REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION

ET DE LA FORME HOSPITALIERE

INSTITUT NATIONAL DE FORMATION SUPERIEURE PARAMEDICALE(I.N.F.S.P.M)

HAI ES SALEM-ORAN

MEMOIRE PROFESSIONNEL

Thème :

la prise en charge d'un patient gériatrique dans un service radiologique

MANIPULATRICE DE LA RADIOLOGIE DE SANTE PUBLIQUE

PRESENTE PAR :

REBAA AMEL ET HACINI HOUARIA

DIRIGE PAR :

Dr RAHALI SAID

PROMOTION : 2011-2012

- ***Introduction……01***
- ***Objectifs recherchés……..02***
- ***Problématique……03***
- ***Les hypothèses……04***
- ***Pré –enquête……05*06***

Partie théorique :

Chapitre I :

Généralités :

- ***Historique……07***
- ***Rappel :***

2.1La gérontologie……07

2.2La gériatrie……08

2.3Le vieillissement……..08

Chapitre II :

La prise en charge psychologique d'une personne gériatrique :

- *Comportement des manipulateurs en radiologie……09*
- *La relation manipulatrice en radiologie/patient……10*
- *Difficulté rencontre en radio gériatrie……11*

3.1Aspect physiopathologiques……...12

3.2Aspect psychologiques……...13

4. Les effets de vieillissement sur l'organisme……..14

Chapitre III :

La prise en charge radiologique d'un patient gériatrique :

- *Le référentiel métier ……..16*

1.1Fonction technique……16

1.2Fonction de communication d'information et l'éducation……17

1.3Fonction de recherche……..17

- *Matériels et moyen de contention ……17*
- *Les examens plus nécessaires chez les patient âges*

3.1Les techniques et sémiologie de bassin ……...18

3.2Les techniques et sémiologie du crane……...18

3.3Les techniques et sémiologie de thorax……19

3.4Les techniques et sémiologie abdominale. ……20

Partie pratique :

Méthodologie de travaille……22

Recueille analyse des donnés ……23

Analyse des hypothèses……...24

Analyse global……38

Suggestion et recommandation …….....39

Conclusion ……...40

Bibliographie……41

Annexe……42

Remerciements :

Nous saisis l'occasion qui nous est offerte par la rédaction du présent mémoire de fin d'études pour remercier Dieu avant tout ,puis toutes les personnes qui nous ont aide à réaliser ce travail et à acquérir les connaissances durant ces trois années de formation .

Nous présentons nos remerciements :

- ***Au Dr rahali Saïd qui a accepté de diriger ce mémoire.***
- ***Aux membres du jury et à Mr LAKAM.***
- ***A M^{ELLE} BELLAHRECH qu'elles trouvent ici l'expression de nos remerciements les plus sincères.***
- ***A tous les enseignants.***

Dédicace :

Je dédie ce modeste travail :

A ma très chère ma mère et mes chers frères : HAMID, HABIB, HICHAM, SOFIANE.

Mes sœurs : KHADIDJA ET FATIMA

A tout la famille : REBAA, REZOIANE SURTOUT ADEM, HANAA, YOUSRA, YASER, ET HADIA

A mes collègues de promotion.

A mes très chèrs amis : Fatima, Nadia, Malika, makhtaria, hadjira, houaria et Kheira.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A ma très chère mère et mon père qui ont veille sur mon éducation pour m'assurer un avenir tout en m'inspirant du travail du courage toute mes études.

A mes chers frères et ma sœur : ALI, ABD ELLAH, MOSTAFA, FETHI, ET NAIMA.

Atout la famille : HACINI ET ABID.

Ames collègues de promotion.

Ames très chères amis : AMEL, HADJIRA, ZAHIRA, KHEIRA, ET FATIMA.

Introduction :

La prise en charge de la personne âgée relève d'une évaluation globale, médicale, psychologique et sociale plus que la recherche d'une pathologie d'organe, le diagnostic repose sur la notion d'une décompensation fonctionnelle comportant :

- Une réduction des réserves fonctionnelles liées au vieillissement et aux maladies chroniques aboutissant Un syndrome de fragilité.
- Des facteurs aigus de décompensation qui projettent l'individu dans une situation d'insuffisance fonctionnelle
- Le syndrome de fragilité se caractérisé par un risque permanent de décompensation fonctionnelle conduisant à une aggravation de l'état de santé et à la dépendance
- La prise en charge relationnelles est un prolongement indispensable de la technique médicale. Elle contribue à prévenir chez le malade les conduites de fuite que sont la régression.
- La spécificité de la pratique gériatrique réside dans le caractère global de la prise en charge de la personne en tenant compte de son environnement.

