cas potentiel d'appendicite ou de diverticulite, le résultat au signe du ressaut peut être négatif. C'est pourquoi, chez l'ainé symptomatique, il faut compléter l'examen par les tests de la contraction contrariée du psoas et de la contraction contrariée de l'obturateur. Si les résultats sont négatifs à ces deux tests, on peut conclure avec plus d'assurance qu'il n'y a pas de problème d'inflammation intraabdominale. Néanmoins, il faudra faire preuve de jugement clinique dans une telle situation complexe.
- L'ébranlement rénal peut aussi donner des résultats contradictoires. Ainsi, chez un ainé symptomatique, l'absence de douleur ou de malaise à l'ébranlement rénal ne peut permettre d'écarter la possibilité d'une inflammation du rein (causes infectieuse ou mécanique).
- Si l'ainé présente un delirium dont l'origine est inconnue, il pourrait être pertinent de réaliser un toucher rectal afin d'éliminer la possibilité qu'un delirium soit causé par un fécalome.



Lors de la percussion, les bruits entendus (tympanisme ou matité) vont permettre à l'infirmière de mieux interpréter la situation clinique. Mais, il faut retenir que ces deux bruits sont normaux.



Si l'aîné se plaint d'une douleur à la palpation superficielle, il est généralement inutile d'exécuter la palpation profonde.

Nous vous proposons ici deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier :

- a) dans une situation aiguë dont le malaise dominant se traduit par des crampes abdominales et
- b) dans une situation de suivi d'occlusion intestinale.

Situation aiguë de crampes abdominales avec PQRSU de type journaliste

NOTE AU DOSSIER DU 3 AVRIL 2017

Examen clinique abdominal en situation aiguë

Malaise dominant : crampes abdominales

Anamnèse

P : Augmentation de l'intensité des crampes avec les produits laitiers. Mesures palliatives : diminution du malaise avec Motrin.

Q : Crampes sous forme de torsions. Impact fonctionnel : diminution de la mobilité.

R : 4 quadrants, irradiation dans le dos.

S : Perte d'appétit, nausées, insomnie, périodes de diarrhée et de constipation.

T : Crampes depuis trois jours, intermittentes, 10 épisodes par jour, surtout l'après-midi, durée : 10 minutes.

U : Croit qu'il s'agit d'intolérance alimentaire.

Situation aiguë de crampes abdominales avec PQRSU de type journaliste (suite)

NOTE AU DOSSIER DU 3 AVRIL 2017

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentif. Abdomen symétrique et arrondi. Aucun changement de l'état mental et du comportement dans la dernière semaine. Diminution brusque de l'autonomie dans la dernière semaine.

AUSCULTATION

Bruits intestinaux hyperactifs aux 4 quadrants.

PERCUSSION

Tympanisme pour QID, QSD, matité pour QSG, QIG.

PALPATION

Superficielle résultat normal, aucune douleur aux 4 quadrants. Profonde: résultat normal pour QIG, QSG, QSD, douleur légère pour QID.

AUTRES TESTS

Signe du ressaut: résultat négatif aux 4 quadrants. Test du psoas: résultat positif à la jambe droite: douleur QID, et négatif à la jambe gauche.

Interventions

PTI ajusté. MD et nutritionniste avisés.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-03-20	10:00	1	Plaie de pression stade 2 au coccyx	PV				MD
2017-04-03	10:00	2	Crampes abdominales	PV				MD + nutritionniste

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-03-20	10:00	1	Appliquer le plan de traitement numéro 1.				
		1	Évaluer évolution de la plaie chaque lundi par inf.	PV			
2017-04-03	10:00	2	Effectuer un examen abdominal ID par inf.				
		2	Aviser inf. si diarrhée, constipation et nausées (Dir. verbale usager).	PV			

Plan thérapeutique infirmier (PTI) (suite)

SUIVI CLINIQUE (suite)

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Philippe Voyer, inf., Ph.D.	PV	SAD			

Situation de suivi d'occlusion intestinale

NOTÉ AU DOSSIER DU 4 AVRIL 2017

Examen clinique abdominal en situation de suivi

Anamnèse

- Rapporté : se sentir très faible, avoir une pensée désorganisée, avoir des nausées et être incapable de déféquer.
- Ne rapporte pas : de crampes, de douleur à l'abdomen, de vomissements et d'anxiété reliée à sa condition éliminatoire.

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentif. Aucun vomissement et aucune selle dans les 36 dernières heures. Collabore bien lors de l'examen. Abdomen rond et symétrique.

AUSCULTATION

Bruits intestinaux hypoactifs aux QID et QSD. Bruits absents aux QSG et QIG.

PERCUSSION

Matité aux QID et QSD. Tympanisme aux QSG et QIG.

PALPATION

Superficielle : résultat normal aux 4 quadrants. Profonde : douleur aux QID et QSD, résultat normal aux QSG et QIG.

AUTRE TEST

Signe du ressaut : résultat négatif aux 4 Q.

Interventions

PTI maintenu.

Plan thérapeutique infirmier (PTI)

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-04-01	10:00	1	Occlusion intestinale	PV				MD + nutritionniste

Plan thérapeutique infirmier (PTI) (suite)

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-04-01	10:00	1	Effectuer un examen clinique de l'abdomen dans le quart de travail de jour et de soir par inf.				
		1	Aviser inf si nausées, vomissements, élimination fécale [Dir. p. trav. PAB].				
		1	Assurer le bilan des ingesta et excréta [Dir. p. trav. PAB].				
		1	Installer au fauteuil BID 10:30 et 14:30, selon tolérance.	PV			
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Philippe Voyer, inf., Ph.D.			PV	Hôpital			

Contenu numérique



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch09
> Formulaire aide-mémoire de l'examen clinique abdominal



CHAPITRE 10

L'APPAREIL BUCCODENTAIRE
ET LA DÉGLUTITION

10.1	Rappel des effets du vieillissement sur la santé buccodentaire et la déglutition.....	262
Tableau 10.1	L'aspect normal des structures buccodentaires	264
Tableau 10.2	Les effets du vieillissement sur la bouche et la déglutition	265
10.2	L'examen clinique en situation aiguë.....	266
Tableau 10.3	Les problèmes buccodentaires	268
Tableau 10.4	Les manifestations des problèmes de nature buccodentaires et dysphagiques	271
Tableau 10.5	Un exemple de PQRSU lors de douleur à la déglutition	273
Tableau 10.6	L'examen physique buccodentaire ou de la déglutition	275
10.3	L'examen clinique en situation de suivi.....	277
Tableau 10.7	Le standard pour le suivi d'une situation de dysphagie	277
10.4	Les particularités gériatriques de l'examen buccodentaire et de la déglutition.....	279
Tableau 10.8	Les particularités gériatriques de l'examen buccodentaire et de la dysphagie	279
10.5	Deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier.....	282
	Références bibliographiques	289

10.1 RAPPEL DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET LA DÉGLUTITION

L'infirmière qui procède à l'examen de la bouche d'un aîné doit savoir reconnaître les manifestations qui sont attribuables au vieillissement normal (voir **figures 10.1 a), b), c) et d)** et **tableaux 10.1 et 10.2**), afin de ne pas les confondre avec un état pathologique.



FIGURE 10.1a



FIGURE 10.1b



FIGURE 10.1c



FIGURE 10.1d

Figure 10.1 – Les dents et les gencives normales

a), b) et c) Bouches normales. La normalité gingivale et dentaire se manifeste par l'absence d'œdème, de rougeur des gencives, et par l'absence de caries dentaires. d) Palais dur et mou d'apparence normale, sans stomatite, ulcère ou signes d'infection.

TABLEAU 10.1 – L'aspect normal des structures buccodentaires

Structures	Description
Muqueuses buccales	Les muqueuses buccales sont rose foncé, régulières et lustrées, et souples. Elles recouvrent les joues, la base de la gencive, l'intérieur des lèvres, le palais mou, le voile du palais, la luette, la langue et le plancher de la bouche.
Structures sublinguales	Sous la langue, le soignant peut observer plusieurs structures proéminentes dont le frein lingual, qui fixe la langue au plancher de la bouche afin d'en limiter la mobilité, ainsi que l'orifice des glandes salivaires sublinguales situées de part et d'autre du frein. Certaines veines superficielles sont visibles sous la surface du plancher lingual, car, à cet endroit, la muqueuse linguale est particulièrement mince.
Joues	À l'intérieur de chaque joue, au niveau de la première molaire supérieure, se trouve l'orifice par lequel s'écoule la salive provenant des glandes parotides.
Gencive	La partie de la gencive en contact avec la dent est rose plus pâle; elle est ferme et a l'apparence d'une pelure d'orange. Elle forme une bande de plusieurs millimètres autour des dents et recouvre la totalité des crêtes édentées et le palais dur.
Palais dur	La partie antérieure du palais dur comporte des rugosités palatines. Ces petites élévations et irrégularités mesurent moins d'un millimètre d'épaisseur et plusieurs millimètres de long. Toujours à l'avant du palais, située juste derrière les deux incisives centrales ou à la partie la plus antérieure du sommet de la crête édentée, se trouve une élévation ronde, unique, de 2 à 3 millimètres de diamètre, appelée papille incisive d'où sort un paquet vasculonerveux*.
Dents	Les dents sont des structures dures, de couleur ivoire jaunâtre, dont la majeure partie est enfouie dans la gencive et dans la structure osseuse sous-jacente. Les dents normales sont de couleur uniforme, sans cavité à leur surface. Une coloration foncée peut indiquer la présence d'une carie dentaire ou d'une obturation.

* Paquet vasculonerveux : Ensemble de vaisseaux et de nerfs cheminant côte à côte dans la pulpe dentaire.

Source : Caron, C. (2013) « La santé buccodentaire », dans Voyer, P. (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2^e éd., Montréal, Pearson ERPI, p. 259-273

TABLEAU 10.2 – Les effets du vieillissement sur la bouche et la déglutition

Organes	Effets du vieillissement
Bouche	■ Réduction de la taille des glandes salivaires sans modification de la sécrétion salivaire ■ Dentition d'une couleur plus foncée, jaunâtre ■ Présence d'une légère usure dentaire ■ Amincissement de la muqueuse et de sa vascularisation en raison de l'artériosclérose ■ Diminution de la perception des saveurs en raison de la perte d'acuité du goût et de l'olfaction ■ Perte d'efficacité de la mastication ■ Réduction du tonus des muscles oraux
Déglutition	■ Perte de force et de la précision de la pression exercée par la langue lors de la déglutition ■ Réduction de la vitesse du processus de déglutition ■ Diminution de l'efficacité du synchronisme de la déglutition ■ Diminution de la concentration de mucus dans l'oesophage ■ Ralentissement du transit du bol alimentaire depuis la cavité buccale jusqu'à l'estomac, s'expliquant par la diminution de la qualité et de la force du péristaltisme œsophagien.

10.2 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGUË

L'ANAMNÈSE ET LE PQRSTU

La première étape de l'examen clinique en situation aiguë consiste à utiliser la méthode PQRSTU. Pour cela, l'infirmière doit être sensible aux diverses manifestations tant typiques qu'atypiques des problèmes de nature buccodentaire et affectant la déglutition (**figures 10.2 a), b) et c), tableaux 10.3, 10.4 et 10.5**).



FIGURE 10.2a



FIGURE 10.2b

Figure 10.2 – Les caries

Le tissu dentaire est partiellement détruit et une cavité s'est formée dans la dent.



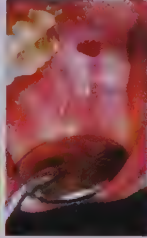
FIGURE 10.2c

TABLEAU 10.3 – Les problèmes buccodentaires

Problèmes	Définitions
Gingivite	La gingivite se caractérise par la rougeur et l'œdème de la partie de la gencive bordant le sillon alvéolodentaire. Elle peut être localisée ou généralisée. Les dents sont sensibles et saignent au brossage.  
Parodontite	La parodontite présente parfois les mêmes signes cliniques que la gingivite, mais elle s'accompagne également de poches parodontales et d'une mobilité dentaire*. On la reconnaît à la régression de la gencive et à l'exposition de la racine des dents. Les dents déchaussées sont souvent branlantes. La parodontite ne cause que très peu de douleur, sauf s'il s'agit d'un abcès parodontal.  
Traumatismes prothétiques	Les traumatismes prothétiques se présentent généralement sous forme d'ulcérations localisées sous la surface de la prothèse.  

Ulcère buccal

L'ulcère buccal apparaît toujours sur la muqueuse qui tapisse la bouche. Il est caractérisé par une perte de tissu à la surface de la muqueuse, dont le pourtour présente parfois un liséré inflammatoire. L'ulcère peut être unique, comme dans le cas d'un traumatisme prothétique ou d'un cancer buccal, mais les ulcères peuvent être multiples, notamment s'ils sont d'origine infectieuse. La dimension d'un ulcère varie généralement de quelques millimètres à quelques centimètres.



Stomatite prothétique

La stomatite prothétique se manifeste cliniquement par une zone de rougeur au niveau de la gencive en contact avec le palais dur ou avec la crête édentée, délimitée par la surface de contact de la prothèse dentaire responsable de la stomatite. Cette pathologie est habituellement causée par une infection à champignons (*Candida albicans*).



TABLEAU 10.3 – Les problèmes buccodentaires (suite)

Problèmes	Définitions
Candidose buccale	La candidose buccale affecte la muqueuse buccale et prend généralement l'une des quatre formes suivantes : 1. la forme pseudomembraneuse, caractérisée par des plaques blanches, molles, élevées, qui s'enlèvent par grattage ; 2. la forme érythémateuse, marquée par une rougeur généralisée et par la sensibilité de la surface affectée ; 3. la forme hyperplasique, qui se présente sous forme de zones blanches qui tendent à confluer et qu'il est impossible d'enlever par grattage ; 4. la présence de fissures, appelées chéilites angulaires, apparaissant aux commissures des lèvres. Sur la photo de gauche, la candidose affecte la langue ; sur celle de droite, elle affecte le palais.
Cancer buccal	Le cancer de la cavité buccale se forme dans les cellules de la bouche. Il se manifeste par des saignements, des plaques blanchâtres (comme sur la photo), des lésions qui ne cicatrisent pas, une masse, etc. Plus de la moitié des lésions cancéreuses des muqueuses apparaissent sur la langue. Les autres sites particulièrement à risque sont le plancher de la bouche, le palais mou, les gencives et la crête alvéolaire.



Xérostomie

La xérostomie est une affection fréquente qui se caractérise par une sécheresse de la langue et de la muqueuse buccale, qui prennent une apparence mate et dépourvue du lustre caractéristique donné par la salive.



Source Caron, C (2013) « La santé buccodentaire », dans Voyer, P (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2^e éd., Montréal, Pearson ERPI, p 259-273.

TABLEAU 10.4 – Les manifestations des problèmes de nature buccodentaires et dysphagiques

Problèmes	Manifestations typiques	Manifestations atypiques
Problèmes buccodentaires	■ Douleur à la mastication ■ Sensibilité des gencives ■ Saignement des gencives ■ Lésion à la muqueuse ■ Noircissement d'une dent ■ Modification de la forme d'une dent ■ Dépôt jaunâtre en croûte sur la dent ■ Hypersensibilité des dents au sucre ou au froid ■ Douleur à la bouche	■ Changement de l'autonomie ■ Faiblesse ■ Changement de l'état mental ■ Dépression ■ Changement comportemental ■ Irritabilité ■ Isolement ■ Agitation et résistance aux soins ■ Insomnie ■ Essoufflement

TABLEAU 10.4 – Les manifestations des problèmes de nature buccodentaires et dysphagiques (suite)

Problèmes buccodentaires (suite)	Manifestations typiques	Manifestations atypiques
■ Halitose ■ Dent mobile		■ Perte d'appétit ■ Perte de poids ■ Dent noircie qui signe une carie, mais qui n'est pas douloureuse.
Dysphagie	■ Problème de mastication, lenteur de l'alimentation ■ Aliment, salive ou liquide s'écoulant de la bouche ■ Problème de vidange buccale ■ Retard ou absence du réflexe de déglutition ■ Déglutitions répétées ■ Allongement du transit oral (de la bouche à l'estomac) ■ Reflux nasal après avoir avalé ■ Toux répétées et raclements de gorge insistants ■ Dysphonie (voix faible ou rauque ou mouillée ou modifiée) après avoir avalé ■ Sensation de blocage de la nourriture ou d'adhérence dans la gorge	■ Changements de l'autonomie • Faiblesse ■ Changements de l'état mental • Délirium causé par pneumonies d'aspiration à répétition • Dépression • Anxiété lors des repas ■ Changements de comportements • Isolement social ■ Insomnie causée par la toux ■ Déshydratation ■ Dénutrition ■ Perte d'appétit, refus de manger ■ Perte de poids ■ Absence de toux malgré l'aspiration

TABLEAU 10.5 – Un exemple de PQRSU lors de douleur à la déglutition

Malaise dominant : douleur à la déglutition

P		Q	
Provoquer	■ Qu'est-ce qui provoque/entraîne, aggrave/ augmente vos douleurs lorsque vous avalez ? ■ Qu'est-ce qui atténue vos douleurs lorsque vous avalez ?	Qualité	■ Décrivez-moi vos douleurs lorsque vous avalez ? Quelle est la sensation exactement ? Serrement ? Brûlure ? Pincement ?
Pallier	■ Qu'est-ce qui provoque/entraîne, aggrave/ augmente les douleurs lorsque l'ainé avale ? ■ Quelle pourrait être la cause de ces douleurs lorsque l'ainé avale ? ■ L'ainé prend-il des mesures qui semblent atténuer ses douleurs lorsqu'il avale ? ■ Prenez-vous vous-même des mesures qui semblent atténuer ses douleurs lorsqu'il avale ? ■ Lorsque l'ainé avale, que voyez-vous exactement ?	Quantité	■ Sur une échelle de 1 à 10, 10 étant la pire douleur jamais ressentie, quel chiffre donneriez-vous à votre douleur lorsque vous avalez ? ■ Impact fonctionnel : dans quelle mesure vos douleurs lorsque vous avalez influent-elles sur vos activités quotidiennes (p. ex., manger), vos tâches domestiques (p. ex., faire votre épicerie), vos loisirs (p. ex., voir des amis), votre travail ? ■ Impact fonctionnel : dans quelle mesure ses douleurs à la déglutition influent-elles sur ses activités quotidiennes (par ex. : manger) et ses loisirs (p. ex., participer aux activités de groupe) ?

Chapitre 10

Trouver des réponses aux questions ci-dessous en utilisant les stratégies de lecture et de compréhension ci-dessous.

TABLEAU 10.5 - Un exemple de PORSTU lors de douleur à la déglutition (suite)

PORSTU		Journaliste	Étiquettes
R	Région	À quel endroit exactement apparaissent vos douleurs lorsque vous avalez ?	L'ainé se tient-il le cou quand il avale ?
	Irradiation	Est-ce que vos douleurs lorsque vous avalez irradient ailleurs ?	Sans objet.
S	Signes	■ Observez-vous des signes inhabituels ou nouveaux, en plus de vos douleurs, lorsque vous avalez ?	■ Semble-t-il y avoir d'autres signes, en plus des douleurs lorsque l'ainé avale ? (Par exemple, l'ainé est-il dyspnéique, tousse-t-il, chute-t-il ?)
	Symptômes	■ Ressentez-vous d'autres malaises, des sensations inhabituelles ou nouvelles, en plus de vos douleurs lorsque vous avalez ?	■ En plus des douleurs, l'ainé exprime-t-il ou manifeste-t-il d'autres malaises lorsqu'il avale ? (Par exemple, se plaint-il d'étourdissements, de faiblesse ?)
T	Temps	■ Depuis quand ressentez-vous de la douleur lorsque vous avalez ?	■ Depuis quand l'ainé ressent-il de la douleur lorsqu'il avale ?
	Intermittence	■ Ressentez-vous constamment de la douleur lorsque vous avalez ? Si vos douleurs sont intermittentes : ■ Combien de temps durent-elles chaque fois ? ■ Combien de fois avez-vous eu ces douleurs durant la dernière journée, durant la dernière semaine ou le dernier mois ?	■ L'ainé ressent-il constamment de la douleur lorsqu'il avale ? Si les douleurs lorsqu'il avale sont intermittentes : ■ Combien de temps durent-elles chaque fois ? ■ Combien de fois les avez-vous observées durant la dernière journée ou semaine, ou durant le dernier mois ?

U	Understand, signification pour la personne	- À quel moment avez-vous tendance à avoir vos douleurs lorsque vous avalez ? Seulement le matin ? - De quel problème croyez-vous qu'il s'agit ? - Quelle est la cause de vos douleurs lorsque vous avalez ? - Avez-vous déjà eu cela dans le passé ?	À quels moments apparaissent-elles ? Surtout le matin ? le soir ?	Sans objet.
---	--	--	---	-------------

L'EXAMEN PHYSIQUE

Après le PORSTU, l'infirmière procède à l'examen buccodentaire ou de la déglutition selon les éléments obtenus à l'anamnèse (**tableau 10.6** et **figure 10.3**).

TABLEAU 10.6 – L'examen physique buccodentaire ou de la déglutition

Examen buccodentaire	
INSPECTION	Lors de l'inspection, l'infirmière doit : - évaluer l'état mental (état de conscience et attention) ; - déterminer s'il y a un changement brusque de l'autonomie, de l'état mental et du comportement dans la dernière semaine ; - examiner la cavité buccale pour détecter d'éventuels problèmes buccodentaires : - lèvres et muqueuses, palais et gencives (crête édentée éventuelle) : rougeur, lésion, saignement ;

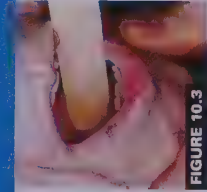


FIGURE 10.3

L'examen de la bouche

Lors de l'examen de la cavité buccale, l'utilisation d'un abaisse-langue permet d'explorer sous la langue ou dans le fond de la gorge.

TABLEAU 10.6 – L'examen physique buccodentaire ou de la déglutition (suite)

Examen buccodentaire (suite)	
INSPECTION (suite)	• langue : lésions, rougeur, induration ; • dents : forme et coloration ; • salive : présence ou non.
PALPATION	■ Palper la langue pour mettre en évidence une douleur éventuelle. ■ Palper chacune des dents pour vérifier qu'elles sont bien immobiles et non douloureuses.
Examen de la déglutition	
INSPECTION	Lors de l'inspection, l'infirmière doit : ■ évaluer l'état mental (état de conscience et attention) ; ■ déterminer s'il y a un changement brusque de l'autonomie, de l'état mental et du comportement dans la dernière semaine.
PALPATION	■ Palpation du cou afin de mettre en évidence une tuméfaction ou une douleur.
AUTRE TEST	Test de la gorgée (Gonzalez-Fernandez et collab., 2014 ; Haque et Watkins, 2014) : ■ Demander à l'ainé de s'asseoir bien droit, puis de faire une déglutition sèche. Il doit être en mesure de le faire sans difficulté. S'il en est capable, passer à l'étape suivante. ■ Faire boire 90 ml d'eau sans pause à trois reprises à une minute d'intervalle (l'ainé aura bu un total de 270 ml). • Ne pas utiliser de paille. ■ Lors de chacun des intervalles d'une minute, demander à l'ainé de faire « ha » pour déterminer si la voix est mouillée. De plus, prendre note s'il n'est pas en mesure de boire les 90 ml en continu. ■ Une fois que l'ainé a bu les 270 ml, faites-le parler sur un sujet d'intérêt. • La probabilité d'une dysphagie est très élevée s'il y a présence de l'un des signes suivants : – dysphonie/voix mouillée ;

- toux ;
- dyspnée/augmentation de la fréquence respiratoire ;
- cyanose ;
- impossibilité de boire les 90 ml en continu.

- Si aucun de ces signes n'est présent durant trois essais, la probabilité que l'aîné soit atteint de dysphagie est très faible.

10.3 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI

C'est le rôle de l'infirmière d'assurer la surveillance clinique de l'aîné dans une situation de problème buccodentaire ou de dysphagie. Dans les prochaines lignes, on y décrit la surveillance clinique dans le cas de dysphagie (**tableau 10.7**). Elle doit faire le suivi des signes et des symptômes qui sont associés à la dysphagie, en plus de procéder à l'examen physique.

TABLEAU 10.7 – Le standard pour le suivi d'une situation de dysphagie

Examen clinique	Traduction clinique	Exemples de questions
Anamnèse	Efficacité du processus de déglutition	■ Avez-vous de la difficulté à avaler ? ■ Ressentez-vous de la douleur lorsque vous avalez ? ■ Après avoir fait l'effort d'avaler, est-ce qu'il reste des aliments dans votre bouche ? ■ Lorsque vous avalez, est-ce qu'il arrive que des aliments sortent par votre bouche ou par votre nez ?

TABLEAU 10.7 – Le standard pour le suivi d'une situation de dysphagie (suite)

Examen clinique	Thèmes à évaluer	Exemples de question
Anamnèse (suite)		
	Aspirations pulmonaires	■ Êtes-vous enrôlé par moments ? ■ Vous sentez-vous essoufflé après avoir bu ou mangé ? ■ Toussez-vous après avoir bu ou mangé ?
	Aspirations pulmonaires lors du sommeil	■ Vous réveillez-vous parfois la nuit avec une sensation d'étouffement ou encore en toussant ?
	Perte d'appétit	■ Avez-vous moins d'appétit que d'habitude ?
	Anxiété reliée à la dysphagie	■ Est-ce que vos difficultés à avaler vous inquiètent ? ■ Est-ce que le fait que vous vous étouffiez parfois lors des repas vous inquiète ?
Examen physique		
INSPECTION	Lors de l'inspection, l'infirmière doit : ■ évaluer l'état mental (état de conscience et attention) ; ■ peser l'ainé ; ■ observer l'ainé lors d'un repas, s'il y a lieu.	
PALPATION	S'il y a lieu, palper le cou afin de mettre en évidence une tuméfaction ou une douleur.	
AUTRE TEST	Si pertinent, réaliser le test de la gorgée (voir tableau 10.6).	
Interventions		À déterminer selon les résultats.

10.4 LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN BUCCODENTAIRE ET DE LA DÉGLUTITION

Le **tableau 10.8** décrit quelques particularités gériatriques lors de l'examen buccodentaire et de la dysphagie.

TABEAU 10.8 – Les particularités gériatriques de l'examen buccodentaire et de la dysphagie

Étapes	Particularités gériatriques
Conseils pratiques	■ Examen buccodentaire: • Pour l'inspection de la bouche, une lampe est nécessaire. Une lampe frontale, une lampe-stylo ou encore la lampe de l'otoscope peuvent faire l'affaire. • L'utilisation des gants et d'un abaisse-langue est également indispensable pour l'examen buccodentaire. • Si l'ainé porte des prothèses, il faut les retirer pour l'examen.
Signes vitaux	■ Une <i>température</i> de 37,8 °C peut suggérer la présence d'une pneumonie d'aspiration secondaire à un problème de dysphagie. ■ Une fréquence respiratoire plus élevée après les repas pourrait suggérer la présence de dysphagie. ■ Un rythme cardiaque irrégulier et une tachycardie peuvent avoir pour origine un problème buccodentaire (endocardite infectieuse).
Inspection	Examen buccodentaire ■ Pour faire ouvrir la bouche d'un aîné atteint de troubles cognitifs qui ne comprend pas les consignes, il peut être utile de lui masser les muscles de la mâchoire ou encore de faire de légers mouvements de grattage au niveau du menton. Cela aide certains aînés à se détendre et facilite l'examen. ■ Les varices sous la langue sont plus fréquentes chez l'ainé, mais elles sont sans importance clinique. ■ Si le vieillissement normal n'entraîne pas de diminution de la production de la salive, il faut savoir que l'ainé atteint de plusieurs troubles (multimorbidité), et consommant plusieurs médicaments présente souvent de la xérostomie, laquelle accroît les problèmes de déglutition.

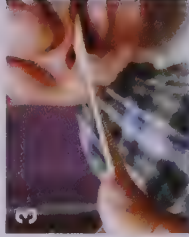
TABLEAU 10.8 – Les particularités gériatriques de l'examen buccodentaire et de la dysphagie (suite)

Examen	Particularités gériatriques
Palpation	■ Une douleur à la palpation du cou permet d'identifier la cause de la dysphagie, une tumeur cancéreuse, par exemple.
Auscultation	■ Selon son jugement clinique, l'infirmière peut procéder à l'auscultation des poumons avant et après que l'ainé a effectué le test de la gorgée et bu les quantités d'eau prescrites. De cette façon, elle pourrait détecter des aspirations silencieuses par l'apparition de bruits respiratoires anormaux. ■ Selon la situation, il pourrait être pertinent d'ausculter les poumons de l'ainé afin de détecter la présence d'une pneumonie d'aspiration secondaire à la dysphagie. L'infirmière doit porter une attention particulière au poumon droit, car la probabilité que l'infection survienne de ce côté est plus grande en raison de la morphologie des bronches.
Autres tests	Test de la gorgée ■ Lors de ce test, si vous pensez que l'ainé a peut-être un problème de déglutition, vous pouvez commencer par lui demander de prendre seulement 1 à 2 gorgées et l'observer. Si tout se passe bien, alors vous pouvez faire le test de la gorgée décrit au tableau 10.6. ■ Si après avoir réalisé le test de la gorgée, l'infirmière a toujours un doute, elle peut demander à l'ainé de prendre une cuillère de compote de pomme ou encore de pouding et vérifier de nouveau si les signes de dysphagie apparaissent. Finalement, elle peut demander à l'ainé de manger un biscuit sec, puis réévaluer l'apparition des signes de dysphagie. Si elle n'observe aucun signe de dysphagie, c'est que l'ainé n'a probablement pas de problème de déglutition. ■ Si on effectue le test de la gorgée chez un ainé atteint de multimorbidité et vivant en centre d'hébergement, la présence d'une très légère toux, à une seule occasion plus d'une minute après le test, n'est probablement pas un signe de dysphagie (Haque et Watkins, 2014). Le jugement clinique est important. ■ Lors du test de la gorgée, il est possible d'utiliser un saturomètre. Une chute de $\geq 2\%$ du niveau de la saturation pendant que l'ainé boit ou après qu'il a bu, est un signe de dysphagie (Chen et Lin, 2012). Vérifier si les prothèses sont bien fixées (Haque et Watkins, 2014) : ■ prendre un abaisse-langue; ■ le placer à plat au centre de la bouche (voir figure 10.4);

- demander à l'ainé de mordre fermement avec ses incisives centrales et de maintenir cette contraction ;
- faire pression vers le bas et par la suite mettre l'abaisse-langue en position oblique (l'ainé maintient sa contraction).
- Résultat normal : la prothèse reste bien en place.
- Résultat anormal : la prothèse bouge.



FIGURE 10.4



La vérification de l'ajustement des prothèses
(Le test est expliqué dans le **tableau 10.8**).

10.5 DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

Voici deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier :

- a) dans une situation aiguë dont le malaise dominant se traduit par un saignement à la bouche et
- b) dans une situation de suivi de dysphagie.

Une situation aiguë de saignement à la bouche

NOTÉ AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen clinique buccodentaire en situation aiguë

Malaise dominant : saignement dans la bouche

Anamnèse

P : Prothèse dentaire. Mesure palliative : lorsque la prothèse inférieure est retirée, les saignements cessent.

Q : Filet de sang, crache du sang en petites quantités (1 ml). Aucun impact fonctionnel.

R : Gencive inférieure gauche, irradiation : sans objet.

S : Diminution de l'apport alimentaire, inquiétude.

T : Depuis trois jours, saignement intermittent, lors des repas les saignements sont plus fréquents, débutent durant le repas et durent environ 5 minutes après la fin du repas. Tous les jours, environ 5 fois par jour.

U : Pense que la cause est sa prothèse et a déjà eu cela dans le passé.

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentif. Aucun changement de l'état mental, de l'autonomie, mais présence d'un changement de comportements, car il s'isole davantage.

Lèvre, langue et muqueuse : coloration normale, aucune lésion et saignement. Dentition maxillaire supérieur : coloration et forme normales. Maxillaire inférieur : incisives coloration et forme normales. Présence d'une lésion causée par la prothèse inférieure. Lésion gencive gauche d'une profondeur de 2 mm et d'une longueur de 10 mm et d'une largeur de 2 mm. Gencive droite rosée. Présence de salive.

PALPATION

Aucune douleur à la palpation de la langue. Aucune dent mobile ou douloureuse.

Interventions

PTI ajusté, MD et nutritionniste avisés.

Plan thérapeutique infirmier (PTI)

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-02-01	10:00	1	Parkinson (2010)	PV				MD + dentiste
2017-04-01	10:00	2	Lésion à la gencive inférieure gauche	PV				

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-02-01	10:00	1	Administrer l'échelle d'évaluation unifiée pour la maladie de Parkinson aux 3 mois par inf.				
		1	Surveiller la réponse clinique des antiparkinsoniens à l'aide du Journal de 24 heures x 7 jours aux 3 mois.				
		1	Faire marcher selon l'horaire de marche.	PV			
2017-04-01	10:00	2	Effectuer un examen buccodentaire ID par inf.				

	2	Aviser inf. si saignement et plainte douleur à la bouche [Dir. p. trav. PAB].							
	2	Retirer la prothèse dentaire inférieure entre les repas pour 7 jours [Dir. p. trav. PAB].							
	2	Rincer la bouche avec une solution d'eau saline après chaque repas pour 7 jours [Dir. p. trav. PAB].					PV		
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service		
Philippe Voyer, inf., Ph.D.		PV	Hébergement						

Une situation de suivi de dysphagie

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen clinique de dysphagie de suivi

Anamnèse

- Rapporte : difficulté à avaler, avoir des aliments qui reste dans la bouche après des efforts de déglutition, voix enrouée, tousser après avoir avalé, moins d'appétit, inquiet de sa dysphagie.
- Ne rapporte pas : douleur à la déglutition, aliments qui sortent par la bouche ou le nez après déglutition, dyspnée après avoir avalé, problème d'étouffement la nuit.

Une situation de suivi de dysphagie (suite)

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentif. A perdu 0,5 kg depuis la dernière visite il y a un mois (2017-03-01 : 59 kg versus 2017-04-01 : 58,5 kg).

PALPATION

Aucune douleur au cou.

AUSCULTATION

Faces antérieures et postérieures : MVN.

AUTRE TEST

Test de la gorgée non réalisé, car signes toujours évidents de dysphagie.

Interventions

PTI maintenu et nutritionniste avisée.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-02-09	9:00	1	Accident vasculaire cérébral (2013)					
	9:00	2	Aphasie	PV				
2017-04-01	10:00	3	Dysphagie	PV				MD + nutritionniste

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-02-09	9:00	1	Administrer l'échelle neurologique canadienne aux 3 mois par inf.				
		1-2	Encourager à utiliser le tableau de communication.				
		1	Faire marcher selon l'horaire de marche.	PV			

Plan thérapeutique infirmier (PTI) (suite)

SUIVI CLINIQUE (suite)

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-04-01	10:00	3	Effectuer un examen clinique de suivi hebdomadaire le mercredi par inf.				
		3	S'assurer que l'usager reçoive une texture molle et consistance nectar [Dir. p. de trav. PAB].				
		3	Assurer une surveillance étroite lors de l'alimentation et de l'hydratation [Dir. p. de trav. PAB].				
		3	Enseigner aux proches les risques reliés au non-respect du plan alimentaire par inf.	PV			
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Philippe Voyer, inf., Ph.D.		PV	SAPA/CHSLD				

Références bibliographiques

- Chen, M. Y. et Lin, L. C. (2012). « Nonimaging clinical assessment of impaired swallowing in community-dwelling older adults in Taiwan », *The Journal of Nursing Research*, vol. 20, n° 4, p. 272-280.
- Gonzalez-Fernandez, M., Humbert, I., Winegrad, H., Cappola, A. R. et Fired, L. P. (2014). « Dysphagia in old-old women: Prevalence as determined by self-report and 3 oz. water swallowing test », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 62, n° 4, p. 716-720.
- Haque, R. et Watkins, D. (2014). Steps for examining the oral cavity in elderly patients with dentures. Annals of long-term care. Tip sheet for health care providers. www.managedhealthcareconnect.com/article/tip-sheet-examining-oral-cavity

CHAPITRE 11

L'HYDRATATION ET L'ÉTAT NUTRITIONNEL

11.1	Rappel des effets du vieillissement sur l'hydratation et la nutrition.....	292
	Tableau 11.1	292
	Les effets du vieillissement sur l'hydratation et la nutrition	
11.2	L'examen clinique en situation aiguë.....	293
	Tableau 11.2	293
	Les manifestations des problèmes de nature hydrique et nutritionnelle	
	Tableau 11.3	295
	Un exemple de PQRSTU avec une perte de poids comme malaise dominant	
	Tableau 11.4	297
	L'examen physique relatif à l'hydratation et à la nutrition	
	Encadré 11.1	300
	Mesure de la circonférence brachiale	
	Tableau 11.5	302
	Le sommaire de l'administration et de l'interprétation des scores du MNA-SF	

Tableau 11.6	L'évaluation de l'état nutritionnel : l'échelle MNA-SF	303
11.3	L'examen clinique en situation de suivi.....	306
	Tableau 11.7	306
	Le standard pour le suivi d'une situation de déshydratation	
11.4	Les particularités gériatriques de l'examen physique dans le contexte de l'hydratation et de la nutrition.....	308
	Tableau 11.8	308
	Les particularités gériatriques de l'examen de l'hydratation et de la nutrition	
11.5	Deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier.....	309
	Contenu numérique	315

11.1 RAPPEL DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR L'HYDRATATION ET LA NUTRITION

L'infirmière qui procède à l'examen clinique d'un aîné concernant l'hydratation et la nutrition doit savoir reconnaître les manifestations qui sont attribuables au vieillissement normal, afin de ne pas les

confondre avec un état pathologique. Le **tableau 11.1** énumère ces diverses manifestations.

TABEAU 11.1 – Les effets du vieillissement sur l'hydratation et la nutrition

Effets du vieillissement	
Hydratation	■ Diminution de la sensation de soif. ■ Diminution de la capacité rénale à concentrer l'urine. ■ Réduction de la sécrétion de l'aldostérone qui prédispose l'aîné à la déshydratation. ■ Réponse moins efficace du rein à l'égard de l'hormone antidiurétique. ■ Diminution de la réserve d'eau dans l'organisme de l'aîné.
Nutrition	■ Diminution de l'appétit. ■ Diminution de la capacité à apprécier la saveur des aliments, ce qui peut influencer sur l'intérêt pour manger. • Diminution de l'acuité du goût et de l'odorat. ■ Sensation de satiété plus précoce. ■ Vidange gastrique plus lente. ■ Digestion des lipides plus difficile. ■ Absorption moins efficace de certains nutriments (vitamines D, B12, acide folique, minéraux tels que le cuivre, le zinc, le calcium, le fer). ■ Diminution des besoins énergétiques. ■ Augmentation de la masse adipeuse et diminution de la masse maigre.

11.2 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION AIGUE

L'ANAMNÈSE ET LE PQRSU

La première étape de l'examen clinique en situation aigüe consiste à utiliser la méthode PQRSU. Lors de l'anamnèse, l'infirmière doit être sensible aux diverses manifestations tant typiques qu'atypiques des problèmes affectant le statut d'hydra-

tation et nutritionnel (**tableau 11.2**). Pour un cas de perte de poids, la méthode PQRSU ressemblera à celle que présente le **tableau 11.3**.

TABLEAU 11.2 – Les manifestations des problèmes de nature hydrique et nutritionnelle

Problèmes	Manifestations typiques	Manifestations atypiques
Déshydratation	■ Sensation de soif extrême ■ Pâleur ■ Assèchement • Langue sèche • Langue fissurée • Absence de salive • Peau sèche et chaude • Absence de transpiration ■ Compensation cardiaque • Tachycardie • Palpitation cardiaque • Hypotension orthostatique • Hypotension	■ Changements de l'état mental • Delirium • Altération de l'état de conscience ■ Perte d'autonomie • Faiblesse • Fatigue ■ Changements de comportement • Perte d'équilibre, chute • Constipation ■ Yeux creusés et cernés ■ Céphalée ■ Étourdissements ■ Perte de poids rapide

TABLEAU 11.2 – Les manifestations des problèmes de nature hydrique et nutritionnelle (suite)

Problèmes	Manifestations typiques	Manifestations atypiques
Déshydratation (suite)	■ Réduction des pertes • Dysurie • Miction peu fréquente • Oligurie (diminution du volume des urines) • Anurie (< 300 ml par 24 heures chez l'adulte) • Urine concentrée	■ Si la déshydratation est accompagnée de déséquilibre électrolytique, les manifestations suivantes pourraient s'ajouter : • Crampes musculaires • Tremblements • Nausées, vomissements • Diarrhée
Dénutrition	■ Perte de poids marquée ■ Fonte musculaire évidente au niveau des membres supérieurs et inférieurs ■ Diminution de la force musculaire ■ Pâleur ■ Yeux creusés ■ Apparence amaigrie	■ Changements de l'état mental ■ Perte d'autonomie • Faiblesse ■ Changements de comportement • Apathie • Somnolence diurne ■ Perte de cheveux et poils (alopécie) ■ Œdème au niveau des chevilles ■ Plaies et lésions qui tardent à guérir ■ Essoufflement ■ Perte de vision nocturne

TABLEAU 11.3 – Un exemple de PQRSTU avec une perte de poids comme malaise dominant

Malaise dominant: perte de poids

PQRSTU		Le patient	Trouver des réponses aux questions ci-dessous en utilisant les soins et le dossier:
P	Provoquer	■ Qu'est-ce qui a provoqué/entraîné, aggravé/augmenté votre perte de poids?	■ Qu'est-ce qui provoque/entraîne, aggrave/augmente la perte de poids de l'ainé? ■ Quelle pourrait être la cause de cette perte de poids? ■ Prenez-vous des mesures qui semblent atténuer sa perte de poids?
	Pallier	■ Que faites-vous habituellement pour ne pas perdre de poids? Mettez-vous toujours en pratique cette stratégie? ■ Avez-vous fait quelque chose qui a réduit la rapidité de votre perte de poids?	
	Qualité	■ Vous dites que vous perdez du poids, comment cela se manifeste-t-il exactement?	
Q	Quantité	■ Combien de kilos avez-vous perdus exactement? ■ Impact fonctionnel: dans quelle mesure votre perte de poids influe-t-elle sur vos activités quotidiennes (p. ex.: vous habiller), vos tâches domestiques (par ex.: faire votre épicerie), vos loisirs (p. ex.: prendre vos marches), votre travail?	■ Combien de kilos l'ainé a-t-il perdus exactement? ■ Impact fonctionnel: dans quelle mesure sa perte de poids influe-t-elle sur ses activités quotidiennes (p. ex.: habillage, soins d'hygiène) et les loisirs (p. ex.: circuler dans le corridor)?

TABLEAU 11.3 – Un exemple de PQRSTU avec une perte de poids comme malaise dominant (suite)

Malaise dominant: perte de poids

PQRSTU		Enquêteur	
R	Région	- Est-ce que votre perte de poids est plus apparente à une partie de votre corps (p. ex. : visage, cou, abdomen) ? - Sans objet.	Est-ce que sa perte de poids est plus apparente à une partie de son corps (p. ex. : visage, cou, abdomen) ?
	Irradiation	Sans objet.	Sans objet.
S	Signes	Observez-vous des signes inhabituels ou nouveaux, en plus de votre perte de poids ?	- Semble-t-il y avoir d'autres signes, en plus de la perte de poids ? - Par exemple, l'aîné a-t-il fait une chute ?
	Symptômes	Ressentez-vous des malaises, des sensations inhabituelles ou nouvelles, en plus de votre perte de poids ?	- En plus de la perte de poids, l'aîné exprime-t-il ou manifeste-t-il d'autres malaises ? - Par exemple, se plaint-il d'étourdissements, de faiblesse ?
T	Temps	Depuis quand votre perte de poids a-t-elle débuté ?	À quel moment la perte de poids a-t-elle débuté ? Depuis quand ?
	Durée, intermittence	- Votre perte de poids est-elle constante ? Si votre perte de poids varie d'une semaine à l'autre : - Combien de semaines par mois avez-vous	- La perte de poids est-elle constante ? Si la perte de poids varie d'une semaine à l'autre : - Combien de semaines par mois avez-vous noté une perte de poids ?

U	Understand, signification pour la personne	■ Moment : sans objet. ■ Durée : sans objet. ■ Quelle est la cause de votre perte de poids selon vous ? ■ Avez-vous déjà eu cela dans le passé ?	■ Moment : sans objet. ■ Durée : sans objet. ■ Sans objet.
---	--	---	--

L'EXAMEN PHYSIQUE RELATIF AUX STATUTS HYDRIQUE ET NUTRITIONNEL

Après le PQRSTU, l'infirmière procède à l'examen physique. Dans une situation aiguë, elle doit évaluer un certain nombre de paramètres et effectuer certains tests (**tableau 11.4**).

TABLEAU 11.4 – L'examen physique relatif à l'hydratation et à la nutrition

Examen de l'hydratation	
Inspection	■ Lors de l'inspection, l'infirmière doit : • évaluer l'état mental : l'état de conscience et l'attention ; • déterminer s'il y a un changement brusque de l'autonomie, de l'état mental et du comportement dans la dernière semaine ;

TABLEAU 11.4 – L'examen physique relatif à l'hydratation et à la nutrition (suite)

Examen de l'hydratation

Inspection (suite)

- Bouche ;
 - Langue :
 - humide ou sèche,
 - Normale ou fissurée ;
 - Salive :
 - Présente, diminuée ou absente,
 - Liquéfiée ou collante ;
 - Muqueuse de la bouche : humide ou sèche.
- Déterminer si l'aîné a bu des liquides entre les repas au cours des 24 dernières heures.

Palpation

- Lors de la palpation, l'infirmière doit :
 - évaluer le turgor cutané :
 - sternal, sous-claviculaire et frontal : normal ou anormal ;
 - mettre ses doigts sous les aisselles : humides ou sèches ;
 - évaluer le remplissage capillaire : normal (≤ 3 secondes) ou prolongé.

Examen de la nutrition

Inspection

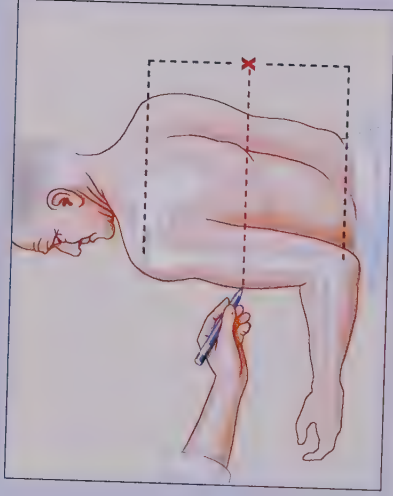
- Lors de l'inspection, l'infirmière doit :
 - évaluer l'état mental : l'état de conscience et l'attention ;
 - déterminer s'il y a eu un changement brusque de l'autonomie, de l'état mental et du comportement durant la dernière semaine ;
 - déterminer si l'aîné a consommé moins de 75 % des aliments servis au cours des 7 derniers jours ;

- déterminer s'il y a eu une perte de poids marquée ;
 - 5 % en un mois, 7,5 % en 3 mois, 10 % en 6 mois.

Autres tests

- Mesurer la circonférence brachiale : < 21 cm est anormal (voir l'**encadré 11.1**).
- Compléter le MNA-SF selon le jugement clinique :
 - Résultat de ≥ 8 au MNA-SF est anormal (voir les **tableaux 11.5** et **11.6**) ;
- Mesurer l'indice de masse corporelle à compléter selon le jugement clinique :
 - Méthode de calcul : poids en kilos/taille en mètre au carré ;
 - Normalité est entre 24 et 27,
 - Risque de dénutrition : ≤ 20 .

1. Demandez au patient de plier son bras non dominant à angle droit au niveau du coude, paume vers le haut.
2. Mesurez la distance entre la surface acromiale de l'omoplate (surface de la saillie osseuse du haut de l'épaule) et le processus olécranien du coude (saillie osseuse du coude) à l'arrière du bras.
3. Marquez le point médian entre les deux avec un stylo.



4 Demandez au patient de laisser son bras pendre le long de son flanc.

5. Placez le mètre à hauteur du point médian sur la partie supérieure du bras et serrez fermement. Évitez de pincer le patient ou de lui laisser une marque.

6. Notez la mesure en cm.

Source: Nestle Nutrition Institute (1994/2009). *Manuel d'utilisation du Mini Nutritional Assessment*. Annexe 4 Mesure de la circonférence brachiale, p 18 www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_french.pdf

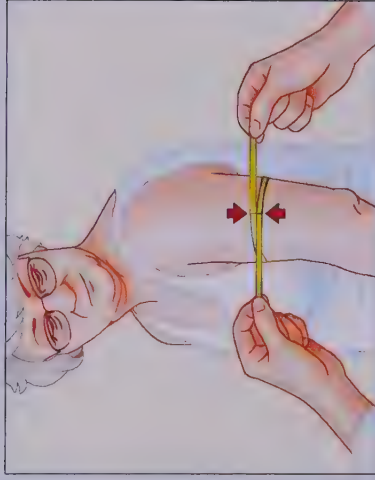


TABLEAU 11.5 – Le sommaire de l'administration et de l'interprétation des scores du MNA-SF

Rapports	
Paramètre	Rapports
Qui?	■ Ce test peut être réalisé par la majorité des professionnels de la santé.
Quand?	■ Ce test vise à repérer les aînés souffrant de malnutrition ou présentant un risque de malnutrition.
Comment?	Le soignant demande à la personne de répondre à chacune des questions A à E en reprenant l'idée de la question. ■ Par exemple, pour la question A, le soignant demande: «Avez-vous mangé moins que d'habitude au cours des trois derniers mois?» Si oui, «Avez-vous mangé beaucoup moins qu'auparavant ou seulement un peu moins?» Concernant la question F, le soignant calcule l'indice de masse corporelle (IMC): poids (kg)/taille² (m). Si l'IMC n'est pas disponible, mesurer la circonférence du mollet en son point le plus large, à l'aide d'un mètre-ruban.
Interprétation	■ Légende - Un score de 12-14 indique un état nutritionnel normal. - Un score de 8-11 indique un risque de malnutrition. - Un score de 0-7 indique une malnutrition avérée.

Source Ferland, G. (2013). « La dénutrition et la dysphagie », dans Voyer, P. (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2^e éd., Montréal, Pearson ERPI, p. 247-258.



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch11 > MNA-SF

Mini Nutritional Assessment MNA

Nestlé
NutritionInstitute
Science for Better Nutrition

Nom :	Prénom :		
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :
Date :			

Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pour obtenir le score de dépistage.

Dépistage

A Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?

0 = baisse sévère des prises alimentaires

1 = légère baisse des prises alimentaires

2 = pas de baisse des prises alimentaires

☐

TABEAU 11.6 – L'évaluation de l'état nutritionnel : l'échelle MNA-SF (Mini Nutritional Assessment) (suite)

B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	☐
C Motricité 0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	☐
D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois ? 0 = oui 2 = non	☐
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence légère 2 = pas de problème psychologique	☐
F1 Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	☐

SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2.
MERCİ DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.

F2 Circonférence du mollet (CM) en cm

0 = CM<31

3 = CM≥31

☐

Score de dépistage

(max. 14 points)

☐

12-14 points : état nutritionnel normal
8-11 points : à risque de dénutrition
0-7 points : dénutrition avérée

☐

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) J Geront 2001;56A M366-377.
Guigoz Y The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

11.3 L'EXAMEN CLINIQUE EN SITUATION DE SUIVI

C'est le rôle de l'infirmière d'assurer la surveillance clinique de l'ainé dans une situation de problème de déshydratation ou de dénutrition. Dans les prochaines lignes, on y décrit la surveillance

clinique dans le cas de déshydratation (**tableau 11.7**). Elle doit faire le suivi des signes et des symptômes qui sont associés à la déshydratation, en plus de procéder à l'examen physique.

TABLEAU 11.7 – Le standard pour le suivi d'une situation de déshydratation

Examen clinique	Thèmes à évaluer	Exemples de questions
<u>Anamnèse</u>	■ Sensation de soif	■ Ressentez-vous la soif ?
	■ Bouche sèche	■ Ressentez-vous que votre bouche est sèche ?
	■ Sensation de fatigue	■ Vous sentez-vous faible ? Fatigué ?
<u>Examen physique</u>	Lors de l'inspection, l'infirmière doit :	
INSPECTION	■ évaluer l'état mental : l'état de conscience et l'attention ; • Bouche ; - Langue : • humide ou sèche, • Normale ou fissurée ;	

	- Salive : • Présente, diminuée ou absente, • Liquéfiée ou collante ; - Muqueuse de la bouche : humide ou sèche. ■ Déterminer si l'ainé a bu des liquides entre les repas durant les dernières 24 heures. ■ Poids.
PALPATION	■ Lors de la palpation, l'infirmière doit : • évaluer le turgor cutané : - sternal, sous-claviculaire et frontal : normal ou anormal ; • mettre ses doigts sous les aisselles : humides ou sèches ; • évaluer le remplissage capillaire : normal (< 3 secondes) ou prolongé.
Interventions	À déterminer selon les résultats.

11.4 LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN PHYSIQUE DANS LE CONTEXTE DE L'HYDRATATION ET DE LA NUTRITION

Le **tableau 11.8** décrit quelques particularités gériatriques lors de l'examen dans le contexte de l'hydratation et du statut nutritionnel.

TABLEAU 11.8 – Les particularités gériatriques de l'examen de l'hydratation et de la nutrition

Étapes	Particularités gériatriques
Conseils pratiques	■ Pour l'inspection de la bouche dans le contexte de la déshydratation : • Une lampe peut être pratique dans les situations où vous n'êtes pas certain qu'il y ait de la salive ou non. Une lampe frontale, une lampe-stylo ou encore la lampe de l'otoscope peuvent faire l'affaire afin de bien reconnaître la présence de salive. Celle-ci brillera sous la lumière. • L'utilisation de gants et d'un abaisse-langue est également utile pour bien examiner la bouche. Soyez attentif s'il y a un peu de salive afin de déterminer si celle-ci est collante, car ce signe confirme aussi l'hypothèse d'une déshydratation. Le gant ou l'abaisse-langue collera à la muqueuse. ■ Lors de l'évaluation de l'hydratation, il est important de réaliser tous les tests, car, aucun test n'est parfaitement sensible et spécifique. Autrement dit, c'est en tenant compte des résultats obtenus à tous les tests que l'infirmière pourra prendre la décision la plus valide et par conséquent la plus sécuritaire.
Signes vitaux	■ Une hypotension artérielle s'accompagnant d'une fréquence cardiaque de 90 pulsations par minute et d'une amplitude du pouls réduite peut valider une hypothèse de déshydratation. ■ Un pouls rapide peut aussi être causé par l'anémie secondaire à un problème nutritionnel.
Inspection	■ Évaluer d'abord l'état de conscience et l'attention, car la déshydratation peut se manifester chez l'ainé par un delirium. ■ Pour faire ouvrir la bouche d'un ainé atteint de troubles cognitifs qui ne comprend pas les consignes, il peut être utile de lui masser les muscles de la mâchoire ou encore de faire des légers mouvements de grattage au niveau du menton. Ceci aide quelques aînés à se détendre et faciliter l'examen.

11.5 DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

Nous vous proposons ici deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier :

- a) dans une situation aiguë dont le malaise dominant est une perte d'appétit et
- b) dans une situation de suivi de déshydratation.

Situation aiguë de perte d'appétit avec PQRSTU de type journaliste

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen clinique dans une situation aiguë

Malaise dominant : perte d'appétit

Anamnèse

P. Aucun élément identifié. Mesure palliative : quand son fils est présent au souper, mange avec plus d'appétit.

Q. Pas d'intérêt pour la nourriture. Aucun impact fonctionnel.

R. Sans objet.

S. Problème de sommeil : augmentation de la latence d'endormissement et de somnolence diurne, ralentissement moteur, difficulté à prendre des décisions, pense davantage à la mort.

T. Depuis un mois, constant.

U. Rapporte que sa baisse d'appétit est causée par l'ennui. C'est la première fois de sa vie que cela lui arrive.

Situation aiguë de perte d'appétit avec PQRSU de type journaliste (suite)

310

NOTE AU DOSSIER DU 1^{er} AVRIL 2017

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentive. Aucun changement de l'autonomie, mais présence d'un changement de comportements se manifestant par un ralentissement moteur et de l'apathie; perte de motivation pour participer aux activités de loisirs de la résidence et changement de l'état mental; présence d'une difficulté à prendre des décisions. Humeur dépressive: échelle de dépression gériatrique positive: 7/15.

A mangé environ 50 % de la nourriture offerte durant les 7 derniers jours.

Perte de poids de plus de 5 % dans les 30 derniers jours (45.4 kg à 43 kg).

AUTRE TEST

Circonférence brachiale gauche: 22,5 cm.

Interventions

PTI ajusté. MD et nutritionniste avisés.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-03-01	10.00	1	Trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer (stade 4)	SR				
2017-04-01	10.00	2	Perte d'appétit					MD + nutritionniste
		3	Signes cliniques de dépression	SR				MD + éducateur

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-03-01	10:00	1	Stimuler à participer aux activités de loisirs [Dir. p. trav. PAB].	SR			
2017-04-01	10:00	2	Prendre le poids aux 7 jours [Dir. p. trav. PAB].				
		2	Encourager à prendre ses repas à la salle à manger [Dir. p. trav. PAB].				

Plan thérapeutique infirmier (PTI) (suite)

SUIVI CLINIQUE (suite)

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-04-01	10:00	2	Stimuler à manger les collations à haute teneur nutritive [Dir. p. trav. PAB].				
		2	Encourager la présence des proches lors des repas [Dir. verbale famille].				
		3	Appliquer les principes de la réminiscence pour l'humeur dépressive 2 fois par semaine les mardis et vendredis [Dir. p. trav. PAB]				
		3	Effectuer un examen de l'humeur chaque mardi par inf.	SR			
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	
Sylvie Rey, inf., M.Sc.		SR	Résidence intermédiaire				

Situation de suivi de déshydratation

NOTE AU DOSSIER DU 5 AVRIL 2017

Examen clinique de suivi pour déshydratation.

Anamnèse

- Rapporté : fatigue.
- Ne rapporte pas . bouche sèche, sensation de soif.

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentif Langue sèche et fissurée. Filet de salive diminué, sublinguale collante. Muqueuses des joues sèches. Poids stable (voir feuille à cet effet). Conjointe confirme qu'il n'a pas bu dans les 24 dernières heures entre les repas.

PALPATION

Turgor cutané : sous-claviculaire normal, sternal normal, frontal : anormal. Aisselles : sèches.

Remplissage capillaire : normal 2 secondes.

Interventions

PTI ajuste et nutritionniste avisée.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-04-01	10:00	1	Déshydratation	PV				MD + nutritionniste

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-04-01	10:00	1	Effectuer une évaluation de l'hydratation de suivi par téléphone ID par inf.				
		1	Appliquer le protocole de traitement de la déshydratation A [Dir. verbale famille].	PV	2017-04-05	13:00	PV
2017-04-05	13:00	1	Appliquer le protocole de traitement de la déshydratation B [Dir. verbale famille].	PV			
Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service
Philippe Voyer, inf., Ph.D.		PV	GMF				



CHAPITRE 12

LA VISION ET L'AUDITION

12.1	L'examen clinique de la vision.....	318
Encadré 12.1	Les effets du vieillissement sur la vision	318
Tableau 12.1	Les principales affections oculaires	322

12.2	L'examen clinique de l'audition.....	324
Tableau 12.2	Les effets du vieillissement normal sur les oreilles et l'audition	324
Tableau 12.3	Deux variantes du test du chuchotement	326



12.1 L'EXAMEN CLINIQUE DE LA VISION

Parmi les différents tests visuels, nous avons retenu les deux tests présentés ci-après, car ils sont valides et s'inscrivent bien dans la pratique clinique. L'infirmière doit d'abord connaître l'impact du vieillissement sur la vision pour être en mesure de bien réaliser l'examen clinique de la vision (**encadré 12.1**).

L'échelle de Rosenbaum

Le test de prédilection pour évaluer l'acuité visuelle centrale de l'ainé est l'échelle portative de Rosenbaum (souvent confondue avec l'*échelle de Snellen*), que présente la **figure 12.1**. L'infirmière place cette échelle à 35 cm du visage de la personne. Le résultat est normal lorsque l'ainé peut lire la ligne 20/20, mais aussi lorsqu'il peut lire la ligne 20/30, à cause de la prise en considération des effets du vieillissement normal. Un résultat de 20/40 au test de l'échelle de Rosenbaum est anormal et requiert un examen médical. La cataracte, le glaucome et la dégénérescence maculaire peuvent affecter négativement le résultat à ce test. Ce sont les affections oculaires les plus fréquentes chez l'ainé. Le **tableau 12.1** les décrit.

ENCADRÉ 12.1 Les effets du vieillissement sur la vision

■ Diminution

- de la vision nocturne
 - de l'acuité de la vision centrale
 - de l'étendue de la vision périphérique
 - de l'appréciation des profondeurs et des contrastes de couleurs
 - du diamètre de la pupille
 - du réflexe cornéen
 - de la production de larmes
- ##### ■ Ralentissement du réflexe pupillaire
- ##### ■ Augmentation de la sensibilité à l'éblouissement
- ##### ■ Pseudoptosis: abaissement des paupières



Pour la réalisation de l'examen avec l'échelle portative de Rosenbaum, il importe de respecter la distance prescrite. Sur la photo, vous avez un aperçu de la distance recommandée.



Lors de l'examen de l'œil de l'ainé, il est fréquent d'observer un arc sénile aussi appelé un gérontoxon, qui est un changement clinique sans conséquence sur la vision.



95

Équivalent
de la distance $\frac{20}{800}$

874

Point
Jaeger $\frac{20}{400}$

2843

26 16

 $\frac{20}{200}$

6 3 8 E W E X O O

14 10

 $\frac{20}{100}$

8 7 4 5 E M W O X O

10 7

 $\frac{20}{70}$

6 3 9 2 5 M E E X O X

8 5

 $\frac{20}{50}$

4 2 8 3 6 5 W E M O X O

6 3

 $\frac{20}{40}$

3 7 4 2 5 8 E W E X X O

5 2

 $\frac{20}{30}$

9 3 7 8 2 6 W M E X O O

4 1

 $\frac{20}{25}$

4 2 8 7 3 9 E W M O O X

3 1+

 $\frac{20}{20}$

Présenter cette carte sous un bon éclairage
à une distance de 35 cm.

FIGURE 12.1

L'échelle de Rosenbaum



Lors de l'examen de l'œil de l'aîné, il est possible d'observer un abaissement de la paupière, nommé pseudoptosis, causé par le vieillissement normal. Ce changement clinique est généralement sans conséquence sur la vision. L'important est que la paupière ne recouvre pas une partie de la pupille, ce qui affecterait alors la vision.



Lors de l'examen de l'œil de l'aîné, il est possible d'observer un amas de chair sous l'arcade sourcilière nommé « xanthélasma ». Il s'agit d'un changement clinique sans conséquence sur la vision. Il pourrait toutefois être associé à un problème lipidique ou de cholestérol.



TABLEAU 12.1 – Les principales affections oculaires

Affections	Manifestations
Cataracte	■ Baisse progressive de la vision ■ Impression désagréable de brouillard ■ Éblouissement ■ Distorsion de l'image ■ Diminution de la vision nocturne ■ Possibilité de vision dédoublée
Glaucome	■ Perte de la vision périphérique ■ Impression de halo autour des points lumineux
Dégénérescence maculaire	■ Besoin de lumière plus important et baisse de l'acuité visuelle ■ Zone aveugle dans le champ de la vision centrale et distorsion de l'image, vision possible sur les côtés ■ Sensation permanente d'ondulation des lignes droites



Lors de l'examen de l'œil de l'ainé, il est possible d'observer une plaque jaunâtre sur la conjonctive nommée « pinguecula ». Il s'agit d'un changement clinique sans conséquence sur la vision.

L'évaluation de la vision périphérique

Selon la situation clinique, l'infirmière pourra évaluer l'étendue de la vision périphérique de l'ainé. Pour ce faire, elle suit la procédure suivante (**figure 12.2**) :

- 1 Se placer en face de l'ainé et lui demander de couvrir son œil droit et de fixer votre nez avec son œil gauche.
- 2 Prendre un crayon dans la main droite (ou utiliser le doigt) et le déplacer vers l'avant, à partir de l'arrière de l'oreille gauche de l'ainé, jusqu'au moment où l'ainé peut l'apercevoir. Il dit « oui » lorsqu'il voit le crayon.
- 3 Lorsque l'ainé voit le crayon, lui demander de maintenir son œil droit couvert pour vérifier la vision périphérique de l'autre angle.
- 4 Prendre le crayon dans la main gauche et le déplacer près du visage vers l'œil gauche de l'ainé, à partir de sa tempe droite.
- 5 Lorsque l'ainé dit percevoir le crayon, l'infirmière a une bonne idée de la vision périphérique de l'œil gauche.
- 6 Recommencer pour l'œil droit avec l'œil gauche couvert.

On considère que la vision périphérique est incompatible avec la conduite automobile lorsqu'elle est inférieure à 120° pour les deux yeux (**figure 12.3**). Lorsqu'elle se situe à 140° , on considère qu'elle présente un risque pour la conduite automobile. Une vision périphérique normale est de 180° .



FIGURE 12.2

Le test de la vision périphérique

Lors du test de la vision périphérique, la personne ne doit pas bouger la tête.

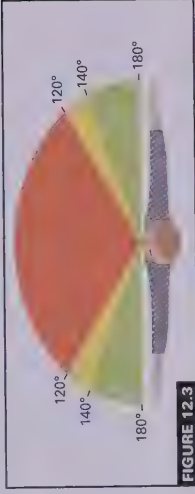


FIGURE 12.3

Une vision périphérique de 120°

12.2 L'EXAMEN CLINIQUE DE L'AUDITION

Comme le montre le **tableau 12.2**, le vieillissement normal diminue l'acuité auditive. Il a des effets tant sur l'oreille externe que sur l'oreille moyenne et interne.

TABEAU 12.2 – Les effets du vieillissement normal sur les oreilles et l'audition

Parties de l'oreille	Effets du vieillissement
Oreille externe	■ Plus grande rigidité du pavillon. ■ Développement d'une pilosité dispersée à la sortie du conduit auditif externe. ■ Raréfaction et plus grande rigidité des poils situés à l'intérieur du conduit auditif. ■ Assèchement du conduit auditif dû au ralentissement de la production de cérumen (par les glandes sébacées, apocrines et cérumineuses). ■ Opacification et épaississement du tympan.
Oreille moyenne	■ Légère calcification des osselets causant une perte de sensibilité.
Oreille interne	■ Perte de cellules sensibles à l'entrée de l'appareil de Corti, dans la cochlée, entraînant une diminution de la perception des sons à haute fréquence. ■ Perte de cellules dans la cochlée, entraînant une réduction de la capacité de transmission des sons au cerveau. ■ Perte d'efficacité de l'appareil vestibulaire due à une dégénérescence de ses cellules nerveuses et à une insuffisance vasculaire.
Fonctionnement	■ Perte de la capacité à interpréter les informations provenant du nerf auditif. ■ Difficulté à différencier les sons et à déterminer leur provenance spatiale. ■ Perte globale de 10 % de l'acuité auditive, liée au vieillissement.

Le test du chuchotement

Le test auditif de choix pour l'infirmière est le test du chuchotement. En effet, malgré les effets du vieillissement, le test du chuchotement s'est montré valide chez l'ainé. Les affections pouvant expliquer un résultat anormal à ce test sont nombreuses : bouchon de cerumen, effets indésirables d'un médicament, otosclérose, antécédents d'otites à répétition, facteurs liés à la profession exercée (environnement très bruyant). Si le résultat est asymétrique, l'infirmière est invitée à examiner le canal auditif externe avec l'otoscope afin de vérifier si un bouchon de cérumen ne serait pas à l'origine du problème auditif. Il existe plusieurs façons valides de réaliser ce test. Le **tableau 12.3** en présente deux.

Dans les deux cas, il faut se placer derrière la personne, à une distance d'un bras (ou de 60 cm, **figure 12.4**). On se place derrière l'ainé et à sa gauche pour l'oreille gauche, et derrière lui et à sa droite pour l'oreille droite. L'ainé bouche chaque fois l'oreille non évaluée avec sa main. L'infirmière devrait débiter par tester l'acuité auditive de l'oreille dont l'audition est la meilleure. L'infirmière doit expirer 90 % de l'air de ses poumons avant de chuchoter les chiffres ou les lettres. Ceci permet de produire un chuchotement de la bonne intensité.

Chez l'ainé atteint d'un trouble neurocognitif majeur, l'infirmière suit la même procédure, cependant, elle porte son attention sur les réactions au chuchotement. Si l'ainé tourne la tête et réagit

verbalement au chuchotement, son audition est probablement bonne. À l'inverse, s'il reste immobile et ne réagit pas, il est possible qu'il souffre de surdité. Dans le doute, la consultation d'un spécialiste est justifiée.

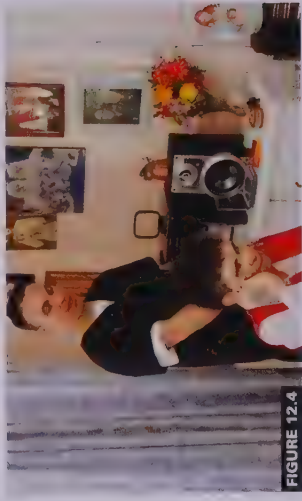


FIGURE 12.4

Le test du chuchotement

Lors du test du chuchotement, il faut se placer à une distance d'un bras environ derrière la personne, qui bouche avec sa main l'oreille non évaluée.

TABLEAU 12.3 – Deux variantes du test du chuchotement

Carte des variantes du test		Version 1	Version 2
Distance		60 cm	60 cm
Procédures	Chuchoter un chiffre à la fois jusqu'à un maximum de 12 par oreille.	Chuchoter un mélange de lettres et chiffres en groupe de 3. À titre d'exemple : ■ 2-R-7 ■ 4-T-8 ■ 1-S-9 ■ E-8-F ■ U-2-C L'ainé doit répéter la combinaison.	Chuchoter un mélange de lettres et chiffres en groupe de 3. À titre d'exemple : ■ 2-R-7 ■ 4-T-8 ■ 1-S-9 ■ E-8-F ■ U-2-C L'ainé doit répéter la combinaison.
Interprétation	L'ainé doit être en mesure de répéter 6 chiffres chuchotés sur les 12 tentatives. Évidemment, si en testant l'oreille droite, il réussit à répéter les 6 premiers chiffres chuchotés, il n'est pas nécessaire de se rendre à 12 tentatives. Le résultat est anormal pour une oreille, si l'ainé n'est pas en mesure de répéter au moins 6 chiffres sur les 12 tentatives.	Si l'ainé répète les chiffres-lettres correctement à la première tentative, le test est réussi pour l'oreille testée. Il faut donc tester l'audition de l'autre oreille. Si pour une oreille, l'ainé n'est pas en mesure de répéter correctement les chiffres-lettres, il faut faire une deuxième tentative avec une autre série de chiffres-lettres. S'il répète correctement les 3 chiffres-lettres de cette série, le résultat est considéré comme normal pour cette oreille. L'audition est considérée normale aussi si l'ainé est en mesure de répéter 3 chiffres-lettres sur les 6 chiffres-lettres possibles. Par exemple, s'il répète 2 chiffres de la première série et une lettre de la 2 ^e série, l'audition est considérée comme normale. Il faut tester les deux oreilles de la même façon.	Si l'ainé répète les chiffres-lettres correctement à la première tentative, le test est réussi pour l'oreille testée. Il faut donc tester l'audition de l'autre oreille. Si pour une oreille, l'ainé n'est pas en mesure de répéter correctement les chiffres-lettres, il faut faire une deuxième tentative avec une autre série de chiffres-lettres. S'il répète correctement les 3 chiffres-lettres de cette série, le résultat est considéré comme normal pour cette oreille. L'audition est considérée normale aussi si l'ainé est en mesure de répéter 3 chiffres-lettres sur les 6 chiffres-lettres possibles. Par exemple, s'il répète 2 chiffres de la première série et une lettre de la 2 ^e série, l'audition est considérée comme normale. Il faut tester les deux oreilles de la même façon.

