

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE
ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

ÉLIMINATION INTESTINALE

CONSTIPATION ET FÉCALOME



Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications**.**

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-64617-4 (version PDF) (2^e édition, avril 2012)

ISBN : 978-2-550-60951-3 (version PDF) (1^e édition, février 2011)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2012

CONSTIPATION ET FÉCALOME

DÉFINITIONS

LA CONSTIPATION

La constipation se définit par la présence des deux symptômes suivants : deux selles ou moins par semaine et/ou des difficultés d'évacuation intestinale (effort de défécation, selles dures, sensation d'évacuation incomplète ou de blocage anorectal, nécessité de manœuvres manuelles pour faciliter l'évacuation). La constipation est de nature organique ou fonctionnelle. La constipation organique peut être causée par une maladie obstructive du colon (ex. : cancer), un effet médicamenteux (ex. : opioïde), une maladie métabolique (ex. : hypothyroïdie) ou neurologique (ex. : maladie de Parkinson). La constipation fonctionnelle est associée à trois types de mécanismes : un transit colique lent, une dysfonction du plancher pelvien ou un syndrome de l'intestin irritable.

Les habitudes d'élimination varient grandement d'une personne à l'autre, pouvant s'étaler de 1 à 3 fois/jour, jusqu'à 1 fois/3 jours. La constipation est plus fréquente chez les femmes et augmente avec l'âge. Elle toucherait de 25 à 40 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivant dans la collectivité et un nombre très élevé de personnes âgées dépendantes et peu mobiles vivant en milieu d'hébergement. La fonction anorectale s'altère avec le temps. On observe une diminution de la force musculaire de la paroi abdominale et une baisse du tonus de repos et de la force de contraction du sphincter anal. La consommation de laxatifs est plus importante chez les personnes âgées que dans les autres groupes de la population (environ 30 %).

Lors d'une hospitalisation, la personne âgée aura souvent une mobilité réduite, ses habitudes alimentaires et hydriques seront modifiées et le risque de constipation augmentera, d'où la nécessité d'intervenir dès l'arrivée en milieu hospitalier.

L'IMPACTION FÉCALE ET LE FÉCALOME

L'impaction fécale est définie comme une accumulation de matières fécales dans le rectum avec absence d'évacuation depuis plusieurs jours. Son expulsion spontanée est impossible. Dans sa forme légère, les selles sont molles et leur présence dans le rectum contribue au diagnostic. Le fécalome est la forme la plus sévère d'impaction fécale, les selles formant une masse compacte de localisation variable, généralement rectosigmoïdienne, mais pouvant se situer plus haut. De fausses diarrhées ou de l'incontinence fécale chez une personne constipée sont souvent révélatrices du fécalome.

FACTEURS DE RISQUE DE LA CONSTIPATION ET DE L'IMPACTION FÉCALE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES HOSPITALISÉES

Outre les maladies ou les conditions précises entraînant de la constipation (ex. : en postchirurgie), la mobilité réduite, le manque d'accessibilité aux toilettes, l'altération de l'état cognitif, la déshydratation et l'usage de certains médicaments sont considérés comme les principaux facteurs de risque de la constipation et du fécalome chez les personnes âgées hospitalisées.

SIGNES ET SYMPTÔMES DE CONSTIPATION OU D'IMPACTION FÉCALE (GRADIENT DE SÉVÉRITÉ)

- Selles dures et sèches, souvent en forme de billes; sensation de pression anorectale; accumulation de selles dans le rectum;
- Effort physique pour évacuer les selles, douleur à la défécation, hémorroïdes;
- Perte d'appétit, nausées ou vomissements, fausses diarrhées ou incontinence fécale;
- Douleur ou crampes abdominales, distension abdominale, rétention ou incontinence urinaire;
- Troubles neurocomportementaux, agitation, delirium;
- Hypotension, choc vagal, désordre hydroélectrolytique, rectorragies jusqu'au syndrome occlusif compliqué.

ÉVALUATION CLINIQUE SYSTÉMATIQUE (INITIALE)

Dépistage et prévention de la constipation et du fécalome chez l'ensemble de la clientèle âgée.

