



La Source.
Institut et Haute
Ecole de la Santé

Symposium de la psychiatrie de
l'âge avancé
La Marive, 20 septembre 2018



Plans de soins intégrés et évaluation clinique pour les patients hospitalisés pour des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Daniel Ducraux, Msc.

Responsable des formations
et chef des projets

Réseau Fribourgeois de
Santé Mentale

Claudia Ortoleva Bucher, PhD.

Professeure HES ordinaire

Institut et Haute Ecole de Santé
La Source

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence



Pour une gestion adéquate



Mais...



Plan de soins intégrés: définition



- Intervention complexe
- Aide à la décision et à l'organisation des soins
- Pour un groupe défini de patients
- Durée déterminée

Plan de soins intégrés: bénéfiques



- Soins davantage centrés sur le patient
- Diminuent les durées de séjour
- Diminuent la mortalité
- Mais: n'existe pas en psychiatrie

Mais attention!

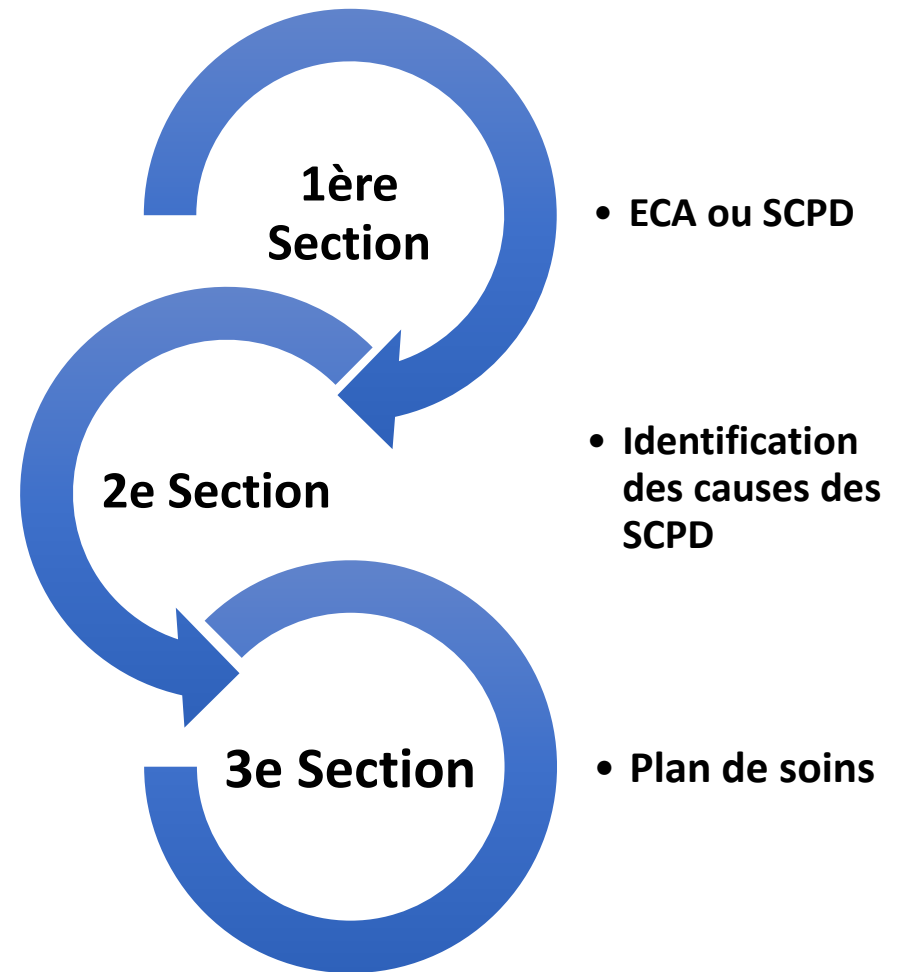
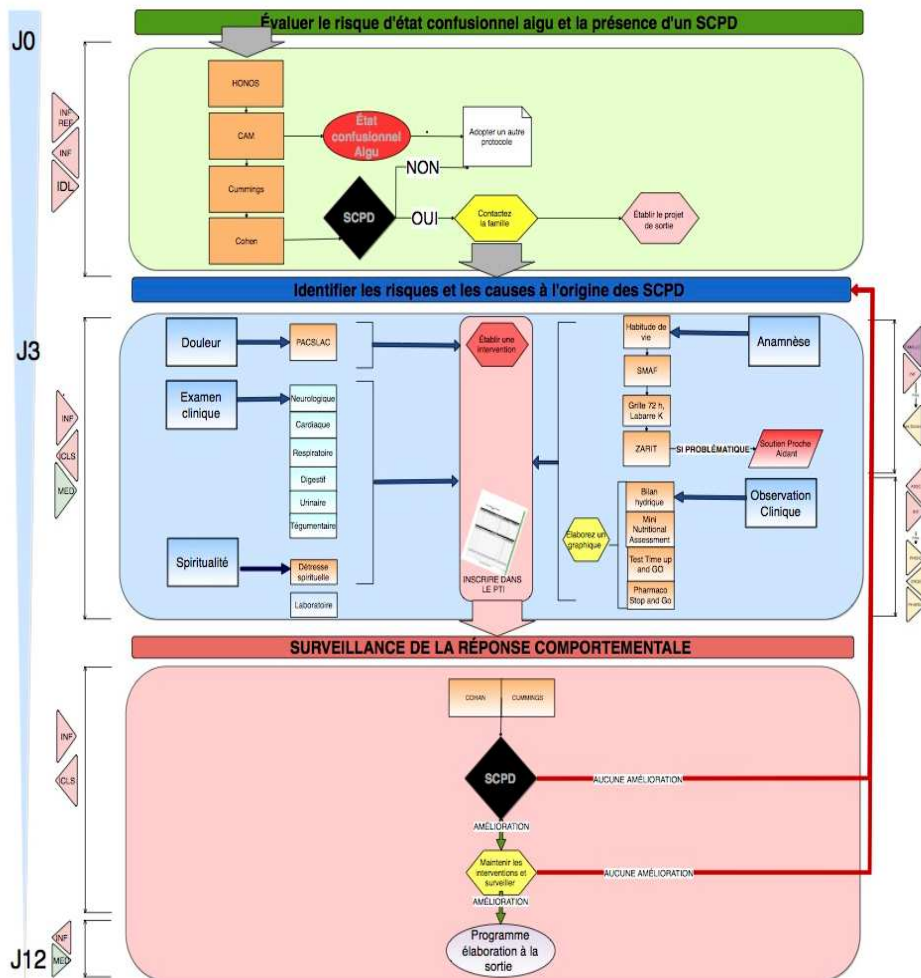
- **Doit être multidisciplinaire**