Source : Adapté de Pirozzo, S. (2003). « Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children : systematic review », BMJ, vol. 327(7421), p. 967.



CHAPITRE 13

LE SYSTÈME NERVEUX ET LA DOULEUR

13.1	L'examen clinique abrégé du système nerveux	330
Tableau 13.1	L'examen clinique abrégé du système nerveux	330
Encadré 13.1	Les tests neurologiques complémentaires	333
Tableau 13.2	Examen sensoriel ; perception de la douleur	334
Tableau 13.3	Le test de la proprioception avec le majeur de la main et le gros orteil	334
Tableau 13.4	Le test de la sensibilité vibratoire (pallesthésie)	335
Tableau 13.5	Les tests des réflexes plantaire, achilléen et rotulien	337

13.2	L'examen clinique abrégé de la douleur,	338
Tableau 13.6	Les manifestations possibles de la douleur	339
Tableau 13.7	Les consignes d'utilisation de l'outil PACSLAC-F	340
Tableau 13.8	Le PAINAD	342
	Contenu numérique	343

13.1 L'EXAMEN CLINIQUE ABRÉGÉ DU SYSTÈME NERVEUX

Dans ce chapitre, nous traitons de façon très brève de l'évaluation du système nerveux et de la douleur. Lorsqu'un aîné a fait une chute et subi un traumatisme à la tête, lorsqu'il a eu un accident ischémique transitoire ou encore en cas de soupçon d'accident vasculaire cérébral, un suivi neurologique s'impose. Dans la majorité des contextes cliniques gériatriques, l'infirmière ne procédera pas à l'examen de toutes les dimensions neurologiques (nerfs

crâniens, tonus musculaire, force musculaire, réflexes, etc.), mais plutôt à un examen clinique abrégé du système nerveux. Elle évaluera ainsi l'état de conscience (dont il est question au chapitre 2), la capacité neurologique avec l'échelle de coma de Glasgow, la réaction pupillaire, les réponses sensorielles et motrices des quatre membres, la force musculaire et la coordination. Le **tableau 13.1** décrit les tests correspondants.

TABLEAU 13.1 – L'examen clinique abrégé du système nerveux

Test neurologique	Description	Résultat
État de conscience	Examen de la réaction de l'ainé à son environnement.	Réponse de la personne au stade normal • Alerte : • Se tourne vers l'infirmière lorsqu'elle entre dans la chambre. • Réagit normalement à la demande de l'infirmière qui lui adresse la parole. Réponses de la personne aux stades anormaux ■ Hyperalerte : • Sursaute aux moindres stimuli de l'environnement, notamment le toucher. ■ Léthargique : • Présente un ralentissement des processus mentaux, entrouvre les yeux et réagit à la voix de l'infirmière, mais reste dans un état de somnolence. ■ Stuporeux : • Ne réagit pas du tout quand l'infirmière lui parle; entrouvre les yeux et réagit au toucher léger (ou douloureux), mais reste dans un état de somnolence.

Échelle de coma de Glasgow	Mesure standardisée de la capacité neurologique. Recherche de la meilleure réponse neurologique pour l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la réponse motrice.	■ Comateux : • Ne réagit ni à la voix ni au toucher. Lorsque l'infirmière entre dans sa chambre et s'approche de son lit, l'ainé ouvre les yeux : ■ spontanément (4 points) ; ■ sur ordre verbal (3 points) ; ■ à la stimulation douloureuse (2 points). ■ N'ouvre pas les yeux (1 point). Lorsque l'infirmière lui demande de bouger les doigts ou les pieds (réponse motrice), l'ainé : ■ obéit à la demande (6 points) ; ■ peut localiser le stimulus douloureux (5 points) ; ■ a un mouvement de retrait en réaction au stimulus douloureux (4 points) ; ■ fait une flexion anormale en réaction au stimulus douloureux (3 points) ; ■ fait une extension anormale en réaction au stimulus douloureux (2 points) ; ■ ne bouge pas (1 point). Lorsque l'infirmière lui demande la date et/ou l'endroit où il se trouve, l'ainé (réponse verbale) : ■ donne une réponse correcte et cohérente (5 points) ; ■ donne une réponse incorrecte et désorganisée (4 points) ; ■ emploie des mots inappropriés (3 points) ; ■ émet des sons incompréhensibles (2 points) ; ■ ne répond pas (1 point). Score total (variant de 3 à 15 points) ■ 8 points et moins : perturbation neurologique grave ■ 9-12 points : perturbation modérée ■ 13-15 points : perturbation légère ou état normal
-----------------------------------	--	--

TABLEAU 13.1 – L'examen clinique abrégé du système nerveux (suite)

Test neurologique	Description	Résultats
Réaction pupillaire	Réflexe direct	■ Symétrie du réflexe photomoteur : Pour chaque œil, la pupille diminue de diamètre en réponse au faisceau lumineux. ■ Symétrie du diamètre de la pupille : La diminution de la pupille doit être similaire pour les deux yeux. ■ Forme de la pupille : Elle doit toujours être ronde. ■ Taille de la pupille : Elle doit être notée en millimètres pour chaque œil.
Réponses sensorielles des quatre membres	Test consensuel	■ Projeter la lumière dans l'œil droit. La pupille de l'œil gauche diminue de diamètre en réponse au faisceau lumineux. Répéter la procédure pour l'œil gauche.
	Évaluation de la réaction à une légère pression de l'index sur l'extrémité de chacun des membres : dessus de la main et du pied (ou malléole externe de la cheville). L'ainé a les yeux fermés durant le test.	■ L'ainé doit répondre « oui » lorsqu'il sent la pression, pour chacun des membres. ■ L'ainé doit pouvoir ressentir le toucher superficiel aux autres membres. Toutefois, il est possible que certains aînés ne soient pas en mesure de ressentir correctement le toucher superficiel aux pieds. Selon l'examen médical, cette perte de la sensibilité peut être due au vieillissement normal. À noter que l'ainé doit ressentir le toucher avec une pression plus forte aux quatre membres (toucher profond). • Chez l'ainé atteint d'un TNCM, examiner le faciès et le mouvement des yeux pour vérifier la présence d'une réaction au toucher léger.
Réponses motrices des quatre membres	Examen des mouvements des quatre membres.	■ L'ainé doit pouvoir mobiliser chacun de ses membres. • Chez l'ainé atteint d'un TNCM, amorcer chaque mouvement avec les mains. Un mouvement volontaire correspond à une réponse motrice normale.

Force musculaire	Force musculaire aux membres supérieurs et inférieurs.	■ L'ainé doit pouvoir mobiliser chacun de ses membres. • Vérifier le tonus, la symétrie et la force musculaire des membres supérieurs par le serrement des doigts. • Vérifier le tonus, la symétrie et la force musculaire des membres inférieurs par le lever de jambes contre résistance ou encore en faisant pression sur la plante des pieds.
Coordination	Test de coordination simple du doigt-nez.	Demandez à l'ainé de toucher son nez puis votre index dans des mouvements de va-et-vient continus. Déplacez votre index de gauche à droite et de haut en bas et examinez la capacité de coordination de l'ainé. Votre doigt doit se déplacer dans les quatre coins du champ visuel de l'ainé tout en demeurant à une distance de 30 cm de son nez. L'ainé doit être en mesure de toucher avec précision votre index.

Dans la majorité des situations, ces examens neurologiques suffisent à l'infirmière pour juger de la situation et prendre une décision sécuritaire. Toutefois, dans certains cas, elle pourrait réaliser d'autres tests neurologiques complémentaires énumérés dans l'**encadré 13.1**.

ENCADRÉ 13.1 – Tests neurologiques complémentaires

- Examen sensoriel : perception de la douleur (**tableau 13.2**)
- Le test de la proprioception avec le majeur de la main et le gros orteil (**tableau 13.3**)
- Le test de la sensibilité vibratoire (pallesthésie) (**tableau 13.4**)
- Les tests des réflexes plantaire, achilléen et rotulien (**tableau 13.5**)

TABLEAU 13.2 – Examen sensoriel : perception de la douleur

Objectif	Vérifier la capacité sensorielle.
Technique	1. Prendre un abaisse-langue et le couper en deux sur sa longueur. Prendre un seul des deux morceaux pour l'examen. Bien identifier le bout arrondi et le bout piquant. 2. Demandez à l'ainé de fermer les yeux. 3. De façon aléatoire entre les pieds et les mains, demandez à l'ainé de déterminer la sensation perçue. Il pourra rapporter une sensation douce ou piquante.
Résultat	L'ainé doit pouvoir déterminer correctement la position du toucher et déterminer s'il s'agit d'un toucher doux ou piquant.

TABLEAU 13.3 – Le test de la proprioception avec le majeur de la main et le gros orteil

Objectif	Vérifier la capacité de proprioception.
Technique pour le majeur	1. Saisissez le majeur de la main droite de l'ainé et déplacez-le de haut en bas en gardant sa main et son poignet fixes (figure 13.1). 2. Demandez à l'ainé de fermer les yeux. 3. De façon aléatoire, placez le majeur en position haute ou basse et demandez à l'ainé de déterminer sa position. 4. Recommencez l'exercice avec le majeur de l'autre main.



FIGURE 13.1

Le test de la proprioception avec le majeur

Lors du test de la proprioception, il faut prendre soin de bien isoler le majeur des autres doigts.

Technique pour le gros orteil	1. Saisissez le gros orteil du pied droit de l'ainé et déplacez-le de haut en bas en veillant à ce que le pied reste fixe. 2. Demandez à l'ainé de fermer les yeux. 3. De façon aléatoire, placez le gros orteil en position haute ou basse et demandez à l'ainé de déterminer sa position. 4. Recommencez l'exercice avec le gros orteil de l'autre pied.
Résultat	L'ainé doit pouvoir déterminer correctement la position du majeur et du gros orteil, pour les deux mains et les deux pieds. Toutefois, certains ainés ne sont pas en mesure de situer correctement la position du gros orteil. Selon l'examen médical, cette perte de la capacité de proprioception peut être due au vieillissement normal.

TABLEAU 13.4 – Le test de la sensibilité vibratoire (pallesthésie)

Objectif	Vérifier la capacité sensorielle vibratoire.
Technique	1. Demandez à l'ainé de fermer les yeux et d'indiquer s'il ressent la vibration. 2. Placez le diapason C-128 sur l'ongle du gros orteil et, au besoin, sur l'extrémité osseuse du gros orteil, la malléole externe et la protubérance du genou (figure 13.2). 3. Procédez de même pour les deux côtés.
Résultat	L'ainé doit ressentir la vibration lorsque le diapason est placé sur l'ongle de son gros orteil, l'extrémité osseuse du gros orteil, la malléole externe et la protubérance osseuse du genou. Le résultat doit être symétrique. Une observation asymétrique signale une anomalie. Toutefois, certains ainés ne sont pas en mesure de ressentir la vibration au niveau du gros orteil et de la malléole externe. Selon l'examen médical, cela peut être dû au vieillissement normal, mais l'absence de perception au genou n'est pas normale (figure 13.3).



FIGURE 13.2

Le test de la sensibilité vibratoire

Au test de la sensibilité vibratoire, l'absence de perception au genou ne peut pas s'expliquer par le vieillissement normal.



FIGURE 13.3

Le test de la sensibilité vibratoire au niveau de la malléole externe

Si l'aînée ressent la vibration au niveau de la malléole externe, il n'est généralement pas nécessaire de faire le test au niveau du genou.

TABLEAU 13.5 – Les tests des réflexes plantaire, achilléen et rotulien

Objectif	Éliminer un problème neurologique.
Technique	Réalisez chacun des tests réflexes standards en utilisant un marteau Taylor.
Résultat	L'ainé doit présenter les réflexes recherchés ; on notera qu'avec le vieillissement ces réflexes sont généralement moins vigoureux et affichent une perte d'amplitude. Toute absence de réflexe ou toute asymétrie est anormale. Certains aînés ne présentent pas de réflexes au niveau plantaire ou achilléen. Selon l'examen médical, cela peut s'expliquer par le vieillissement normal.

Les **figures 13.4** et **13.5** illustrent des conseils qui facilitent l'exécution des tests des réflexes.



FIGURE 13.4

Le réflexe rotulien

Lorsque l'ainé est assise dans un fauteuil, l'infirmier peut soulever avec sa propre jambe celle de l'ainé afin de faciliter l'exécution du test du réflexe rotulien.



FIGURE 13.5

Le réflexe plantaire

Lors du test du réflexe plantaire, il est important de bien stabiliser le pied et d'appliquer une pression suffisamment ferme avec la pointe du marteau pour déclencher le réflexe.

13.2 L'EXAMEN CLINIQUE ABRÉGÉ DE LA DOULEUR

La douleur étant une sensation subjective, l'idéal est donc de simplement demander à l'ainé s'il ressent de la douleur. Pour la quantifier, il est généralement utile de recourir à une échelle d'évaluation simple telle que celle présentée à la **figure 13.6**. Il existe aussi des signes cliniques qui peuvent suggérer la présence de la

douleur (**tableau 13.6**). Finalement, auprès des aînés qui sont incapables de communiquer efficacement en raison de troubles cognitifs, il existe d'autres options (voir les **tableaux 13.7, 13.8**). Pour plus de détails, lire le chapitre sur la douleur. **CHAP 23**

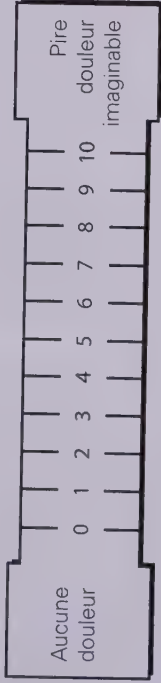


FIGURE 13.6

Autoévaluation de la douleur

TABLEAU 13.6 – Les manifestations possibles de la douleur

Catégories	Exemples
Signes physiologiques	■ Augmentation de la pression artérielle, du rythme cardiaque, de la fréquence respiratoire ■ Dilatation pupillaire ■ Hypersudation
Facies	■ Grimaces ■ Crispations du visage ■ Faciès rougeâtre ou pâle ■ Pincement des lèvres ■ Froncement des sourcils
Comportements verbaux	■ Cris ou gémissements inhabituels, permanents, à la mobilisation ■ Difficultés d'élocution ■ Diminution du timbre de la voix, hausse du ton ■ Mutisme ou langage incompréhensible ■ Demandes répétées ■ Bavardage incessant
Comportements non verbaux	■ Agitation ou immobilité ■ Pleurs, larmes ■ Frottage du site douloureux ■ Changement de position au toucher ■ Mouvements de protection des régions douloureuses ■ Mouvements de résistance

TABLEAU 13.6 – Les manifestations possibles de la douleur (suite)

Catégories	Exemples
Paramètres cliniques	■ Perturbations du sommeil ■ Troubles de l'appétit ■ Fatigue ■ Constipation ■ Nausées et vomissements ■ Transpiration ■ Ralentissement psychomoteur

Source : Proulx, S., Misson, L., Savoie, M., Aubin, M. et Verreault, R. (2013). « La douleur », dans Voyer, P. (directeur), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2^e éd., Montréal, Pearson ERPI, p. 377-390.

Dans des situations complexes, il peut être utile d'utiliser aussi un outil tel que le PACSLAC-F ou le PAINAD (**tableau 13.8**) pour soutenir l'évaluation clinique de la douleur. Consultez le **tableau 13.7** pour connaître les consignes d'utilisation de l'outil PACSLAC-F et téléchargez l'outil dans le contenu numérique accompagnant ce guide.



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch13
> PACSLAC-F
> PAINAD

TABLEAU 13.7 – Les consignes d'utilisation de l'outil PACSLAC-F (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate)

Paramètres	Réponses
Qui peut l'utiliser?	■ Le PACSLAC-F peut être utilisé par tous les professionnels de la santé. ■ Il peut être utilisé par un proche si l'aîné est à domicile.

Quand ?	■ Utiliser l'instrument pour détecter la présence de signes ou symptômes suggérant de la douleur chez les aînés atteints de troubles cognitifs et incapables de communiquer efficacement. ■ Utiliser l'instrument pour effectuer un suivi continu du soulagement de la douleur chez cette clientèle. ■ Utiliser l'instrument durant les 24 premières heures de l'admission ou au début du suivi à domicile. ■ Utiliser l'instrument plus fréquemment en cas de modifications de l'état de santé, de diagnostic de maladie potentiellement douloureuse, de traitement analgésique en cours.
Comment ?	■ Utiliser l'instrument une fois par semaine ou plus ou moins selon le milieu clinique et les priorités de santé de l'aîné en perte d'autonomie. ■ Remplir une grille d'observation par quart de travail ou période de 8 heures. ■ Observer le patient lors du mouvement et au repos. ■ À chaque moment de présence auprès du patient, cocher sur la grille tous les comportements qui peuvent être observés, même ceux qui sont observés tous les jours. ■ Chaque élément observé et coché (même plusieurs fois) vaut 1 point pour un score maximal de 60. Par exemple, après 8 heures d'observation, si la case « grimace » est cochée 7 fois et la case « bouge sans arrêt » 3 fois, ces deux éléments ne vaudront qu'un point respectivement dans le calcul total. ■ À la fin de la période d'observation, consigner le score obtenu dans un graphique ou un journal de douleur.
Interprétation	■ Un score isolé n'est pas significatif. ■ Observer les fluctuations et les tendances des scores du patient dans le temps. ■ Une hausse importante ou soutenue des scores peut signifier la présence de douleur. ■ Cette hausse doit entraîner un examen clinique, l'instauration d'un traitement analgésique ou une révision du traitement analgésique en cours. ■ Une diminution du score peut témoigner de l'efficacité du traitement utilisé.

Source : Proulx, S., Misson, L., Savoie, M., Aubin, M. et Verreault, R. (2013). « La douleur », dans Voyer, P. (directeur), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2^e éd., Montréal, Pearson ERPI, p. 377-390

TABLEAU 13.8 – Le PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)

Procédure			
■ Observer le patient lors d'une mobilisation ■ Accorder un score de 0 à 2 pour chaque item ■ Interpréter le score total			
Item	0	1	2
Respiration indépendante de la vocalisation	Normale	Respiration laborieuse occasionnelle. Courte période d'hyperventilation.	Respiration laborieuse bruyante. Longue période d'hyperventilation. Respiration de type Cheyne-Stokes.
Vocalisation négative	Aucune	Lamentation ou gémissement occasionnel. Parole à faible niveau d'intonation et à caractère négatif ou désapprouvateur.	Appels ou cris de détresse. Plaintes et gémissements bruyants. Pleurs.
Expression faciale	Souriant ou inexpressif	Triste, apeuré, air désapprouvateur.	Grimace.
Langage corporel	Détendu	Tendu. Bougeotte. Agité.	Raide. Poings serrés, genoux remontés. Tire ou pousse. Comportements agressifs.
Capacité à être réconforté	Aucun besoin de réconfort	Distrait ou rassuré par la voix ou le toucher.	Incapable d'être réconforté, distrait ou rassuré.
Score total :			

Plus le score est élevé, plus la douleur est probable. Un score de 2 et plus est indicatif d'une douleur.

Score total $\geq 2^{**}$: indicatif de douleur

L'évaluation de la douleur chez une personne atteinte d'un TNCM étant complexe, il importe de tenir compte de l'ensemble des signes et symptômes présents et de l'opinion des autres soignants et de la famille. Votre jugement clinique est important dans votre décision clinique étant donné que plusieurs conditions peuvent affecter le score obtenu.

- * Version française Apinis, C (2012) « Évaluation de la douleur chronique avec le PACSLAC, le PAINAD et l'évaluation interdisciplinaire chez des personnes âgées incapables de communiquer verbalement », *mémoire de maîtrise en sciences cliniques*, Université de Sherbrooke.
- ** Zwaknaen, S M G , vander Steen, J T. et Najm, M D (2012) « Which score most likely represents pain on the observational PAINAD pain scale for patients with dementia ? », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol.13, n° 4, p. 384-389.
- Warden, V, Hurley, A C et Voicer, L (2003) « Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 4, n° 1, p 9-15.

Contenu numérique



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch13
 > L'outil PACSLAC-F
 > L'outil PAINAD

CHAPITRE 14

LA PEAU

14.1 Les effets du vieillissement normal sur la peau..... **346**

Encadré 14.1..... **346**

L'effet du vieillissement normal sur la peau

Tableau 14.1..... **347**

Les changements dermatologiques fréquents chez l'ainé

14.2 Les maladies de la peau et les autres problèmes cutanés..... **349**

Tableau 14.2..... **349**

Les déchirures cutanées et les maladies de la peau

Tableau 14.3..... **351**

L'ABCDEE du mélanome malin

14.3 La surveillance clinique de la plaie..... **35**

Tableau 14.4..... **352**

Les paramètres de l'évaluation d'une plaie

Tableau 14.5..... **354**

La classification par stades des plaies de pression

14.1 LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT NORMAL SUR LA PEAU

Dans ce chapitre, nous traitons de façon très brève de l'évaluation de la peau afin que l'infirmière puisse différencier des changements tégumentaires liés au vieillissement normal (**encadré 14.1**) de ceux

qui sont pathologiques. Le **tableau 14.1** décrit les changements dermatologiques sans gravité qui apparaissent fréquemment chez l'ainé et le **tableau 14.2** décrit les problèmes cutanés plus graves.

ENCADRÉ 14.1 L'impact du vieillissement normal sur la peau

- Diminution
 - de l'élasticité
 - du collagène et d'élastine dans la peau
 - de l'épaisseur du derme et de l'épiderme
 - de la vascularisation
 - de la transmission des stimuli sensoriels
 - de la synthèse de la vitamine D
 - de la réponse immunitaire de la peau
 - du nombre et de l'activité des glandes sébacées et sudoripares
- Impact sur la peau :
 - Peau plus sèche
 - Ridules
 - Perte d'élasticité de la peau et de sa résistance aux traumatismes
 - Risque accru d'infection tégumentaire
 - Allongement du temps de cicatrisation
 - Difficulté de maintenir une température corporelle normale
 - Réponse moins efficace de la peau en période de chaleur
 - Diminution de la sensibilité tactile

TABLEAU 14.1 -- Les changements dermatologiques fréquents chez l'aine

Angiome sénile ou angiome rubes

Petits points rouges ronds reliés à un problème benin de dilatation au niveau capillaire. Ils sont surtout présents sur le tronc.



Kératose séborrhéique

Problème de peau bénin sous forme de plaques pigmentées surélevées rugueuses dont la couleur varie de brun à noir.



Source © Diepgen TL, Yihune G et al/ Dermatology Online Atlas (www.dermis.net).

TABEAU 14.1 – Les changements dermatologiques fréquents chez l'ainé (suite)

Acrochordons

Petites excroissances de peau.



Lentigo sénile

Plaques planes d'un brun pâle ou foncé.



4. LES MALADIES DE LA PEAU ET LES AUTRES PROBLÈMES CUTANÉS

Il importe évidemment de ne pas confondre des problèmes de peau avec le vieillissement normal. Le **tableau 14.2** présente des problèmes possibles affectant la peau chez l'ainé.

TABLEAU 14.2 – Les déchirures cutanées et les maladies de la peau

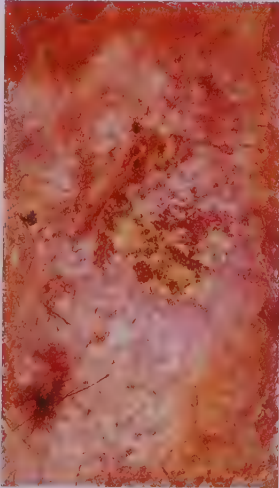
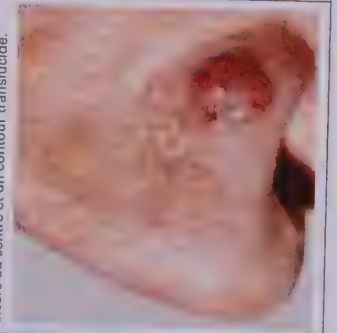
Déchirure cutanée	Kératose actinique
Plaie causée par un traumatisme de friction, contondant ou de cisaillement. Ces déchirures sont plus fréquentes aux mains et aux bras.	Lésions précancéreuses dont l'apparence varie de rosé à brun avec présence de croûtes ou d'apparence squameuse.
	

TABLEAU 14.2 – Les déchirures cutanées et les maladies de la peau (suite)

Carcinome spinocellulaire	Carcinome basocellulaire	Mélanome malin
Cancer de la peau qui prend naissance dans les cellules kératinocytes, souvent secondaire à des kératoses actiniques. Il prend donc aussi la couleur de rosée à brunâtre avec une surface crouteuse.	Cancer de la peau qui se développe à partir de la couche basale de l'épiderme. Plusieurs présentations possibles. Parfois, ils sont comme la photo, mais parfois, ils ont un ulcère au centre et un contour translucide.	Cancer de la peau qui prend naissance dans les cellules mélanocytes. Voir le tableau 14.3 pour d'autres présentations cliniques.
		

Afin de faciliter la distinction entre une lésion de la peau normale d'un mélanome, l'infirmière peut appliquer la procédure ABCDEE pour soutenir son évaluation (**tableau 14.3**).

TABLEAU 14.3 – L'ABCDEE du mélanome malin

Caractères	Le risque de malignité augmente si :
Asymétrie	Les deux moitiés de la lésion sont différentes.
Bords de la lésion	Les bords sont inégaux ou flous ou irréguliers.
Couleur	La couleur est variable, mais elle est surtout brune ou noire.
Diamètre	Le diamètre est de 6 mm ou plus.
Élévation	La lésion est surélevée.
Évolution	La lésion change d'apparence avec le temps.

Exemples	Les deux moitiés de la lésion sont différentes.	Les bords sont inégaux ou flous ou irréguliers.	La couleur est variable, mais elle est surtout brune ou noire.
			

14.3 LA SURVEILLANCE CLINIQUE DES PLAIES

L'infirmière doit assurer une surveillance clinique de la plaie à intervalle régulier selon des paramètres précis (**tableau 14.4**) et déterminera le stade de la plaie lorsqu'il s'agit d'une plaie de pression (**tableau 14.5**).

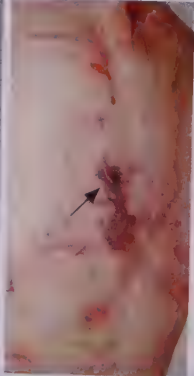
TABLEAU 14.4 – Les paramètres de l'évaluation d'une plaie

Paramètres		Description
Localisation		Site anatomique de la plaie
Dimensions (en cm)		■ Longueur : axe le plus long ■ Largeur : axe perpendiculaire à celui de la longueur ■ Profondeur : endroit le plus profond de la plaie
Sinus et espace sous-jacent (en cm)		Préciser la direction et la profondeur des zones atteintes sur un cadran, la position 12 h correspondant à la tête et 6 h aux pieds de la personne.
Stade		Lésion des tissus profonds suspectée : ■ Stade I ■ Stade II ■ Stade III ■ Stade IV ■ Stade indéterminé (X)
Types de tissus		Indiquer le pourcentage que représente chaque type de tissu : ■ Tissus nécrotiques : escarre, tissus nécrotiques humides ■ Tissu de granulation

	■ Tissu épithélial ■ Structures profondes: tendons, os
Peau environnante	■ Intacte ■ Macération: coloration blanchâtre de la peau qui indique qu'elle est restée longtemps exposée à l'humidité. ■ Irritation: présence de zones d'inflammation causées par le contact avec des produits allergènes, avec l'exsudat de la plaie ou encore avec de l'urine ou des selles. ■ Érythème: rougeur causée par la vasodilatation ou qui peut être un signe d'infection si plus de 2 cm au pourtour de la plaie.
Exsudat	■ Type: • Sanguin • Sérosanguin • Séreux • Séropurulent • Purulent ■ Quantité: • Léger • Modéré • Abondant • Très abondant
Odeur	■ Absente ■ Légère ■ Forte ■ Malodorante
Douleur associée	Décrire et évaluer l'intensité de la douleur à l'aide d'une échelle.

Source St-Cyr, D. (2013). « Les plaies de pression », dans Voyer, P. (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2^e édition, Montréal, Pearson ERPI, p. 353-376.

TABLEAU 14.5 - La classification par stades des lésions de pression

Stades		Description clinique
Lésion des tissus profonds suspectée (LTSP)	 La flèche indique la présence d'une mince escarre qui indique la détérioration de la lésion.	Peau sans bris (intacte) présentant une zone bien définie d'aspect violacé ou marron, ou une phlyctène sanguine causée par des dommages aux tissus mous sous-jacents sous l'effet de la pression et du cisaillement. Cette lésion peut être précédée par la formation d'une zone douloureuse, ferme, de consistance gélatineuse, oedémateuse, plus chaude ou plus froide que les tissus adjacents. Description additionnelle : Une telle lésion peut être difficile à déceler chez les personnes de pigmentation foncée. L'apparition d'une phlyctène mince sur une zone foncée du lit de la plaie signale que la lésion s'étend ; elle peut se détériorer par la suite en se couvrant d'une mince escarre. L'évolution de cette lésion peut être rapide et affecter des couches tissulaires additionnelles malgré un traitement optimal.
I		Peau intacte présentant une zone d'érythème bien définie, qui ne blanchit pas à la pression du doigt, habituellement située sur une proéminence osseuse. Chez les personnes de pigmentation foncée, il est parfois impossible de vérifier si la zone affectée blanchit ou non à la pression ; sa coloration peut être différente de la peau environnante. Description additionnelle : Comparée aux tissus adjacents, cette région peut être douloureuse, ferme ou molle, plus chaude ou plus froide. Une telle lésion peut être difficile à déceler chez les personnes de pigmentation foncée. Elle peut également indiquer qu'il s'agit d'une personne à risque.



Perte tissulaire partielle atteignant le derme et prenant l'aspect d'un ulcère superficiel ; le lit de la plaie est rouge rosé, sans tissu nécrotique humide. La lésion peut également avoir l'aspect d'une phlyctène séreuse, intacte ou ouverte et fissurée.

Description additionnelle : Cette plaie peut aussi prendre l'aspect d'un ulcère superficiel sec ou luisant, mais sans tissus nécrotiques humides ni ecchymose. Ce stade ne devrait pas être utilisé pour décrire des déchirures cutanées, des brûlures de diachylon, des dermatites périnéales, de la macération ou des excoriations.



Perte tissulaire complète. Le tissu sous-cutané peut être visible, mais non les os, les tendons et les muscles. Des tissus nécrotiques humides peuvent être présents, mais leur présence n'empêche pas d'évaluer la profondeur de la perte tissulaire. Cette plaie peut comporter des sinus ou des espaces sous-jacents.

Description additionnelle : La profondeur de la plaie varie selon la région anatomique. La cloison nasale, les oreilles, l'occiput et les malléoles ne comportent pas de tissus sous-cutanés. Il est possible que les plaies de stade III situées dans ces régions soient superficielles. Dans les régions où la couche de tissu adipeux est très épaisse, ces plaies peuvent être extrêmement profondes. Les os et les tendons ne sont pas visibles ni directement palpables.

TABLEAU 14.5 - La classification par stades des plaies de pression (suite)

Stades	Exemples	Description clinique
IV		Perte tissulaire complète qui expose les os, les tendons ou les muscles. Présence possible de tissus nécrotiques humides ou d'escarres dans certaines parties du lit de la plaie. Ces ulcères comportent souvent des sinus ou des espaces sous-jacents. Description additionnelle : La profondeur de cette plaie varie selon la région anatomique. La cloison nasale, les oreilles, l'occiput et les malléoles ne comportent pas de tissus sous-cutanés. Il est possible que les plaies de stade IV situées dans ces régions soient superficielles. Ces plaies peuvent atteindre les muscles et les structures profondes (p. ex., fascia, tendons ou capsules articulaires) et causer une ostéomyélite. Les os et les tendons sont directement visibles ou directement palpables.



1. Cette escarre est non stable, car les bords de la plaie sont détachés et laissent paraître une zone de tissu de granulation. Au toucher, l'escarre est mobile et se soulève du lit de la plaie à l'aide d'une pince. Il y a de l'érythème en périphérie de la plaie de 9 h à 12 h.



2. Cette escarre est stable, car les bords de l'escarre sont attachés au nouveau tissu épithélial rosé chez cet aîné de race noire.

Perte tissulaire complète dont la base est recouverte de tissus nécrotiques humides (jaunes, beiges, gris, verts ou bruns) ou d'une escarre (beige, brune ou noire) dans le lit de la plaie.

Description additionnelle : La vraie profondeur de la plaie, donc son stade, ne peut être déterminée tant que les tissus nécrotiques humides ou l'escarre ne sont pas suffisamment débridés pour permettre d'observer la base de la plaie.

Une escarre stable sur les talons (sèche, adhérence intacte, sans érythème ni fluctuation liquidienne) constitue une couche de protection naturelle (biologique) et ne devrait pas être enlevée. L'appellation « stade X » est couramment utilisée dans les milieux cliniques pour nommer le stade indéterminé.

CHAPITRE 15

LES CHUTES

Tableau 15.1	Les effets du vieillissement et le risque de chute.....	360
---------------------	---	-----

15.2	L'examen clinique pour dépister l'ainé à risque de chute.....	361
-------------	---	-----

Tableau 15.2	Les options pour réaliser le dépistage du risque de chute.....	363
---------------------	--	-----

Tableau 15.3	Le test de la marche de type talon-orteil.....	364
---------------------	--	-----

Tableau 15.4	Le test de la marche sur 6 mètres.....	365
---------------------	--	-----

Tableau 15.5	Le test du <i>Timed up and go</i>	365
---------------------	---	-----

Tableau 15.6	L'examen clinique de routine pour établir le risque de chute.....	366
---------------------	---	-----

Tableau 15.7	Le test de Romberg.....	368
---------------------	-------------------------	-----

Tableau 15.8	Le test du talon-tibia.....	369
---------------------	-----------------------------	-----

Tableau 15.9	Le test du doigt-nez.....	369
---------------------	---------------------------	-----

Tableau 15.10	Le serrement des doigts.....	370
----------------------	------------------------------	-----

Tableau 15.11	Le lever des jambes contre résistance.....	371
----------------------	--	-----

Tableau 15.12	Les tests sensoriels.....	371
----------------------	---------------------------	-----

15.3	L'évaluation des facteurs de risque individuels chez un aîné à risque de chute.....	372
-------------	---	-----

Tableau 15.13	Les facteurs de risque de chute et leurs moyens d'évaluation.....	372
Tableau 15.14	L'hypotension orthostatique.....	377

15.4	L'examen clinique postchute.....	378
-------------	----------------------------------	-----

Tableau 15.15	L'examen physique postchute.....	378
----------------------	----------------------------------	-----

Tableau 15.16	Un exemple de PORSTU avec une chute pour malaise dominant.....	381
----------------------	--	-----

15.5	L'examen clinique postchute lors de chutes récurrentes.....	384
-------------	---	-----

Tableau 15.17	Un outil d'analyse des chutes récurrentes.....	384
----------------------	--	-----

15.6	Les particularités gériatriques de l'examen physique pour la prévention des chutes.....	387
-------------	---	-----

Tableau 15.18	Les particularités gériatriques de l'examen physique dans le contexte des chutes.....	387
----------------------	---	-----

15.7	Deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier.....	390
-------------	--	-----

Références bibliographiques	397
--	-----

Contenu numérique	397
--------------------------------	-----

15.1 LE VIEILLISSEMENT ET LES CHUTES

L'infirmière qui évalue l'ainé dans un contexte de chutes doit connaître les effets du vieillissement normal sur le maintien de l'équilibre. Comme le montre le **tableau 15.1**, le vieillissement normal s'accompagne de changements physiologiques qui touchent

les organes sensoriels, le système nerveux central, les muscles et le système ostéo-articulaire. Ces changements expliquent que l'ainé est plus à risque que les autres groupes d'âge de chuter.



CHAP. 20

TABLEAU 15.1 – Les effets du vieillissement et le risque de chute

Caractéristiques	Effets du vieillissement
Vision	■ Diminution : • de la vision nocturne • de l'acuité de la vision centrale • de l'étendue de la vision périphérique • de l'appréciation des profondeurs et des contrastes de couleurs • du diamètre de la pupille • du réflexe cornéen • de la production de larmes ■ Ralentissement du réflexe pupillaire ■ Augmentation de la sensibilité à l'éblouissement
Appareil vestibulaire	■ Diminution de la capacité sensorielle à déterminer l'orientation du corps dans l'espace
Proprioception	■ Augmentation du seuil de sensibilité des mécanorécepteurs
Système nerveux central	■ Augmentation du délai de réaction ■ Diminution de la coordination entre les groupes de muscles effecteurs

L'aîné a-t-il chuté dans les 12 derniers mois ?

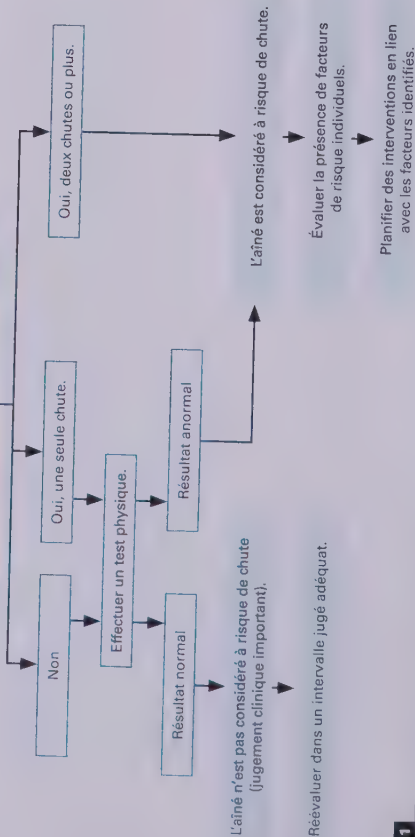


FIGURE 15.1

Le processus de dépistage

Noms des tests		Temps requis pour la réalisation
Étape 1 : systématique		
	Question de dépistage simple sur les antécédents de chute	< 20 secondes
Étape 2 : Choisir un ou des tests physiques		
1	Test de la marche de type talon-orteil	< 2 min
2	Test de la marche sur 6 mètres	< 2 min
3	Test du <i>Timed up and go</i>	< 2 min
4	Examen clinique de routine pour l'établissement du risque de chute	< 6 min

Question de dépistage simple sur les antécédents de chute

Lorsque l'infirmière réalise le dépistage, elle devrait toujours poser la question simple de dépistage sur les antécédents de chute dans les 12 derniers mois. Par exemple, une réponse positive à la question suivante : **«Avez-vous chuté dans les 12 derniers mois ?»** permet de s'attendre à de nouvelles chutes avec une bonne valeur prédictive.

Toutefois, en plus de poser cette question, il est recommandé d'effectuer un test physique pour augmenter la valeur prédictive du dépistage. En effet, à la question sur les antécédents de chute, il y a trois réponses possibles : 1) aucune chute ; 2) une chute ; 3) deux chutes ou plus. En règle générale, si l'ainé n'a pas fait de chute au cours des 12 derniers mois, il est moins à risque de chuter dans les prochains mois que l'ainé qui en a fait une dans la dernière année. L'infirmière doit donc en tenir compte dans son évaluation. Néanmoins, dans les deux cas, on recommande de

réaliser un test physique de dépistage. À noter également que si l'ainé a fait une chute dans la dernière semaine ou encore s'il a fait deux chutes ou plus dans les derniers 12 mois, il est recommandé de passer directement à l'étape de l'évaluation des facteurs de

risque individuels. Ainsi, même lors du dépistage, l'infirmière doit utiliser son jugement clinique.

Les **tableaux 15.3, 15.4** et **15.5** présentent trois tests permettant d'évaluer le risque de chute chez un aîné.

TABLEAU 15.3 – Le test de la marche de type talon-orteil

Objectif	Vérifier la capacité d'équilibre et déterminer le risque de chute.
Technique	Demander à l'ainé de marcher en mettant un pied devant l'autre, en collant bien le talon du pied avant contre l'orteil du pied d'appui (voir figure 15.2).
Résultat normal	L'ainé ne présente aucune perte d'équilibre et il est en mesure de marcher 10 pas.
Résultat anormal	L'ainé a des pertes d'équilibre et il n'est pas en mesure de marcher 10 pas. L'ainé qui marche 2 pas ou moins présente un risque élevé de chute (Shimada <i>et al.</i> , 2009).



FIGURE 15.2

Le test de la marche de type talon-orteil

Lors du test de la marche de type talon-orteil, il faut exiger que la pointe du soulier touche au talon. Sur cette photo, le test n'est pas effectué correctement, car il reste un espace entre les deux.

Objectif	Vérifier la capacité d'équilibre et déterminer le risque de chute.
Technique	Demander à l'ainé de marcher à une <u>vitesse confortable</u> sur une distance de six mètres dont le début et la fin sont marqués par des bouts de ruban. La personne doit commencer à marcher trois mètres avant le ruban marquant le début de la distance à parcourir et elle doit continuer à marcher au moins un mètre après le repère marquant l'extrémité du trajet. L'infirmière mesure le temps que la personne a pris pour franchir la distance entre les repères.
Résultat normal	L'ainé prend 8,5 secondes ou moins pour franchir la distance.
Résultat anormal	L'ainé prend 8,6 secondes ou plus pour franchir la distance (Shimada <i>et al.</i> , 2009).

TABLEAU 15.5 – Le test du *Timed up and go*

Objectif	Vérifier le risque de chute.
Technique	Demander à l'ainé de se lever d'une chaise, de marcher à une <u>vitesse sécuritaire</u> sur une distance de trois mètres, puis faire demi-tour et retourner s'asseoir sur la chaise. Démarrer le chronomètre dès qu'il commence à bouger et l'arrêter dès qu'il est assis de nouveau.
Interprétation du résultat	■ L'ainé ne doit pas présenter de pertes d'équilibre durant le trajet.
	■ Il existe plusieurs seuils pour déterminer la présence du risque de chute dans la littérature scientifique. • Si l'ainé réalise le trajet en moins de 10 s, il peut être considéré comme n'étant pas à risque de chute. • Si l'ainé réalise le trajet entre 10 s et 19 s, il est recommandé d'effectuer un autre test de dépistage. • Si l'ainé réalise le trajet en 20 s et plus, il peut être considéré comme étant à risque de chute.
	■ Évidemment, comme pour tous les tests de dépistage, le jugement clinique est d'importance capitale pour prendre la meilleure décision pour l'ainé (Schoene <i>et al.</i>, 2013).

L'examen clinique de routine pour l'établissement du risque de chute

Si l'infirmière dispose d'environ 5 minutes, elle pourrait procéder à un examen clinique qui permet de mesurer les capacités réelles de l'ainé. Dans ce dernier cas, l'infirmière doit effectuer une anamnèse initiale et rechercher des symptômes qui pourraient augmenter le risque de chute. Ensuite, elle procède à un examen physique de routine. À la suite de l'examen de routine, l'infirmière peut

établir par son jugement clinique si elle considère que l'ainé risque de chuter ou non. Le **tableau 15.6** décrit cet examen.

Il faut reconnaître qu'au stade du dépistage, on réalise rarement l'examen clinique de routine dans la plupart des milieux cliniques en raison du temps qu'il exige.

TABLEAU 15.6 – L'examen clinique de routine pour établir le risque de chute

Examen clinique initial de chute	
Anamnèse	
■ Avez-vous chuté dans les 12 derniers mois ? ■ Avez-vous des troubles de la vue ? ■ Avez-vous des étourdissements ? ■ Vous arrive-t-il de perdre l'équilibre ? ■ Ressentez-vous des douleurs aux pieds ? ■ Avez-vous des envies d'uriner soudaines et pressantes (urgence mictionnelle) ?	■ Le fait d'avoir chuté dans les 12 derniers mois est reconnu comme étant un facteur de risque de chuter dans le futur. ■ Une vision fonctionnelle déficiente, des étourdissements, des pertes d'équilibre, des douleurs aux pieds et des mictions impérieuses sont des facteurs associés à un plus grand risque de chute.
Examen physique	
INSPECTION	■ Tous les examens cliniques de l'ainé incluent l'évaluation de l'état mental, car plusieurs problèmes de santé se manifestent par un delirium et pourraient, ici, expliquer un plus grand risque de chute.

▪ Demander à l'ainé de se lever de la chaise.	▪ Le fait que l'ainé fasse plusieurs efforts pour se lever constitue un indice possible d'une faiblesse au niveau de la force des membres inférieurs, ce qui accroît son risque de chute.
▪ Examiner la position de base en position debout : • Observer la position naturelle adoptée par l'ainé en position debout après s'être levé de la chaise.	▪ Le fait que l'ainé adopte une position plus élargie de sa base, ce qu'on nomme une position de type « pyramide », est un indice potentiel de compensation chez une personne qui est plus à risque de chute.
▪ Demander à l'ainé de marcher sur une distance de trois mètres incluant un demi-tour et de revenir à sa position de départ (six mètres au total).	• En faisant marcher l'ainé sur une distance de trois mètres et en lui faisant faire un demi-tour pour revenir à sa position de départ, l'infirmière peut observer la fluidité de la démarche, l'équilibre, la longueur et la hauteur des pas, la symétrie des pas, et la présence de toute anomalie dans la démarche qui pourrait indiquer que la personne est à risque de chute.
▪ Test d'équilibre • Demander à l'ainé de se coller les pieds sans prendre appui et de garder cette position.	▪ L'ainé devrait être en mesure de garder son équilibre en position debout avec les pieds collés. S'il ne peut maintenir cette position stationnaire sans devoir écarter les pieds pour garder son équilibre, il peut être considéré plus à risque de chute dans le futur.
▪ Test de Romberg (tableau 15.7)	▪ Un problème au niveau vestibulaire pourrait expliquer un plus grand risque de chute.
▪ Test du talon-tibia (tableau 15.8)	▪ Un manque de coordination des membres inférieurs a été associé aux caractéristiques des chuteurs.

TABLEAU 15.6 – L'examen clinique de routine pour établir le risque de chute (suite)

Examen physique (suite)		
AUTRES TESTS	▪ Test du doigt-nez (tableau 15.9)	▪ Un manque de coordination des membres supérieurs a été associé aux caractéristiques des chuteurs.
	▪ Serrement des doigts (tableau 15.10)	▪ Un manque de force des membres supérieurs a été associé aux caractéristiques des chuteurs.
	▪ Lever des jambes contre résistance (tableau 15.11)	▪ Un manque de force des membres inférieurs a été associé aux caractéristiques des chuteurs.
	▪ Tests sensoriels (tableau 15.12)	▪ Une capacité sensorielle diminuée a été associée aux caractéristiques des chuteurs.

TABLEAU 15.7 – Le test de Romberg

Objectif	Vérifier la fonctionnalité de l'appareil vestibulaire.
Technique	Demander à l'ainé de maintenir son équilibre en position debout, les pieds joints et les yeux fermés.
Résultat	Une légère oscillation sans perte d'équilibre est normale; le résultat est dit négatif. Par contre, si l'ainé ouvre les yeux, décolle les pieds ou prend un point d'appui pour éviter de tomber, ce n'est pas normal et le résultat est dit positif (ou anormal).

Objectif	Vérifier la coordination et la proprioception des membres inférieurs.
Technique	1. En position assise, demander à l'ainé de placer son talon droit sur le tibia de sa jambe gauche, et de déplacer de bas en haut son talon droit sur le tibia à au moins trois reprises. 2. Le faire recommencer avec l'autre talon. 3. Lui faire refaire l'exercice pour les deux jambes, cette fois avec les yeux fermés.
Résultat	L'ainé doit pouvoir faire correctement les deux exercices. S'il ne les réussit pas avec précision, malgré l'absence de contrainte physique, ce n'est pas normal.

TABLEAU 15.9 – Le test du doigt-nez

Objectif	Vérifier la coordination et la proprioception des membres supérieurs.
Technique	1. Demander à l'ainé de toucher son nez puis votre index dans des mouvements de va-et-vient continus. Déplacer votre index de gauche à droite et de haut en bas, et examiner la capacité de coordination de l'ainé (figure 15.3). Placer votre doigt dans les quatre coins en faisant un H. 2. Centrer et immobiliser votre index à la hauteur du nez de l'ainé, à environ 30 cm, et lui demander de recommencer ses mouvements de va-et-vient entre votre index et son nez. Après trois mouvements, lui demander de fermer les yeux et de poursuivre ses mouvements.
Résultat	L'ainé doit être en mesure de toucher avec précision l'index en mouvement lorsqu'il a les yeux ouverts et l'index immobile lorsqu'il a les yeux fermés. S'il n'y arrive pas avec précision, ce n'est pas normal.



FIGURE 15.3

Le test du doigt-nez

Lors du test de coordination « doigt-nez », il faut se placer face à la personne environ à la même hauteur que celle-ci.

TABLEAU 15.10 – Le serrement des doigts

Objectif	Vérifier le tonus, la symétrie et la force musculaire des membres supérieurs.
Technique	Demander à l'ainé de serrer deux doigts de votre main droite en utilisant la force de préhension de sa main gauche. Lui faire refaire l'exercice en utilisant votre main gauche et sa main droite.
Résultat	L'ainé doit fermer sa main sur vos doigts de telle sorte qu'il vous soit impossible de retirer vos doigts, et ce, pour les deux mains. Si sa force musculaire est asymétrique ou sa préhension faible au point que vous pouvez facilement retirer vos doigts (figure 15.4), ce n'est pas normal.

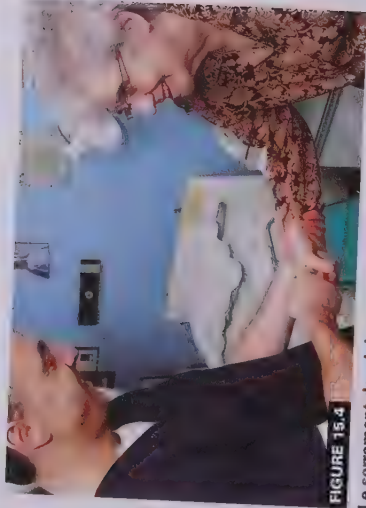


FIGURE 15.4

Le serrement des doigts

Lorsque vous tentez de sortir vos doigts durant la préhension, il est utile de saisir le bras avec votre main gauche juste au-dessus du poignet afin de ne pas tirer sur le bras en entier.

Objectif	Vérifier le tonus, la symétrie et la force musculaire des membres inférieurs.
Technique	En position assise, demander à l'ainé de lever sa jambe contre la force de résistance de votre main placée juste au-dessus de son genou.
Résultat	L'ainé doit avoir une force musculaire suffisante dans les deux jambes pour être en mesure de lever chacune d'elles malgré la pression de votre main. Si sa force musculaire est asymétrique ou qu'il n'arrive pas à lever sa jambe malgré une faible pression de votre main, ce n'est pas normal.

TABLEAU 15.12 – Les tests sensoriels

Objectif	Vérifier la capacité sensorielle périphérique.
Technique	1. Toucher superficiellement avec l'index le dessus de la main de l'ainé, lorsqu'il a les yeux fermés. L'ainé dit « oui » s'il sent le toucher. 2. Recommencer l'exercice sur l'autre main. 3. Recommencer l'exercice sur la malléole externe des deux chevilles ou sur le dessus des pieds.
Résultat	L'ainé doit ressentir avec précision le toucher aux membres supérieurs et inférieurs. Certains aînés ne ressentent pas le toucher superficiel sur la malléole externe des chevilles ou sur le dessus des pieds, mais peuvent le percevoir avec une pression profonde. Selon l'examen médical, il est possible que cette légère perte de sensibilité soit causée par le vieillissement normal. Il est cependant anormal qu'il ne sente pas le toucher avec une pression profonde.

15.3 L'ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS CHEZ UN ÂÎNÉ À RISQUE DE CHUTE

L'objectif de cette évaluation est d'identifier les causes potentielles à l'origine du risque élevé de chute chez la personne. Le **tableau 15.13** décrit ces facteurs. Le rôle de l'infirmière consiste à détecter ces facteurs de risque et de mettre en place les inter-

ventions appropriées. Elle pourra les implanter par elle-même ou en collaboration avec le médecin et d'autres professionnels afin d'éliminer ou de réduire l'effet de ces facteurs sur le risque de chute.

TABLEAU 15.13 – Les facteurs de risque de chute et leurs moyens d'évaluation

Facteurs de risque		Moyens d'évaluation possibles
Problèmes de santé		
Fonction neurologique Problèmes potentiels : ■ AVC ■ Maladie de Parkinson		■ Rechercher des informations dans le dossier. ■ Réaliser un examen neurologique ciblé : • Évaluer la coordination des membres supérieurs et inférieurs.
Etat mental Problèmes potentiels : ■ Troubles neurocognitifs majeurs et autres troubles cognitifs ■ Delirium		■ Rechercher des informations dans le dossier. ■ Effectuer un examen cognitif : • Évaluer la capacité d'attention divisée : – En même temps qu'il marche, demander à l'ainé de nommer les jours de la semaine dans l'ordre inverse. • Faire passer le test de l'horloge selon la méthode de Watson ; • Faire passer le 4AT.

Problèmes potentiels :

- Trouble du rythme et de conduction
- Hypotension orthostatique (voir le **tableau 15.14**)

Problèmes de santé divers**Problèmes potentiels :**

- Maladies aiguës
- Infections
- Carence en vitamine D

Fonctionnement**Fonction éliminatoire****Problèmes potentiels :**

- Incontinence urinaire
- Urgence mictionnelle

- Rechercher des informations dans le dossier.
- Réaliser un examen clinique cardiaque ciblé :
 - Évaluer la présence d'hypotension orthostatique ;
 - Ausculter le cœur.

- Rechercher des informations dans le dossier.

- Effectuer un examen clinique sommaire :

- Évaluer s'il y a présence d'un changement récent des trois signes majeurs atypiques :
 - changement de l'état mental ;
 - changement de l'autonomie fonctionnelle ;
 - changement de comportement.
- Examen clinique de l'abdomen :
 - Effectuer une palpation profonde.
- Ausculter les bases pulmonaires en face postérieure.
- Examen de laboratoire pour dépister une carence en vitamine D.

- Rechercher des informations dans le dossier.
- Questionner l'ainé sur la présence de ces problèmes.

TABLEAU 15.13 – Les facteurs de risque de chute et leurs moyens d'évaluation (suite)

Évaluation du risque	Moyens d'évaluation
Fonctionnement (suite)	
Fonction musculaire Problèmes potentiels : ■ Perte d'équilibre ■ Faiblesse musculaire ■ Problème de flexibilité	■ Rechercher des informations dans le dossier. ■ Effectuer un examen clinique ciblé : • Évaluer la force musculaire des membres supérieurs et inférieurs ; • Examiner l'ainé s'asseoir et se lever à trois reprises de sa chaise ; • Évaluer la capacité de l'ainé à ramasser un objet au sol tel qu'un ustensile.
Autonomie	■ Rechercher des informations dans le dossier. ■ Vérifier l'autonomie dans les AVQ. ■ Évaluer la capacité à s'habiller en station debout.
Aspects psychologiques	■ Effectuer un examen clinique ciblé : • Évaluer la présence de signes de dépression avec la version très courte de l'échelle de dépression gériatrique. • Évaluer la présence des signes d'un syndrome postchute. • Évaluer s'il y a la présence de comportements à risque : – témérité ; – pratique d'activités qui dépassent les capacités de la personne.

Douleur

Problèmes potentiels :

- Arthrite
- Arthrose
- Post-chirurgie

- Rechercher des informations dans le dossier.
- Poser des questions directes sur la douleur :
 - Demander en particulier s'il y a présence de douleurs aux articulations et aux pieds ;
 - Inspecter et palper les pieds.
- Évaluer la mobilisation des articulations :
 - Genoux et chevilles.
- Pour les aînés atteints de troubles cognitifs, administrer un test de dépistage de la douleur (PAINAD, PACSLAC ou autres tests validés).

Vision

Problèmes potentiels :

- Cataracte
- Dégénérescence maculaire
- Glaucome

- Rechercher des informations dans le dossier.
- Les lunettes bifocales peuvent parfois être à l'origine de chute, car elles peuvent affecter l'évaluation de la distance lors de déplacement.
- Évaluer l'acuité visuelle :
 - Échelle de Rosenbaum ;
 - Pour l'aîné atteint de trouble cognitif :
 - Vérifier si la personne arrive à prendre une balle de 6 cm de diamètre placée à une distance d'un bras (60 cm) dans son champ visuel ou si elle arrive à suivre la balle quand celle-ci est déplacée de gauche à droite et de haut en bas.

Soins, traitements et prothèses

Médicaments

- Médicaments psychotropes et plusieurs autres classes
- Mauvaise utilisation des médicaments

- Rechercher des informations dans le dossier.
- Dépister la non-adhésion aux régimes médicamenteux.
- Vérifier la consommation d'alcool avec des médicaments affectant la cognition.

TABLEAU 15.13 – Les facteurs de risque de chute et leurs moyens d'évaluation (suite)

Facteurs de risque		Moyens d'évaluation possibles
Soins, traitements et prothèses (suite)		
Chaussure	■ Chaussures, sandales ou pantoufles non adaptées ou usées	■ Évaluer la chaussure.
Aide technique	■ Utilisation inadéquate d'une aide à la marche	■ S'assurer de l'utilisation sécuritaire de la marchette ou de la canne.
Environnement		
Risques dans l'environnement physique		■ Effectuer l'inspection visuelle des lieux. ■ Inspecter le matériel : • lits ou chaises trop élevés ou trop bas ; • toilettes inadaptées ; • baignoires, douches ou planchers glissants ; • rampes et barres d'appui absentes ou mal fixées. ■ Inspecter l'environnement physique : • Intérieur : – lieux encombrés ; – manque de familiarisation avec un nouveau milieu ; – luminosité insuffisante ; – plancher à la surface irrégulière et glissante.

- extérieur :
 - neige ;
 - glace ;
 - sol irrégulier ;
 - feuilles mortes.

TABLEAU 15.14 – L’hypotension orthostatique

Objectif	Vérifier la pression artérielle lors d’un changement de position.
Technique	1. Demander à l’ainé de se reposer dans son lit pendant 5 minutes. 2. Mesurer la pression artérielle lorsque l’ainé est encore allongé. 3. Demander à l’ainé de se lever et de rester debout immobile. Mesurer sa pression artérielle au bout d’une minute puis de trois minutes. 4. Mesurer également la fréquence cardiaque.
Résultat	Les pressions artérielles systolique et diastolique en position couchée et en position debout doivent être relativement semblables. Si la pression artérielle systolique diminue de 20 mm Hg ou que la pression diastolique diminue de 10 mm Hg après une minute puis trois minutes en position debout, ce n’est pas normal.

Source Frenette, F. L. Cloutier et J. Houle (2009) « L’hypotension orthostatique », *Perspective infirmière*, vol. 6, n° 6, p. 30-35

15.4 L'EXAMEN CLINIQUE POSTCHUTE

Lorsqu'un aîné a fait une chute, l'infirmière doit réaliser un examen clinique postchute. Contrairement à l'habitude, elle procède d'abord à l'examen physique (**tableau 15.15**), avant de faire une entrevue

en utilisant la méthode PQRSU (**tableau 15.16**). Cela s'explique par le fait que l'examen physique doit être fait avant de mobiliser l'ainé.

TABLEAU 15.15 – L'examen physique postchute

Examen physique	Tests	Justification
Inspection	Évaluer l'état mental en vérifiant l'état de conscience et la capacité d'attention.	L'évaluation de l'état mental permet de constater si la chute a entraîné des conséquences neurologiques. De même, la présence d'inattention ou d'une altération de l'état de conscience chez un aîné dont la chute ne comportait pas d'impact crânien, permet à l'infirmière d'émettre quelques hypothèses sur les causes potentielles de la chute. Une hypoglycémie, un delirium, les effets indésirables d'un médicament, la déshydratation ne sont que quelques exemples de causes des chutes qui pourraient aussi affecter l'état mental chez la personne âgée.
	Observer l'alignement du corps ou d'un membre.	La présence d'une difformité ou d'une déviation d'un membre permet d'émettre l'hypothèse d'une fracture d'un membre ou encore d'une luxation de l'épaule, par exemple.
	Demander à la personne de prendre une inspiration profonde.	Cet examen permet de déterminer la présence d'une possible fracture aux côtes. En effet, une douleur à l'inspiration indique possiblement une fracture d'une ou de plusieurs côtes.

Rechercher la présence d'une rougeur, d'un œdème et d'une éventuelle position analgique.	Cette inspection permet d'identifier des lésions corporelles causées par la chute. Il importe de ne pas seulement interroger la personne âgée, mais d'examiner les différentes parties du corps de la personne. En effet, la combinaison de la nervosité causée par la chute et l'élévation du seuil de la douleur avec le vieillissement normal fait en sorte qu'une personne âgée peut ne pas se plaindre d'un malaise ou d'une douleur malgré la présence d'une lésion importante.
Évaluer la capacité de bouger les mains et les pieds sur demande.	Cet examen permet d'évaluer la composante efférente du système nerveux. L'infirmière pourra alors juger adéquatement si la moelle épinière a été atteinte par la chute. Après de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs, selon le jugement clinique de l'infirmière, faire une mobilisation passive des membres et observer si la personne poursuit volontairement ce mouvement.
En cas de suspicion d'un traumatisme crânien, vérifier : - la présence éventuelle d'un écoulement de sang ou de liquide clair de l'oreille; - le réflexe pupillaire.	Lors de la suspicion d'un traumatisme crânien, il faut réaliser un examen neurologique bref afin de détecter toutes lésions cérébrales et périphériques. L'écoulement de liquide clair ou de sang de l'oreille appuie la thèse d'une lésion cérébrale et nécessite des soins spécialisés en urgence. Il importe aussi d'ajouter aux examens postchute standards, l'évaluation du réflexe pupillaire et le test consensuel pupillaire.
Évaluer la présence de douleur à la palpation des membres et des articulations.	La présence de douleur à la palpation d'un genou, d'un coude ou d'une épaule peut appuyer l'hypothèse d'une fracture ou encore informer l'infirmière de l'angle de la chute.
Évaluer la douleur à la mobilisation passive des articulations.	La mobilisation passive et lente des articulations permet de mettre en évidence des douleurs traumatiques ou encore la présence de fractures. Il est important de tenir compte du résultat à la palpation avant de mobiliser les articulations. En présence d'une douleur importante au coude à la palpation, il n'est pas toujours nécessaire de tester la mobilisation passive à cette articulation.
Palpation	

TABLEAU 15.15 – L'examen physique postchute (suite)

Examen physique	Tests	Justification
Autre test	Évaluer la réponse sensorielle à la stimulation superficielle des mains et des malléoles externes des pieds.	L'examen de la sensibilité au toucher léger et profond permet à l'infirmière de déterminer la présence d'une lésion touchant la moelle épinière.
Signes vitaux	Vérifier le pouls, la respiration, la pression artérielle et la température.	La mesure des paramètres vitaux permet de mettre en évidence les conséquences cardiaques, respiratoires et systémiques de la chute. De même, ceci permet d'identifier certaines hypothèses concernant les causes de la chute telles qu'une infection (fièvre), œdème aigu du poumon (tachypnée) ou encore une hypotension artérielle (toxicité médicamenteuse).

L'anamnèse et le PQRSTU

Lorsque l'examen physique permet à l'infirmière de conclure que la chute n'a pas entraîné de conséquences graves pour l'ainé, elle peut alors commencer le PQRSTU afin de mieux comprendre l'histoire de la chute. Le **tableau 15.16** présente le PQRSTU de

type journaliste et enquêteur dans un tel contexte. Il est à noter qu'après de l'ainé dont c'est la première chute, il s'avère souvent pertinent de l'interroger aussi sur des pertes d'équilibre antérieures qu'il aurait eues.

TABLEAU 15.16 – Un exemple de PQRSTU avec une chute pour malaise dominant

Malaise dominant : chute

PQRSTU		Provoquer	Pallier	Qualité
P	Provoquer	■ Qu'est-ce qui a provoqué, entraîné votre chute ?	■ Qu'est-ce qui, par le passé, vous a permis d'éviter de tomber ?	■ Décrivez-moi votre chute. Êtes-vous tombé vers l'avant ? Vers l'arrière ? Sur le côté ? Vous êtes-vous effondré sur vous-même ? Êtes-vous resté longtemps au sol ?
	Pallier			
Q	Qualité			

Équilibre

Trouver des réponses aux questions ci-dessous en utilisant les données de l'histoire de la chute et les données de l'examen physique.

- Qu'est-ce qui a provoqué, entraîné la chute ?
- Quelles sont les causes possibles de cette chute ?
- La personne prend-elle habituellement des mesures pour éviter de tomber ?
- Habituellement, l'équipe de soin prend-elle des mesures pour éviter les pertes d'équilibre ? Auraient-elles été oubliées ?
- Décrivez ce que vous avez vu. La personne est-elle tombée vers l'avant, vers l'arrière ou sur le côté ? S'est-elle effondrée sur elle-même ? Est-elle restée longtemps au sol ?



TABLEAU 15.16 – Un exemple de PQRSU avec une chute pour malaise dominant (suite)

PQRSU		soignants et dossier	
Q (suite)	Quantité	Quelles sont les conséquences de cette chute sur vos activités quotidiennes et domestiques, sur vos loisirs ? Avez-vous réduit vos sorties ?	Comment quantifiez-vous les conséquences de cette chute sur les activités quotidiennes telles que l'alimentation, l'habillement, l'hygiène et sur ses loisirs ?
	Région	Sans objet.	Sans objet.
	Irradiation	Sans objet.	Sans objet.
R	Signes	Au moment de la chute (y compris juste avant et immédiatement après), avez-vous observé des signes inhabituels ou nouveaux ?	Semble-t-il y avoir d'autres malaises et signes, en plus de la chute elle-même (avant, pendant et après) ?
	Symptômes	Au moment de la chute (y compris juste avant et immédiatement après), ressentiez-vous des malaises ou des sensations inhabituelles ou nouvelles ?	En plus de la chute, la personne a-t-elle exprimé d'autres malaises ou symptômes (avant, pendant et après) ?
T	Temps	Quand êtes-vous tombé ?	Quand la chute a-t-elle eu lieu ?
	Intermittence	Est-ce votre première chute ?	Est-ce la première chute de l'ainé ?
		Si ce n'est pas la première chute, à quelle fréquence êtes-vous tombé au cours de la dernière semaine ou dernier mois ?	- Sinon, quelle est la fréquence de ses chutes ? - Si les chutes sont intermittentes, à quel moment sont-elles les plus fréquentes ?

		■ Y a-t-il un moment dans la journée où vous avez tendance à tomber davantage (ou à perdre l'équilibre) ?	■ La personne perd-elle fréquemment l'équilibre ?
U	<i>Understand,</i> signification pour la personne	Selon vous, quelle est la cause de votre chute ? Pourquoi êtes-vous tombé ? Avez-vous déjà vécu cela dans le passé ?	Sans objet.

Dans les heures et les jours qui suivent son examen clinique post-chute, en plus de réaliser la surveillance clinique postchute de 48 heures, l'infirmière doit commencer des examens cliniques

complémentaires afin de contribuer à l'identification des facteurs individuels et environnementaux de la chute (voir le **tableau 15.13**).



15.5 L'EXAMEN CLINIQUE POSTCHUTE LORS DE CHUTES RÉCURRENTES

Lorsqu'un aîné tombe de manière répétée et que les examens postchute et les autres examens de l'équipe interdisciplinaire ne permettent pas d'en déterminer la ou les causes, l'infirmière doit procéder à un examen approfondi après chaque nouvelle chute.

Pour ce faire, elle peut utiliser l'outil d'analyse des chutes récurrentes présenté au **tableau 15.17** qui l'aidera à bien documenter la chute.

TABLEAU 15.17 – Un outil d'analyse des chutes récurrentes

INSTRUMENT D'ANALYSE D'UNE CHUTE		IDENTIFICATION DE L'AÎNÉ	
INFORMATIONS SUR LA CHUTE			
Endroit : _____	Date : _____ Heure : _____		
Il a omis de porter ses verres correcteurs (s'il y a lieu).			
Il transportait quelque chose.			
Il a pressenti qu'il allait chuter.			
Juste après sa chute, il ignorait ce qui venait de se produire.			
Il a perdu connaissance :			
Si oui, combien de temps est-il demeuré inconscient ? _____ s _____ min			
Il a fait des convulsions.			

Il a perdu le contrôle de sa vessie ou de ses intestins.

Immédiatement après sa chute, il était incapable de se relever.

Anamnèse		Examen		Où		Quand	
Trébuché ou glissé				Utilisé les toilettes			
Changé rapidement de position				Toussé ou éternué			
Fait un virage soudain				Monté les escaliers			
S'est levé du lit				Fourni un effort physique quelconque			
Examen							
Endormissement				Palpitations			
Problèmes visuels				Trouble de langage			
Étourdissements				Faiblesse soudaine des deux jambes			
Faiblesse ou engourdissement d'un côté du corps				Dyspnée			
Vertiges (sensation de mouvement rotatif de l'environnement)				Douleur à la poitrine			
Trouble d'élocution (difficulté d'articulation/de prononciation)				Difficulté à se tenir debout et à marcher			

TABLEAU 15.17 – Un outil d'analyse des chutes récurrentes (suite)

L'éclairage était faible.					
La surface du plancher était dangereuse :					
■ Parquet souillé					Des obstacles ont pu causer la chute.
■ Parquet glissant					Équipement, mobilier défectueux
■ Reflets sur le plancher					Rampes fixées non solidement
■ Irrégularité de la surface de marche					Chaussures inadéquates
					L'environnement était non familier (changement de chambre, d'unité, etc.).
					Autre – préciser
Rempli par:					Date:

Sources : Adapté de Rubenstein, I. Z. et Robbins, A. S. (1984) « Falls in the elderly : a clinical perspective », *Geriatrics*, vol. 39 n° 4, p. 71. Gagnon, D. F., Roy, G. et Tremblay, G. (1995) « Guide de prévention des chutes en CHSLD (Instrument d'analyse d'une chute) », Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) p. 109-110.



15.6 LES PARTICULARITÉS GÉRIATRIQUES DE L'EXAMEN PHYSIQUE POUR LA PRÉVENTION DES CHUTES

L'infirmière qui procède à l'examen physique d'un aîné pour prévenir les chutes doit connaître les particularités gériatriques de cet examen. Le **tableau 15.18** les décrit.

TABLEAU 15.18 – Les particularités gériatriques de l'examen physique dans le contexte des chutes

Érreurs	Particularités gériatriques
Conseils pratiques	■ Le dépistage systématique du risque de chute chez tous les aînés n'est pas recommandé. Par exemple, il est inutile de dépister le risque de chute chez un aîné en fauteuil roulant ou alité. De même, il n'est pas pertinent d'évaluer le risque de chute chez tous les aînés qui visite un groupe de médecine familiale. Il faut déterminer chez qui il est pertinent de faire le dépistage. Par exemple, il pourrait être déterminé comme pertinent de réaliser le dépistage chez tous les aînés de 75 ans et plus, ambulants et hospitalisés en médecine. ■ À la base, il importe de retenir qu'il faut réaliser l'examen chez l'aîné qui peut se déplacer de façon autonome. ■ Lors de plusieurs tests, il faut prendre des mesures de précaution nécessaires pour assurer la sécurité de l'aîné. Par exemple, rester près de l'aîné durant le test de Romberg ou encore lors du test talon-orteil. ■ S'assurer que l'aîné ne présente pas de syndrome postchute. Ce dernier, qui peut conduire à une perte d'autonomie, se manifeste souvent par les signes suivants: • Peur de tomber; • Anxiété lors de la mobilisation et surtout lors de la verticalisation; • Perte d'initiative, refus de se mobiliser ou de se lever (rétrorsion); • Perte de masse musculaire; • Refus de se mobiliser même en position debout (poids sur les talons, orteils en griffes); • Pieds « aimantés » au sol et mains agrippées au mobilier ou à l'infirmière.

TABLEAU 15.18 – Les particularités gériatriques de l'examen physique dans le contexte des chutes (suite)

Étapes	Particularités gériatriques
Conseils pratiques (suite)	■ Lors de l'examen de routine, respecter l'ordre suivant pour favoriser la collaboration de l'ainé et la fluidité de la séquence d'évaluation : <i>Position de départ: assise</i> 1. Évaluer la force musculaire des membres supérieurs (serrement des doigts) et inférieurs (levée des jambes contre résistance); 2. Évaluer la coordination des membres supérieurs et la proprioception (test doigt-nez, yeux ouverts et fermés); 3. Faire les tests sensoriels (toucher superficiel aux mains et aux pieds); 4. Évaluer la coordination des membres inférieurs (test talon-tibia, yeux ouverts et fermés); <i>Changement de position: demander à l'ainé de se lever</i> 5. Observer les efforts fournis pour se lever; 6. Observer la position naturelle de base; 7. Faire le test d'équilibre (debout, pieds joints); 8. Faire le test de Romberg (debout, pieds joints et yeux fermés); 9. Observer la démarche.
Signes vitaux	■ Une température de 37,8 °C peut indiquer la présence d'une infection. Or, une chute peut être la manifestation d'une pneumonie ou d'une infection urinaire chez l'ainé. ■ Penser à évaluer l'<i>hypotension orthostatique</i>, car elle peut être la cause d'une chute.
Inspection	■ Commencer l'inspection par l'évaluation de l'état de conscience et de l'attention, car plusieurs problèmes liés à l'état mental, dont le délirium, pourraient causer une chute. ■ Observer la démarche : • Chez l'ainé de plus de 80 ans, il faut s'attendre à observer une démarche plus lente, des pas plus courts, mais une perte d'équilibre est anormale.

	■ Particularités chez l'ainé atteint d'un trouble neurocognitif majeur (TNCM) tel que la maladie d'Alzheimer à un stade léger ou modéré. • Il ne faut pas croire qu'il est nécessairement impossible de réaliser les différents tests chez ces aînés. Il faut essayer de les faire et souvent vous serez en mesure de les réaliser. - Voici des tests qu'il est souvent possible de réaliser ; faire le test du doigt-nez les yeux ouverts et fermés, le test du talon-tibia les yeux ouverts et fermés, le test d'équilibre, le test de Romberg et le test de la marche de type talon-orteil. - Si l'on prend soin de bien les expliquer à la personne et de faire une démonstration pour lui permettre de les apprendre par imitation, elle devrait être en mesure de les refaire.
Autres tests	■ Lever les jambes contre résistance : • Chez l'ainé atteint d'un TNCM de stade léger ou modéré, il est possible de faire cet examen si l'infirmière prend soin de bien lui expliquer l'examen et stimule elle-même le mouvement de la jambe de l'ainé avec ses mains. De cette manière, il va comprendre la consigne et l'exécuter. • Chez l'ainé à un stade avancé d'un TNCM, il suffit de stimuler le mouvement (stimulation des praxies) : cela déclenche le mouvement naturel, et c'est à ce moment que l'infirmière applique la pression. ■ Tests sensoriels (toucher superficiel) : • Chez l'ainé atteint d'un TNCM, il suffit de faire le test avec un minimum d'explication. Lorsque l'infirmière procède au toucher superficiel, il est important qu'elle regarde le mouvement des yeux de l'ainé : elle constatera rapidement dans les yeux et le regard de l'ainé s'il ressent son toucher. ■ Déterminer la présence d'une fracture aux côtes. • L'examen qui suit est pertinent en situation d'examen postchute chez un aîné qui n'est pas certain d'avoir une douleur à l'inspiration profonde ou encore auprès d'un aîné atteint de TNCM qui ne peut pas prendre une inspiration profonde. Le but de cet examen est d'évaluer la présence de douleur aux côtes. L'infirmière place une main sur le sternum et une deuxième dans le milieu du dos entre les omoplates. Elle effectue une pression progressive entre ses deux mains comme si elle voulait les toucher. Si une douleur apparaît avec cette manœuvre, elle pourrait avoir été causée par une fracture des côtes.

15.7 DEUX EXEMPLES DE NOTE AU DOSSIER ET DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

Nous vous proposons ici deux exemples de note au dossier et de plan thérapeutique infirmier :

- a) dans une situation d'examen clinique initial du risque de chute et
- b) dans une situation postchute.

Situation d'examen clinique initial pour déterminer le risque de chute

NOTE AU DOSSIER DU 15 AVRIL 2017

Examen clinique initial du risque de chute

Anamnèse

- *Ne rapporte pas* histoire de chute dans les 12 derniers mois, problème de vision, de perte d'équilibre, d'urgence mictionnelle et de douleurs aux pieds.
- *Rapporte des étourdissements occasionnels surtout le matin.*

Examen physique

INSPECTION

*Alerte et attentif, se lève du premier coup, mais lentement Démarche ralentie, pas très courts, aucune perte d'équilibre.
Position de base N Maintien l'équilibre en position debout les pieds collés. Test du talon-tibia yeux ouverts : anormal.
Test de Romberg : négatif.*

AUTRES TESTS

Test du doigt-nez yeux ouverts et fermés. N. Force musculaire : serrer les doigts : N., lever les jambes contre résistance : faiblesse bilatérale marquée Tests sensoriels : mains. N. pieds : N.

Interventions

PTI ajusté et MD avisé.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-04-01	13:00	1	Insuffisance cardiaque (2011)	PV				
2017-04-15	10:00	2	Risque de chute					MD
		3	Étourdissements					
		4	Faiblesse aux membres inférieurs	PV				Physiothérapeute

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-04-01	13:00	1	Effectuer examen clinique cardiaque de suivi tous les 3 mois par inf.	PV			
2017-04-15	10:00	2	Effectuer l'examen clinique pour identifier les facteurs de risque de chute individuels d'ici les 3 prochains jours par inf.				
	10 00	3	Aviser inf si étourdissements et pertes d'équilibre [Dir. p. trav. PAB].				
		3	Enseigner les déplacements sécuritaires lors des transitions par inf.				
		3	Vérifier déplacement sécuritaire lors des transitions [Dir. p. trav. PAB].				
		4	Faire exercices (lever de sa chaise et rasseoir à 5 reprises) à 10:28 et 14:28 [Dir. p. trav. PAB].				
		4	Faire marcher selon tolérance à 10:30 et 14:30 [Dir. p. trav. PAB].	PV			

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Philippe Voyer, inf., Ph.D.	PV	Hébergement			

Situation postchute avec PQRSTU selon la méthode de l'enquêteur

NOTE AU DOSSIER DU 15 AVRIL 2017

Examen clinique postchute

Malaise dominant : chute

Anamnèse

P : Changement d'un médicament récent (hypotenseur), noirceur. Aucune mesure palliative.

Q : Retrouvée sur le côté droit. Fait des efforts immédiatement après la chute pour se relever.
Impact fonctionnel non évaluable.

R : Sans objet.

S : Aucun autre signe précédant la chute n'a pu être observé. Après la chute, se tient la hanche droite.
Parle rapidement, mais ses propos sont incohérents.

T : Première chute, a chuté la nuit à 01:00. Aucune perte d'équilibre dans les 3 derniers mois.

U : Sans objet.

Situation postchute avec PQRSTU selon la méthode de l'enquêteur (suite)

NOTES

Examen physique

INSPECTION

Alerte et attentive, alignement corporel normal, aucune blessure apparente. Aucune rougeur, ni œdème visible. Inspiration profonde non réalisée, car ne comprend pas la consigne. Se tient la fesse droite. Réponse motrice MS et MI: N. Aucun écoulement de sang ou de liquide clair aux oreilles. Réaction pupillaire bilatérale normale. Test consensuel: normal aux deux yeux.

PALPATION

Douleur modérée (5/10) au toucher de la hanche droite, aucune douleur à la mobilisation des articulations des MS et MI.

AUTRES TESTS

Sensibilité au toucher léger MS et MI N. Score de Glasgow, 13/15. Test de doigt-nez fait avec la main: normal.

Force musculaire aux membres supérieurs (serrement des doigts) et inférieurs (extension des pieds): normale. SV normaux (voir feuille à cet effet) Aucune douleur à la pression du thorax. Saturation 98 %.

Interventions

PTI ajusté et famille avisée. Déclaration incident-accident remplie.

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-04-01	10:00	1	Perte d'autonomie					
		2	Alzheimer 2011 stade 6					
		3	Risque de chute	PV				MD
2017-04-04	11:00	4	Hypotension orthostatique	SR				
2017-04-15	02:00	5	Chute					
		6	Douleur à la hanche droite	NC				Médecin

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-04-01	10:00	2	Utiliser l'écoute active adaptée et la méthode discontinuée lors des soins [Dir. p. trav. PAB].				

Plan thérapeutique infirmier (PTI) (suite)

SUIVI CLINIQUE (suite)

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2017-04-01 (suite)	10:00	3	Procéder à l'examen clinique pour identifier les facteurs de risque individuels de chute d'ici les 3 prochains jours par inf.		2017-04-04	14:00	SR
		3	Aviser inf si perte d'équilibre [Dir. p. trav. PAB].	PV			
2017-04-04	11:00	4	Faire des pauses entre les changements rapides de position.				
		4	Vérifier s'il y a des signes de déshydratation ID par inf				
		4	Faire boire 30 ml de liquide à chaque visite dans la chambre [Dir. p. trav. PAB].	SR			
2017-04-15	02:00	5	Appliquer le protocole de surveillance postchute x 48 heures.				
		6	Positionner sur le côté gauche ou sur le dos dans le lit [Dir. p. trav. PAB].				
		6	Administer analgésique toutes les 4 heures pendant 48 heures selon ordonnance collective en respectant le sommeil.				

2017-04-15	02:00	6	Vérifier l'intensité de la douleur pour chacun des quarts de travail.				
		6	Attendre directive de l'infirmière avant la mobilisation [Dir. p. trav. PAB].	NC			
Signature de l'infirmière			Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
Philippe Voyer, inf., Ph.D.			PV	Hôpital	Nancy Cyr, inf., M.Sc.	NC	Hôpital
Sylvie Rey inf., M.Sc.			SR	Hôpital			

Références bibliographiques

Schoeme, D., Wu, S.M.S., Mikolaizak, A.S., Menant, J.C., Smith, S.T, Delbaere, K., Lord, S.R. (2013). « Discriminative ability and predictive validity of the Timed Up and Go Test in identifying older people who fall : Systematic review and meta-analysis, *Journal of American Geriatric Society*, vol. 61, p. 202-208.

Frenette, F., L. Cloutier et J. Houle (2009). « L'hypotension orthostatique », *Perspective infirmière*, vol. 6, n° 6, p. 30-35.

Shimada, H., Suzukawa, M., Tiedemann, A., Kobayashi, K., Yoshida, H. et Suzuki, T. (2009). « Which neuromuscular or cognitive test is the optimal screening tool to predict falls in frail community-dwelling older people ? » *Gerontology*, vol. 55, n° 5, p. 532-538.

Contenu numérique



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch15
> Outil d'analyse des chutes récurrentes

CHAPITRE 16

LA CONDUITE AUTOMOBILE

16.1	L'évaluation clinique des capacités liées à la conduite automobile	400	405
Tableau 16.1	Les paramètres pour évaluer le risque relatif à la conduite automobile	400	
Tableau 16.2	La procédure du <i>Trail Making Test</i>	402	
	Contenu numérique		405
	Références bibliographiques		405

16.1 L'ÉVALUATION CLINIQUE DES CAPACITÉS LIÉES À LA CONDUITE AUTOMOBILE

L'infirmière peut procéder à une évaluation clinique qui lui permettra de soutenir son jugement clinique en ce qui concerne les risques relatifs à la conduite automobile chez un aîné. Les paramètres à évaluer se trouvent dans le **tableau 16.1**. Selon la situation, l'infirmière

peut réaliser quelques-uns de ces tests ou tous les tests. Le but est d'effectuer divers tests jusqu'au moment où l'infirmière a confiance dans sa décision clinique.

TABLEAU 16.1 – Les paramètres pour évaluer le risque relatif à la conduite automobile

Paramètres	Méthodes d'évaluation possible
Antécédents d'accidents ou de constats d'infraction	Si un aîné a eu un accident d'automobile dans les deux dernières années, il est considéré comme plus à risque d'avoir un nouvel accident de la route. De même, s'il a reçu dans les deux dernières années des constats d'infraction relatifs à la circulation automobile, il court un plus grand risque d'avoir un accident.
Vérification du véhicule	Si c'est possible, inclure l'inspection visuelle du véhicule dans l'évaluation : plus la carrosserie comporte d'éraflures et de bosses, plus grand est le risque d'accident.
Signalement des proches	Il faut accorder beaucoup d'importance au signalement fourni par des proches qui informent un professionnel de la santé des risques liés à la conduite automobile d'un membre de leur famille. En effet, leur signalement a une valeur prédictive élevée relativement à un futur accident.
Perte d'autonomie	En règle générale, la conduite automobile est contre-indiquée chez toute personne qui souffre d'un trouble cognitif majeur et qui serait incapable d'accomplir de multiples AVD (p. ex., prendre ses médicaments, gérer son budget, faire l'épicerie, se servir du téléphone, faire la cuisine) ou une seule AVQ (p. ex., faire sa toilette, s'habiller).
Médicaments à risque	Les médicaments qui ont un effet sédatif sont à éviter.

Autres éléments à considérer	Les facteurs suivants ont aussi été associés à un risque plus élevé d'accident automobile : ■ Dépression ; ■ Antécédent de chute dans les 12 derniers mois ; ■ Problème d'adhésion au traitement.
Examen physique	
Vision centrale	L'échelle portative de Rosenbaum présentée au chapitre 12 se prête bien à cet examen. Plus l'acuité de la vision centrale est déficiente, plus le risque d'accident automobile est grand.
Vision périphérique	L'évaluation de la vision périphérique présentée au chapitre 12 est idéale pour faire cet examen. On considère que la vision périphérique est incompatible avec la conduite automobile lorsqu'elle est inférieure à 120° pour les deux yeux. Lorsqu'elle se situe à 140°, on considère qu'elle présente un risque pour la conduite automobile.
Fonction cognitive (visuoperception et attention)	Un test comme le <i>Trail Making Test</i> est pertinent pour faire l'examen cognitif dans le contexte du risque de la conduite automobile. Voir le tableau 16.2 pour savoir comment l'utiliser et la figure 16.1. Un score de 24/30 et moins au MEEM-CEVQ (voir le chapitre 2) requiert des tests plus approfondis pour s'assurer d'une conduite automobile sécuritaire de la part de l'ainé. Un score de 18/30 ou moins au MoCA est incompatible avec la conduite automobile.
Mobilité	On considère que plus les problèmes de mobilité et de flexibilité sont importants chez l'ainé, plus le risque d'une conduite automobile non sécuritaire est grand. Les trois tests suivants sont pertinents à réaliser pour les évaluer. <u>Premier test</u> Demander d'abord à la personne de se tenir debout, dos contre le mur. Lui demander alors de toucher avec sa main droite le mur derrière son épaule gauche, puis de faire le mouvement inverse. <u>Deuxième test</u> Demander à la personne, toujours en position debout, de regarder vers l'arrière sans bouger ses pieds qui pointent vers l'avant.

TABLEAU 16.1 – Les paramètres pour évaluer le risque relatif à la conduite automobile (suite)

Paramètres		Méthodes d'évaluation possible
Examen physique (suite)		
Mobilité (suite)	Troisième test	Demander à la personne de toucher son épaule gauche avec son menton, puis l'épaule droite. L'épaule ne doit presque pas bouger.
Coordination des membres inférieurs		Afin d'évaluer la capacité de coordination des membres inférieurs nécessaire à l'utilisation efficace des pédales de l'accélérateur et de freinage de la voiture, il importe de réaliser le test du talon-tibia présenté au chapitre 15 (tableau 15.8).
Test de la marche rapide (capacité motrice et vitesse)		Le test de la marche rapide est un test de dépistage du risque lié à la conduite automobile. On demande à l'ainé de faire le trajet de 3 mètres aller-retour (6 mètres au total) le plus rapidement possible. L'ainé est debout dès le début du test. Le chronomètre débute dès le premier pas de l'ainé et se termine quand il franchit la marque de départ. Un seuil de > 9 secondes est associé à un plus grand risque d'accident d'automobile.

TABLEAU 16.2 – La procédure du Trail Making Test

Paramètres		Repères
Qui ?		Ce test peut être réalisé par la majorité des professionnels de la santé.
Quand ?		Ce test est réalisé en cas de suspicion d'un risque lié à la conduite automobile.
Comment ?		Procédure pour l'évaluation du risque à la conduite automobile : 1. Utiliser la feuille du <i>Trail making test A et B</i> (figure 16.1).

2. Expliquer le test en faisant la démonstration avec la partie 1. Expliquer à l'ainé à haute voix ce que vous devez faire : « Je dois tracer une ligne entre les chiffres qui respecte l'ordre chronologique. Je commence par le chiffre 1 que je relie au chiffre 2, puis au chiffre 3, et je termine ici. Je dois tracer cette ligne le plus rapidement possible dans l'ordre chronologique et sans lever mon crayon de la feuille ».
3. Donner la partie 2 à l'ainé et lui demander : « **Pourriez-vous tracer une ligne qui lie les chiffres de façon chronologique. SVP, tracez cette ligne le plus rapidement possible et sans lever votre crayon.** » Lorsqu'il commence, démarrer le chronomètre afin de déterminer le temps qu'il a pris pour relier tous les chiffres.
 - Dans la méthode pour le risque à la conduite automobile, on ne tient pas compte de ce résultat. On passe ensuite à l'étape suivante.
4. Expliquer le test en faisant la démonstration avec la partie 3. Expliquer à haute voix à l'ainé ce que vous devez faire : « Je dois tracer une ligne entre les chiffres et les lettres qui respecte l'ordre chronologique et l'ordre alphabétique. Je commence par le chiffre 1 que je relie à la lettre A que je relie au chiffre 2 que je relie à la lettre B, et je termine ici. Je dois tracer cette ligne le plus rapidement possible en respectant l'ordre chronologique et alphabétique et sans lever mon crayon de la feuille ».
5. Donner la partie 4 à l'ainé. Demander à l'ainé : « **Pourriez-vous tracer une ligne en alternant d'un chiffre à une lettre, tout en respectant l'ordre chronologique et l'ordre alphabétique. SVP, tracez cette ligne le plus rapidement possible et sans lever votre crayon.** »
 - Chronométrer le temps requis.

Interprétation

Résultat normal : L'ainé réalise la 4e partie du test en < 3 minutes et fait < 3 erreurs.

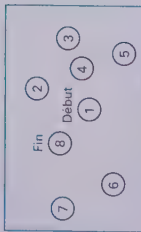
Résultat anormal : L'ainé réalise le test en ≥ 3 minutes ou fait ≥ 3 erreurs.

Pour retenir la méthode pour l'interprétation, on parle de la règle du 3-3.

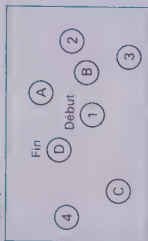


MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch16 > Trail Making Test A et B

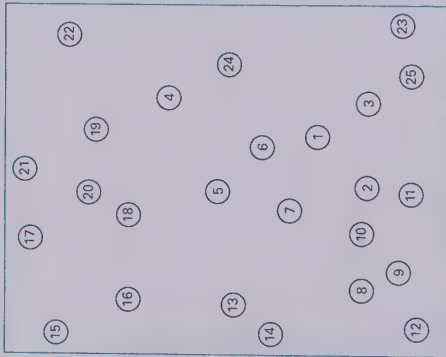
Partie 1



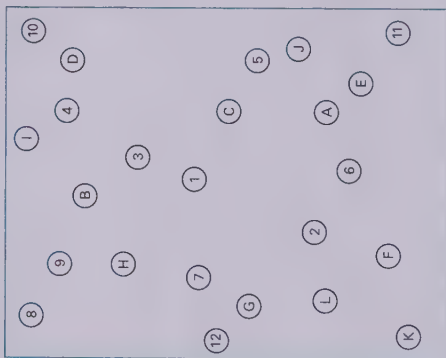
Partie 3



Partie 2



Partie 4

**FIGURE 16.1**

Trail Making Test A et B

Références bibliographiques

- American Geriatrics Society et Pomidor, A. (dir.) (2016). *Clinician's guide to assessing and counseling older drivers*, 3rd edition. (Report N°. DOT HS 812 228), Washington, DC, National Highway Traffic Safety Administration, The American Geriatrics Society.
- Classen, S., Wang, Y., Crizzle, A. M., Winter, S. M. et Lanford, D. N. (2013). « Predicting older driver on-road performance by means of the useful field of view and trail making test part B. », *The American Journal of Occupational Therapy*, vol. 67, n° 5, p. 574-582.
- Hollis, A. M., Duncanson, H., Kapust, L. R., Xi, P. M. et O'Connor, M. G. (2015). « Validity of the Mini-Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment in the Prediction of Driving Test Outcome », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 63, vol. 5, p. 988-992.
- Joseph, P. G., O'Donnell, M. J., Teo, K. K., Gao, P., Anderson, C., Probstfield, J. L., Bosch, J., Khatib, R. et Yusuf, S. (2014). « The mini-mental state examination, clinical factors, and motor vehicle crash risk », *Journal of American Geriatric Society*, vol. 62, vol. 8, p. 1419-1426.
- Roy, M. et Molnar, F. (2013). « Systematic review of the evidence for Trails B cut-off scores in assessing fitness-to-drive », *Canadian Geriatrics Journal*, vol. 16, n° 3, p. 120-142.

Contenu numérique



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch16
> Le Trail Making Test A et B

CHAPITRE 17

L'USAGE OPTIMAL DES MÉDICAMENTS

17.1	Les effets indésirables des médicaments.....	408
-------------	--	------------

Tableau 17.1	Les effets indésirables des médicaments	408
---------------------------	---	------------

Tableau 17.2	Un test québécois de dépistage de la dépendance aux benzodiazépines chez les aînés	410
---------------------------	--	------------

17.2	La planification de la surveillance clinique de la pharmacothérapie	411
-------------	---	------------

Tableau 17.3	Un résumé des étapes de la surveillance clinique de la pharmacothérapie	411
---------------------------	---	------------

Tableau 17.4	Les paramètres de surveillance clinique selon le médicament	413
---------------------------	---	------------

17.3	L'évaluation des capacités de l'aîné à s'autoadministrer les médicaments.....	415
-------------	---	------------

Tableau 17.5	Les facteurs liés à la capacité de s'autoadministrer ses médicaments et les moyens d'évaluation	415
---------------------------	---	------------

17.4	Les composantes infirmières de la révision du profil pharmacologique	418
-------------	--	------------

Tableau 17.6	La contribution de la profession infirmière à la révision du profil pharmacologique	418
---------------------------	---	------------

Tableau 17.7	La grille infirmière pour la révision du profil pharmacologique	421
---------------------------	---	------------

Contenu numérique	422
--------------------------------	------------

17.1 LES EFFETS INDÉSIRABLES DES MÉDICAMENTS

La profession infirmière peut contribuer de façon significative à l'usage optimal des médicaments chez l'ainé. Pour ce faire, l'infirmière doit posséder des connaissances actualisées concernant les effets des médicaments et maîtriser les interventions permettant d'obtenir des résultats optimaux de la thérapie médicamenteuse. Nous décrivons dans ce chapitre la planification de la surveillance clinique de la pharmacothérapie, l'évaluation de la capacité de l'ainé à s'autoadministrer les médicaments ainsi que la révision du profil pharmacologique.  **CHAP 26**

Pour favoriser l'usage optimal des médicaments, l'infirmière doit pouvoir reconnaître les manifestations cliniques les plus fréquentes des effets indésirables des médicaments. C'est ce que décrit le **tableau 17.1**. La dépendance étant un effet indésirable possible de l'usage des benzodiazépines, le **tableau 17.2** décrit un test bref que l'infirmière peut effectuer.

TABLEAU 17.1 – Les effets indésirables des médicaments

Manifestations	Signes cliniques détectables
Neuropsychiatriques	■ Altération de l'état de conscience ■ Hallucinations ■ Trouble de la mémoire ■ Délirium ■ Étourdissements
Neuromotrices	■ Perte d'équilibre, chute ■ Signes extrapyramidaux • Akathisie : Ce signe consiste en un besoin irrésistible de bouger.

	• Dyskinésie tardive : Ce signe se traduit par des mouvements involontaires, répétitifs et sans but. On le décrit habituellement selon deux modèles : - le syndrome orofacial, qui se caractérise par des mâchonnements, des grimaces, un claquement de la langue et des lèvres ; - le syndrome axial et périphérique, qui se caractérise par des mouvements anormaux des membres, un balancement du tronc, et la présence de dysphagie et de difficultés respiratoires. • Parkinsonisme : Ce signe se traduit principalement par des tremblements, de la rigidité, un faciès figé, un ralentissement moteur (bradykinésie) et des troubles d'équilibre semblables aux symptômes de la maladie de Parkinson. • Dystonie : Les signes cliniques de la dystonie comprennent les contractures et les spasmes musculaires soudains, involontaires et prolongés, qui peuvent influencer la posture. Les spasmes peuvent apparaître au niveau des bras, des jambes, du tronc, du cou et de la figure. La personne atteinte de dystonie peut présenter une ouverture de la bouche avec protrusion linguale, une contraction spasmodique des paupières, un plafonnement du regard, un torticolis, une hyper-extension de la tête, des spasmes des muscles rotateurs des yeux et des troubles de la déglutition.
Cardiovasculaires	Hypotension orthostatique, bradycardie, tachycardie
Digestives et éliminatoires	Déshydratation, perte d'appétit, nausées, reflux gastro-œsophagiens, douleur abdominale, incontinence urinaire, diarrhée, constipation, fécalome
Hématologiques	Saignement
Métaboliques	Hypoglycémie
Anticholinergiques	Xérostomie, sécheresse de la peau et des yeux, reflux gastro-œsophagiens, rétention urinaire, constipation, troubles cognitifs, agitation et tachycardie

TABLEAU 17.2 – Un test québécois de dépistage de la dépendance aux benzodiazépines chez les aînés

Nous allons vous poser deux questions sur les effets de certains médicaments tels que Ativan, Serax, Valium et Flurazepam.			
Questions		Oui	Non
1.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous remarqué une diminution de l'effet de ce(s) médicament(s) (par exemple, sur votre sommeil, votre anxiété ou votre tristesse) ?	1	0
2.	Avez-vous tenté d'arrêter de consommer ce(s) médicament(s) ?	1	0
Total des points		/2	
0 point:	Suggère que l'ainé n'est pas à risque d'être dépendant à ce médicament.		
1 point:	Suggère que l'ainé est à risque d'être dépendant à ce médicament. Une réévaluation de son état tous les trois mois devrait être envisagée.		
2 points:	Suggère fortement une dépendance aux benzodiazépines*. Une consultation médicale est alors recommandée afin d'évaluer la pertinence d'entamer un sevrage.		
* Dans un échantillon de 2700 aînés (65 ans et plus) sélectionnés aléatoirement, ce test a permis de détecter les individus dépendants aux benzodiazépines avec une sensibilité de 97 % et une spécificité de 95 %.			

Source : P Voyer, M E Roussel, D Berbiche et M Prévile (2010). Effectively detect dependence on benzodiazepines among community-dwelling seniors by asking only two questions *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 328-334



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch17
> Test de dépistage de la dépendance aux benzodiazépines

Outre qu'elle doit sans cesse rester vigilante pour détecter les manifestations des effets indésirables, l'infirmière a pour rôle de planifier la surveillance clinique individualisée de la pharmacothérapie. Le **tableau 17.3** rappelle les étapes de la planification.

TABLEAU 17.3 – Un résumé des étapes de la surveillance clinique de la pharmacothérapie

Étapes	Objectifs	Moyens	Précautions
1	Établir la cible prioritaire du suivi.	- Examiner les problèmes de santé qui touchent la personne. - Sélectionner une ou deux priorités selon le profil de la personne, en retenant les maladies qui représentent ses principales vulnérabilités.	En raison de la comorbidité et des ratios en place dans la majorité des milieux cliniques, l'infirmière doit prioriser ses paramètres de surveillance clinique.
2	Déterminer les deux effets secondaires mentaux et physiques.	- Déterminer, parmi la liste des médicaments dans le FADM, les effets secondaires mentaux et physiques qui sont les plus fréquents. - Les effets secondaires mentaux sont ceux qui affectent la santé mentale; ils relèvent de la psychiatrie, de la cognition et de la neurosciences. Ainsi, les effets secondaires tels que les hallucinations, les étourdissements et la céphalée appartiennent à cette catégorie. - Les effets secondaires physiques font référence aux problèmes qui touchent les autres organes, à l'exception du cerveau. - Selon le milieu clinique et le niveau d'information, le pharmacien peut déterminer ces quatre paramètres.	En raison de la polypharmacie, il est impossible de réaliser la surveillance clinique de tous les effets secondaires possibles. L'infirmière doit donc cibler les plus probables selon le profil pharmacologique individuel de la personne. La distinction entre les effets secondaires mentaux et physiques a pour but d'augmenter la capacité de l'infirmière à dépister les effets secondaires.

TABLEAU 17.3 – Un résumé des étapes de la surveillance clinique de la pharmacothérapie (suite)

Étapes	Objectifs	Moyens	Justifications
3	Déterminer la fréquence de la surveillance de la pharmacothérapie.	- La fréquence est déterminée selon la condition de santé de la personne. Si celle-ci est instable, la fréquence de surveillance pourrait être quotidienne. À l'inverse, si son état est stable, la surveillance pourrait se réaliser tous les trois mois. - La fréquence est aussi déterminée en fonction du milieu de pratique. Pour l'infirmière dans un milieu hospitalier, la fréquence sera rarement au-delà d'une semaine, alors que dans un centre d'hébergement ou à domicile, la fréquence peut varier d'un à trois mois. - La fréquence doit finalement tenir compte des ratios en place afin d'établir des objectifs réalistes.	Il faut assurer une surveillance clinique de la pharmacothérapie chez tous les aînés en perte d'autonomie, chez qui les effets indésirables des médicaments sont fréquents.
4	Documenter la planification dans le PTL.	- L'infirmière inscrit dans le PTL : - les examens cliniques à réaliser en fonction de la priorité de santé ; - les effets secondaires à surveiller ; - la fréquence de la surveillance ; - si elle se réserve la surveillance de la pharmacothérapie.	Il est fondamental de planifier dans le PTL la surveillance clinique de la pharmacothérapie afin de s'assurer qu'elle est réalisée.
5	Documenter les résultats de la surveillance.	- L'infirmière inscrit dans le dossier : - les résultats de son examen clinique concernant les priorités de santé ; - la description des effets secondaires observés, le cas échéant.	L'infirmière doit rédiger les résultats de ses évaluations et assurer le suivi auprès du médecin selon les résultats obtenus.

Le **tableau 17.4** peut aider l'infirmière à planifier sa surveillance clinique.

TABLEAU 17.4 - Les paramètres de surveillance clinique selon le médicament

Médicaments	Exemples de cible thérapeutique à évaluer	Exemples d'effets indésirables à surveiller
Anticoagulants	- Examen clinique cardiaque - Examen physique de la peau	Saignement
Antidépresseurs	Examen de l'état mental : dépression	- Altération de l'état de conscience - Chute - Effets anticholinergiques
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	- Douleur - Examen clinique de l'appareil musculosquelettique	- Malaise gastrique - Saignement
Antiparkinsoniens	- Examen de l'état mental - Capacités motrices - Si pertinent, remplir l'échelle d'évaluation unifiée de la maladie de Parkinson.	- Hallucinations - Cauchemars - Hypotension - Nausées - Constipation - Rétention urinaire
Antipsychotiques	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence	- Hypotension orthostatique - Altération de l'état de conscience - Delirium - Gain de poids - Signes extrapyramidaux : - Acathisie - Dystonie - Parkinsonisme - Dyskinésie tardive

TABLEAU 17.4 – Les paramètres de surveillance clinique selon le médicament (suite)

Exemples d'effets indésirables à surveiller	
Benzodiazépines	■ Examen de l'état mental : troubles du sommeil ou anxiété
Bronchodilatateurs	■ Douleur abdominale ■ Insomnie ■ Agitation ■ Céphalée ■ Diarrhée ■ Palpitations
Digoxine	■ Faiblesse ■ Syncope ■ Agitation ■ Perte de poids
Diurétiques	■ Hypotension ■ Déshydratation ■ Altération de l'état mental ■ Incontinence urinaire
Hypotenseurs	■ Hypotension ■ Faiblesse ■ Delirium ■ Chute ■ Altération de l'état de conscience
Hypoglycémifiants	■ Hypoglycémie ■ Tremblement ■ Céphalée ■ Delirium ■ Diarrhée
Opiacés	■ Constipation ■ Delirium ■ Altération de l'état de conscience

17.3 L'ÉVALUATION DES CAPACITÉS DE L'AÎNÉ À S'AUTOADMINISTRER LES MÉDICAMENTS

L'infirmière a également la responsabilité de déterminer si l'ainé est en mesure de s'autoadministrer ses médicaments de façon

sécuritaire. Pour ce faire, elle doit évaluer plusieurs paramètres. Le **tableau 17.5** rappelle les paramètres à évaluer.

TABLEAU 17.5 – Les facteurs liés à la capacité de s'autoadministrer ses médicaments et les moyens d'évaluation

Facteurs liés à l'ainé	
Attitudes personnelles ▪ Motivation ▪ Attitudes et croyances relatives aux médicaments ▪ Connaissance de son état de santé	▪ Lors de l'entrevue, explorer les points suivants : • L'intérêt de la personne à s'autoadministrer les médicaments. • Les expériences antérieures de la personne, positives ou négatives, avec les médicaments. A-t-elle vécu des effets secondaires des médicaments ? • L'autoévaluation de l'état de santé de l'ainé. Ses perceptions sont-elles réalistes ?
▪ Capacités de lecture et visuelle ▪ Capacité cognitive, mémoire prospective et à court terme ▪ Santé mentale (anxiété, dépression et idées suicidaires), incluant des antécédents de dépendance à une substance ▪ Capacité motrice	▪ Demander à la personne de lire le texte sur le pot des médicaments. ▪ Dans le doute concernant les capacités visuelles, effectuer un examen à l'aide de l'échelle de Rosenbaum (voir p. 320). ▪ Effectuer un examen clinique de l'état mental (voir chapitre 2). Cet examen pourra inclure, selon le cas, les éléments suivants : • Un examen cognitif complet, incluant l'administration du mini-examen de l'état mental (MEEM).

TABLEAU 17.5 – Les facteurs liés à la capacité de s'autoadministrer ses médicaments et les moyens d'évaluation (suite)

Facteurs d'évaluation	Moyens d'évaluation
Facteurs liés à l'ainé (suite)	• Un examen de la mémoire prospective. – Pour l'ainé à domicile: lui demander de vous téléphoner à votre bureau du CLSC à des moments précis au cours des trois jours suivants afin de déterminer si cette mémoire présente des lacunes. – Pour l'ainé en milieu clinique: lui demander de sonner la cloche d'appel 10 minutes avant la prise prévue des médicaments afin de déterminer si cette mémoire présente des lacunes. • Un examen visant à relever la présence de signes anxieux, de troubles de l'humeur et d'idées suicidaires est recommandé. De plus, l'infirmière devrait explorer si la personne a déjà présenté ou présente toujours un problème de dépendance envers une substance (alcool, médicaments, drogues illicites). La présence de ces problèmes de santé mentale pourrait compromettre la capacité de la personne à s'autoadministrer ses médicaments de façon sécuritaire. ▪ Demander à la personne d'ouvrir un contenant de médicaments, la dosette ou le pilulier, selon le cas. Par la suite, lui demander d'extraire un comprimé du flacon.
Facteurs liés au régime médicamenteux	
Connaissance et habiletés liées à la thérapie médicamenteuse	▪ Lors d'une entrevue, demander à la personne de présenter son régime médicamenteux. Pour chaque médicament, elle doit être en mesure d'indiquer: • Le nom du médicament • La posologie • La voie d'administration et, selon le cas: – pilule: forme et couleur – gouttes ophtalmiques: démonstration pratique – inhalateur: démonstration pratique

- insuline: démonstration pratique de la technique de préparation et d'injection
- timbres: sites d'application
- La cible thérapeutique du médicament (vise à traiter quoi?)
- Les mesures de sécurité:
 - Entreposage
 - Le médicament doit-il être conservé au frais?
 - Aliments
 - Doit-il être consommé avec des aliments?
 - Éléments à surveiller
 - Y a-t-il des effets secondaires importants à surveiller, par exemple un saignement dans le cas d'un anticoagulant?
 - Éléments d'application
 - Dans le cas d'un timbre, quelle est la rotation des sites?
 - Que faire si la personne oublie de prendre une dose?
 - Interactions ou contre-indications:
 - Quelles sont les contre-indications concernant la consommation d'alcool, de caféine ou de pamplemousse?
 - Etc.

Facteurs liés aux proches

Proches

- Est-ce que les proches peuvent aider ou nuire à l'adhésion de la personne au régime médicamenteux?
- Le proche souhaite-t-il participer?
- Le proche a-t-il un problème de dépendance?
- Etc.

17.4 LES COMPOSANTES INFIRMIÈRES DE LA RÉVISION DU PROFIL PHARMACOLOGIQUE

Avec le médecin et le pharmacien, l'infirmière participe à la révision du profil pharmacologique de l'ainé. Le **tableau 17.6** décrit la contri-

bution infirmière et le **tableau 17.7** offre un tableau résumé permettant à l'infirmière de se préparer à cette activité clinique.

TABLEAU 17.6 – La contribution de la profession infirmière à la révision du profil pharmacologique

Facilité à utiliser ou à administrer les médicaments	Attribution
- Est-ce que la personne... - est dysphagique ? - présente de la résistance à la prise de médicaments ? (Le cas échéant, a-t-on l'autorisation de camoufler les médicaments dans des aliments ?) - est à risque de ne pas adhérer à son traitement ou n'y adhère pas ? - consomme plusieurs médicaments prescrits de type T1D ou Q1D ?	L'infirmière doit prendre en compte ces informations lors de la révision du profil pharmacologique, car la présence d'un problème lié à l'un de ces aspects peut nuire à l'atteinte d'un usage optimal des médicaments. Par exemple, il a été démontré qu'une personne dysphagique est moins fidèle à son traitement. Si l'infirmière informe le médecin et le pharmacien à ce sujet, ceux-ci pourront envisager la possibilité de prescrire un médicament sous forme liquide, ce qui facilitera la prise des médicaments et ainsi l'adhésion. De même, si l'infirmière les avise que la personne refuse ses médicaments à plusieurs reprises en raison d'un trouble neurocognitif majeur, ils pourront réduire le nombre de doses quotidiennes prescrites et dissimuler la médication dans la nourriture (après avoir obtenu le consentement du représentant, en cas d'incapacité du patient à consentir au traitement). L'infirmière communique les résultats de son évaluation à ce sujet. De plus, elle signalera si la personne n'adhère pas à son régime médicamenteux. Cette information est essentielle, car elle peut expliquer une réponse sous-optimale à un traitement.

		En cas de résistance, le médecin et le pharmacien évalueront la pertinence de prescrire des médicaments à action de longue durée.
Solution de rechange à la médication	■ Est-ce que la personne prend des médicaments pour... • le sommeil ? • l'anxiété ? • la dépression ? • la digestion ? • l'élimination intestinale ? • etc.	L'infirmière examine si des interventions non pharmacologiques peuvent remplacer certains médicaments. Par exemple, elle peut envisager la possibilité d'interrompre l'administration d'un laxatif pour la remplacer par une alimentation riche en fibres, par une hydratation optimale et par la pratique d'exercices physiques. Ces décisions se prennent de concert avec le médecin.
Application des interventions complémentaires	■ En plus des médicaments, est-ce que l'approche thérapeutique inclut d'autres interventions visant la guérison, l'amélioration du bien-être ou le soulagement des symptômes de la personne ?	L'infirmière planifie des interventions qui complètent les effets thérapeutiques des médicaments. Par exemple, pour l'ainé atteint d'emphysème, elle prévoit l'enseignement des techniques de toux et de respiration abdominale. L'infirmière met en évidence l'apport des soins infirmiers à l'atteinte des objectifs thérapeutiques. La mise en évidence de l'application des interventions non pharmacologiques facilite la prise de décision pour l'ajustement médicamenteux. Par exemple, dans le cas d'une personne qui subit plusieurs périodes d'hyperglycémie, l'infirmière pourrait informer le médecin et le pharmacien que la personne a de la difficulté à apprendre à autogérer sa glycémie et à ajuster son alimentation (elle a de la difficulté à abandonner certaines sucreries). Ces deux facteurs expliquent les problèmes d'hyperglycémie. Dans ce contexte, le médecin fera preuve de prudence avant de modifier la posologie des médicaments. En effet, les périodes d'hyperglycémie étant causées par des épisodes de boulimie, elles ne seront pas résolues par l'ajustement des médicaments.

TABLEAU 17.6 – La contribution de la profession infirmière à la révision du profil pharmacologique (suite)

Contributions	Paramètres d'intérêt infirmier	Justifications
Surveillance clinique	Les priorités de santé et les effets secondaires potentiels sont évalués.	L'infirmière dresse un bilan de santé de la personne concernant la priorité ciblée et rapporte la fréquence des effets secondaires mentaux et physiques des médicaments. Il s'agit certainement d'une des dimensions les plus importantes de la révision du profil pharmacologique, car l'évaluation de l'infirmière permet de déterminer avec plus de justesse si la personne retire les bénéfices attendus de l'approche thérapeutique.
Communication des alertes pharmacologiques	- Lors de l'examen des médicaments consommés par la personne, l'infirmière communique ses préoccupations en ce qui a trait à : - une dose potentiellement excessive ; - la présence de plusieurs médicaments qui font partie de la même classe ; - la durée potentiellement excessive du traitement pharmacologique ; - la présence d'interactions médicamenteuses possibles.	L'infirmière qui travaille depuis plusieurs années dans un secteur d'activité donné acquiert des connaissances importantes sur les thérapies médicamenteuses. Sur la base de son expérience, elle rapportera ses impressions concernant divers aspects de celles-ci.
Fréquence	La révision du profil pharmacologique d'un aîné doit être effectuée périodiquement, soit une fois par mois à une fois par année, selon le milieu clinique et la condition de santé de la personne.	Dans les milieux de soins où les ressources humaines sont insuffisantes, l'infirmière, le médecin et le pharmacien pourront concentrer leurs efforts sur les aînés qui consomment le plus de médicaments ou qui présentent une plus grande vulnérabilité étant donné leur état de santé. Il est possible d'amorcer le processus de révision du profil pharmacologique lorsque l'état de santé d'un aîné change.

TABLEAU 17.7 – Grille infirmière pour la révision du profil pharmacologique

Contributions infirmières	Paramètres d'intérêt infirmier	Résultats des évaluations et points saillants
Facilité à utiliser ou à administrer les médicaments	■ Est-ce que la personne... • est dysphagique ? • présente de la résistance à la prise de médicaments ? (Le cas échéant, a-t-on l'autorisation de camoufler les médicaments dans des aliments ?) • est à risque de ne pas adhérer à son traitement ou n'y adhère pas ? • consomme plusieurs médicaments prescrits de type TID ou QID ?	
Solution de rechange à la médication	■ Est-ce que la personne prend des médicaments pour... • le sommeil ? • l'anxiété ? • la dépression ? • la digestion ? • l'élimination intestinale ? • etc.	
Application des interventions complémentaires	■ Quelles sont les interventions planifiées dans le PTI ?	
Surveillance clinique	■ Quelles sont les évaluations réalisées et quels effets secondaires ont été mesurés ? Quel est le résultat de ces évaluations ?	

TABLEAU 17.7 – Grille infirmière pour la révision du profil pharmacologique (suite)

Contributions infirmières	Paramètres d'intérêt infirmier	Résultats des évaluations et points saillants
Communication des alertes pharmacologiques	Lors de l'examen des médicaments consommés par la personne, l'infirmière communique ses préoccupations en ce qui a trait à : ■ une dose potentiellement excessive ; ■ la présence de plusieurs médicaments qui font partie de la même classe ; ■ la durée potentiellement excessive du traitement pharmacologique ; ■ la possibilité d'interactions médicamenteuses.	
Fréquence	■ Prochaine évaluation ?	



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch17 > Grille de révision du profil pharmacologique

Contenu numérique



MaBiblio > MonLab > Documents > Matériel du guide > Ch17
 > Test de dépistage de la dépendance aux benzodiazépines
 > Grille de révision du profil pharmacologique



Indispensable pour les soins aux aînés, le guide Voyer vous suit partout.

- Aide-mémoire rapide à consulter en contexte clinique
- Complément du manuel *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*

Offert dans un format pratique, cet ouvrage savamment synthétisé réunit des grilles d'observation, des instruments de mesure et des tests qui ont trait à l'examen clinique de l'aîné. Aide-mémoire dédié à l'évaluation et à la surveillance clinique, il présente aussi des exemples de plans thérapeutiques infirmiers et de notes au dossier associés à des problèmes gériatriques courants. Pas question de pratiquer sans lui !

ERP1

PEARSON

Profil
en ligne



09-BTW-407

- Formulaires cliniques téléchargement imprimables ;
- Grilles d'évaluation, échelles et tests tels que présentés dans le guide ;
- Regroupement de documents partagés par 13 centres hospitaliers du Québec ;
- Capsules et conférences web du professeur Voyer.



20749

APPRENDRE. TOUJOURS