ÉVALUATION INITIALE

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Profil d'élimination intestinale avant et depuis l'hospitalisation**
 - » Fréquence du passage des selles;
 - » Horaire habituel d'élimination intestinale (heure ou situation la favorisant);
 - » Mode habituel d'élimination intestinale : toilette, chaise d'aisance, etc.;
 - » Notion d'épisodes de constipation, d'incontinence fécale ou de souillure, de manœuvre manuelle (nécessaire pour faciliter l'évacuation intestinale), de rétention ou d'incontinence urinaire;
 - » Recherche de signes ou de symptômes d'alarme : sang dans les selles, perte de poids, douleur, etc.
- **Autonomie fonctionnelle de la personne, avant et depuis l'hospitalisation (seul ou avec supervision, aide partielle, aide totale) pour**
 - » S'alimenter et boire;
 - » Se déplacer jusqu'à la toilette;
 - » Effectuer les transferts à la toilette;
 - » Baisser et relever les vêtements;
 - » S'essuyer ou se nettoyer;
 - » Évacuer les selles au lit (personne alitée).
- **Surveillance de la consommation alimentaire (cf. fiche dénutrition)**
Contribution importante des repas à l'apport total en eau (boissons et eau de constitution des aliments) et des aliments pour déterminer le volume et la consistance des selles
 - » Identifier les patients dont l'apport alimentaire est insuffisant (moins de $\frac{3}{4}$ du plat principal);
 - » S'assurer à chaque repas que le patient reçoit les boissons demandées en quantité suffisante;
 - » Consigner les motifs d'une faible consommation des boissons servies (moins de $\frac{3}{4}$ des boissons) et estimer la quantité de l'apport liquidien sur 24 h.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

Vérifier les connaissances de la personne sur les règles hygiéno-diététiques de base pour régulariser la fonction intestinale et, au besoin, relever les fausses croyances.

- **Activité physique**
 - » Niveau d'activité physique pouvant avoir un impact favorable sur l'état de santé général, c.-à-d. activité d'au moins 30 minutes/jour.
- **Habitudes alimentaires**
 - » Diètes, régimes prescrits aux patients par un professionnel de la santé (ex. : diète sans résidu);
 - » Diètes, régimes ou autres « règles alimentaires » auxquels le patient adhère volontairement;
 - » Allergies, aversions et préférences alimentaires.
- **Consommation de laxatifs**
 - » Usage de laxatif (identifier le[s] produit[s] ou médicament[s], indication, posologie, durée et son efficacité).

- **Consommation de certains médicaments qui peuvent induire la constipation**
 - » Certains médicaments ralentissent le transit intestinal (cf. annexe 1); si un nouveau médicament d'une de ces catégories est prescrit, faire preuve de vigilance.

Lors de l'introduction d'un narcotique, une ordonnance de laxatif devrait être faite simultanément (plus précisément un stimulant accompagné d'un émoullient).

- **Atteinte cognitive ou de l'humeur, désordre neurologique**
 - » Impact sur la capacité de se servir d'automatismes tels que la réponse gastro-colique postprandiale suivant le petit déjeuner pour favoriser la défécation;
 - » Degré de motivation pour utiliser des moyens non pharmacologiques pour régulariser l'élimination intestinale.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Éléments de l'environnement pouvant influencer l'élimination intestinale**
 - » Obstacles environnementaux nuisant aux déplacements pour se rendre aux toilettes : encombrement, lit trop haut, ridelles de lit montées, etc.;
 - » Adaptation de la toilette : barre d'appui, siège surélevé, etc.;
 - » Présence d'une toilette à proximité;
 - » Disponibilité des soignants pour accompagner la personne à la toilette, dès qu'elle ressent le besoin d'aller à la selle et, si nécessaire, pour l'assister (suppositoires, manœuvres manuelles en cas de rectocite).

