



# Les ordonnances collectives en milieu gériatrique

Octobre 2011

Un partenariat entre la Faculté des sciences  
infirmières de l'Université Laval et les  
établissements de santé de la  
grande région de Québec



UNIVERSITÉ  
**LAVAL**

Faculté des sciences infirmières

Le document sur les ordonnances collectives en milieu gériatrique a été réalisé par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Ce document peut être utilisé par toute personne intéressée à la question. Nous vous demandons uniquement de mentionner la source :

Cyr, N., Claveau, D., Jacques, I., Kasprzak, L., Lépine, H., Mercier, J., Rey, S., Roy, S., Voyer, P. (2011). Les ordonnances collectives en milieu gériatrique. Faculté des sciences infirmières, Université Laval. Québec.

© Faculté des sciences infirmières

La version électronique des textes est également publiée à l'adresse suivante :  
[www.fsi.ulaval.ca/philippe.voyer](http://www.fsi.ulaval.ca/philippe.voyer) onglet : communauté de pratique

## TABLE DES MATIÈRES

|  |    |
|--|----|
| Présentation de la communauté de pratique de la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval sur les soins aux aînés en centre d'hébergement ..... | 1  |
| Préambule .....  | 2  |
| Principes .....  | 3  |
| Rappel .....   | 4  |
| Guide d'accompagnement de l'exercice infirmier en présence de signes cliniques d'infection urinaire chez l'aîné .....  | 5  |
| 1. Infections urinaires chez la personne âgée.....   | 6  |
| 2. Définition de l'infection urinaire .....  | 6  |
| 3. Évaluation .....  | 8  |
| 4. Consultation médicale immédiate versus utilisation de l'ordonnance collective .....   | 9  |
| 5. Différentes options thérapeutiques .....  | 10 |
| Conclusion.....  | 11 |
| Références .....   | 12 |

## PRÉSENTATION DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL SUR LES SOINS AUX AÎNÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT

- » **Philippe VOYER**  
**Responsable de la communauté de pratique**  
Professeur titulaire  
*Faculté des sciences infirmières, Université Laval*
- » **Nancy CYR**  
**Coordonnatrice de la communauté pratique**  
Professeure de clinique  
*Faculté des sciences infirmières, Université Laval*  
Conseillère clinicienne en soins infirmiers  
*Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale*
- » **Diane CLAVEAU**  
Conseillère clinicienne en soins infirmiers  
*Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord*
- » **Isabelle JACQUES**  
Conseillère clinicienne en soins infirmiers  
*Centre de santé et de services sociaux des Etchemins*
- » **Lise KASPRZAK**  
Conseillère clinicienne en soins infirmiers  
*Institut universitaire en santé mentale de Québec*
- » **Harriet LÉPINE**  
Conseillère clinicienne en soins infirmiers  
*Regroupement Jeffrey Hale / St-Brigit's*
- » **Julie MERCIER**  
Directrice adjointe clinico-administrative des services de l'hébergement, du soutien à domicile et de la santé physique  
*Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral*
- » **Sylvie REY**  
Conseillère en activités cliniques  
*Centre de santé et de services sociaux de Portneuf*
- » **Suzanne ROY**  
Conseillère en soins infirmiers  
*Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral*

## PRÉAMBULE

Le présent document vise à mieux situer l'ordonnance collective dans la pratique clinique de l'infirmière. Il est important que l'infirmière saisisse bien qu'une ordonnance collective est une option thérapeutique parmi tant d'autres. Elle n'est pas une fin en soi.

Force est de constater que plusieurs ordonnances collectives en place actuellement dictent à l'infirmière de documenter la présence ou l'absence de symptômes. Elles laissent peu d'espace à son jugement clinique alors qu'elles devraient plutôt refléter le niveau de compétence et le niveau d'imputabilité de l'infirmière.

Dans ce document, nous évoquerons dans un premier temps des principes qui sont importants à considérer dans l'élaboration d'ordonnances collectives. L'application de ces grands principes sera ensuite illustrée par un court exemple.

## PRINCIPES

À la suite de plusieurs échanges lors des réunions de la communauté de pratique, nous vous transmettons le résultat de nos réflexions. Ces principes devraient guider l'élaboration d'ordonnances collectives en milieu gériatrique.

- ✚ Il est essentiel de reconnaître que les ordonnances collectives s'inscrivent à l'intérieur d'un processus d'évaluation ou d'intervention face à une préoccupation clinique particulière. Il s'agit **d'un moyen** facilitant le dépistage, l'évaluation ou l'intervention auprès de la clientèle.
- ✚ Le comité appui ainsi le principe que le rôle de l'infirmière doit dépasser la simple mise en application d'une ordonnance collective. Il ne s'agit pas uniquement d'appliquer une ordonnance collective face à un symptôme. Elle doit laisser place au jugement clinique infirmier.
- ✚ Le profil de la clientèle en centre d'hébergement est varié et les problèmes de santé des aînés sont complexes et se manifestent généralement de manière atypique. Les conditions d'application d'une ordonnance collective doivent refléter et reconnaître cette réalité.

Prenons l'exemple de l'application d'une ordonnance collective portant sur l'intervention en présence de douleur rétro sternale (DRS). Seulement un tiers des aînés qui sont atteints d'un infarctus du myocarde présente une DRS. À l'inverse, des études signalent qu'une forte proportion va présenter leur infarctus du myocarde par un delirium ou une perte d'autonomie aiguë sans DRS. Il est donc essentiel pour l'aîné hébergé que le contenu de l'ordonnance collective reflète l'état des connaissances scientifiques dans le domaine.

- ✚ L'élaboration d'une ordonnance collective doit prendre en compte les premières activités réservées de l'infirmière soit l'évaluation et la surveillance clinique. L'application de l'ordonnance collective doit exiger de l'infirmière qu'elle aille plus loin que la simple observation de la présence de symptômes.
- ✚ Les infirmières œuvrant en centre d'hébergement doivent posséder les connaissances portant sur la problématique faisant l'objet de l'ordonnance collective.
- ✚ Un guide d'accompagnement à l'ordonnance collective doit être élaboré et présenté aux infirmières afin de s'assurer de l'application judicieuse et sécuritaire de l'ordonnance collective.
- ✚ Selon les objectifs d'apprentissage reliés à l'ordonnance collective, un plan de formation devra aussi être mis en place selon les stratégies de diffusion les plus appropriées (vidéo, coaching, WebEx, entretiens cliniques, enregistrements audio, etc.). Nous vous invitons à visionner la conférence Web portant sur ce sujet à l'adresse suivante : [www.fsi.ulaval.ca/philippe.voyer](http://www.fsi.ulaval.ca/philippe.voyer) - Onglet conférence Web. Conférence 2 : *Importance de la formation pour l'application des ordonnances collectives.*

## RAPPEL

L'infirmière doit être consciente de la complexité de son activité d'évaluation lors de l'examen clinique, afin d'avoir un jugement clinique responsable (Doyon, 2009 dans Voyer, 2011). Son évaluation est complexe, car elle s'appuie sur des connaissances toujours en développement et porte sur un aîné unique dont l'état de santé est instable et qui se trouve dans un contexte clinique particulier (Voyer, 2011).

L'infirmière doit reconnaître un état pathologique à partir des signes typiques et aussi atypiques. Il faut prendre en considération que l'apparition de la problématique de santé se manifeste souvent chez l'aîné par au moins un des trois signes majeurs atypiques suivants :

- ✚ La perte d'autonomie;
- ✚ Un changement dans l'état mental;
- ✚ Un changement dans les comportements.

Il va de soi qu'une ordonnance qui s'adresse à une personne âgée doit tenir compte de ces particularités souvent observées par le personnel soignant et maintes fois démontrées sur le plan scientifique.

En tenant compte des propos énoncés, toute ordonnance collective devrait être soutenue par un guide d'accompagnement qui intégrerait les notions suivantes :

- ✚ La définition du thème abordé;
- ✚ Les manifestations cliniques typiques et atypiques;
- ✚ L'évaluation basée sur des standards de la pratique infirmière (PQRST et examen physique);
- ✚ Les différentes options thérapeutiques complémentaires à l'ordonnance collective.

## GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT DE L'EXERCICE INFIRMIER EN PRÉSENCE DE SIGNES CLINIQUES D'INFECTION URINAIRE CHEZ L'AÎNÉ

*Mise en garde : La communauté de pratique a choisi d'utiliser l'infection urinaire pour illustrer le modèle qui opérationnalise les principes. Il s'agit d'un exemple à titre indicatif pour situer l'exercice infirmier dans son rapport avec l'ordonnance collective. Plus de recherches devraient être réalisées concernant le contenu scientifique des évaluations et interventions décrites.*



## 1. INFECTIONS URINAIRES CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Nous allons nous attarder aux deux infections les plus fréquemment rencontrées chez l'ainé, soit la cystite et la pyélonéphrite.

## 2. DÉFINITION DE L'INFECTION URINAIRE

Une infection urinaire est une infection qui peut toucher une ou plusieurs parties du système urinaire : les reins, les uretères, la vessie et l'urètre. Elle est causée par la présence de microorganismes pathogènes dans les voies urinaires qui sont normalement stériles au-dessus de l'urètre.

La bactériurie<sup>1</sup> et les infections urinaires touchent plus souvent les personnes âgées de plus de 65 ans. Selon des estimations prudentes, entre 20 et 50 % des femmes ambulatoires et environ 10 % des hommes âgés de plus de 65 ans sont atteints de bactériurie asymptomatique; l'incidence atteint 50 % chez les femmes âgées de plus de 80 ans (Brunner et al., 2006).

Les infections urinaires se distinguent selon qu'elles touchent les voies urinaires inférieures ou supérieures. Dans le présent document, nous allons traiter de la cystite qui touche les voies urinaires inférieures et la pyélonéphrite qui touche les voies urinaires supérieures.

La **cystite** est une inflammation de la vessie. Elle s'accompagne toujours d'une urétrite, l'inflammation de l'urètre.

La **pyélonéphrite** désigne l'inflammation du bassinet, des tubules et du tissu interstitiel d'un rein ou des deux reins.

---

<sup>1</sup> Présence de plus de 10<sup>5</sup> bactéries par millilitre d'urine, coïncidant ou non avec un processus inflammatoire des voies urinaires.

## SIGNES CLINIQUES DES INFECTIONS URINAIRES CHEZ L'AÎNÉ

| <i>Manifestations typiques</i>   | <i>Manifestations atypiques</i>  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hyper ou hypothermie</li> <li>● Frissons</li> <li>● Miction               <ul style="list-style-type: none"> <li>Dysurie<sup>2</sup></li> <li>Sensation de brûlure lors de la miction</li> <li>Pollakiurie<sup>3</sup></li> <li>Urgence mictionnelle</li> <li>Incontinence urinaire</li> </ul> </li> <li>● Urine               <ul style="list-style-type: none"> <li>Présence de pus ou de sang dans l'urine</li> <li>Urine trouble</li> <li>Forte odeur</li> </ul> </li> <li>● Tension ou malaise dans la zone sus-pubienne pour la cystite et dans la zone lombaire pour la pyélonéphrite</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Modification de l'état mental, delirium, léthargie</li> <li>● Perte d'autonomie</li> <li>● Changements de comportements</li> <li>● Chute</li> <li>● Absence de :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Fièvre moins élevée ou absente</li> <li>Frissons</li> <li>Odeur forte de l'urine</li> </ul> </li> <li>● Douleur vague et moins circonscrite à la zone sus-pubienne ou lombaire</li> <li>● Fatigue</li> <li>● Perte d'appétit</li> <li>● Nausées, vomissements</li> <li>● Seulement 20 % des aînés ont comme plainte dominante un changement urinaire</li> </ul> |

Voyer (2011, p. 144)

### Au bâtonnet réactif, il y a présence de :

- Leucocytes
- Nitrites
- Globules rouges<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Difficulté à la miction

<sup>3</sup> Fréquence exagérée des mictions ne coïncidant pas nécessairement avec l'augmentation du volume total des urines.

<sup>4</sup> Hématurie macroscopique : émission par l'urètre de sang mélangé intimement à une plus ou moins grande proportion d'urine et qui est visible à l'œil nu.

### 3. ÉVALUATION

Le rôle de l'infirmière en présence de symptômes urinaires est d'abord et avant tout d'évaluer la situation clinique. Elle procèdera à un examen clinique incluant l'examen physique de l'abdomen. Selon le résultat de son examen clinique, elle complètera son évaluation par une analyse chimique (par bandelettes) de l'urine dans le but de détecter la présence de nitrites, leucocytes ou sang.

## EXAMEN CLINIQUE

La première étape est de réaliser l'anamnèse, ce qui est généralement fait par la méthode du P-Q-R-S-T. Lors de l'anamnèse, l'infirmière va porter une attention particulière aux signes atypiques gériatriques majeurs (changement de l'état mental, perte d'autonomie, changement de comportement) et aux autres manifestations atypiques. Les signes vitaux seront également mesurés et par la suite, l'infirmière effectuera l'examen physique.

À l'**inspection**, l'infirmière va débuter par évaluer l'état mental (capacité d'attention et état de conscience) et porter une attention aux signes urinaux observables tels que :

### Miction :

- Couleur
  - Présence de sang : rouge
  - Présence de pus : jaunâtre et verdâtre
- Odeur
  - Nauséabonde et plus prononcée, fétide
- Limpidité
  - Plus opaque
- Fréquence
  - Pollakiurie : miction excessive en petites quantités
- Quantité :
  - Anurie (< que 300 ml/24 heures)
- Inspection de l'abdomen
  - Forme : présence d'une bosse arrondie, protubérante au niveau de la zone sus-pubienne (globe vésical)
- **Auscultation** de l'abdomen : sans particularité en lien avec l'infection urinaire
- **Percussion** de l'abdomen :
  - Percussion de la zone sus-pubienne pour identifier un globe vésical
- **Palpation** de l'abdomen :
  - Recherche d'une douleur ou d'un malaise au niveau sus-pubien (r/a cystite) par la palpation

Recherche d'une douleur ou d'un malaise au niveau lombaire (r/a pyélonéphrite) : test de l'ébranlement rénal<sup>5</sup> (punch rénal)

---

<sup>5</sup> Test de percussion qui consiste à placer une main sur le rein opposé et de donner un petit coup pour l'ébranler. L'objectif est de détecter une douleur ou un malaise significatif pouvant indiquer une inflammation du rein.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE FACULTATIF

Il existe des tests sur l'urine avec des bâtonnets réactifs (Chemstrip, Labstick).

Lors de l'évaluation des troubles des voies urinaires, l'une des premières épreuves effectuées est l'évaluation de l'urine avec des bâtonnets réactifs. Les paramètres lus à la bandelette sont : les leucocytes, les nitrites, les protéines, le pH, le sang, la densité, les corps cétoniques, le glucose, la bilirubine et l'urobilinogène. Une infection urinaire est démontrée par la présence de leucocytes, nitrites et sang.

L'utilité de ces bâtonnets réactifs est en lien avec la fiabilité des résultats donnés par les bandelettes. Plusieurs études ont été réalisées dans des centres d'hébergement (Ouslander, 1995; Arinzon, Peisakh, Shuval, Shabat, & Berner, 2008) ou à l'hôpital (Loffler, Poulain, Baron, Menard, Roger, & Roudier, 1996). Ainsi, la sensibilité est de 90 % et la spécificité s'élève à 92 % (Ouslander, 1996). Selon les études, la valeur prédictive positive (vrai positif) a été estimée entre 71 et 81 %, et la valeur prédictive négative (vrai négatif) s'élevait entre 60 et 95 %, ce qui est élevé.

Les auteurs des trois études concluent qu'un test avec bandelette n'est pas suffisant pour affirmer avec certitude qu'il n'y a pas une infection urinaire en présence d'un résultat négatif. Il s'agit d'une donnée complémentaire pertinente pour mieux interpréter les signes et symptômes présents. Un test positif devrait entraîner un examen sommaire SMU microscopie des urines DCA.

## 4. CONSULTATION MÉDICALE IMMÉDIATE VERSUS INITIATION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE

Suite à l'évaluation clinique, il y a deux conduites possibles de l'infirmière.

### **Conduite A : Signes cliniques d'infection urinaire**

En présence de signes cliniques évidents d'une infection urinaire, la communauté de pratique recommande de faire un appel immédiat au médecin afin de ne pas retarder l'initiation du traitement. En plus de cela, l'infirmière doit ajuster le PTI afin de modifier les interventions.

### **Conduite B : absence de signes cliniques évidents d'infection urinaire, mais présence de signes cliniques atypiques.**

Dans ce cas, les manifestations cliniques témoignent d'une perturbation possible de l'état de santé de l'ainé, par contre, il y a absence de signes cliniques évidents d'infection urinaire. Dans ces circonstances, la communauté de pratique recommande que l'infirmière inscrive au PTI la manifestation clinique dominante. Par exemple, elle inscrit un changement de comportement, un changement de l'état mental ou une perte d'autonomie aiguë.

De plus, en présence de signes atypiques d'infection urinaire et d'éventuels antécédents d'infection urinaire, il est conseillé d'appliquer l'ordonnance collective. L'infirmière doit aussi réaliser son évaluation par rapport aux symptômes présents, en **tenant** compte des maladies chroniques du résident. L'infirmière doit également déterminer la surveillance clinique et transmettre au médecin les signes cliniques, les résultats du test urinaire et les éléments de surveillance.

Il est important de savoir que, chez l'ainé, la combinaison dysurie, miction impérieuse et pollakiurie, est souvent absente en présence d'infection urinaire. Le delirium, la perte d'autonomie et l'incontinence urinaire étant les manifestations cliniques les plus fréquentes de l'infection urinaire gériatrique.

## **5. DIFFÉRENTES OPTIONS THÉRAPEUTIQUES**

Un guide d'accompagnement devrait également présenter les interventions complémentaires afin de guider l'infirmière dans la détermination des interventions à mettre en place. Dans le cadre de l'infection urinaire, les interventions ont pour but d'assurer le confort, l'hydratation et l'hygiène, de maximiser le traitement médicamenteux, d'éviter les complications et de favoriser le rétablissement. Par la suite, l'infirmière devra revoir les soins quotidiens afin de contrer les facteurs prédisposants et éviter les récives.

## CONCLUSION

La communauté de pratique sur les soins aux aînés en centre d'hébergement a pour mandat de collaborer à l'avancement des soins infirmiers à l'aîné en centre d'hébergement. Ce document vise à démontrer que le fait de déterminer l'application d'une ordonnance collective demande à ce que l'infirmière possède un niveau de compétences élevé. Les compétences doivent être relatives à la spécificité de la gériatrie, en termes de connaissances théoriques et de pratique clinique. Les compétences de l'infirmière doivent lui permettre de réaliser un examen clinique de l'aîné, d'interpréter les signes et symptômes avec rigueur et justesse et de déterminer avec précision les interventions à mettre en œuvre.

Ainsi, le développement des ordonnances collectives pour les aînés en centre d'hébergement relève d'une démarche particulièrement complexe. Il est clair que le contenu de chaque ordonnance doit respecter les spécificités de la clientèle et les données probantes. De plus, chaque ordonnance devrait être complétée par un guide d'accompagnement afin d'assurer l'application judicieuse et sécuritaire de l'ordonnance collective par les infirmières. Le guide d'accompagnement permet de soutenir le jugement clinique de l'infirmière, de donner de l'information sur les meilleures pratiques et d'énoncer également les attentes quant à la pratique clinique des infirmières.

## RÉFÉRENCES

- Arinzon, Z., Peisakh, A., Shuval, I., Shabat, S., & Berber, Y.N. (2008). Detection of urinary tract infection (UTI) in long-term care setting : Is the multireagent strip an adequate diagnostic tool ? Archives of gerontology and Geriatrics, 48, pp. 227-231
- Brûlé, M., et Cloutier, L. (2002). L'examen clinique dans la pratique infirmière. St-Laurent : Édition du renouveau pédagogique inc.
- Brunner, L.S., Smeltzer, S.C., Bare, Brenda, Suddarth, D. (2006). Soins infirmiers en médecine et en chirurgie : 4. Fonctions rénale et reproductive. Boucherville (Canada) : Éditions du Renouveau pédagogique. 73-94.
- Chabot-Henry, C., Slimani, S., Tenebay, C. (2004) Infections urinaires nosocomiales chez les personnes âgées, Soins gérontologie, no 49, septembre-octobre.
- Garnier, M., Delamare, V., Delamare J., Delamare-Riche, T. Dictionnaire des termes de médecine. 22e Éd., Paris, Maloine.
- Kozier, Erb, Berman et Snyder (2005) Théorie et pratique volume 2, chapitre 47 : Élimination intestinale. Éditions ERPI, Pp : 1529-1570.
- Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., Dirksen, S. R. (2003) Médecine et chirurgie, troubles de la fonction urinaire, Beauchemin, 4 tomes.
- Loffler, V., Poulain, V., Baron, E., Menard, A.M., Roger, M., Abramovitch, C., & Despoisse, J.M. (1996). La validité des bandelettes urinaires : étude prospective pour le diagnostic des infections urinaires en institution gériatrique. La Revue de Gériatrie, 21, 1, pp. 7 – 14.
- Marieb, Élane N., Biologie humaine. Système digestif et métabolisme: Édition ERPI. Adaptation française : René Lachaine.
- Ouslander, J., Schapira, M., Fingold, S., & Schnelle, J. (1995). Accuracy of rapid urine screening tests among incontinent nursing home residents with asymptomatic bacteriuria. J Am Geriatr Soc 43, pp. 772–775
- Voyer, P. (2011) L'examen clinique de l'aîné : Guide d'évaluation et de surveillance clinique. Éditions ERPI, pp : 18-22.
- Voyer, P. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSDL. Saint-Laurent, Éditions du Renouveau pédagogique Inc.

### Sites Internet

- ✚ <http://www.medecine.uottawa.ca/DocZone/Data/Examen%20abdomen%202010.ppt#47>
- ✚ [http://www.sphere-sante.com/incontinence-glossaire/syndrome\\_d\\_urgences\\_mictionnelles.html](http://www.sphere-sante.com/incontinence-glossaire/syndrome_d_urgences_mictionnelles.html)
- ✚ <http://www.urologieversailles.org/glossaire.html#F>
- ✚ [http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/agitation-du-sujet-age-281.html le 4 juin 2010.](http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/agitation-du-sujet-age-281.html le 4 juin 2010)