Pour cela, nous avons abordé le sujet de la prise en charge d'un patient en gériatrie en service de radiologie car il ya toute une démarche spécifique pour cette catégorie.

Alors ce travail se compose de deux parties, une partie pratique contenant notre question de départ dont l'objectif est d'améliorer la qualité de prestation service en radiodiagnostic pour cette tranche d'âge suivi par une enquête adressé aux manipulateurs en radiologie.
Après la récolte des données, une analyse globale a été faite ensuite des suggestions et recommandations nécessaire pour cette nouvelle spécialité dans notre pays.
La partie théorique comportant des notions fondamentales sur la gériatrie en générale et en radiologie avec précision.

Objectifs recherches :

Notre objectif consiste à faire une étude pratique afin de :

- Essayer de ressortir les déficiences.
- Proposer les solutions dans le but de réaliser une bonne pratique des examens gériatriques en vue d'améliorer la situation.
- Mettre l'accent encore une fois sur l'intérêt et l'importance des moyens de contention en radio gériatrie.

Problématique :

Durant nos études effectuées au niveau de différents services radiologiques à Oran, nous avons constaté que la radiologie a un rôle fondamental quant au diagnostic des différentes pathologies, malheureusement on a observé des complications dans les examens radiologiques (voir les deux tableaux) [1] chez les personnes en gériatrie qui sont un peu délicates à cause de difficultés vue la décompensation physiologique et surtout psychologique.

Tout sujet âgé présente des déficiences fonctionnelles et des difficultés de communication qui compliquent sa prise en charge c'est ce qui nous a attiré l'attention et ce qui nous a poussés a posé notre question de départ :

Est-ce que ces malades âgées doivent bénéficier d'une prise en charge spécifique par rapport aux autres ?et quels sont les moyens pour obtenir une bonne qualité de prestation service en radiodiagnostic pour ces sujets ?

1 : tableaux page 6 et 7.

Les hypothèses :

Pour répondre à notre question de départ, nous avons proposé quelques hypothèses pour guider notre recherche :

- La mauvaise communication entre le manipulateur-patient gériatrique.
- Le manque des accessoires radiologiques (moyens de contention).
- l'importance de former les manipulateurs sur cette nouvelle discipline « la radio gériatrie ».

Pré enquête :

Au niveau d'EHU : tableau1

âge	18-60			Plus de 60		
Examen	réussis	Répété	réalisé	Réussis	répété	Réalisé
TLT	42	08	50	30	20	50
ASP	33	05	38	23	15	38
MEMBRE SUPERIEURE	60	20	80	50	30	80
MEMBRE INFERIEUR	55	25	80	40	40	80

CRANE	28	02	30	20	10	30
RACHIS	40	10	50	25	25	50
TOTAL	258	70	328	188	140	328
%	78.65%	21.34%	100%	57.31%	42.68%	100%

Au niveau de radio centrale : tableau2

Age	18-60			Plus de 60		
Examen	réussis	Répété	réalisé	Réussis	répété	réalisé
TLT	50	20	70	35	35	70
ASP	42	08	50	35	15	50
MEMBRE SUPERIEUR E	120	30	150	80	70	150
MEMBRE INFERIEUR	90	40	130	75	55	130

CRANE	55	25	80	40	40	80
RACHIS	45	15	60	30	30	60
TOTAL	402	138	540	295	245	540
%	74.44%	25.55%	100%	54.62%	45.37%	100%

Analyse :

D’après le tableau1 : nous avons remarqué que le nombre des clichés répété chez les personne âgés est très élevé 42.68% par rapport aux sujet moins de 60ans21.34% au niveau d’EHU, c'est-à-dire le taux d’échec chez les patients âgés est doublé par rapport aux autres patients.

La même remarque pour le tableau 2avec un petit écart.

Chapitre : I

I-Généralités :

1. Historique :

La gériatrie s'est formée progressivement dans la seconde moitie de XX^{e} siècle dans la plupart des pays développe, elle est une spécialité médicale (au sens de l'exercice médical) dans de nombreux pays et elle est devenue une spécialité en France depuis 2004.

L'allongement de la durée de la vie fait que le nombre de sujet très âgé augment de façon importante, cette population pose des problèmes de santé spécifique qui requièrent une Price en charge dédiée, ce qui a été un moteur important pour l'émergence de la gériatrie.

2. Rappel :

Tout d'abord, il serait bon de définir quelques termes, tels que gérontologie, gériatrie et vieillissement.

2.1. La gérontologie :

C’est l’étude de la vieillesse et des phénomènes de vieillissement sous leurs divers aspects, morphologiques, physiologiques, psychologiques et sociaux.

2.2. La gériatrie :

C’est la médecine de la vieillesse, ensemble de moyens préconises pour retarder l’apparition de la sénilité.

2.3. Le vieillissement :

C’est le fait de devenir vieux, c’est l’ensemble de phénomènes qui marquent l’évolution d’un organisme vivant vers la mort, ils se caractérisent par un ralentissement des fonctions.

2.4. Age de la vieillesse :

Oms : 65ans et +

Définition sociale : âge de cessation d’activité professionnelle (55/60 ans)

On différencie : 3eme âge>65-89ans.

L’âgisme est la discrimination négative vis-à-vis du ‹ vieux ›.

2.5. Personne âgée fragile :

On peut défini la fragilité d’une personne âgée comme un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux, provoqué par une agression même minime. En pratique, elle se manifeste et s’évalue par l’apparition de troubles cognitifs, comportement aux et par l’accroissement des besoins d’aide dans la vie quotidienne.

2.6. Patient gériatrique :

La définition du patient gériatrique est «un patient âge polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité ».

Chapitre II

II-La prise en charge psychologique d'une personne gériatrique :

1-Comportements des manipulateurs en radiologie :

Il s'agit essentiellement du type et de la qualité des relations engagées avec le malade.

- L'observation :

Nous avons que l'inconscient et le psychisme ne sont pas observables comme parait l'être somatique, seules les manifestations extérieures le sont par conséquent le manipulateur doit être attentif, aux comportements aux gestes, aux manières, aux émotions du patient.

Chaque élément observé peut avoir son importance dans un moment précis de la Price en charge, bien sur, il est important que le patient ne ressente pas épié et donc que l'observation soit discrète c'est-à-dire dans le respect de la personne, hormis l'observation objective.

- L'écoute :

« Parler est un besoin, écouter est un art »Goethe.

L'écoute dépasse ce qui est dit pour comprendre ce qui est pensé et qui n'est pas juger, admettre, cautionner, c'est chercher à comprendre le patient et à lui permettre de se comprendre lui-même.

- L'empathie :

C'est la réalisation d'un niveau profond de compréhension du patient, c'est essayer de se mettre à sa place de politesse

2. La relation manipulateur en radiologie-patient :

2.1. Les caractéristiques de la relation manipulateur-patient :

Le manipulateur en radiologie à un rôle privilégie puisque les examens radiologiques qu'il prodigue ne s'adressent seulement au corps mais à tout l'être incluant les éléments biologiques, psychologiques et sociologiques.

La fréquence des interventions radiologiques auprès des patients leur permet d'établir des contacts fréquents, contacts personnalisés et révélateurs d'une volonté d'aide.

2.2. La communication dans la relation manipulateur-patient :

C’est la communication qui nous avons dans la vie quotidienne d’échanger avec autre le manipulateur en radiologie doit maitriser cet aspect des relations humaines.

L’attitude du technicien radiologique doit amener le patient à se sentir à l’aise et confiant.

2.3. La relation d’aide le manipulateur doit :

Comprendre la personne soignée et en rassemblant des fait au cours de l’entretien permettant de se faire une idée de la réalité objective et de sa signification psychologique.

Diagnostiques et évaluer les difficultés afin de reconnaitre la nature du problème et donc la nature du besoin, de sa portée des répercussions qu’il a sur l’individu et sur ceux qu’il l’entoure.

2.4. Information et éducation du patient :

Information du patient, éducation du patient, enseignement au malade sont quelques uns des nombreux termes et expressions qui normalement recouvrent les relations manipulateurs/patients en matière de prévention s’il ne s’agit pas.

3. Difficulté rencontre en radio-gériatrie :

3.1. Aspect physiopathologiques :

- La décompensation fonctionnelle :

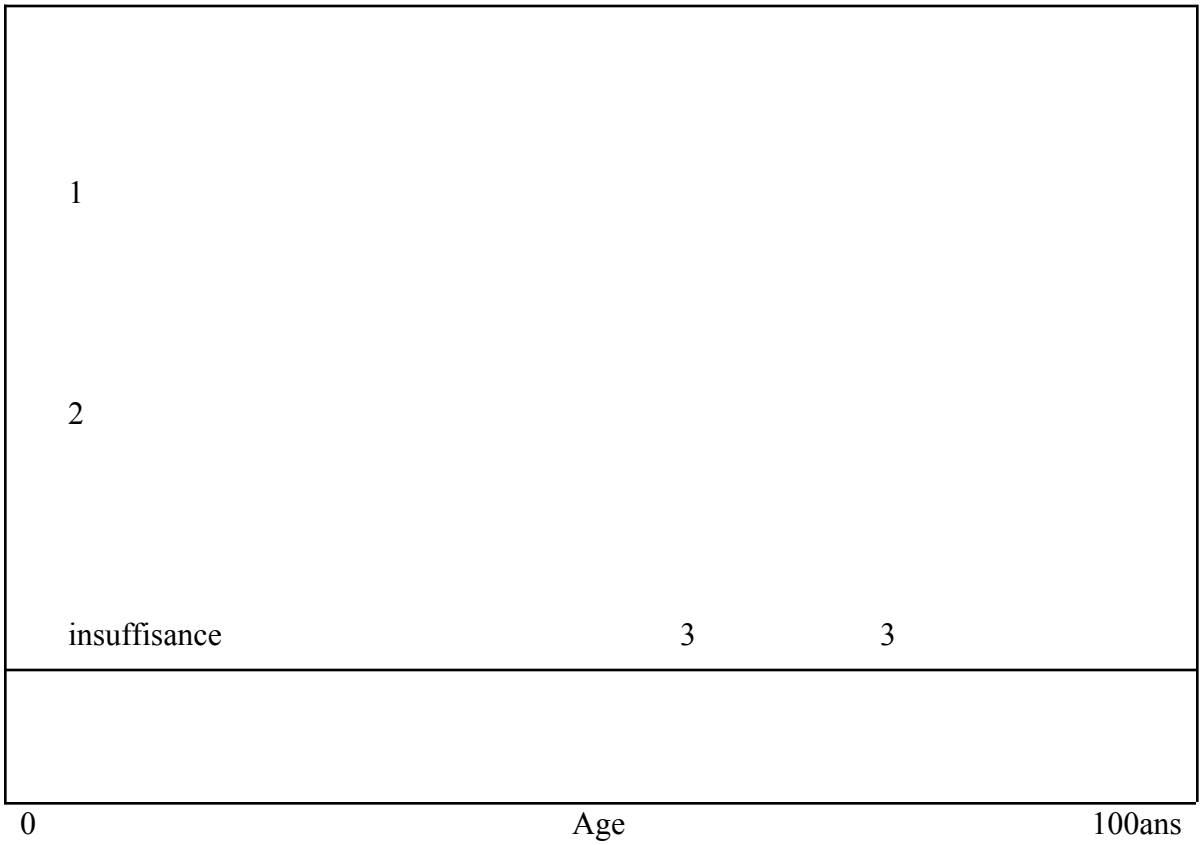
L’état de crise du sujet âgé se présente habituellement comme une décompensation fonctionnelle qui est face à la démarche classique visant à regrouper un faisceau de symptômes sous le chapeau d’une maladie unique n’est plus adaptée la décompensation fonctionnelle est provoquée par la survenue de maladies chroniques et/ou aigues sur un terrain plus ou moins fragilité par le vieillissement.

- Les concepts de décompensation et de fragilité du sujet âgé peuvent être expliqués par un schéma, prenant en considération 3élément qui se cumule pour aboutir à la décompensation d'une fonction (1+2+3).
- Les effets du vieillissement qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entrainer la décompensation.
- Les affections chroniques surajoutées qui altèrent les fonctions.
- Les facteurs de décompensation qui sont souvent multiples et associes chez un même patient : affections médicales aigues, pathologie, iatrogène et stress psychologique.

Figure : 1+2+3 en gériatrie (d'après j.p.bouchon)

- vieillissement physiologique
- maladie chronique
- maladie aigue

Fonction d'organe x



1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie.

- Le vieillissement de la fonction :

Le vieillissement est un processus hétérogène variable d'un individu à l'autre et d'un organe à l'autre. Chez la plupart des personnes, le vieillissement se traduit par une diminution des capacités maximales liée à la réduction des réserves fonctionnelles, responsable d'un état de fragilité. D'autres personnes conservent, même dans le grand âge, des capacités fonctionnelles optimales.

La diminution des capacités, en l'absence de maladie surajoutée, ne provoque pas d'insuffisance, l'âge n'étant jamais à lui seul responsable de la décompensation d'une fonction.

- Les maladies chroniques :

Leur fréquence augmente avec l'âge, la polypathologie est une des caractéristiques du sujet âgé qui présente en moyenne quatre à six maladies.

Ces maladies chroniques (insuffisance cardiaque, polyarthrose...) Sont source d'incapacités et de dépendance.

- Le vieillard fragile :

La perte des réserves adaptatives due au vieillissement et aux maladies chroniques peut être telle qu'elle soit responsable chez certains vieillards d'un état de fragilité permanent qui se caractérise par une instabilité physiologique, ces patients qui sont particulièrement exposés au risque de pathologies en cascade.

Parmi les marqueurs cliniques les plus pertinents d'un état de fragilité, on retrouve la chute, l'incontinence et le syndrome confusionnel.

3.2. Aspect psychologique :

La psychologie du vieillissement existe, c'est un problème qui détermine une multiplicité d'attitudes.

Le déficit auditif : peut avoir des conséquences importantes sur le plan de l'isolement sociale, en effet les problèmes de surdité entrainent inévitablement des difficultés de communication interpersonnelles , qui provoquent une modification de l'humeur, accompagnes de phases de tristesse ou d'irritation.les troubles de la vue peuvent entrainer à l'instar des troubles de l'équilibre, une crainte et une peur diffuse, gênant toute activité et tout déplacement .

Le vieillissement cérébrale, avec les troubles de la mémoire sont des faits récents, le ralentissement des facultés de compréhension et d'analyse face à des situations imprévues,

ou des informations reçues peuvent entrainer une certaine démotivation. La personne ageé devient plus méfiante a l'égard de toute nouveauté.

4. Effet du vieillissement sur l'organisme :

Il s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme qui induit une diminution de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression (stress, infection, traumatisme….). Le processus du vieillissement est très hétérogène au sein d'une population mais aussi au sein d'un même organisme.

1. Sur le métabolisme :

- Di
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
- minution de la tolérance aux hydrates de carbones
- Baisse de la sécrétion des (GH, IGH-1, DHEA, hormones sexuels)
- Diminution poids (baisse de la masse musculaire au profit de la mass graisseuse)

- Insulino-résistance

2. Sur le système nerveux :

- Diminution du nombre des neurones corticaux, raréfaction de la substance blanche.
- Diminution de certains neurotransmetteurs intra cérébraux (acétylcholine).
- Augmentation du temps de réaction (augmentation des catécholamines).
- Réduction modérée de mémoire par rapport aux informations nouvelles.
- Risque de confusion, de désorientation, de chute.

3. Sur les organes des sens :

- Presbytie (réduction de l'accommodation).
- Cataracte (opacification du cristallin).
- Perte de l'audition vers les sons aigus.

4. Sur le système respiratoire et cardio-vasculaire :

- Diminution capacité respiratoire (diminution muscles, diminution diffusion de l'o2).
- Augmentation de la pression systolique et pouls.
- Pression diastolique reste inchangée.
- Légère augmentation de la masse ventriculaire (HVGconcentrique).
- Altération du remplissage passif du VGcompensé par la systole auriculaire.

5. Sur l'appareil locomoteur :

- Diminution masse musculaire, diminution force musculaire.
- Ostéoporose (plus particulièrement chez les femmes).

6. Sur l’appareil urinaire :

- Diminution de la capacité de filtration glomérulaire.
- Diminution de la capacité des sphincters à se contracter.

Chapitre III

III-La Price en charge radiologique d'un patient gériatrique :

La radiologie présente une expansion constatée et régulière qui varie selon les pays. La densité de la population et son type, le recrutement du personnel radiologique et sa qualification.

- Le référentiel métier :

Est ensemble les taches que doit accomplir le manipulateur en radiologie dans l'exercice de sa fonction.

A. Fonction technique :

Identifie le patient et la prescription de l'examen.

- Préparer le patient pour l'examen.
- Choisir l'incidence en fonction de l'état du patient et on trouve dans la demande d'examen des renseignements clinique.
- Préparer la salle et le matériel.
- Choisir le statif horizontale ou vertical en fonction de l'état du patient et du choix de l'incidence.
- Choisir la cassette (format).
- Orientation le RD et le centrage sur le statif.
- Réduire le diaphragme selon la région a exploré.
- Vérifier la distance foyer film.
- N'oublier pas l'index des cliches et sans répétition.
- Réalise toute les examens standards (osseux et viscéraux).
- Assister le médecin a la réalisation des examens spécialisée (artériographie, myélographie, phlébographie, arthrographie).
- Participer à la réalisation des nouvelles techniques d'imagerie médicale (TDM, IRM, ECHOGRAPHIE).

B. Fonction de communication d'information et éducation :

- Participer à la mise en œuvre de la politique de communication et développer les techniques de communication internes et externes.

C. Fonction de recherche :

- Participé aux projets de recherche initiés par l'établissement par un groupe ou à titre individuel.

2. Matériel :

Un matériel adéquat qui permet d'avoir des meilleurs résultats.

Type radiogéne mobile : permet de faire l'examen au lit du malade .

Table basculante : permet d'explorer l'abdomen et thorax en position debout selon l'état de patient ne supporte pas la position debout fait trin de lignbourg.

Obligé de mobiliser le malade pendant la durée d'exposition donc la manipulation utilise les accessoires de contention pour réaliser leurs examens radiologiques.

Matériel de contention :

- Sangles de compression et ballons.
- Sac de sable et système de bande velcro.
- Une série de triangle en carton ou contre plaque matérialisation les valeurs les plus usuelles d'angle d'incidence (15° ,30 °,45°,60°).

VI- Les examens plus nécessaires chez les patients âgés :

1. La technique et sémiologie du bassin :

Sujet debout ou couche, les membres supérieurs sont légèrement écartés, les pieds sont légèrement en rotation interne

Le rayon directeur : verticale

Centrage : à deux travers de doigts au dessus du bord supérieur du pubis (grille ou Potter)

Sémiologie :

La fracture la plus fréquente chez le sujet âgé c'est la fracture de l'extrémité supérieure de fumer (col fémoral), on distingue plusieurs types de fractures qui sont les mêmes que les fractures du membre supérieur, il existe plusieurs luxations au niveau de membre inférieur-luxation du genou- luxation de la hanche.

2. Les techniques et sémiologie du crane :

Face : sujet est en décubitus dorsale, l'occipital est contre la cassette la ligne sagittale du crane est perpendiculaire au plan de la cassette.

Le rayon directeur : verticale.

Centrage sur la glabelle et ressort par la protubérance occipitale externe.

Profil : sujet est assis le bras correspondant à la coté a radiographie et allongé le long du corps, la ligne sagittale du crane est parallèle au plan de la cassette

Le rayon directeur : verticale.

Centrage : 1,5 cm au dessus du canal auditif.

Sémiologie du crane :

La radiologie de crane est utile pour détecter les embarrures les fractures complètes de la basse (fracture de rocher qui donne une épistaxis et de la face fracture de l'os propre de nez.

La radiologie conventionnelle est indiquée chez les patients présentant des signes d'appel de la base de la face.

3. Les techniques et sémiologie de thorax :

Grille costale :

Sujet debout, thorax en contact antérieure avec la plaque, les épaules déjettes en avant inspiration forcée bloque.

Le rayon directeur : horizontale.

Centrage : sur la 5ama verticale dorsale.

Distance : foyer film 1m50, Potter ou grille.

Thorax :

Face: sujet debout, épaules en avant inspiration profonde, bloquée.

Le rayon directeur : horizontal, distance foyer film : 2m.

Centrage : au milieu d'une ligne horizontale joignant la pointe des deux omoplates.

Profil : gauche de préférence.

Sujet debout en inspiration, bras croisés au dessus de la tète.

Le rayon directeur : horizontal, distance foyer film 2m.

Centrage : sur D5, D6, au milieu de la distance.

Sémiologie du thorax :

Traumatisme thoracique :

- Fractures costales sont plus fréquentes.
- Fractures costales basses s'associent à des lésions, viscérales (foie, rate) et diaphragmatiques.
- Fractures du sternum souvent secondaire à un traumatisme direct, il est visible que sur l'incidence de profile avec un rayon horizontale.
- Fractures de la clavicule et deux premières cotes sont secondaires à un traumatisme majeur.

Pneumothorax :

L'épanchement pleural :

4. Les techniques et sémiologie abdominale d'urgence (ASP) :

Face : sujet dos contre la plaque, bras pendant le long du corps.

Le rayon directeur : horizontale.

Centrage : sur l'ombilic.

Les cliches de l'abdomen sans préparation seront réalisés, en collaboration avec l'équipe chirurgicale après une interrogation et un examen clinique, il est toujours réalisé avec un possible.

S'assurer la contention du malade à l'aide d'une sangle et de relever la table à 45°ou plus, la seule précaution à observer est de maintenir le rayon horizontal, il est complété par une télé thorax de face qui est réalisé de la façon habituelle en postéro-antérieure.

On peut faire un ASP en D.D qui est réalisé en antéropostérieure avec un R.D vertical qui permit une étude sémiologique des différentes structures intra abdominales d'apprécier la

disposition de l'aire intra digestif et de juger l'aspect des gouttières Pareto-coliques et du pelvis.

Sémiologie du l'abdomen :

- Occlusion : elle se définit par un arrêt de transit intestinal, elle se présente sous divers aspects cliniques et radiologiques selon l'étiologie ou distinguent plusieurs types.
- Perforation : l'air libre intra abdominal peut siéger dans la cavité péritonéale.

Méthodologie de travail :

- Lieu de recherche : centre hospitalière d'Oran CHUO:

- Service de radio centrale.
- L'hôpital de 1er novembre EHU.

- Durée de recherche : pendant notre durée de stage pratique.

- Population cible : personnel de radiologie « manipulateur ».

- Echantillon de recherche : se constitue de 20 manipulateurs.

- Moyens d'investigation :

  - Observation.

  - Questionnaire

Recueille analyse des donnes :

Identification des manipulateurs :

		Masculin	féminin	Nombre	%
GRADE	ATS	04	02	06	30%
	TSS	05	09	14	70%
	TOTAL	09	11	20	100%
Age	24/30	02	06	08	40%
	+ 30 ANS	05	07	12	60%
	TOTAL	07	13	20	100%
Expérience	01-15 ANS	02	06	08	40%
	+15ANS	05	07	12	60%
	TOTAL	07	13	20	100%
Durée de formation	2ANS	04	02	06	30%
	3 ANS	05	09	14	70%
	TOTAL	09	11	20	100%

Analyse des hypothèses :

Hypothese01 :

La mauvaise communication entre le manipulateur-patient gériatrique.

Question1 :

Qu'elle est la tranche d'âge suivant qui doit être plus coopérant :

	18_60ans	Plus de 60ans	Total
Nombre	15	05	20
%	75%	25%	100%

Analyse :

On a constate que la majorité 75% des interrogées dit que le malade de plus de 60ans ne doit pas être coopérant

Question2 :

Est ce que vous trouvez des problèmes ou difficultés avec des personnes âgées :

	Oui	non	Total
Nombre	17	03	20
%	75%	25%	100%

Analyse :

On a constate que la majorité des manipulateurs trouvent des problèmes avec les personne âgée.

Question 3 :

Qu'elles sont ces problèmes le plus dominant dans votre service radiologie ?

	Problème de communication	Problème de diminution de capacité fonctionnelle	Total
Nombre	16	04	20
%	80%	20%	100%

Analyse :

On a constate que 80% des manipulateurs trouvent des problèmes de la communication ave les patient gériatriques.

Question4 :

Permet ces problèmes est ce que toutes les cliche sont facilement :

	Réussit	pas	Parfois	Total
Nombre	03	06	11	20
%	15%	30%	55%	100%

Analyse :

Ce tableau montre que la plupart des malades présente des clichés à refaire (ratés).

Question 5 :

Qu’elles sont les conséquences résultent de refaire des cliches chez un sujet âgé .

	Prendre le temps	Irradier le malade	Les deux	Total
Nombre	05	05	10	20
%	25%	25%	50%	100%

Analyse :

On note que la majorité des malade prendre le tems et sont irradier.

Hypothese02 :

Le manque des accessoires radiologiques (moyens de contention).

Question 6 :

Qu’elles sont les problèmes de matérielle que vous devez réaliser un examen radiologique :

	Manque des moyens de contention	Adaptation des appareille	Les deux	Total

Nombre	10	05	05	20
%	50%	25%	25%	100%

Analyse :

La moitie des manipulateurs 50% insistent sur des moyen des contentions.

Question 07 :

Permet le manque de moyen de contention est ce que vous avez pratiques toutes les incidences pour les patient gériatriques :

	Dans la majorité des cas	Certain sont difficiles	Total
Nombre	10	10	20
%	50%	50%	100%

Analyse :

On analyse que la moitie des manipulateurs repondent ne pratique pas tout les incidences par ce que certain sont difficiles.et autre moitie des manipulateurs pratiquées dans la majorité des cas.

Question 08 :

Qu'elles sont les incidences les plus nécessitées accessoires radiologiques pour la réalisation :

	standard	complémentaire	total
Nombre	03	17	20
%	15%	85%	100%

Analyse :

D'après les rependre obtenus en remarque que la plupart des manipulateurs confirme que les examens complémentaires nécessites des accessoires.