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Faciliter l'élimination intestinale et détecter la constipation**
 - » Établir un horaire régulier d'élimination qui repose sur les habitudes de vie de la personne (et non pas selon les routines de travail de l'unité de soins);
 - » Encourager l'élimination intestinale 20 à 30 minutes après les repas;
 - » Procurer l'aide nécessaire à la personne pour qu'elle puisse aller à la toilette;
 - » Pour faciliter la défécation : suggérer à la personne de se mettre en position assise, légèrement penchée vers l'avant, les pieds bien appuyés au sol;
 - » Pour les personnes alitées ne pouvant être installées en position accroupie dans le lit : placer la personne en position couchée sur le côté gauche, les genoux pliés et les jambes ramenées vers l'abdomen;
 - » En relevant la fréquence d'élimination intestinale et les plaintes subjectives ou les signes objectifs, déterminer s'il y a un problème de constipation.
- **Encourager le maintien de l'autonomie fonctionnelle et la mobilité physique**
 - » Placer à la portée de la personne ses lunettes, ses souliers, ses aides techniques et la cloche d'appel;
 - » Offrir l'aide nécessaire pour s'alimenter et s'hydrater et pour le port des dentiers;
 - » Assurer un accès facile et sécuritaire à la toilette;
 - » Répondre rapidement à la cloche d'appel, surtout la nuit;
 - » Éliminer dès que possible les différents cathéters (même ceux qui ont été prescrits, en vérifiant avec le médecin) pour faciliter les déplacements pour se rendre à la toilette.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Habitudes alimentaires**
 - » Fournir un apport alimentaire approprié et suffisant en liquides (ne jamais faire une introduction inhabituelle et trop rapide de fibres, car il y a un risque d'induire : ballonnements, satiété précoce, constipation, fécalome, etc.;
 - » Encourager l'hydratation et viser un apport de plus de 1500 ml/24 h;
 - » Assurer en tout temps un accès à de l'eau fraîche;
 - » Demander aux proches d'apporter les aliments préférés de la personne (ex. : fruits frais).
- **Activités physiques**
 - » Profiter du besoin d'aller à la selle pour mobiliser et faire marcher à la salle de toilettes;
 - » Encourager la marche (jusqu'à 15 minutes ou 15 mètres, deux à trois fois par jour);
 - » Planifier des exercices passifs pour les personnes alitées.
- **Médicaments**
 - » Si l'introduction d'un nouveau médicament à risque entraîne une réduction de la fréquence d'élimination intestinale, le signaler au médecin.
- **Expression des émotions (personne lucide)**
 - » Permettre l'expression des émotions concernant le problème intestinal (comprendre et rassurer);
 - » Privilégier l'utilisation de la toilette pour contribuer à préserver la dignité et l'intimité de la personne.
- **Expression des comportements (personne avec atteintes cognitives)**
 - » Décoder, chez la personne atteinte de déficits cognitifs, les manifestations comportementales qui indiquent le besoin de déféquer (la femme → bouge d'une jambe à l'autre, se tortille, etc. et l'homme → essaye de défaire sa ceinture, sa fermeture à glissière, etc.); en présence de ces manifestations, amener la personne à la toilette;
 - » Déterminer un horaire d'élimination à des heures régulières en tenant compte des manifestations comportementales indiquant le besoin de défécation;
 - » Conduire systématiquement à la toilette au lever, 20 minutes après chaque repas et avant la mise au lit pour la nuit.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Environnement sécuritaire qui facilite les déplacements à la toilette**
 - » Désencombrer la chambre et le passage vers la toilette;
 - » Placer des points de repère, à la hauteur des yeux, indiquant le trajet pour se rendre à la toilette;
 - » Éclairer suffisamment la salle de toilette;
 - » Placer au besoin une chaise bassine près du lit ou un siège surélevé sur la toilette;
 - » Ajuster le lit à une hauteur optimale pour la personne afin de faciliter les levers pour aller à la toilette.
- **Pour la personne alitée utilisant la bassine au lit ou la chaise d'aisance dans la chambre**
 - » Fournir le mode d'élimination adapté à son état de santé (bassine au lit, chaise d'aisance à côté du lit);
 - » Assurer l'intimité de la personne (rideau tiré, etc.);
 - » Masquer les bruits (avec la radio, la télé) et les odeurs (avec un désodorisant) pour diminuer le sentiment de gêne;
 - » Réchauffer la bassine de lit en la rinçant d'abord avec de l'eau chaude;
 - » Aérer la chambre pendant un court moment;
 - » Profiter des rares levers de la personne alitée pour l'amener à la toilette.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

ÉLIMINATIONS INTESTINALES RÉGULIÈRES?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



NON

ALERTE : faire appel à l'équipe multiprofessionnelle et passer au **PALIER SPÉCIFIQUE**.

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIFIQUE

Évaluation par les membres de l'équipe multiprofessionnelle en collaboration avec l'équipe soignante.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Documenter les caractéristiques des selles et autres symptômes, à l'aide d'un calendrier d'élimination pendant une semaine**
 - » Heures ou moments où la personne va à la selle, présence du réflexe gastro-colique;
 - » Coloration, présence de sang ou de mucus, consistances et forme, volume, odeur, effort à l'évacuation, douleur, crampes abdominales, faux besoins, incontinence fécale;
 - » Alternance diarrhée et constipation;
 - » Emploi de produits d'incontinence (occasionnellement, régulièrement, seulement la nuit ou lors des sorties);
 - » Utilisation chronique de laxatifs prescrits ou en vente libre.
- **Identifier les antécédents médicaux et les diagnostics actuels qui ont un lien avec la constipation**
 - » Constipation chronique, fécalome;
 - » Hémorroïdes, syndrome du côlon irritable, etc.;
 - » Dépression;
 - » Démence, delirium, altération des fonctions cognitives;
 - » Troubles neurologiques, diabète, hypothyroïdie, insuffisance rénale chronique;
 - » Chirurgie intestinale ou masse abdominale;
 - » Anesthésie générale (arrêt ou ralentissement du péristaltisme);
 - » Usage chronique de laxatifs ou de lavements;
 - » Effets secondaires de certains médicaments (opioïdes, suppléments de fer, anticholinergiques, antidépresseurs, etc.).
- **Procéder à l'examen physique de l'abdomen et de la région anorectale**
 - » Inspection : asymétrie de l'abdomen peut signifier une importante accumulation de selles durcies, de gaz ou d'un globe vésical;
 - » Palpation : présence d'une masse et de douleur au quadrant inférieur gauche (côlon sigmoïde) peut être associée à une constipation importante ou à un fécalome;
 - » Auscultation : rechercher une absence de bruits péristaltiques ou, encore, la présence de bruits de très haute tonalité (caverneux, métalliques);
 - » Examen et toucher rectal : rechercher la présence d'hémorroïdes ou de fissures anales, tonus sphinctérien, présence de selles dans l'ampoule rectale, consistance et couleur des selles, présence de sang de mucus ou autre;
 - » Examens complémentaires : si masse sus-pubienne, d'abord faire un scan vésical pour éliminer une rétention urinaire et, le cas échéant, (après avis au médecin ou selon l'ordonnance collective), procéder à un cathétérisme des voies urinaires :
 - S'il y a des signes anormaux, avertir le médecin;
 - S'il y a seulement selles molles dans le rectum, appliquer le protocole d'élimination intestinale et consigner l'information au dossier.
- **Surveiller l'apparition de signes et symptômes de fécalome**
 - » Ne défèque plus ou que de petites selles glaireuses, nausées, perte d'appétit;
 - » Présente parfois des vomissements, une rétention urinaire avec globe vésical palpable;
 - » Peut également conduire au delirium.

- **Identifier les médicaments ou produits en cours qui pourraient avoir un impact sur la motilité intestinale**
 - » Au besoin, faire appel au pharmacien;
 - » En parler au médecin, lequel pourra décider de cesser ou de modifier un médicament impliqué ou, encore, s'il est indiqué de le poursuivre, il pourra ajouter un médicament pour soulager la constipation.
- **Procéder à l'évaluation de la mobilité et du rendement fonctionnel avec le physiothérapeute et l'ergothérapeute**

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Vérifier s'il y a présence d'éléments dépressifs ***
- **Faire revoir la diète par la nutritionniste**
- **Revoir avec la personne et sa famille les conseils hygiéno-diététiques pouvant favoriser l'élimination intestinale**

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Évaluer la nécessité d'adapter la salle de bain à l'hôpital (ergothérapeute)**
- **Déterminer les aides techniques pour les déplacements sécuritaires et pour l'utilisation de la toilette (ergothérapeute, physiothérapeute)**

* Thomas, P., Hazif-Thomas, C., Clément, J.-P., & Burrough, S. (2008). L'échelle de dépression gériatrique (GDS) de Yesavage : Yesavage's geriatric depression scale (GDS). La Revue de Gériatrie, 33(8), 729-731.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus des éléments de l'intervention systématique, assurer l'application des recommandations formulées par les membres de l'équipe multiprofessionnelle de base.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Interventions, méthodes ou programmes pour réduire la constipation**
 - » Massage abdominal;
 - » Pression abdominale ou périnéale (selon le cas);
 - » Méthode de défécation programmée (personnes avec atteinte cognitive).
- **Interventions nutritionnelles**
 - » Encourager la consommation de la diète **recommandée par la nutritionniste**.
- **Intervention pharmacologique de la constipation selon son étiologie**
 - » Mise en application des procédures contenues au protocole de constipation chronique délégué au personnel infirmier (cf. exemple à l'annexe 3);
 - » Ordonnance médicamenteuse prescrite par le médecin au besoin (cf. annexe 2).

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Faire appel :**
 - » À la travailleuse sociale, au psychologue, au psychiatre;
 - » À la nutritionniste;
 - » À la collaboration de la famille.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Adaptation de la salle de toilette pour faciliter l'élimination et l'autonomie de la personne (par l'ergothérapeute)**
 - » Entraîner la personne à se servir du matériel adapté;
 - » Enseigner à la famille l'utilisation du matériel adapté afin de soutenir le proche;
 - » Prévoir de communiquer cette information aux ressources du CSSS, lors du congé;
 - » Conseiller la famille pour l'achat ou l'adaptation des vêtements afin de faciliter le déshabillage et l'habillage (pantalons sans fermeture à glissière, etc.).

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

ÉLIMINATIONS INTESTINALES RÉGULIÈRES?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.