Mais attention!

- S'il guide la pratique et aide à la décision...
- Jugement clinique est indispensable!





Evaluation clinique infirmière

- **Procédures de l'évaluation de la condition physique et mentale**

70% des
infos

- Collecte de données subjectives
 - Anamnèse initiale
 - Anamnèse en situation aiguë
 - Anamnèse en situation de suivi

20% des
infos

- Collecte de données objectives
 - Examen physique (inspection, palpation, percussion, auscultation)
 - Diverses mesures
 - Signes vitaux
 - Grilles, échelles et scores

10% des
infos

- Examens paracliniques
 - Divers monitorages:
 - Par ex : électrocardiogramme, pression artérielle, respiration, saturométrie, pressions hémodynamiques, pression intracrânienne
 - Divers tests

Examen clinique infirmier de la personne âgée souffrant de troubles mentaux en situation de SCPD

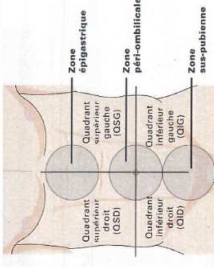
Nom : _____ Prénom : _____
 Sexe : _____ Âge : _____
 Établissement : _____
 Date de l'examen : _____

Complété par : _____

Examen(s) spécifique(s) requis : _____

ANAMNÈSE	
Provoquer / Pallier (Facteurs individuels / environnementaux / interactionnels)	Mesures palliatives entreprises par le patient : _____
Qualité / Quantité	_____
Région / Irradiation	_____
Signes / Symptômes	_____
Temps / Intermittence	_____
Understand / signification	_____
SIGNES VITAUX	
Température :	Température à mesurer si : changement dans l'état de conscience ou changement de comportement ou perte d'autonomie récente. Mesurée en : Tympanique <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/> _____°C
Fréquence resp. :	Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/>
Saturation :	_____ % Air ambiant <input type="checkbox"/> Avec O2 _____ L/min <input type="checkbox"/>
Pouls :	Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/>
P. artérielle :	_____ / _____
Poids :	_____ Kg. Stable depuis 3 mois : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, préciser : _____ kg Date : _____.
ÉVALUATION DE LA PRÉSENCE DE MANIFESTATIONS DE PROBLÈMES DE SANTÉ	
Perte d'autonomie :	Récente et soudaine (≤ 1 semaine) Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Changement de comportements :	Récente et soudaine (≤ 1 semaine) Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Modification de l'état mental :	Récente et soudaine (≤ 1 semaine) Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Difficultés respiratoires :	Dyspnée : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : Jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/>
	Toux : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand ? _____
	Expectorations : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand ? _____

EXAMEN DE LA BOUCHE, DES SIGNES DE DESHYDRATATION ET DE L'ABDOMEN (Minimum à examiner : Examen de la langue et palpation profonde)	
Bouche :	Problème buccodentaire : rougeur, ulcère, lésions, etc. Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : _____
Signes de déshydratation :	Langue sèche : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Aisselle sèche : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Absence de salive : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Peau sèche : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pli cutané sternal : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pli cutané frontal : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/>
Auscultation (péristaltisme) :	
Q/D :	Normal <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Hyperactif <input type="checkbox"/> Hypoactif <input type="checkbox"/>
QSD :	Normal <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Hyperactif <input type="checkbox"/> Hypoactif <input type="checkbox"/>
QSG :	Normal <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Hyperactif <input type="checkbox"/> Hypoactif <input type="checkbox"/>
Q/G :	Normal <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Hyperactif <input type="checkbox"/> Hypoactif <input type="checkbox"/>
Percussion :	
Q/D :	Mattité <input type="checkbox"/> Tympanisme <input type="checkbox"/> Q/D : Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/>
QSD :	Mattité <input type="checkbox"/> Tympanisme <input type="checkbox"/> QSD : Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/>
QSG :	Mattité <input type="checkbox"/> Tympanisme <input type="checkbox"/> QSG : Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/>
Q/G :	Mattité <input type="checkbox"/> Tympanisme <input type="checkbox"/> Q/G : Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/>
EXAMEN DES SENS ET DE LA MOBILITÉ	
Déficit auditif :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Compensé <input type="checkbox"/> Non compensé <input type="checkbox"/>
Déficit visuel :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Compensé <input type="checkbox"/> Non compensé <input type="checkbox"/>
Équilibre :	Équilibre avec les pieds joints : Avec facilité <input type="checkbox"/> Avec difficulté <input type="checkbox"/>
Mobilité :	Sans aide capable de circuler sur 3 mètres Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Marche avec aide d'1 pers. <input type="checkbox"/> 2 pers. <input type="checkbox"/> Avec auxiliaire : Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> : _____ Ne se déplace plus <input type="checkbox"/> Depuis quand : _____ Antécédents de chute : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, à quelle fréquence <input type="checkbox"/> : _____



Préparer les terrains...





Merci de votre attention.



La Source.

Institut et Haute
Ecole de la Santé

Hes-so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale