

Elsevier eLibrary

www.elsevierelibrary.fr

GUIDE DE L'UTILISATEUR

Ce document est confidentiel et propriété d'Elsevier. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, enregistrée ou transmise sous quelque forme que ce soit, sans l'autorisation préalable d'Elsevier.

Tous les efforts ont été faits pour s'assurer que les informations contenues dans ce document sont exactes. Cependant, Elsevier décline toute responsabilité pour les erreurs qui pourraient apparaître dans ce document.

La eLibrary vous propose deux options de lecture : lecture en ligne ou lecture hors ligne.

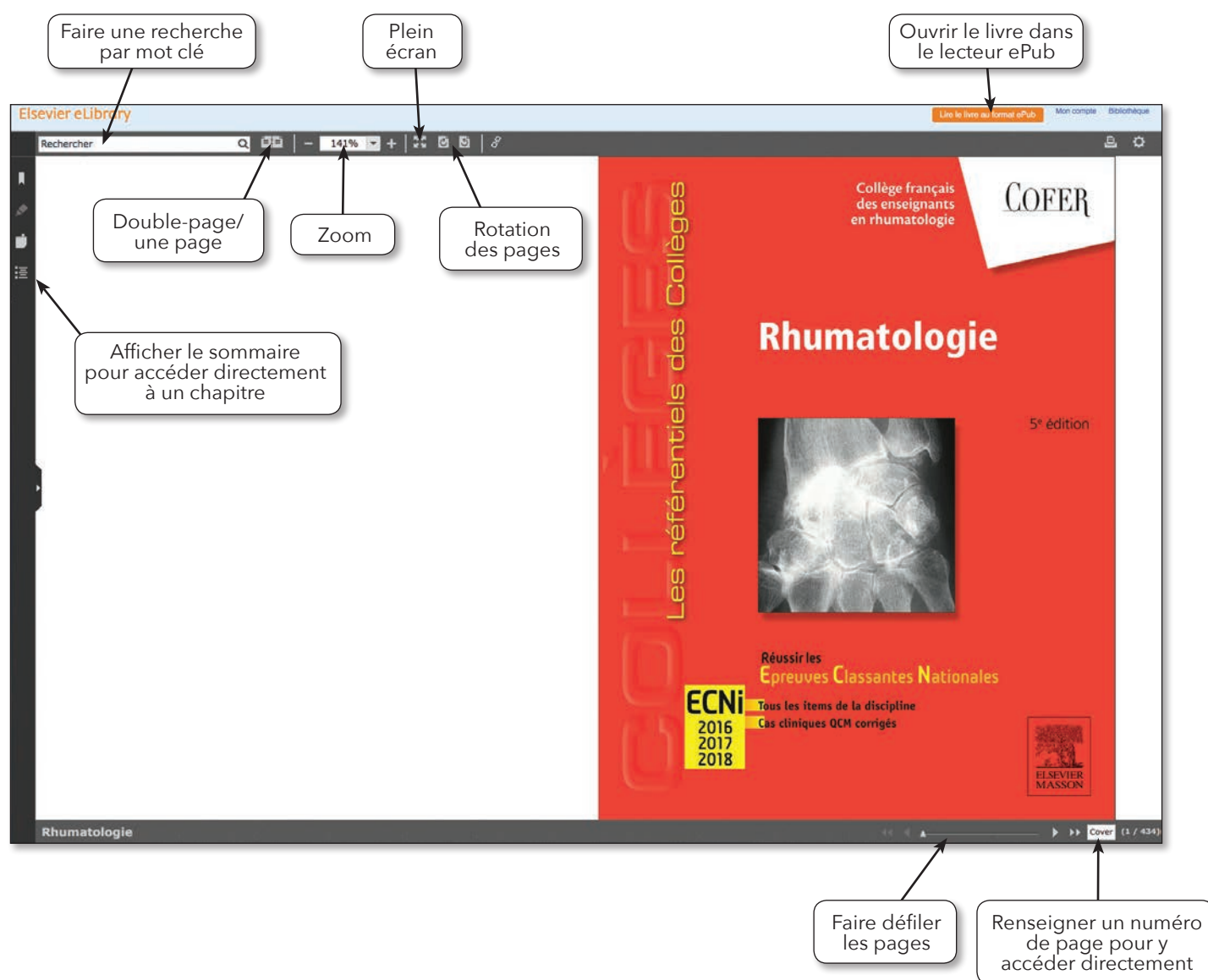
1. LECTURE EN LIGNE

La plupart des titres disponibles sur la plateforme sont lisibles au **format PDF** ou au **format ePub**.

NB : par défaut les livres s'ouvrent dans le lecteur PDF.

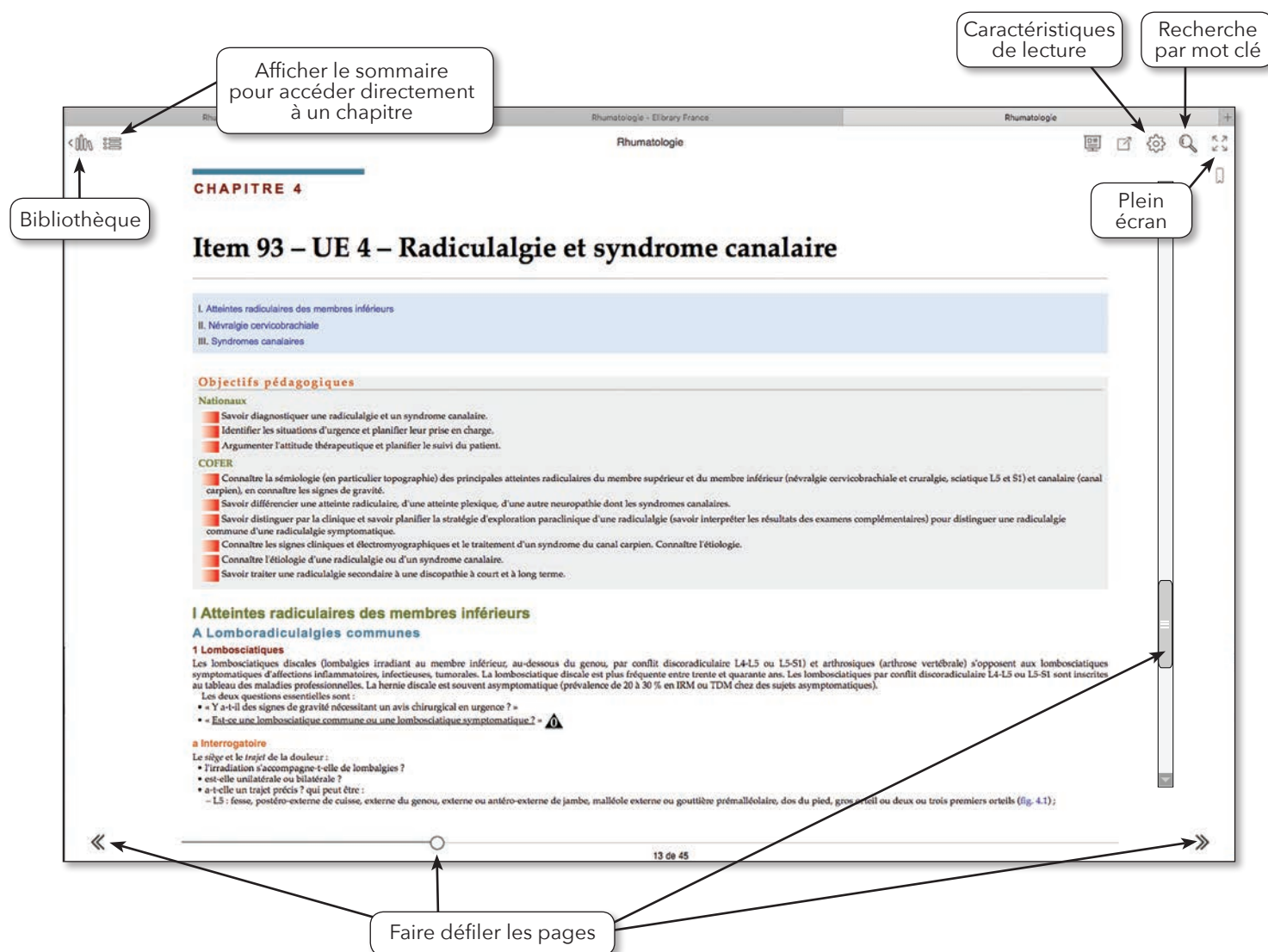
1.1 LE LECTEUR PDF

Les icônes figurant sur les barres d'outils horizontale et verticale vous permettent de modifier la présentation du livre ou de naviguer dans ce dernier à votre convenance.



1.2 LECTEUR EPUB

NB : certains titres ne sont pas disponibles dans ce format.



2. LECTURE HORS LIGNE

2.1 VOTRE ÉTABLISSEMENT A UN ENT

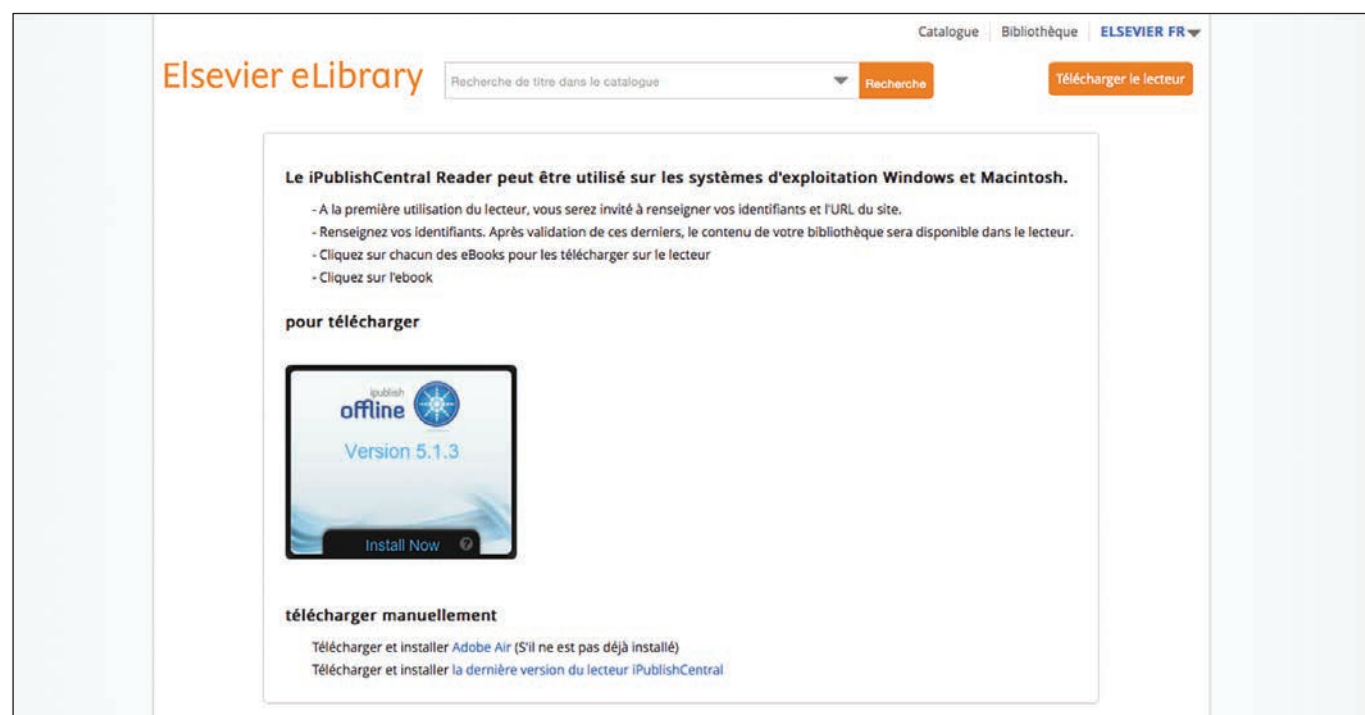
2.1.1 Lecture hors ligne sur un ordinateur

Connectez-vous sur la plateforme via l'ENT.

Cliquez sur «Télécharger le lecteur» en haut à droite de l'écran.



Suivez les instructions pour installer le lecteur.



Revenez sur la fiche de présentation du livre et sélectionnez «lire hors ligne».

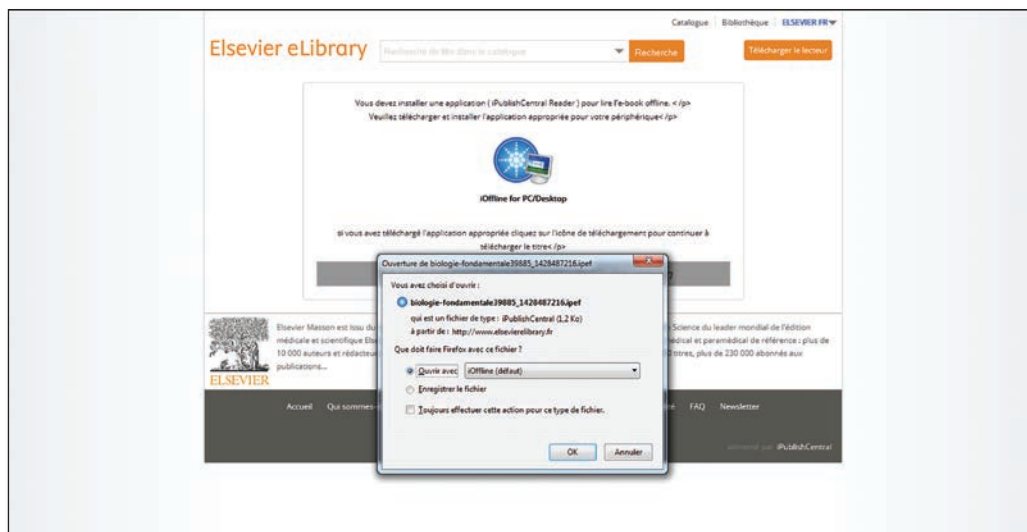
The screenshot shows the product details page for 'Biologie fondamentale et génétique' (Unité d'enseignement 2.1) by Catherine Desassis and Hélène Labrousse-Piquet. The page includes a search bar, a 'Télécharger le lecteur' button, and a 'Lire sur' section with icons for various devices. The 'Lire Hors ligne' option is circled in red. A sidebar on the right contains two numbered questions: '1. Qu'est-ce qu'un ebook ?' and '2. Est-il lisible sur mon terminal ?'. The bottom of the page features a 'Texte' tab, a 'Présentation' tab, and a 'Références du livre' section with the ISBN 13 9782294729331.

Cliquez sur la flèche verte pour télécharger l'ebook.

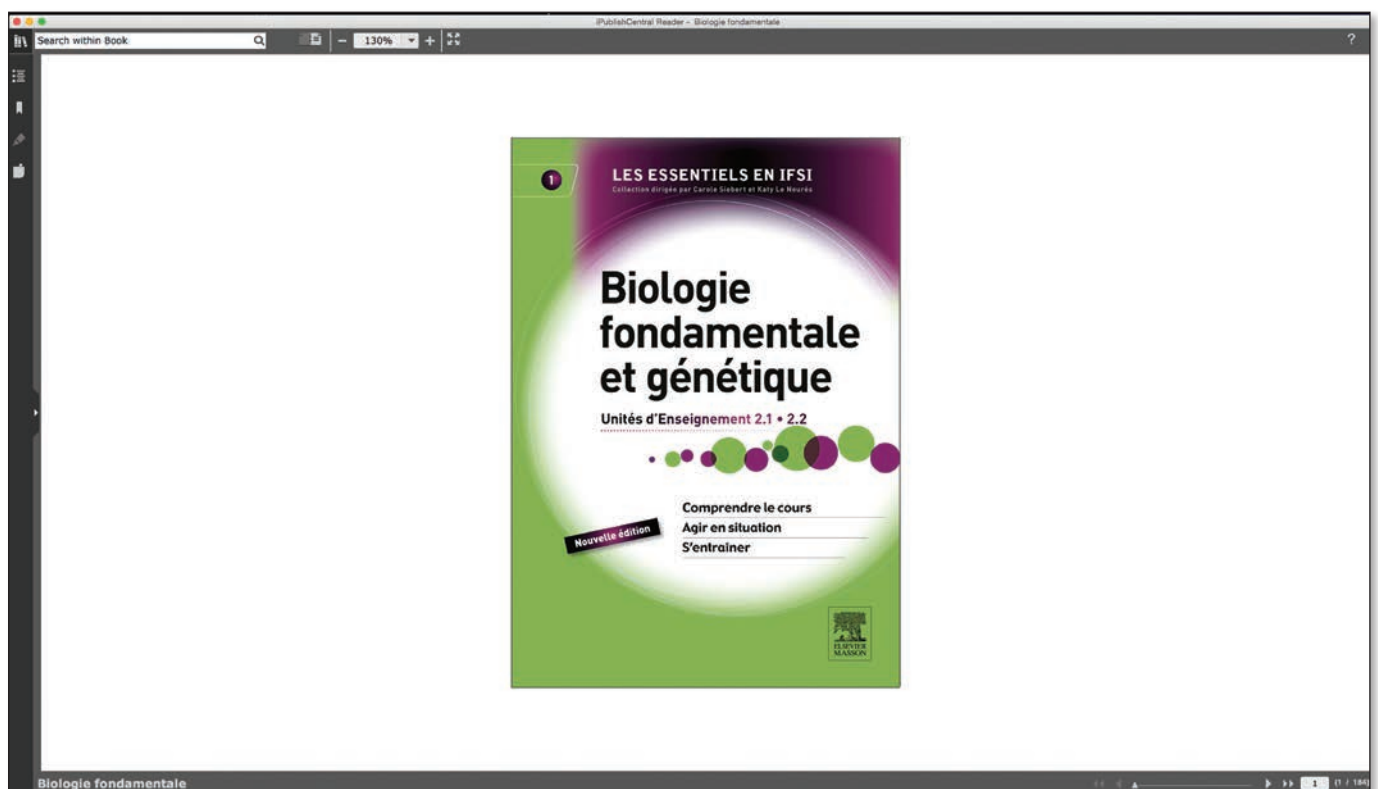
Attention : le livre ne peut être téléchargé qu'une fois par session.

The screenshot shows a page with instructions for downloading the ebook. It states: 'Vous devez installer une application (iPublishCentral Reader) pour lire l'e-book offline. Veuillez télécharger et installer l'application appropriée pour votre périphérique'. Below this is an icon for 'iOffline for PC/Desktop'. The text continues: 'si vous avez téléchargé l'application appropriée cliquez sur l'icône de téléchargement pour continuer à télécharger'. A green download arrow icon is circled in red, with the text 'le titre' above it. At the bottom, a grey banner reads: 'Ce livre ne peut être téléchargé qu'une seule fois par session'.

Choisissez « ouvrir avec iOffline ».

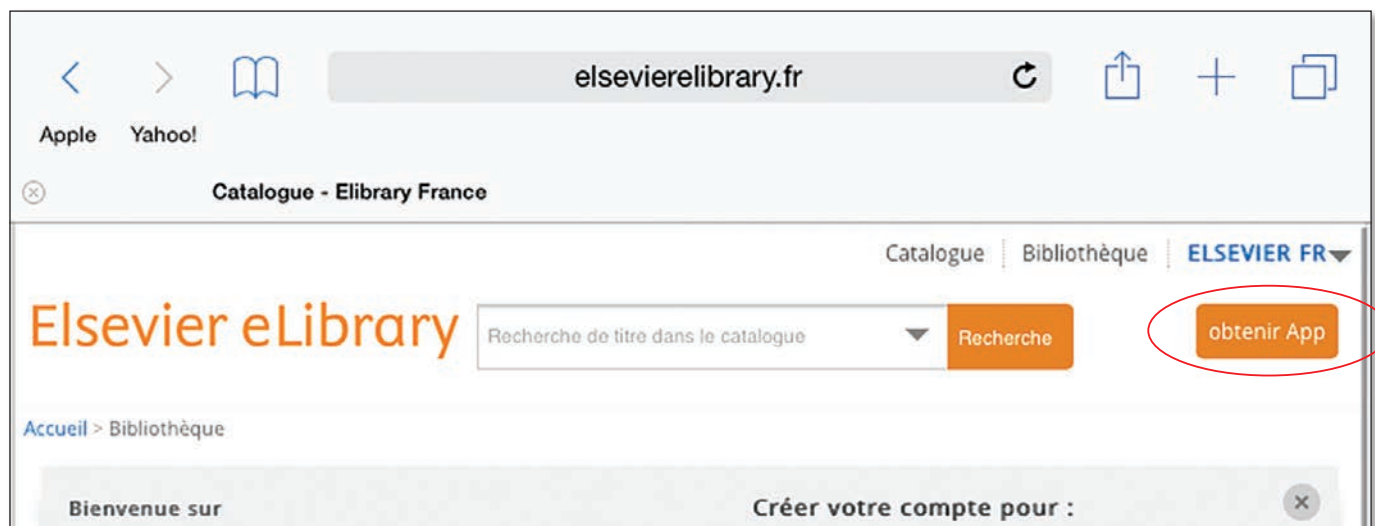


Le livre apparaît dans le reader.



2.1.2 Lecture hors ligne sur une tablette

Connectez-vous à la plateforme qui héberge les ebooks via l'ENT de votre établissement. Cliquez sur « obtenir App » en haut à droite de l'écran.



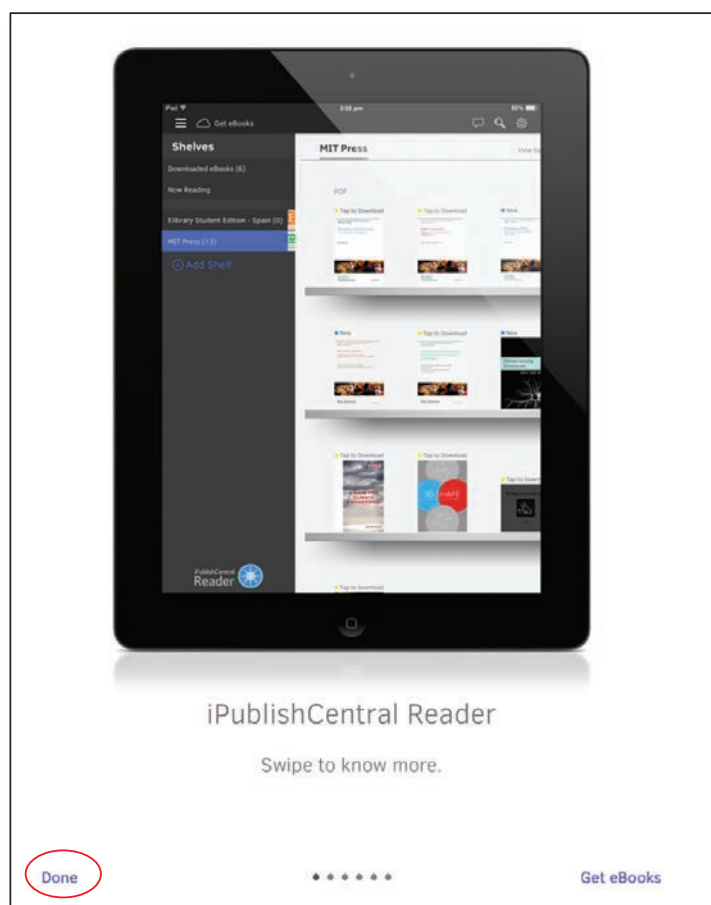
Téléchargez l'application qui apparaît dans votre App store.



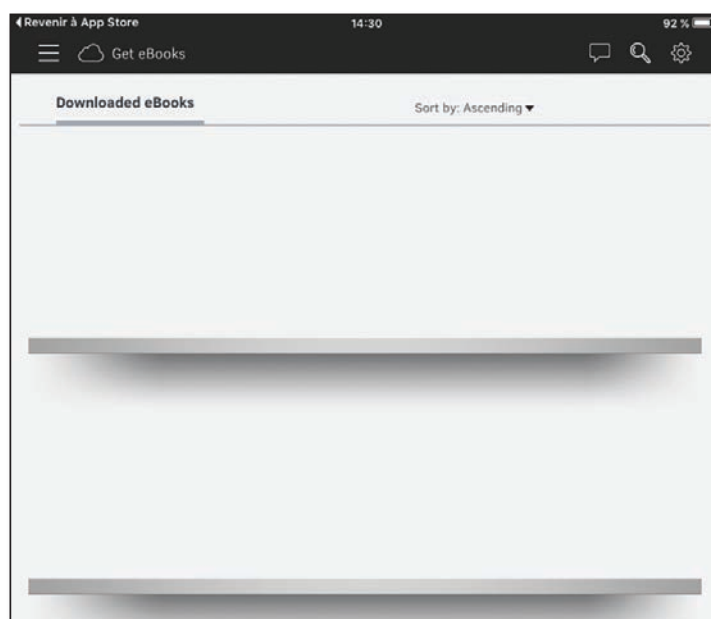
Une fois l'application téléchargée, cliquez sur « Done ».

NB : Le chargement des livres ne se fait pas depuis l'application mais depuis la eLibrary.

Ne pas cliquer sur « Get eBooks ».



La bibliothèque du lecteur hors ligne s'affiche.



Sélectionner «lire hors ligne» sur la fiches du livre.

Catalogue | Bibliothèque | ELSEVIER FR ▼

Elsevier eLibrary

Recherche de titre dans le catalogue ▼ Recherche

obtenir App

Vous êtes connecté ELSEVIER FR

Accueil > Résultats de recherche rapide > Product Details



Rhumatologie

De (auteur), COFER

☆☆☆☆☆ (0 évaluation)

Format : Livre électronique

Lire sur :   

[Lire en ligne](#) [lire Hors ligne](#)


1 Qu'est-ce qu'un ebook ?

2 Est-il lisible sur mon terminal ?

Cliquez sur la flèche verte pour télécharger l'ebook.


Vous êtes connecté ELSEVIER FR

Vous devez installer une application (iPublishCentral Reader) pour lire l'e-book offline.
Veuillez télécharger et installer l'application appropriée pour votre périphérique



iOffline for iPad

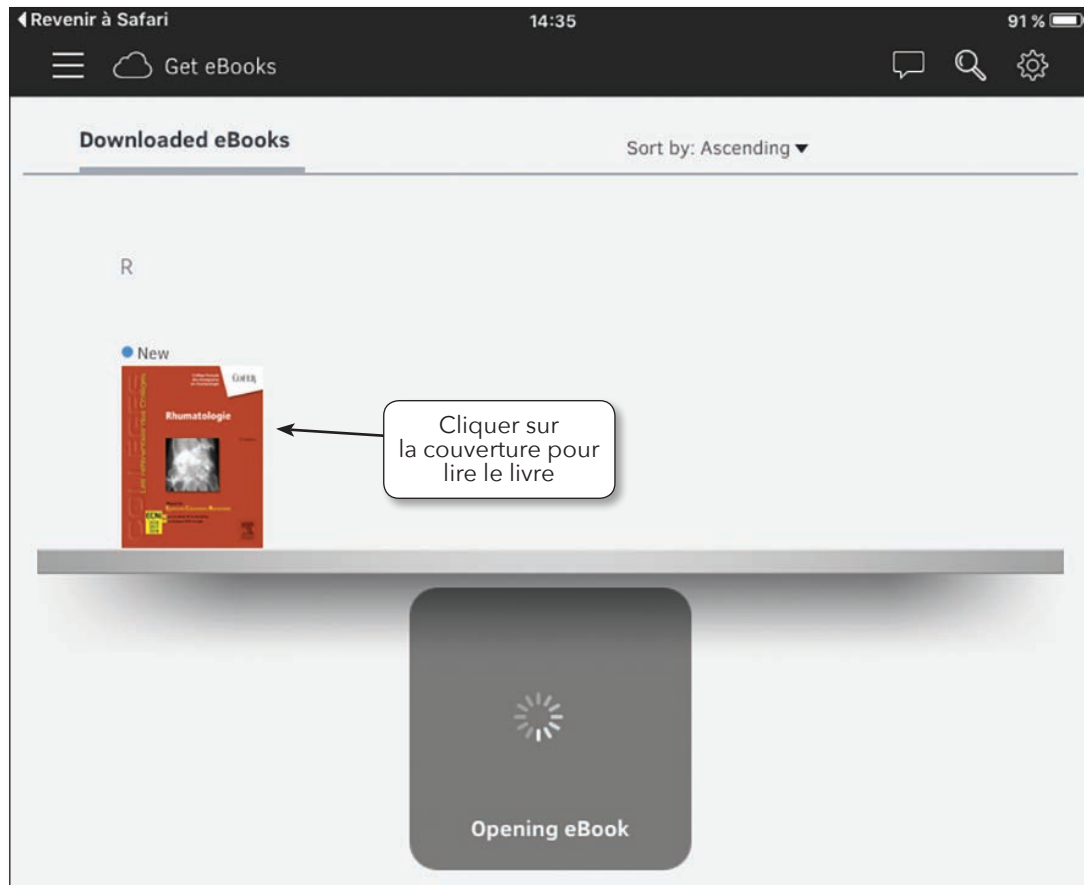
si vous avez téléchargé l'application appropriée cliquez sur l'icône de téléchargement pour continuer à télécharger le titre



Sélectionnez « Ouvrir dans «Reader» ».



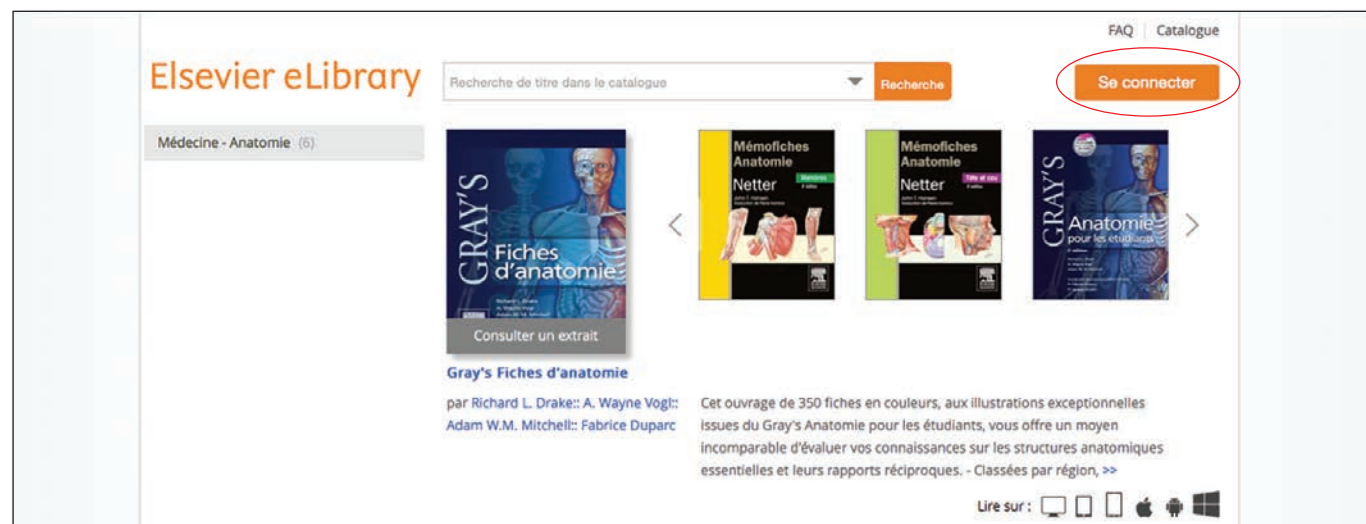
Le livre **au format ePub** est chargé dans le reader.



2.2 ÉTABLISSEMENT SANS ENT : IDENTIFICATION PAR NUMÉRO DE CARTE DE BIBLIOTHÈQUE

2.2.1 Connexion

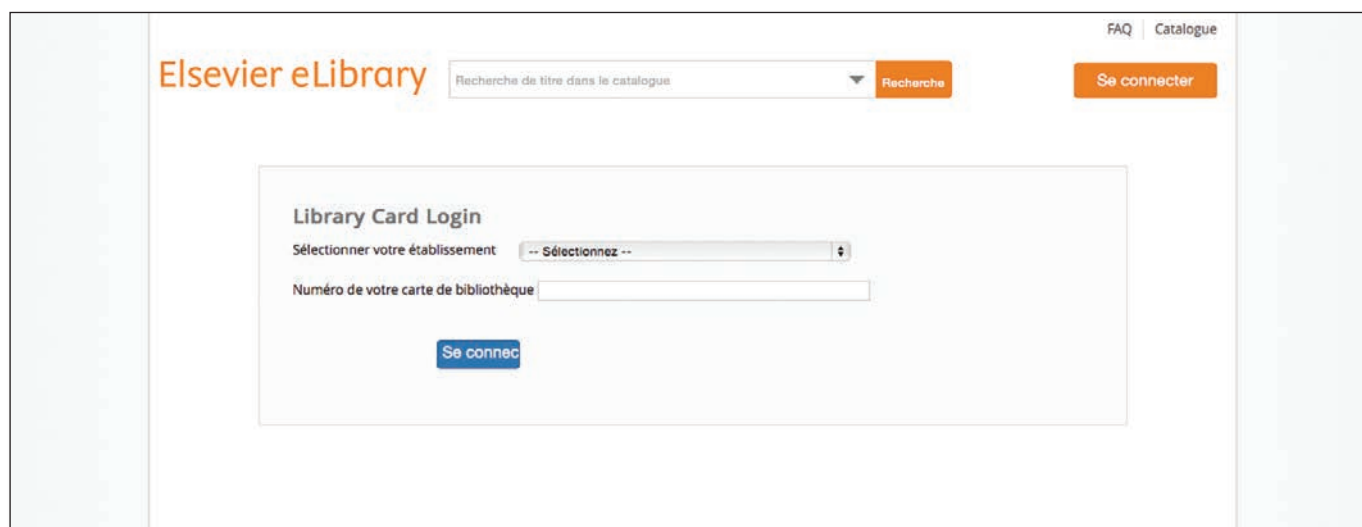
Connectez-vous à www.elsevierelibrary.fr et cliquez sur «Se connecter».



Identifiez-vous en cliquant sur «Votre numéro de carte de bibliothèque».



Sélectionner votre établissement et renseignez vous numéro de carte de bibliothèque.



The screenshot shows the Elsevier eLibrary website interface. At the top left is the 'Elsevier eLibrary' logo. To its right is a search bar with the placeholder text 'Recherche de titre dans le catalogue' and a 'Recherche' button. Further right are links for 'FAQ' and 'Catalogue', and a 'Se connecter' button. The main content area is titled 'Library Card Login'. It contains a label 'Sélectionner votre établissement' followed by a dropdown menu showing '-- Sélectionnez --'. Below this is a label 'Numéro de votre carte de bibliothèque' followed by a text input field. At the bottom of this section is a blue 'Se connecter' button.

2.2.2 Lecture hors ligne sur un ordinateur

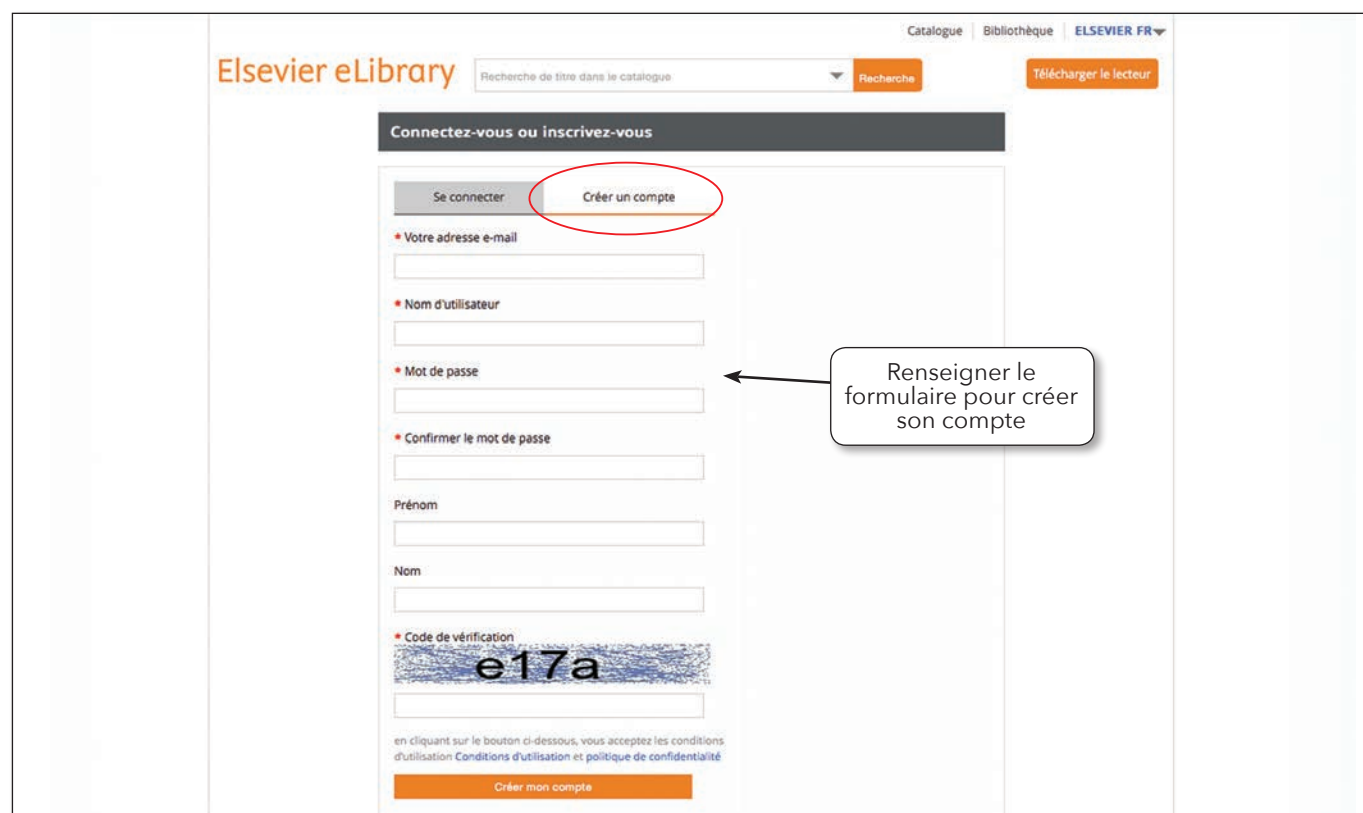
Voir 2.1.1 page 5.

2.2.3 Lecture hors ligne sur une tablette

Voir 2.1.2 page 8.

3. CRÉER UN COMPTE POUR ACCÉDER À DES FONCTIONNALITÉS SUPPLÉMENTAIRES

Sur la page d'accueil du site, en haut à côté du nom de votre établissement, cliquez sur la flèche puis sur « S'identifier ». Renseignez ensuite le formulaire « Créer un compte » et validez.




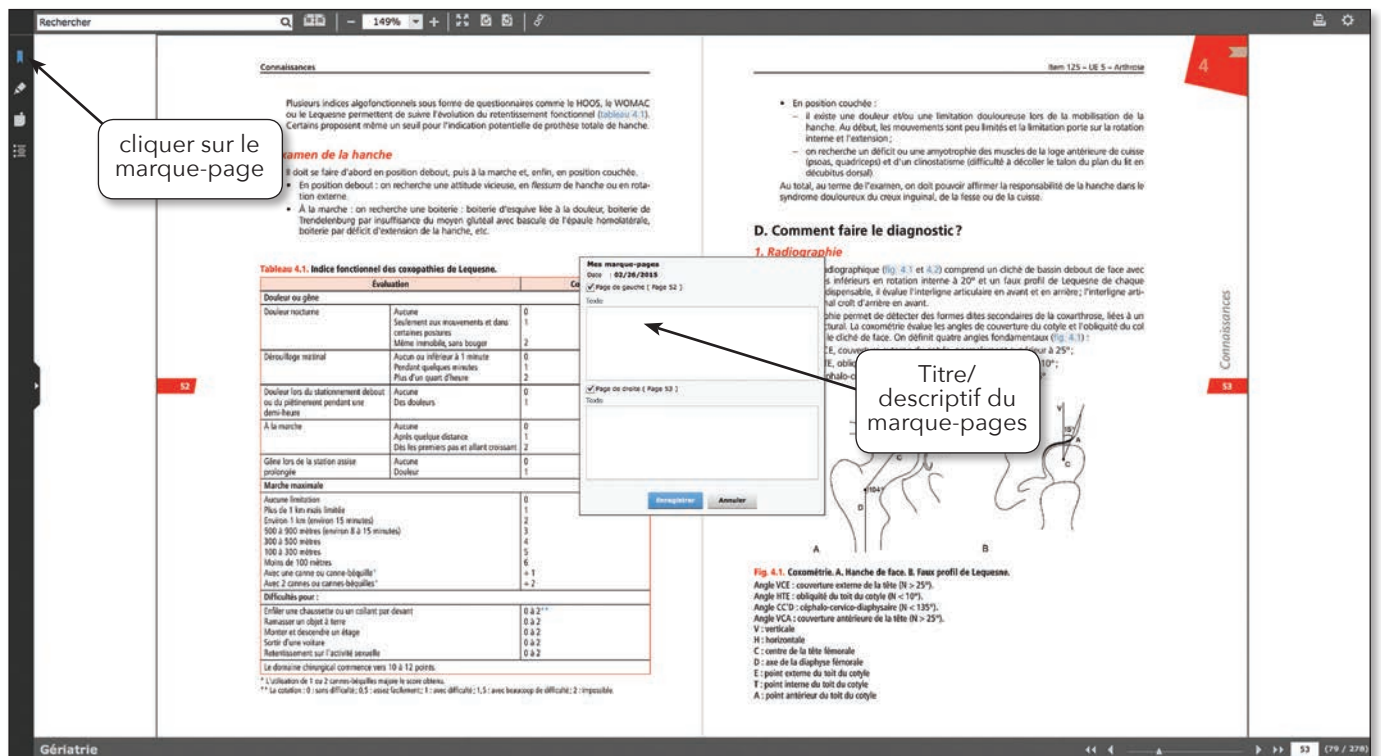
4. LES FONCTIONNALITÉS SUPPLÉMENTAIRES

Vous devez impérativement vous identifier pour pouvoir accéder à ces fonctionnalités
Si vous n'avez pas d'identifiant, voir page 14.

LIVRES AU FORMAT PDF

4.1 MARQUE-PAGE

Pour marquer la page d'un livre, cliquez sur  dans la colonne à gauche de l'écran. Une boîte de dialogue s'ouvre. Inscrivez l'intitulé du marque-page et enregistrez.



cliquer sur le marque-page

Titre/descriptif du marque-pages

Rechercher

149%

Connaissances

Item 125 - UE 5 - Arthrose

4

En position couchée :

- il existe une douleur et/ou une limitation douloureuse lors de la mobilisation de la hanche. Au début, les mouvements sont peu limités et la limitation porte sur la rotation interne et l'extension ;
- on recherche un déficit ou une amyotrophie des muscles de la loge antérieure de cuisse (psoas, quadriceps) et d'un cinostase (difficulté à décoller le talon du plan du lit en décubitus dorsal).

Au total, au terme de l'examen, on doit pouvoir affirmer la responsabilité de la hanche dans le syndrome douloureux du creux inguinal, de la fesse ou de la cuisse.

D. Comment faire le diagnostic ?

1. Radiographie

L'examen radiographique (fig. 4.1 et 4.2) comprend un cliché de bassin debout de face avec les membres inférieurs en rotation interne à 20° et un faux profil de Lequesne de chaque hanche - indispensable, il évalue l'interligne articulaire en avant et en arrière ; l'interligne articulaire normal croît d'arrière en avant.

La radiographie permet de détecter des formes dites secondaires de la coxarthrose, liées à un vice architectural. La coxométrie évalue les angles de couverture du coxyle et l'obliquité du col fémoral sur le cliché de face. On définit quatre angles fondamentaux (fig. 4.1) :

- angle VCE : couverture externe du coxyle, normalement supérieur à 25° ;
- angle HTE : obliquité du toit du coxyle (N = 10°) ;
- angle CC'D : céphalo-cervico-diaphysaire (N = 135°) ;
- angle VCA : couverture antérieure de la tête (N = 25°).

V : verticale
 H : horizontale
 C : centre de la tête fémorale
 D : axe de la diaphyse fémorale
 E : point externe du toit du coxyle
 T : point interne du toit du coxyle
 A : point antérieur du toit du coxyle

Fig. 4.1. Coxométrie. A. Hanche de face. B. Faux profil de Lequesne.

Angle VCE : couverture externe de la tête (N = 25°).
 Angle HTE : obliquité du toit du coxyle (N = 10°).
 Angle CC'D : céphalo-cervico-diaphysaire (N = 135°).
 Angle VCA : couverture antérieure de la tête (N = 25°).

V : verticale
 H : horizontale
 C : centre de la tête fémorale
 D : axe de la diaphyse fémorale
 E : point externe du toit du coxyle
 T : point interne du toit du coxyle
 A : point antérieur du toit du coxyle

Tableau 4.1. Indice fonctionnel des coxarthroses de Lequesne.

Évaluation	Cotation	
Douleur ou gêne		
Douleur nocturne	Aucune Seulement aux mouvements et dans certaines postures Même insupportable, sans bouger	0 1 2
Dérouillage matinal	Aucun ou inférieur à 1 minute Pendant quelques minutes Plus d'un quart d'heure	0 1 2
Douleur lors du stationnement debout ou du glissement pendant une demi-heure	Aucune Des douleurs	0 1
À la marche	Aucune Après quelques distances Dès les premiers pas et allant croissant	0 1 2
Gêne lors de la station assise prolongée	Aucune Douleur	0 1
Marche maximale		
Aucune limitation Plus de 1 km mais limitée Évolution 1 km (environ 15 minutes) 500 à 900 mètres (environ 15 à 20 minutes) 300 à 500 mètres 100 à 300 mètres Moins de 100 mètres Avec 2 cannes ou cannes-bâilles*	0 1 2 3 4 5 6 +1 +2	
Difficultés pour :		
Enfiler une chaussure ou un collant par devant	0 à 2**	
Ramasser un objet à terre	0 à 2	
Monter et descendre un étage	0 à 2	
Sortir d'une voiture	0 à 2	
Rekennement sur l'activité sexuelle	0 à 2	

Le domaine chirurgical commence vers 10 à 12 points.

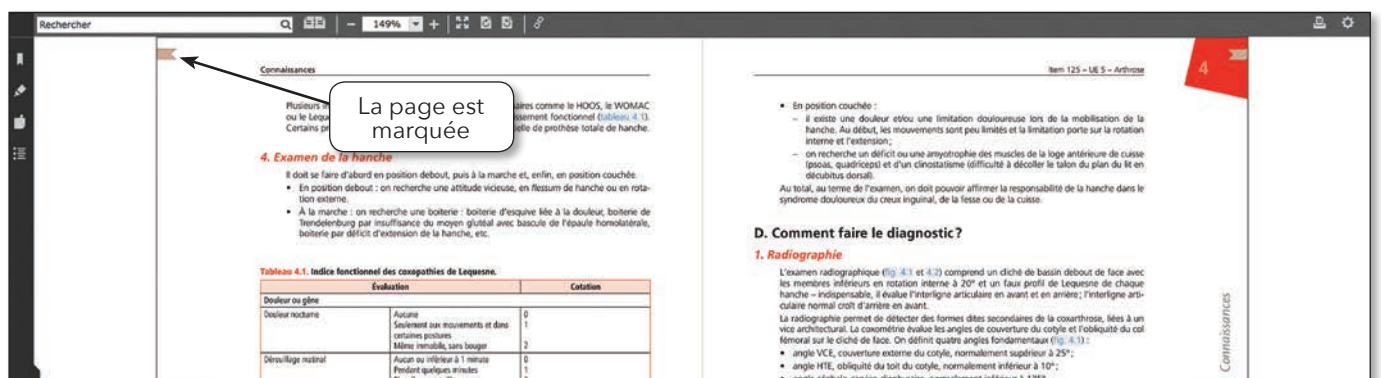
* L'utilisation de 1 ou 2 cannes-bâilles marque le score obtenu.

** 0 : facile ; 1 : sans difficulté ; 0,5 : avec difficulté ; 1,5 : avec beaucoup de difficulté ; 2 : impossible.

Gériatrie

79 / 278

Le symbole  apparaît sur la page marquée.



La page est marquée

Rechercher

149%

Connaissances

Item 125 - UE 5 - Arthrose

4

En position couchée :

- il existe une douleur et/ou une limitation douloureuse lors de la mobilisation de la hanche. Au début, les mouvements sont peu limités et la limitation porte sur la rotation interne et l'extension ;
- on recherche un déficit ou une amyotrophie des muscles de la loge antérieure de cuisse (psoas, quadriceps) et d'un cinostase (difficulté à décoller le talon du plan du lit en décubitus dorsal).

Au total, au terme de l'examen, on doit pouvoir affirmer la responsabilité de la hanche dans le syndrome douloureux du creux inguinal, de la fesse ou de la cuisse.

D. Comment faire le diagnostic ?

1. Radiographie

L'examen radiographique (fig. 4.1 et 4.2) comprend un cliché de bassin debout de face avec les membres inférieurs en rotation interne à 20° et un faux profil de Lequesne de chaque hanche - indispensable, il évalue l'interligne articulaire en avant et en arrière ; l'interligne articulaire normal croît d'arrière en avant.

La radiographie permet de détecter des formes dites secondaires de la coxarthrose, liées à un vice architectural. La coxométrie évalue les angles de couverture du coxyle et l'obliquité du col fémoral sur le cliché de face. On définit quatre angles fondamentaux (fig. 4.1) :

- angle VCE : couverture externe du coxyle, normalement supérieur à 25° ;
- angle HTE : obliquité du toit du coxyle, normalement inférieur à 10° ;
- angle céphalo-cervico-diaphysaire, normalement inférieur à 135°.

V : verticale
 H : horizontale
 C : centre de la tête fémorale
 D : axe de la diaphyse fémorale
 E : point externe du toit du coxyle
 T : point interne du toit du coxyle
 A : point antérieur du toit du coxyle

Fig. 4.1. Coxométrie. A. Hanche de face. B. Faux profil de Lequesne.

Angle VCE : couverture externe de la tête (N = 25°).
 Angle HTE : obliquité du toit du coxyle (N = 10°).
 Angle CC'D : céphalo-cervico-diaphysaire (N = 135°).
 Angle VCA : couverture antérieure de la tête (N = 25°).

V : verticale
 H : horizontale
 C : centre de la tête fémorale
 D : axe de la diaphyse fémorale
 E : point externe du toit du coxyle
 T : point interne du toit du coxyle
 A : point antérieur du toit du coxyle

Tableau 4.1. Indice fonctionnel des coxarthroses de Lequesne.

Évaluation	Cotation	
Douleur ou gêne		
Douleur nocturne	Aucune Seulement aux mouvements et dans certaines postures Même insupportable, sans bouger	0 1 2
Dérouillage matinal	Aucun ou inférieur à 1 minute Pendant quelques minutes Plus d'un quart d'heure	0 1 2

Gériatrie

79 / 278

4.1.1 Retrouver vos marque-pages

Sur le **panneau vertical élargi**, cliquez sur l'onglet *Mes marque-pages* pour faire apparaître la liste des marque-pages. Pour accéder directement à une page marquée, cliquez sur le numéro de celle-ci.

Cliquer sur le marque-page pour y accéder directement

Cliquer sur la flèche pour ouvrir ou fermer le panneau

Tableau 4.1. Indice fonctionnel des coxopathies de Lequesne.

Évaluation	Cotation
Douleur au gîte	
Douleur nocturne	Aucune : 0 Séulement aux mouvements et dans certaines postures : 1 Même immobile, sans bouger : 2
Dérouillage matinal	Aucun ou inférieur à 1 minute : 0 Pendant quelques minutes : 1 Plus d'un quart d'heure : 2
Douleur lors du stationnement debout ou du stationnement pendant une demi-heure	Aucune : 0 Des douleurs : 1
À la marche	Aucune : 0 Après quelque distance : 1 Dès les premiers pas et allant croissant : 2
Gêne lors de la station assise prolongée	Aucune : 0 Douleur : 1
Marche maximale	
Aucune limitation	0
Plus de 1 km sans limite	1
Entre 1 km (environ 15 minutes)	2
500 à 900 mètres (environ 8 à 15 minutes)	3
300 à 500 mètres	4
100 à 300 mètres	5
Moins de 100 mètres	6
Avec une canne ou canne béquille*	+1
Avec 2 cannes ou cannes béquilles*	+2
Difficultés pour :	
Enfiler une chaussure ou un collier par devant	0,2**
Ramener un objet à terre	0,2
Monter et descendre un étage	0,2
Sortir d'une voiture	0,2
Retenue sur l'activité sexuelle	0,2

Le domaine clinique commence vers 10 à 12 points.
 * 1 bâtonnet de 1 ou 2 cannes béquilles majore le score obtenu.
 ** La notation 0,2 sans difficulté ; 0,5 sans difficulté ; 1 avec difficulté ; 1,5 avec beaucoup de difficulté ; 2 impossible.

4.1.2 Modifier ou supprimer un marque-page

Placer le pointeur sur l'icône du marque-page que vous souhaitez modifier ou supprimer.

Modification : cliquez sur pour ouvrir la boîte de dialogue. Modifiez votre texte et enregistrez.

Suppression : cliquez sur puis confirmez la suppression.

Supprimer le marque-page

Modifier le marque-page

Tableau 4.1. Indice fonctionnel des coxopathies de Lequesne.


Évaluation	Cotation
Douleur au gîte	
Douleur nocturne	Aucune : 0 Séulement aux mouvements et dans certaines postures : 1 Même immobile, sans bouger : 2
Dérouillage matinal	Aucun ou inférieur à 1 minute : 0 Pendant quelques minutes : 1 Plus d'un quart d'heure : 2
Douleur lors du stationnement debout ou du stationnement pendant une demi-heure	Aucune : 0 Des douleurs : 1
À la marche	Aucune : 0 Après quelque distance : 1 Dès les premiers pas et allant croissant : 2
Gêne lors de la station assise prolongée	Aucune : 0 Douleur : 1
Marche maximale	
Aucune limitation	0
Plus de 1 km sans limite	1
Entre 1 km (environ 15 minutes)	2
500 à 900 mètres (environ 8 à 15 minutes)	3
300 à 500 mètres	4
100 à 300 mètres	5
Moins de 100 mètres	6
Avec une canne ou canne béquille*	+1
Avec 2 cannes ou cannes béquilles*	+2
Difficultés pour :	
Enfiler une chaussure ou un collier par devant	0,2**
Ramener un objet à terre	0,2
Monter et descendre un étage	0,2
Sortir d'une voiture	0,2
Retenue sur l'activité sexuelle	0,2

Le domaine clinique commence vers 10 à 12 points.
 * 1 bâtonnet de 1 ou 2 cannes béquilles majore le score obtenu.
 ** La notation 0,2 sans difficulté ; 0,5 sans difficulté ; 1 avec difficulté ; 1,5 avec beaucoup de difficulté ; 2 impossible.

4.1.3 Rechercher un marque-page par mot(s) clé(s)

Entrez le(s) mot(s) clé(s) dans le champ «Rechercher dans mes marque-pages».

4.2 Notes

Pour ajouter une note, cliquez sur  dans la colonne verticale à gauche. Faites glisser la note sur la page du livre et cliquez à nouveau. Une boîte de dialogue s'affiche.

Saisissez le titre de la note et le texte dans les champs prévus à cet effet puis enregistrez.

Après enregistrement, la note  apparaît sur la page du livre annotée.

4.2.1 Retrouver vos notes

Sur le **panneau vertical élargi**, cliquez sur l'onglet **Notes** pour faire apparaître la liste des notes. Pour accéder directement à une note, cliquez sur celle-ci.

Cliquez sur la note pour y accéder directement

Item 126 – UE 5 – La personne âgée malade : particularités symptomatiques, psychologiques et thérapeutiques

Tableau 6.4. Conseils pour l'examen d'un patient âgé en fonction des éventuelles difficultés rencontrées.

Déficit auditif	Déficit visuel	Troubles moteurs et troubles cognitifs	Troubles du langage	Déshabillage et habillage
<ul style="list-style-type: none"> - Parler lentement et distinctement, dans une pièce silencieuse et sans écho. - Quand le malade est déjà appareillé pour une hypoacousie, assurer que le dispositif fonctionne (pile, mise en fonction, réglage...). - Une seule personne doit parler à la fois. - Se placer face au malade qui a pu apprendre à compenser son déficit en fixant au moins partiellement sur les lèvres de son interlocuteur. - Choisir le « bon oreille » (le prédominant du sujet âgé est souvent bilatéral, mais asymétrique). - Ne pas gêner pour articuler. Dans ce cas, le malade qui a appris à lire sur les lèvres ne reconnaît plus l'expression que les mots donnent au visage. - Éviter le bruit de la voix plus que son intensité. Certaines hypoacousies sont caractérisées par un effet de bruit qui, une fois franchi, donne au malade la même impression de ce qui reste que nous percevons. - Un orthophoniste peut rendre de grands services... en se mettant sur les oreilles du malade et en parlant dans le pavillon. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tenir la main du sujet âgé qu'on interroge. - Pendant l'entretien, se placer sous un bon éclairage pour que le malade puisse distinguer le visage du médecin. - Éviter de se placer à contre-jour car les sujets atteints d'une cataracte sont éblouis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ils ne peuvent pas de ne pas se laisser interroger la personne malade, car certains éléments du récit peuvent être bien compris. - Calmer l'angoisse du malade et l'aider dans ses recherches. - Si le malade s'exprime avec bégaiement ou si les renseignements cliniques ne sont pas fiables, il est préférable de renvoyer prochainement à l'interrogatoire, et de questionner l'entourage. - Ces notions serviront ensuite à aider le malade dans son propre récit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas parler fort ou en langage « petit âge ». - Employer un langage simple, et répondre à question sous différentes formes grammaticales. - Formuler les questions de sorte que la personne puisse répondre par oui ou par non. - Faire lire les questions et faire écrire les réponses quand la lecture et l'écriture sont suffisamment conservées. - La possibilité de montrer du doigt est rhéologiquement conservée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients âgés peuvent être gênés par les déficits physiques (mauvais équilibre, arthralgies, etc.). - Déshabillage et habillage font néanmoins partie de l'examen clinique. - Tenir compte de la posture qui existe à tout âge. - Ne pas « faire à la place » trop tôt : observer d'abord. - Aider dans un second temps : c'est un acte relationnel qui facilite la suite de l'entretien.

IV. Particularités psychologiques

La crainte de la mort, l'angoisse et la dépression constituent la toile de fond du psychisme de la personne âgée malade. La personne âgée a conscience que le terme de son existence approche. La mort n'est plus pour lui un destin général et abstrait mais un événement propre et personnel, source d'angoisse parfois majeure. Cette peur est exacerbée par la survenue de la maladie, car il sait très bien qu'il suffit d'un grain de sable pour compromettre son équilibre précaire. Par ailleurs, la maladie est souvent l'occasion d'une prise de conscience du vieillissement plus ou moins dénoté jusque-là. La personne peut alors brutalement se laisser aller, même à l'occasion d'une maladie en apparence bénigne, adoptant volontiers des conduites de fuite ou dominant les caractéristiques suivantes :

4.2.2 Modifier ou supprimer une note

Placer le pointeur sur l'icône de la note que vous souhaitez modifier ou supprimer.

Modification : cliquez sur pour ouvrir la boîte de dialogue. Modifiez votre texte et enregistrez.

Suppression : cliquez sur puis confirmez la suppression.

Supprimer la note

Modifier la note

Item 126 – UE 5 – La personne âgée malade : particularités symptomatiques, psychologiques et thérapeutiques

Tableau 6.4. Conseils pour l'examen d'un patient âgé en fonction des éventuelles difficultés rencontrées.

Déficit auditif	Déficit visuel	Troubles moteurs et troubles cognitifs	Troubles du langage	Déshabillage et habillage
<ul style="list-style-type: none"> - Parler lentement et distinctement, dans une pièce silencieuse et sans écho. - Quand le malade est déjà appareillé pour une hypoacousie, assurer que le dispositif fonctionne (pile, mise en fonction, réglage...). - Une seule personne doit parler à la fois. - Se placer face au malade qui a pu apprendre à compenser son déficit en fixant au moins partiellement sur les lèvres de son interlocuteur. - Choisir le « bon oreille » (le prédominant du sujet âgé est souvent bilatéral, mais asymétrique). - Ne pas gêner pour articuler. Dans ce cas, le malade qui a appris à lire sur les lèvres ne reconnaît plus l'expression que les mots donnent au visage. - Éviter le bruit de la voix plus que son intensité. Certaines hypoacousies sont caractérisées par un effet de bruit qui, une fois franchi, donne au malade la même impression de ce qui reste que nous percevons. - Un orthophoniste peut rendre de grands services... en se mettant sur les oreilles du malade et en parlant dans le pavillon. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tenir la main du sujet âgé qu'on interroge. - Pendant l'entretien, se placer sous un bon éclairage pour que le malade puisse distinguer le visage du médecin. - Éviter de se placer à contre-jour car les sujets atteints d'une cataracte sont éblouis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ils ne peuvent pas de ne pas se laisser interroger la personne malade, car certains éléments du récit peuvent être bien compris. - Calmer l'angoisse du malade et l'aider dans ses recherches. - Si le malade s'exprime avec bégaiement ou si les renseignements cliniques ne sont pas fiables, il est préférable de renvoyer prochainement à l'interrogatoire, et de questionner l'entourage. - Ces notions serviront ensuite à aider le malade dans son propre récit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas parler fort ou en langage « petit âge ». - Employer un langage simple, et répondre à question sous différentes formes grammaticales. - Formuler les questions de sorte que la personne puisse répondre par oui ou par non. - Faire lire les questions et faire écrire les réponses quand la lecture et l'écriture sont suffisamment conservées. - La possibilité de montrer du doigt est rhéologiquement conservée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients âgés peuvent être gênés par les déficits physiques (mauvais équilibre, arthralgies, etc.). - Déshabillage et habillage font néanmoins partie de l'examen clinique. - Tenir compte de la posture qui existe à tout âge. - Ne pas « faire à la place » trop tôt : observer d'abord. - Aider dans un second temps : c'est un acte relationnel qui facilite la suite de l'entretien.

IV. Particularités psychologiques

La crainte de la mort, l'angoisse et la dépression constituent la toile de fond du psychisme de la personne âgée malade. La personne âgée a conscience que le terme de son existence approche. La mort n'est plus pour lui un destin général et abstrait mais un événement propre et personnel, source d'angoisse parfois majeure. Cette peur est exacerbée par la survenue de la maladie, car il sait très bien qu'il suffit d'un grain de sable pour compromettre son équilibre précaire. Par ailleurs, la maladie est souvent l'occasion d'une prise de conscience du vieillissement plus ou moins dénoté jusque-là. La personne peut alors brutalement se laisser aller, même à l'occasion d'une maladie en apparence bénigne, adoptant volontiers des conduites de fuite ou dominant les caractéristiques suivantes :

4.2.3 Rechercher un note par mot(s) clé(s)

Entrez le(s) mot(s) clé(s) dans le champ « Rechercher dans mes notes ».

Rechercher

Hes marque-pages

Textes surlignés

Notes

Rechercher dans mes notes

150

151

10

Commissaires

Item 106 - UE 4 - Confusion, démences

Si l'ensemble du bilan de première intention est négatif pour rechercher un AVC ou un hématome cérébral ou sous-dural, surtout si le patient est traité par anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires.

L'électroencéphalogramme est recommandé en seconde intention pour rechercher une comitialité (état de mal épileptique non convulsif, crise partielle complexe).

Un examen du LCR peut être réalisé en cas de signes d'appel : fièvre sans cause infectieuse rapidement mise en évidence et/ou associée à des signes méningés.

Tableau 10.5. Médicaments sans propriétés anticholinergiques pouvant être à l'origine d'une confusion mentale chez les personnes âgées.

Classe thérapeutique/DG	
Psychiatrie	Benzodiazépines
	Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
Neurologie	Antiparkinsoniens dopaminergiques
	Anticholinergiques
Gastro-entérologie	Inhibiteurs de la pompe à protons
Antibiotiques	Fluoroquinolones
Médicaments cardiovasculaires	Digoxine
	Bêta-bloquants
	Amiodarone
Antalgiques, Opioïdes	Morphine, codéine
	Dextropropoxyphène
	Tamoxifène
Divers	Contraceptifs à fortes doses
	Coffeines hypnotiques

C. Prise en charge de la confusion mentale

1. Indications de l'hospitalisation

L'hospitalisation s'impose en urgence en cas :

- d'état clinique menaçant le pronostic vital ou fonctionnel ;
- de dangerosité du patient pour lui-même ou son entourage ;
- de difficultés à réaliser les examens complémentaires nécessaires ;
- de la nécessité d'une surveillance médicale pluriquotidienne suite à l'arrêt d'un traitement potentiellement responsable de confusion.

Elle est proposée secondairement si :

- les premières mesures diagnostiques et thérapeutiques mises en œuvre sur le lieu de vie (EHPAD ou domicile) se sont avérées inefficaces ;
- le patient ne s'hydrate et/ou ne s'alimente plus suffisamment, l'entourage professionnel et/ou familial ne permet plus de garantir la qualité des soins.

2. Traiter les symptômes propres de l'état confusionnel

Dans tous les cas, les mesures non médicamenteuses sont nécessaires et entreprises de première intention associées au traitement de la ou des causes de la confusion mentale.

Si ces mesures sont inefficaces, en cas d'agitation psychomotrice et/ou d'insomnie mal tolérée par ses effets anxiogènes, il est licite de calmer le malade si la situation met le patient ou l'entourage en danger. Il est fondamental de bien surveiller le patient et sa vigilance, en raison du risque de sédation excessive, notamment en cas de fluctuations de la vigilance liées à la confusion. Les 2 principales classes médicamenteuses utilisées sont les neuroleptiques et les benzodiazépines (voir ci-dessous).

a. Mesures non médicamenteuses

Le comportement verbal et non verbal des soignants est fondamental pour favoriser l'apaisement du patient.

- Lieu approprié et adapté pour éviter le risque de fugue.
- Éclairer la chambre et éviter l'obscurité totale durant la nuit.
- Pas de contention physique en première intention.
- Préserver la communication : prêter attention aux messages non verbaux (mimiques, gestes, etc.).
- Maintenir le plus possible les appareils auditifs et visuels.
- Eviter l'isolement.
- Ne pas maintenir le patient allié et favoriser sa mobilisation.
- Favoriser la présence de la famille et/ou de l'entourage proche.
- Évaluer le rapport bénéfices/risque de tous les actes invasifs.
- Préférer la pose d'un cathéter veineux obturé à une perfusion « garde-veine ».

La contention physique doit se limiter :

- aux situations d'urgence médicale après avoir tenté toutes les solutions alternatives ;
- afin de permettre les investigations et les traitements nécessaires ;
- tant que le patient est dangereux pour lui-même ou pour autrui.

L'entourage doit être informé du diagnostic et du pronostic de réversibilité probable.

b. Indications de la sédation médicamenteuse

La sédation médicamenteuse doit être réservée aux cas d'agitation persistante malgré la prise en charge non médicamenteuse lorsque le patient demeure dangereux pour lui-même ou pour son entourage. Elle est aussi indiquée si l'examen clinique est impossible et/ou pour permettre la réalisation d'examens complémentaires indispensables.

- En cas d'agitation sévère avec anxiété prédominante utilisation de benzodiazépines ayant un pic d'action rapide et une demi-vie courte (exemple : lorazépam, flunitrazépam).
- En cas d'agitation sévère associée à des troubles productifs (hallucinations, délire) : antipsychotique atypique adapté au profil du patient (exemple : rispéridone, olanzapine).

Le traitement médicamenteux est destiné à traiter ponctuellement les symptômes gênants (anxiété majeure ou agitation sévère) pour le patient et son entourage. Il faut :

- privilégier une monothérapie ;
- choisir un produit à demi-vie courte (24 à 48 h maximum) ;
- démarrer avec une dose inférieure à celle préconisée chez l'adulte d'âge moyen ;
- évaluer l'effet dès la première prise et toujours avant de renouveler la prescription ;
- réévaluer l'indication pluriquotidienne ;
- arrêter dès le contrôle des symptômes gênants ;
- préférer les formes buvables et orodispersibles ;
- vérifier auprès des soignants les données de l'agitation au cours de la journée en particulier l'analyse du sommeil.

4.3 Surligneur

Cliquez sur dans la colonne verticale à gauche. Faites glisser le pointeur sur le passage du livre que vous souhaitez surligner. Vous pouvez copier ou enregistrer le texte surligné.

Rechercher

Hes marque-pages

Textes surlignés

Notes

Rechercher dans mes notes

150

151

10

Commissaires

Item 106 - UE 4 - Confusion, démences

Si l'ensemble du bilan de première intention est négatif pour rechercher un AVC ou un hématome cérébral ou sous-dural, surtout si le patient est traité par anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires.

L'électroencéphalogramme est recommandé en seconde intention pour rechercher une comitialité (état de mal épileptique non convulsif, crise partielle complexe).

Un examen du LCR peut être réalisé en cas de signes d'appel : fièvre sans cause infectieuse rapidement mise en évidence et/ou associée à des signes méningés.

Tableau 10.5. Médicaments sans propriétés anticholinergiques pouvant être à l'origine d'une confusion mentale chez les personnes âgées.

Classe thérapeutique/DG	
Psychiatrie	Benzodiazépines
	Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
Neurologie	Antiparkinsoniens dopaminergiques
	Anticholinergiques
Gastro-entérologie	Inhibiteurs de la pompe à protons
Antibiotiques	Fluoroquinolones
Médicaments cardiovasculaires	Digoxine
	Bêta-bloquants
	Amiodarone
Antalgiques, Opioïdes	Morphine, codéine
	Dextropropoxyphène
	Tamoxifène
Divers	Contraceptifs à fortes doses
	Coffeines hypnotiques

C. Prise en charge de la confusion mentale

1. Indications de l'hospitalisation

L'hospitalisation s'impose en urgence en cas :

- d'état clinique menaçant le pronostic vital ou fonctionnel ;
- de dangerosité du patient pour lui-même ou son entourage ;
- de difficultés à réaliser les examens complémentaires nécessaires ;
- de la nécessité d'une surveillance médicale pluriquotidienne suite à l'arrêt d'un traitement potentiellement responsable de confusion.

Elle est proposée secondairement si :

- les premières mesures diagnostiques et thérapeutiques mises en œuvre sur le lieu de vie (EHPAD ou domicile) se sont avérées inefficaces ;
- le patient ne s'hydrate et/ou ne s'alimente plus suffisamment, l'entourage professionnel et/ou familial ne permet plus de garantir la qualité des soins.

2. Traiter les symptômes propres de l'état confusionnel

Dans tous les cas, les mesures non médicamenteuses sont nécessaires et entreprises de première intention associées au traitement de la ou des causes de la confusion mentale.

Si ces mesures sont inefficaces, en cas d'agitation psychomotrice et/ou d'insomnie mal tolérée par ses effets anxiogènes, il est licite de calmer le malade si la situation met le patient ou l'entourage en danger. Il est fondamental de bien surveiller le patient et sa vigilance, en raison du risque de sédation excessive, notamment en cas de fluctuations de la vigilance liées à la confusion. Les 2 principales classes médicamenteuses utilisées sont les neuroleptiques et les benzodiazépines (voir ci-dessous).

a. Mesures non médicamenteuses

Le comportement verbal et non verbal des soignants est fondamental pour favoriser l'apaisement du patient.

- Lieu approprié et adapté pour éviter le risque de fugue.
- Éclairer la chambre et éviter l'obscurité totale durant la nuit.
- Pas de contention physique en première intention.
- Préserver la communication : prêter attention aux messages non verbaux (mimiques, gestes, etc.).
- Maintenir le plus possible les appareils auditifs et visuels.
- Eviter l'isolement.
- Ne pas maintenir le patient allié et favoriser sa mobilisation.
- Favoriser la présence de la famille et/ou de l'entourage proche.
- Évaluer le rapport bénéfices/risque de tous les actes invasifs.
- Préférer la pose d'un cathéter veineux obturé à une perfusion « garde-veine ».

La contention physique doit se limiter :

- aux situations d'urgence médicale après avoir tenté toutes les solutions alternatives ;
- afin de permettre les investigations et les traitements nécessaires ;
- tant que le patient est dangereux pour lui-même ou pour autrui.

L'entourage doit être informé du diagnostic et du pronostic de réversibilité probable.

b. Indications de la sédation médicamenteuse

La sédation médicamenteuse doit être réservée aux cas d'agitation persistante malgré la prise en charge non médicamenteuse lorsque le patient demeure dangereux pour lui-même ou pour son entourage. Elle est aussi indiquée si l'examen clinique est impossible et/ou pour permettre la réalisation d'examens complémentaires indispensables.

- En cas d'agitation sévère avec anxiété prédominante utilisation de benzodiazépines ayant un pic d'action rapide et une demi-vie courte (exemple : lorazépam, flunitrazépam).
- En cas d'agitation sévère associée à des troubles productifs (hallucinations, délire) : antipsychotique atypique adapté au profil du patient (exemple : rispéridone, olanzapine).

Le traitement médicamenteux est destiné à traiter ponctuellement les symptômes gênants (anxiété majeure ou agitation sévère) pour le patient et son entourage. Il faut :

- privilégier une monothérapie ;
- choisir un produit à demi-vie courte (24 à 48 h maximum) ;
- démarrer avec une dose inférieure à celle préconisée chez l'adulte d'âge moyen ;
- évaluer l'effet dès la première prise et toujours avant de renouveler la prescription ;
- réévaluer l'indication pluriquotidienne ;
- arrêter dès le contrôle des symptômes gênants ;
- préférer les formes buvables et orodispersibles ;
- vérifier auprès des soignants les données de l'agitation au cours de la journée en particulier l'analyse du sommeil.

Copier le texte

Enregistrer le surligné

4.3.1 Retrouver vos textes surlignés

Sur le panneau vertical élargi, cliquez sur l'onglet **Textes surlignés** pour faire apparaître la liste des passages du livre que vous avez surlignés. Pour accéder directement à un texte surligné, cliquez sur celui-ci.


The screenshot shows the Elsevier eLibrary interface. On the left, a vertical sidebar titled 'Rechercher' (Search) contains a search bar and a list of 'Textes surlignés' (Highlighted Texts). The list includes three entries with page numbers: 181, 195, and 196. The main content area displays the text of the highlighted passage on page 195, which discusses 'Allocation personnalisée d'autonomie' (APA) and 'Changement de lieu de vie'. The right sidebar shows the 'Commissaires' (Commissioners) section.

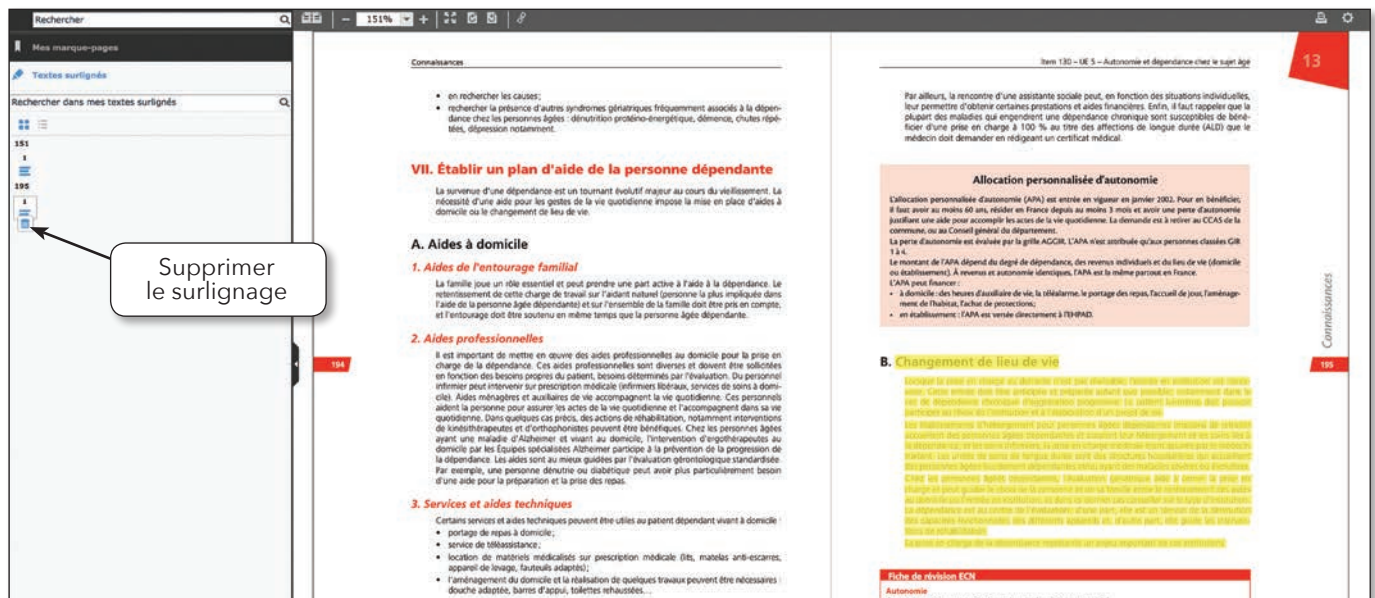
4.3.2 Rechercher un texte surligné par mot(s) clé(s)

Entrez le(s) mot(s) clé(s) ou le texte dans le champ « Rechercher dans mes textes surlignés ».

The screenshot shows the Elsevier eLibrary interface. In the left sidebar, the search bar 'Rechercher dans mes textes surlignés' is highlighted with a red circle. The main content area displays the text of the highlighted passage on page 195, which discusses 'Allocation personnalisée d'autonomie' (APA) and 'Changement de lieu de vie'. The right sidebar shows the 'Commissaires' (Commissioners) section.

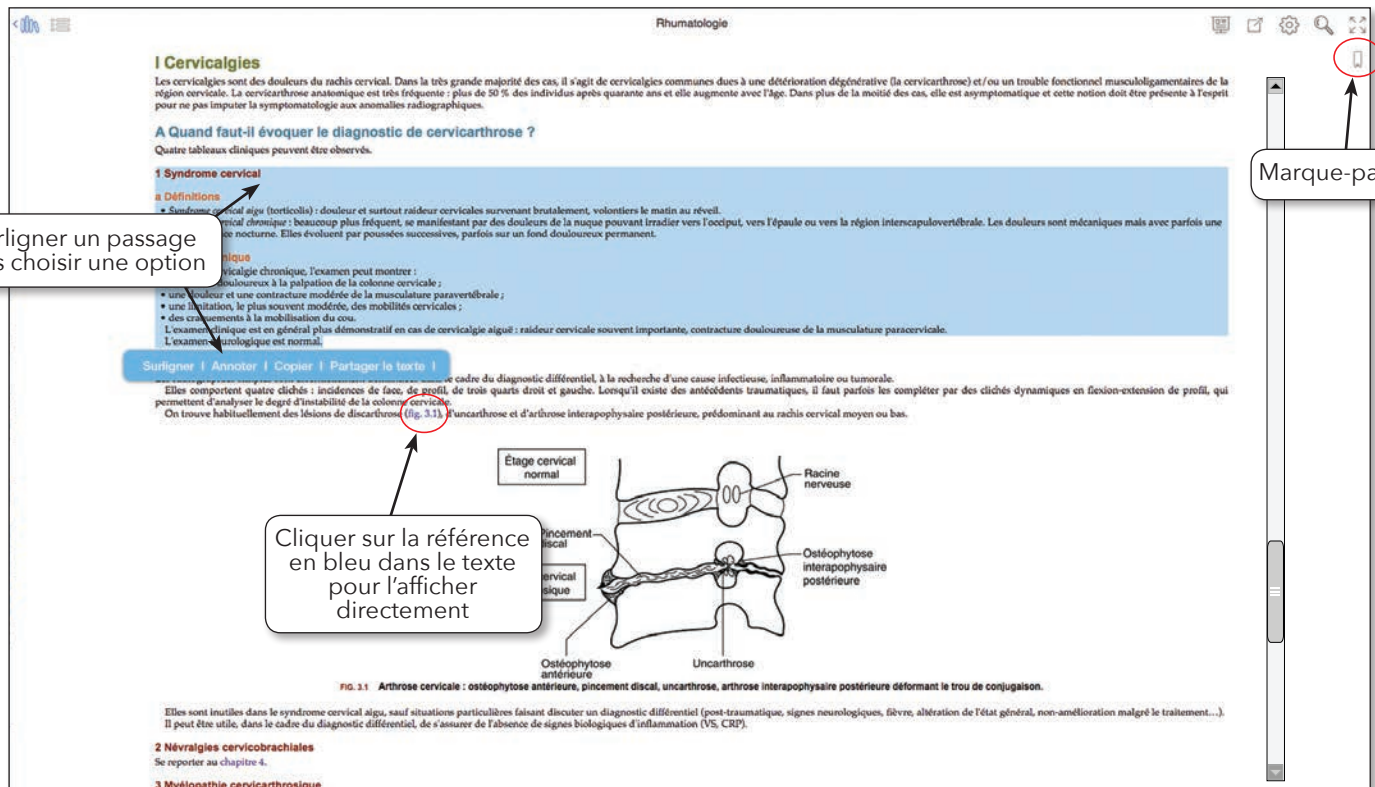
4.3.3 Supprimer un texte surligné

Placer le pointeur sur l'icône du texte surligné que vous souhaitez supprimer.
Cliquez sur  puis confirmez la suppression.



LIVRES AU FORMAT EPUB

4.4 Surlignage, marque-page, note, partage, renvoi



4.4.1 Affichage, suppression, modification des notes, surlignages et marque-pages

Pour afficher toutes vos annotations, cliquez d'abord sur




The screenshot displays the Elsevier eLibrary interface. On the left, a sidebar titled 'Table des matières' (Table of Contents) is open, showing a list of notes under the heading 'Chapitre 4: Item 93 – UE 4 – Radiculalgie et syndrome canalair'. The main content area on the right shows a document page titled 'Rhumatologie' with a section heading 'Radiculalgie et syndrome canalair'. The sidebar includes a search bar, filters, and a list of notes with their content snippets and authors.

4.5 Export d'illustrations dans un PowerPoint

Cette option ne fonctionne qu'avec les livres au format ePub.

Cliquez sur l'image que vous souhaitez exporter.

The screenshot shows a document page with a list of bullet points at the top: '• Item : exploration neurologique et osteoarticulaire complete.' and '• Saccoradiculographie : plus invasive, permet l'analyse du liquide céphalorachidien, réalisable en position debout, révélant des conflits inapparents en décubitus (fig. 4.5)'. Below the text is a black and white X-ray image of a human spine. A callout box with the text 'Cliquez sur l'image' points to the X-ray image.

Cliquez ensuite sur 



Saisissez le titre de votre présentation dans la fenêtre qui s'ouvre puis cliquez sur «Créer».



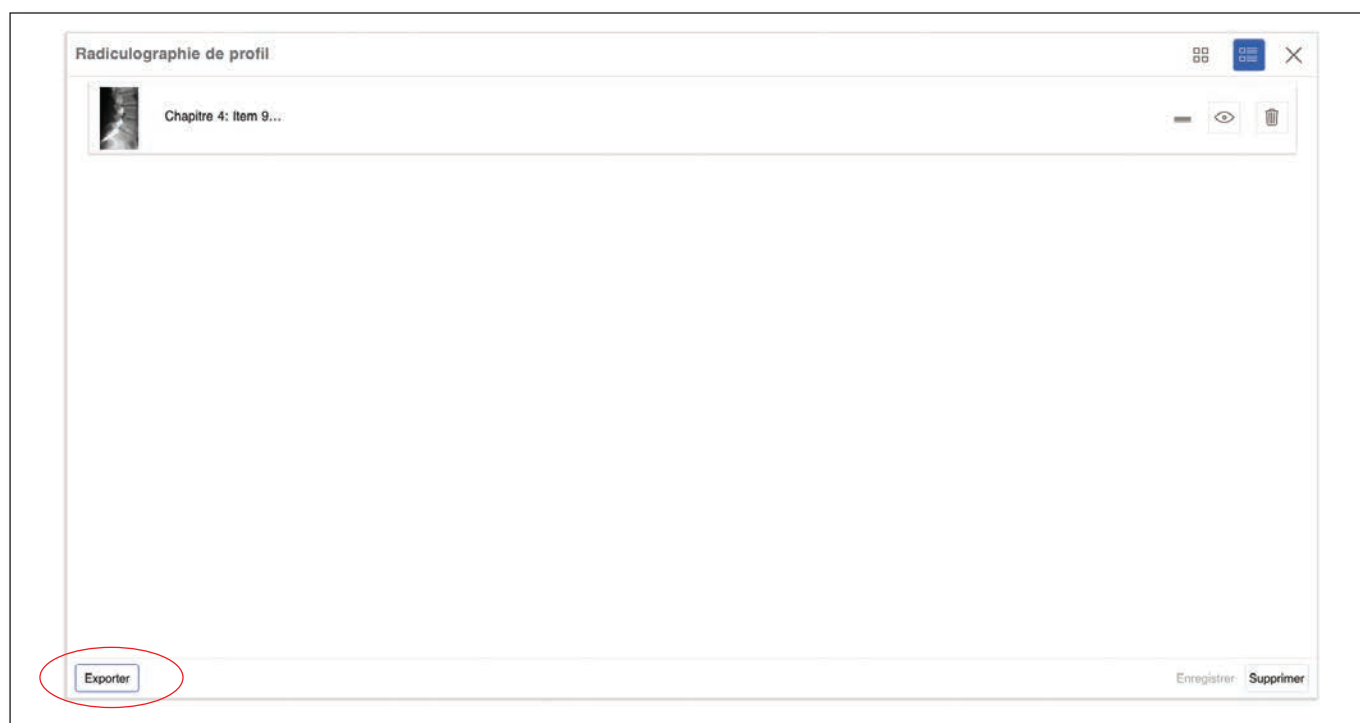
Pour ajouter une illustration à une présentation existante, cliquez sur l'image, saisissez le titre dans la rubrique ajouter une image. Cliquez sur le titre que vous avez saisi puis sur «Ajouter».



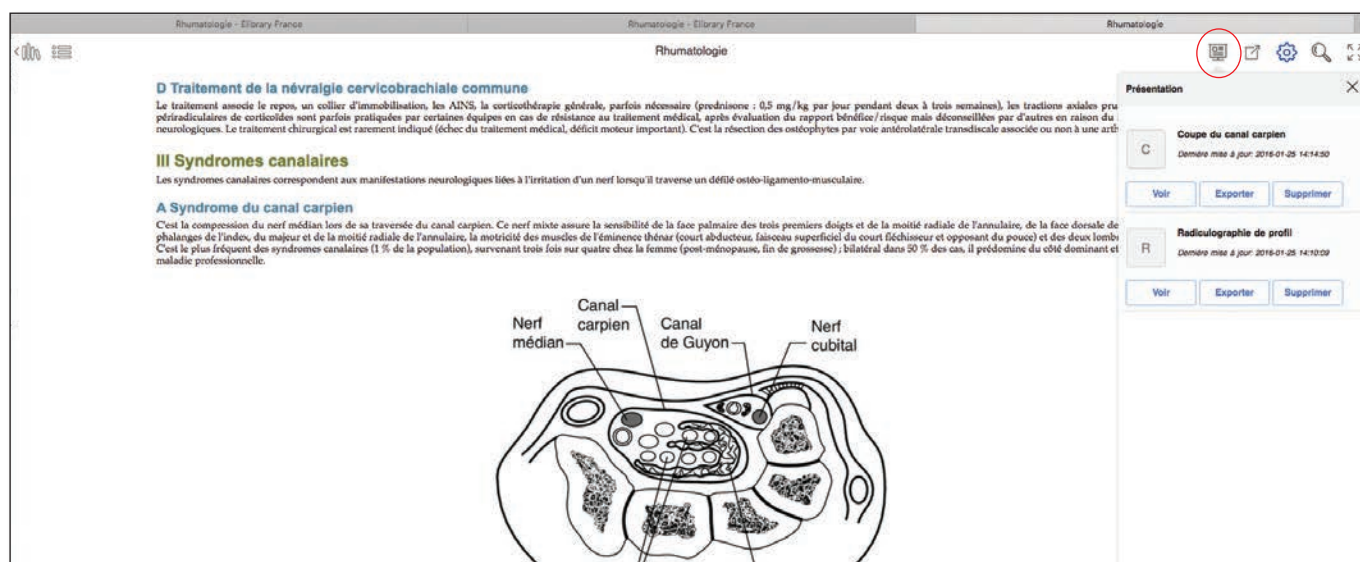
Cliquez sur  pour voir votre présentation.



Cliquez sur « Exporter » pour ouvrir ou enregistrer le PowerPoint.



Retrouvez l'ensemble de vos présentations en cliquant sur 



4.6 Créer votre bibliothèque

Pour créer vos bibliothèques personnalisées vous devez impérativement vous identifier. Si vous n'avez pas d'identifiant, voir page 14.

À gauche de l'écran, cliquez sur « Ajouter ».