NON

- » CE PROBLÈME S'INSCRIT-IL DANS UNE PLURIPATHOLOGIE?
- » Y A-T-IL UNE COMPLEXITÉ ÉLEVÉE?
- » EST-CE LE MOMENT DE FAIRE APPEL À L'EXPERTISE DE LA GÉRIATRIE?

» **ALERTE** : faire appel à l'équipe spécialisée et passer au **PALIER SPÉCIALISÉ**.

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIALISÉE

Évaluation par les membres de l'équipe spécialisée en présence d'une constipation suspecte ou compliquée (gastroentérologue, chirurgien, etc.), en collaboration avec l'équipe multiprofessionnelle et l'équipe soignante.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus d'assurer l'application des éléments pertinents de l'intervention spécifique, entreprendre les actions suivantes et appliquer les recommandations de l'équipe spécialisée.

- **En présence d'une constipation suspecte ou compliquée, procéder à une consultation spécialisée pour une évaluation diagnostique et des traitements selon les données de l'évaluation des autres étapes**
 - » Le personnel devra être en mesure d'appliquer la surveillance nécessaire aux investigations et aux traitements proposés;
 - » Le personnel devra s'assurer du suivi régulier des résultats des traitements par le(s) spécialiste(s).

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

ÉLIMINATIONS INTESTINALES RÉGULIÈRES?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats.
Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



NON

Le médecin traitant, les consultants et les intervenants visés devront envisager des mesures adaptées à long terme (PII).

AUTEURS

LINDA THIBEAULT, INF., M.SC.

Diplôme de deuxième cycle en études interdisciplinaires sur la mort
Conseillère en soins spécialisés en gérontopsychiatrie
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

MONIQUE BOURQUE, INF., M.A.

Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Conseillère clinicienne en soins infirmiers gériatriques, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
Professeure associée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

MARIE-JEANNE KERGOAT, M.D., CCFP, FCFP, CSPQ

Géiatre
Chef du Département de médecine spécialisée
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Directrice du programme réseau de résidence en gériatrie du Québec
Professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal
Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

DIANE BOYER, M.SC. (PS-ÉD), MAP

Coordonnatrice, projet « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »,
Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Coordonnatrice promotion de la santé et transfert des connaissances,
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

SUZANNE GILBERT, B.PHARM., M.SC., MAP

Chef du département de pharmacie, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Clinicienne associée, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie est classée par ordre alphabétique d'auteurs. Elle comprend les références des documents qui ont inspiré la réflexion des membres du groupe et ont abouti à la création de cette fiche thématique sur le risque de constipation.

La bibliographie a été réalisée à partir d'une sélection d'ouvrages, d'articles, de rapports (résultats d'études d'instituts de recherche...).

La recherche de données probantes a été privilégiée.

American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. (2005). An evidence-based approach to the management of chronic constipation in North America. *American Journal of Gastroenterology*, 100(Suppl 1), S1-4.

Annels, M., & Koch, T. (2002). Faecal impaction : older people's experiences and nursing practice. *British journal of community nursing*, 7(3), 118-126.

Battistella, M. (2009). Le point sur la prise en charge de la constipation chronique. *Formation continue MVL*, Dossier # 805-1108(Février), 1-8. http://www.professionsante.ca/files/2009/10/FC_PENDO_Constipation_200902.pdf (Consulté le 4 août 2010)

Beausoleil, M. (2008). Constipation et fécalome. In Regroupement des pharmaciens en établissements de santé ayant un intérêt pour les soins palliatifs (Ed.), *Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes : édition complète* (4 ed., Vol. 1, p. 185-195). Montréal: Association des pharmaciens en établissements de santé du Québec.

Bouin, M. (2006). La constipation : comment s'y prendre pour mieux la traiter? *Le Clinicien*, 21(11), 90-95.

Bouras, E. P., & Tangalos, E. G. (2009). Chronic constipation in the elderly. *Gastroenterology Clinics of North America*, 38(3), 463-480.

Brûlé, M., Cloutier, L., & Doyon, O. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 676 p.

Buttery, J. (1996). La personne âgée et son besoin d'éliminer les déchets de l'organisme. In S. Lauzon & E. Adam (Eds.), *La personne âgée et ses besoins : interventions infirmières* (p. 329-408). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique.

Frank, L., Schmier, J., Kleinman, L., Siddique, R., Beck, C., Schnelle, J., et al. (2002). Time and economic cost of constipation in nursing homes. *Journal of the American medical directors association*, 3(4), 215-223.

Gallagher, P., & O'Mahony, D. (2009). Constipation in old age. *Best Practice & Research in Clinical Gastroenterology*, 23(6), 875-887.

Guérin, O. (2006). Avancées thérapeutiques pour la constipation du sujet âgé. In *L'année gériatrique, volume 20, tome 1* (p. 163-167). Paris: Serdi.

Hinrichs, M., Huseboe, J., Tang, J. H., & Titler, M. G. (2001). Management of constipation : research-based protocol. *Journal of gerontological nursing*, 27(2), 17-28.

Kenny, K. A., & Skelly, J. M. (2001). Dietary fiber for constipation in older adults : a systematic review. *Clinical effectiveness in nursing*, 5(3), 120-128.

Kozier, B., Glenora, E., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers : théorie et pratique : volume 1 / Barbara Kozier ... et al.; adaptation française de la septième édition de Fundamentals of nursing : concepts, process and practice, sous la direction de Sophie Longpré et Lyne Cloutier; avec la participation de Caroline Longpré ... et al.* (Vol. 1). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 915 p.

Kozier, B., Glenora, E., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers : théorie et pratique : volume 2 / Barbara Kozier ... et al.; adaptation française de la septième édition de Fundamentals of nursing : concepts, process and practice, sous la direction de Sophie Longpré et Lyne Cloutier; avec la participation de Caroline Longpré et la collaboration de Hugo Laplante* (Vol. 2). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 1707 p.

Merli, G. J., & Graham, M. G. (2003). Three steps to better management of constipation. *Patient care*, 37(6), 37-40.

Miller, C. A. (2007). *L'essentiel en soins infirmiers gérontologiques / Carol A. Miller; adapté de l'anglais par Ivan L. Simoneau* Montréal: Beauchemin, 257 p.

Preece, J. (2002). Introducing abdominal massage in palliative care for the relief of constipation. *Complementary therapies in nursing and midwifery*, 8(2), 101-105.

Registered Nurses Association of Ontario. (2005). *Nursing best practice guideline : prevention of constipation in the older adult population*. En ligne. Toronto: RNAO, 56 p. http://www.rnao.org/Storage/11/610_BPG_Prevent_Constipation_rev05.pdf (Consulté le 30 juillet 2010)

Richmond, J. (2003). Prevention of constipation through risk management. *Nursing standard*, 17(16), 39-48.

Stanley, M., & Gauntlett Beare, P. (2005). *Soins infirmiers en gériatrie : vieillissement normal et pathologique / Mickey Stanley; traduit de l'américain par Françoise Hallet* (2 ed.). Bruxelles: De Boeck Université, 507 p.

Teillet, L., & Muller de Schongor, F. (2007). Problèmes digestifs. In M. Arcand & R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie* (p. 743-757). Acton Vale; Paris: Edisem; Maloine.

Thibeault, L. (2006). L'élimination intestinale. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* (p. 217-229). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique.

Thibeault, L., & Cité de la santé de Laval (Hôpital). (2001). *L'élimination intestinale chez la personne âgée hospitalisée : programme de soins infirmiers*. Laval: Communications médias, pag. multiple.

ANNEXE I

MÉDICAMENTS RECONNUS POUR INDUIRE DE LA CONSTIPATION

AGENTS CATIONIQUES

(ex. : sels d'aluminium, de calcium, de fer, bismuth, baryum)

ANTICHOLINERGIQUES

- Antiparkinsoniens
- Antipsychotiques
- Antidépresseurs (tricycliques et ISRS)
- Antihistaminiques

ANALGÉSIIQUES

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Opiacés et narcotiques apparentés

ANTICONVULSIVANTS

(ex. : phénytoïne, barbituriques)

ANTIHYPERTENSEURS

- Diurétiques
- Inhibiteurs des canaux calciques (vérapamil > diltiazem > dihydropyridines)
- Alphabloquants à action centrale (ex : clonidine)

AGENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE - CYTOTOXIQUES

(ex. : taxanes, thalidomide, alcaloïdes de la pervenche)

ANTISPASMODIQUES

LOPÉRAMIDE

ANNEXE 2

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉS POUR
TRAITER LA CONSTIPATION

TYPE	NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL	POSOLOGIE
FIBRES	Son		1 tasse/jour
	Psyllium	Métamucil ^{MD} Prodiem ^{MD}	1 c. à soupe (15 mL) 1 à 3 fois/jour
LAXATIFS EMOLLIENTS	Docusate de sodium	Colace ^{MD} Soflax ^{MD}	100 à 200 mg 2 fois/jour (max : 500 mg/jour)
	Docusate de calcium	Surfak ^{MD}	240 mg 2 fois/jour
LAXATIFS OSMOTIQUES	Lactulose	Laxilose ^{MD}	15 à 45 mL 1 à 4 fois/jour
	Sorbitol	Sorbitol 70%	15 à 30 mL 1 à 3 fois/jour
	Polyéthylène glycol	Colyte ^{MD} , Lyteprep ^{MD} , Peglyte ^{MD} Golytely ^{MD}	120 à 240 mL 1 à 2 fois/jour
	Polyéthylène glycol 3350	Lax-a-day ^{MD}	17 g 1 fois/jour
	Suppositoire à la glycérine		1 suppositoire/jour
LAXATIFS SALINS	Magnésium	Lait de magnésie ^{MD}	15 à 30 mL 1 à 3 fois/jour. Attention insuffisance rénale
	Phosphate de sodium en solution orale	Fleet Phospho-soda ^{MD}	Non recommandé comme laxatif usuel 45 mL pour un lavage
	Citrate de magnésium	Citro-Mag ^{MD}	Non recommandé comme laxatif usuel 300 mL pour un lavage
LAXATIFS STIMULANTS	Bisacodyl	Dulcolax ^{MD}	5 à 10 mg per os 1 fois/jour (max : 15 mg/jour) ou 10 mg en suppositoire 1 fois/jour (max : 3 fois/semaine)
	Anthraquinones (séné, cascara)	Senokot ^{MD}	8 à 16 mg 1 ou 2 fois/jour (max : 32 mg bid)
LAVEMENTS	Huile minérale (lavement de rétention)	Fleet ^{MD} huileux	100 à 250 ml intra-rectal
	Lavement au phosphate	Fleet ^{MD}	Le contenu du flacon (120 mL) intra-rectal
	Citrate de sodium, laurylsulfoacétate de sodium, sorbitol (microlavement)	Microlax ^{MD}	Le contenu du tube (5 mL) intra-rectal
ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS μ -OPIOÏDES	Méthylnaltrexone	Relistor ^{MD} (médicament à usage spécialisé)	Dose selon le poids et ajuster selon la fonction rénale

EXEMPLE DE PROTOCOLE DE GESTION MÉDICAMENTEUSE DE BASE DE LA CONSTIPATION DÉLÉGUÉ AUX SOINS INFIRMIERS



**ORDONNANCE
COLLECTIVE
N° OC-3.06**

Rédigé/révisé par la Direction des services professionnels et hospitaliers
En collaboration avec la Direction des soins infirmiers
Date d'entrée en vigueur : Le 4 décembre 2006
Date de révision : s.o.
Approuvé par résolution n° 2006 06.06 du CMDP

**TRAITEMENT DE LA
CONSTIPATION**

**INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS
PHARMACIENNES**

CLIENTÈLE VISÉE

Bénéficiaires admis à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, présentant ou à risque de présenter des signes de constipation et qui ne sont pas déjà sous laxatif.

PROFESSIONNELS VISÉS

- Infirmières et infirmiers
- Pharmaciennes

» *Les infirmières et infirmiers auxiliaires sont autorisés à contribuer à l'application de cette ordonnance sous la supervision d'une infirmière.*

INDICATIONS CLINIQUES

Bénéficiaire qui présente l'élimination d'une petite quantité de selles dures et sèches, une élimination moins de trois fois par semaine ou un changement significatif de ses habitudes d'élimination, sans être accompagné de douleur, crampes abdominales ou autres signes.

CONTRE-INDICATIONS

- Douleurs abdominales, vomissements, diarrhée
- Altération des signes vitaux
- Saignements gastro-intestinaux
- Soupçon de fécalome
- Chirurgie abdominale, rectale ou urinaire récente
- Infarctus du myocarde récent
- Tout autre symptôme pertinent

PROCÉDURE

Voir le protocole médical « *Élimination intestinale* » ci-joint.

NOTATION AU DOSSIER MÉDICAL

Lorsqu'une infirmière ou une pharmacienne utilise le protocole d'élimination en lien avec cette ordonnance collective, elle inscrira sur le formulaire intitulé Prescription médicale (IUGM-133) le titre de l'ordonnance collective [Traitement de la constipation] et son numéro [OC-3.06], le protocole [Protocole d'élimination] la date et l'heure du début de l'application du protocole. Elle signera son nom au long et acheminera le tout au Département de pharmacie selon la procédure en vigueur.

RÉFÉRENCE

Règle de soins infirmiers, Orientations pour une utilisation judicieuse de la Règle de soins infirmiers.
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2005

APPROBATION

Directeur des soins infirmiers

Directrice des services professionnels et hospitaliers

Président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Annexe

1. Protocole d'élimination

PROTOCOLE D'ÉLIMINATION

	ÉTAPES	TRAITEMENT	DÉBUT D'ACTION	MODE D'ACTION
	1	S'assurer que : Hydratation (30 ml/kg de poids corporel / 24 heures) Fibres alimentaires Exercices (patients mobiles et alités) Massages abdominaux Routine intestinale sont optimaux. pour le bénéficiaire. Augmenter ou ajuster au besoin.	2-3 jours	FIBRES ALIMENTAIRES ET EAU : Augmentent le poids du bol fécal
APRÈS 1 JOUR SANS SELLES	2	Idem au jour 1	2-3 jours	Idem au jour 1
APRÈS 2 JOURS SANS SELLES	MATIN 3	Suppositoire de Glycérine I.R. le matin du 3 ^e jour. et N.B.: Si 4 réponses négatives consécutives à l'étape 3 ne plus donner suppositoire de Glycérine et attendre étape 4	15-30 min	Action locale : initie le réflexe de défécation
APRÈS 3 JOURS SANS SELLES	MATIN 4	Suppositoire de Dulcolax I.R. le matin du 4 ^e jour N.B.: Si non toléré par le bénéficiaire, demander au pharmacien de changer pour Microlax	15 min -1 h	Stimule l'intestin par irritation
APRÈS 4 JOURS SANS SELLES	MATIN 5	Lait de magnésie 45 ml po le matin du 5 ^e jour	6-8 h	Attire l'eau des tissus : selles plus liquides et volumineuses
APRÈS 5 JOURS SANS SELLES	MATIN 6	Faire toucher rectal. Si ampoule rectale vide et fécalome soupçonné : AVISER LE MÉDECIN. Si ampoule rectale pleine de selles : lavement Fleet le matin du 6 ^e jour.	2-15 min	Distension mécanique et rétention d'électrolytes

Préparé par : Marie-Andrée Plante, pharmacienne, en collaboration avec Olivette Soucy, infirmière clinicienne et Louise Roy, médecin.

Révisé : Janvier 2006 protocole élimination

N.B. :

1. Si le patient présente des crampes abdominales, des douleurs abdominales ou autres signes accompagnateurs (ex. : fièvre)
⇒ Aviser le médecin.
2. Si les étapes 5 et 6 reviennent plus de 2 fois sur une période d'un mois, ou pour toute autre raison qui vous semble pertinente
⇒ Demander une réévaluation du dossier au pharmacien.

ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES	CONSULTATION	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES
ÉLÉMENTS PHYSIQUES			
Profil d'élimination avant et depuis l'hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence, moments et caractéristiques des selles • Mode d'élimination : toilette, chaise d'aisance, etc. • Notion de constipation, d'incontinence, de manœuvre manuelle pour faciliter l'élimination, de chirurgie pelvienne ou abdominale • Signes ou symptômes d'alerte : rectorragie, douleur 		Préciser les caractéristiques de la constipation (et les symptômes associés) <ul style="list-style-type: none"> • Journal d'élimination intestinal x 7 jours • Impact de la médication 	
Degré d'autonomie <ul style="list-style-type: none"> • Pour boire et s'alimenter • Pour se rendre à la toilette dès le réflexe gastro-colique • Pour les transferts, baisser les vêtements, s'essuyer, etc. 	Ergothérapeute si jugé nécessaire	Examen abdominal et anorectal : <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage fécalome, globe vésical, autres problèmes 	Consultations spécialisées Appliquer les recommandations Poursuivre les soins
Consommation alimentaire <ul style="list-style-type: none"> • Apport alimentaire > ¾ plat principal • Apport liquidien d'au moins 1500 ml/jour 	Nutritionniste si jugé nécessaire		
ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE			
Assistance et habitudes <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation tous les jours, plusieurs fois par jour : si la personne peut marcher (2 x 15 à 20 min/24 h) ou si elle est alitée (exercices passifs des jambes et bassin) • Dès que possible : élimination intestinale en position assise, penchée légèrement vers l'avant, les pieds appuyés sur le sol ou sur un tabouret • S'assurer qu'un laxatif est prescrit simultanément à toute ordonnance de narcotique 	Physiothérapeute si jugé nécessaire	Amorcer un programme pour réduire la constipation <ul style="list-style-type: none"> • Massage abdominal • Pression abdominale ou périnéale • Méthode de défécation programmée 	
Assistance à la personne avec atteinte cognitive <ul style="list-style-type: none"> • Conduire à la toilette (au lever, après les repas et au coucher) • Repérer les comportements indiquant l'envie d'aller à la toilette • (femme → se tortille, homme → essaie de défaire sa ceinture) 			
ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX			
Obstacles environnementaux <ul style="list-style-type: none"> • Accès facile et sécuritaire à la salle de toilette • Si la personne est alitée : intimité à préserver (odeurs et bruits à masquer) • Salle de toilette adaptée (siège surélevé, barre d'appui, etc.) 	Ergothérapeute ou physiothérapeute si jugé nécessaire		