Console d'administration | Mon compte | Catalogue | Bibliothèque | sophie_dubois

Elsevier eLibrary Recherche de titre dans le catalogue Recherche Télécharger le lecteur

Accueil > Bibliothèque

-- Toutes les catégories --

Tous les livres (159)

Ajouter

Ma/mes bibliothèque(s)

Anatomie

Anatomie du petit bassin (Cours + QCM)
par René Yiu
Format : Livre électronique
Lire en ligne

Anatomie et histologie de l'appareil reproducteur ...
par Férehté Encha-Razavi: Estelle Escudier
Format : Livre électronique
Lire en ligne

Anatomie pathologique
par Collège Français des Pathologistes (CoPath)
Format : Livre électronique
Lire en ligne

Anatomie tête et cou (Cours + QCM)
par Guillaume Captier: Marc Labrousse: Frédéric Lauwers: Raphaël Lopez: Olivier Palombi
Format : Livre électronique
Lire en ligne

Anglais en IFSI
par Aurélie Dewandell: Francelina Gaspar Margarido
Format : Livre électronique
Lire en ligne

Biologie fondamentale et génétique
par Catherine Desassis: Héliane Laboussat-Piquet
Format : Livre électronique
Lire en ligne

Biologie fondamentale et génétique
par Sophie Roussel: Gabriel Perlemuter
Format : Livre électronique
Lire en ligne

Biologie fondamentale et génétique
par Laurent Chouchana: Anne-Frédérique Dessein: Florence Habarou: Emmanuel Jaccoulet
Format : Livre électronique
Lire en ligne

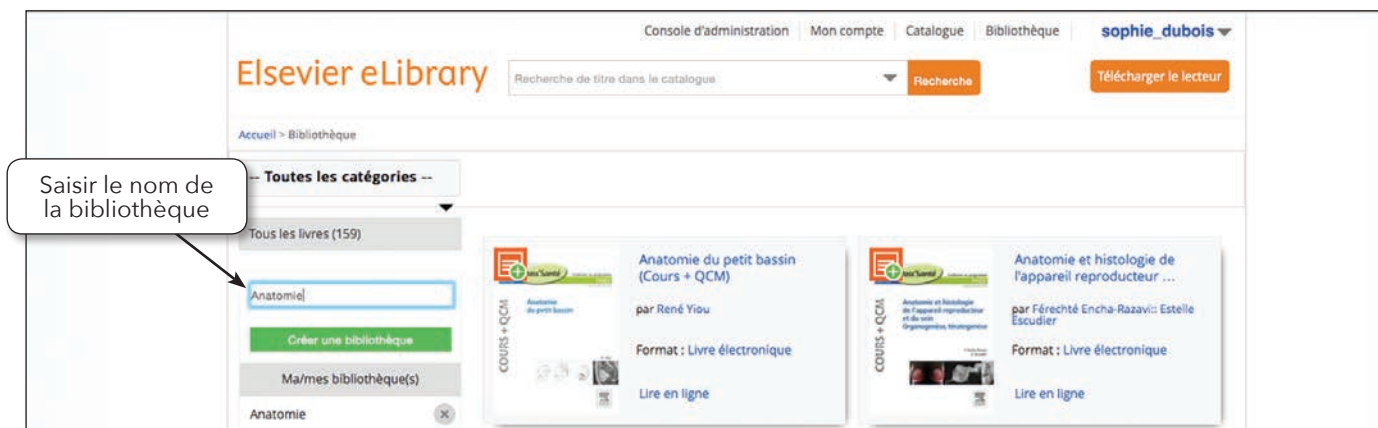
Elsevier Masson est issu du rapprochement, fin 2005, des Editions Elsevier France, filiale de la division Health Science du leader mondial de l'édition médicale et scientifique Elsevier, et des Editions Masson. De cette association est né l'éditeur francophone médical et paramédical de référence : plus de 10 000 auteurs et rédacteurs, 120 revues publiées chaque année, 47 traités EMC, un catalogue riche de 1 500 titres, plus de 230 000 abonnés aux publications...

ELSEVIER

Accueil Qui sommes-nous Nous contacter Conditions d'utilisation Politique de confidentialité FAQ Newsletter

© Copyright 2015 Conditions d'utilisation | Politique de confidentialité

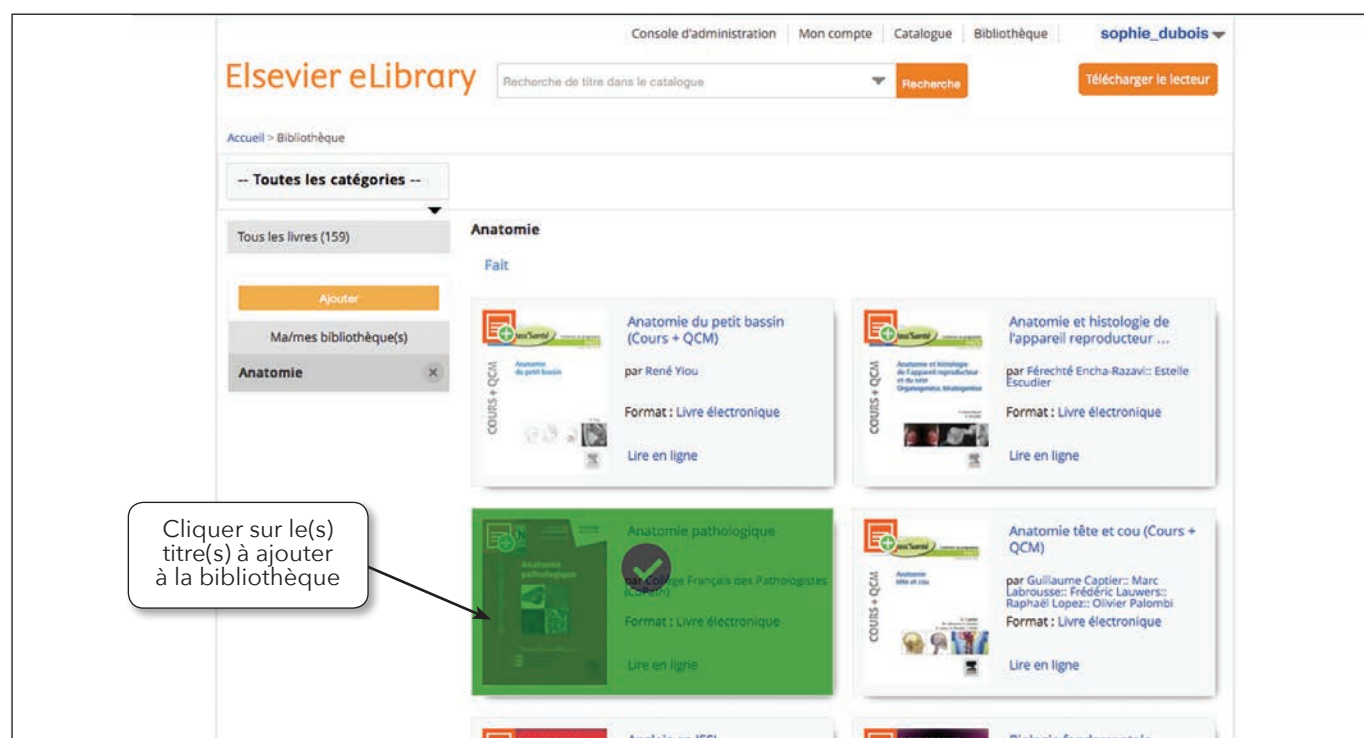
Saisissez le nom de la bibliothèque à créer puis cliquez sur «Créer une bibliothèque».



Pour ajouter des titres à votre bibliothèque, cliquez sur «Ajouter un titre».



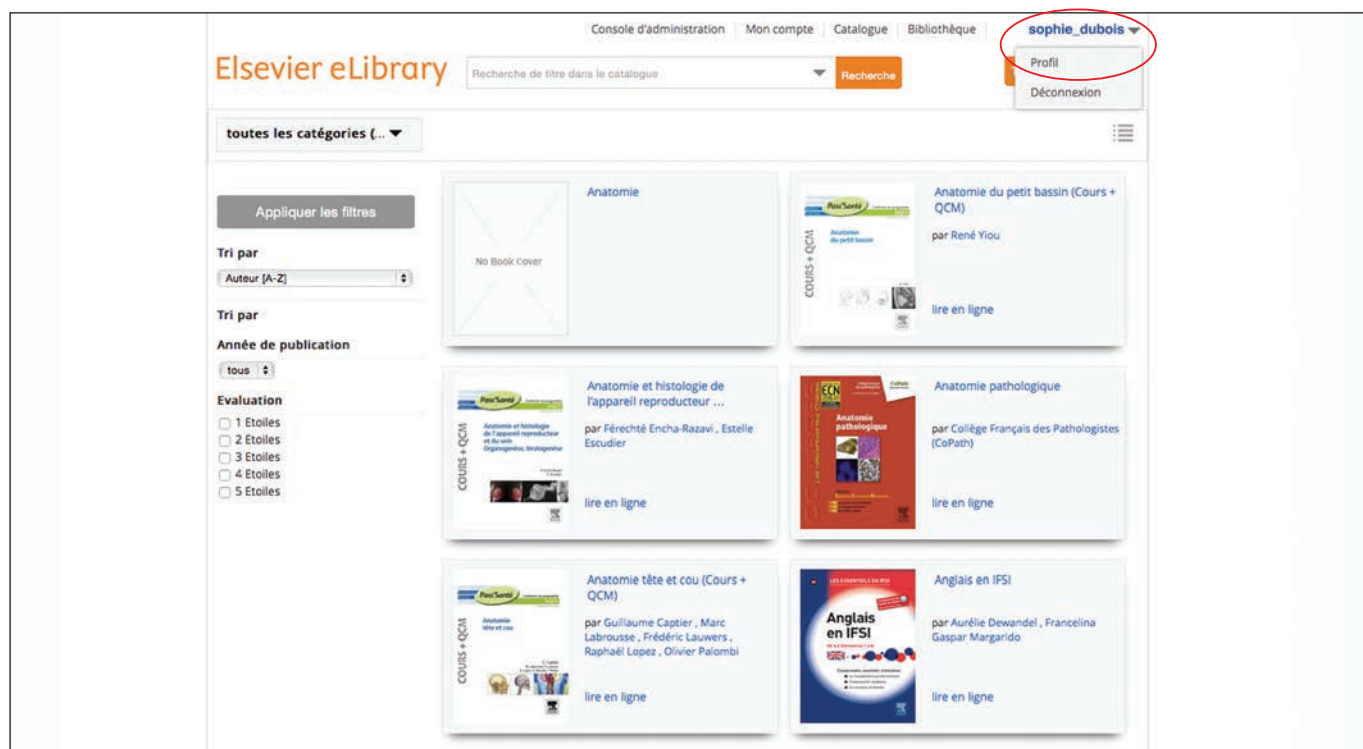
Cliquez ensuite sur le(s) titre(s) que vous souhaitez intégrer à votre bibliothèque personnelle.



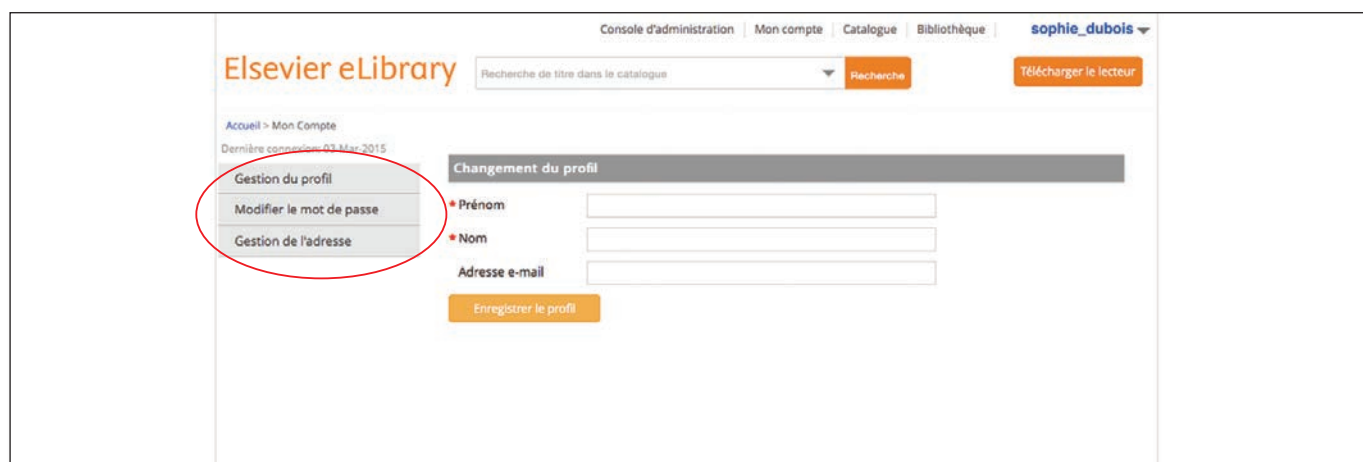
5. VOS INFORMATIONS PERSONNELLES

5.1 GESTION DU PROFIL

Pour modifier votre profil **identifiez-vous** puis cliquez sur la flèche à côté de votre nom en haut à droite de la page. Cliquez ensuite sur l'onglet « Profil ».



Vous pouvez modifier les informations vous concernant : mot de passe, coordonnées...



5.2 Mon compte

Vous retrouvez dans cet espace tous les titres que vous avez annotés et accédez directement à vos notes, marque-pages et surlignages.

The screenshot displays the 'Mon compte' (My account) section of the Elsevier eLibrary interface. At the top, navigation links include 'Console d'administration', 'Mon compte', 'Catalogue', and 'Bibliothèque', along with the user's name 'sophie_dubois' and a 'Télécharger le lecteur' button. The main area is divided into two columns. The left column, titled 'vos titres', lists several titles: 'Pédiatrie', 'Hématologie', 'Gériatrie', 'Cycles de la vie', and 'Biologie fondamentale'. The 'Hématologie' title is highlighted. A callout box points to this list with the text 'Tous les titres annotés, surlignés...'. The right column shows a detailed view of the 'Hématologie' title. It has tabs for 'EPUB' and 'PDF'. Under the 'EPUB' tab, there are three sub-tabs: 'Marque-pages (2)', 'Surlignages (2)', and 'Notes (0)'. The 'Marque-pages (2)' sub-tab is active, showing a list of annotations for the title 'L'hémogramme, ou numération-formule sanguine (NFS)', created on 24-Feb-2015. A callout box points to these sub-tabs with the text 'Cliquer pour accéder directement aux marque-pages/surlignages/notes'.

Elsevier eLibrary
www.elsevierelibrary.fr