Question 09 :

Est ce que les accessoires et les moyens de contention jouent un rôle pour obtenir une bonne qualité d'image :

	Oui	non	des fois	Total

Nombre	14	01	05	20
%	70%	5%	25%	100%

Analyse :

Les manipulateur radiologies trouvent que les accessoire et les moyens de contention jouent un rôle important pour avoir de bon qualité d'image pour les gériatrique

Question 10 :

Demandez-vous l'aide à des personnes étranges au service pour faire un examen :

	autorisé	Non autorisé	Total
Nombre	00	20	20
%	00%	100%	100

Analyse :

La totalité des manipulateurs disent que l'aide par des étrangers est non autorisé.

Hypothese03 :

L’importance de formuler le manipulateur sur la radio gériatrie.

Question 11 :

Est-ce que vous avez reçus une formation sur la radio gériatrie ?

	OUI	NON	TOTAL
N°	00	20	20
%	00	100	100

Analyse :

Toute les manipulateurs ne sont pas reçus une formation sur la radio gériatrie.

Question 12 :

Sur quoi basez vous essentiellement pour réalise une bonne incidence radiologique d'un patient gériatrique ?

	Formation théorique	Pratique dans les services	Les deux	Total
Nombre	03	13	04	20
%	15%	65%	20%	100%

Analyse :

65%interrogé réalisent les incidences selon la base pratique du service.

15%selon la formation et la connaissance théorique.

20% suivant les deux.

Question13 :

Pour un manipulateur de radiologie pensez vous qu'il doit être bénéficié d'une formation sur la prise en charge radiographique d'un patient gériatrique :

	oui	Non	Total
Nombre	07	13	20
%	35%	65%	100%

Analyse :

D’après ce tableau on a constate que :

65% des manipulateur poncent qu’ils ne doivent pas bénéficier d’une formation spécialisé concernant la Price en charge d’un patient gériatrique.

Question 14 :

Si vous arrivez une formation sur la radio gériatrie. Comment vous voulez cette l’information.

	stage	recyclage	Ne répond pas	Total
Nombre	08	08	04	20
%	40%	40%	20%	100%

Analyse :

- 40% des manipulateurs choisis la formation en stage.

- 40%des manipulateurs choisies la formation en recyclage.
- 20% ne répond pas.

Analyse global

A la recherche des réalités qui motivent notre étude et a la vue différent renseignement qui nous avons recueilles et selon les repense concernant les questionnaires a parmi de confirmes les cause de la difficulté de la Price en charge d'un examen radiologique chez les patients gériatriques.

D'après les résultats on a confirment :

- Le défaut de la communication est un facteur principal pour échouer un examen radiologique chez un sujet âgé qui résulte :
    - La répétition des clichées.
    - Irradiation des malades âgées et qui sont prend boucaup de temps.
- L'importance d'utilisation des moyens de contention pour réaliser un examen radiologique standard et complémentaire pour obtenir une bonne qualité d'image.
- Les manipulateurs affirment l'hypothèse 03 : parce que le manipulateur doit réalise un examen radiologique chez un patient âgée et obtenir une bonne qualité d'image mais avec la communication et l'explication le déroulement de l'examen, et l'utilisation les moyens de contention.

Suggestion et recommandation :

D’après notre étude et enquête personnelle au niveau du différent service de radiologie nous suggérons quelques points :

Pour réduire les problèmes de communication sans outrance afin de ne pas blesser le malade qui a conscience de son déficit.

- Parler lentement et distinctement dans une pièce silencieuse et sans résonance.

- Une seule personne doit parler à la fois.

- Choisis la bonne oreille.

- Tenir la main du sujet âgé qu’on interroge.

- Calmer l’angoisse du malade et l’aide dans ses recherches.

- Ne pas parler fort ou en langage « petit maigre ».

- Employer un langage simple et répéter la question sous différentes formes grammaticales.

- Ne pas insister pour ne pas décourager le malade.

- Posez un maximum de questions dont la réponse peut être donnée par oui ou par non.

- Déshabillage et habillage font néanmoins partie de l'examen clinique.

- La pudeur existe à tout âge.

- Aide dans un second temps : c'est un acte relationnel qui facilite la suite de l'entretien.

- Une amélioration des moyens techniques tels que l'appareil radiologique et les moyens de contention.

- Une bonne communication entre le manipulateur et le malade peuvent participer à la réussite d'un examen radiologique.

Conclusion :

La prise en charge du patient âgé repose sur une démarche globale qui prend en compte les particularités sémiologiques et les risques décompensation fonctionnelle, elle assure une prévention des complications médicales et psychologiques.

La réalisation correcte des techniques radiologique chez un patient âgé nécessite la compétence du manipulateur et une bonne compréhension de description technique même la

présence du matériel radiologique et les moyens de contention pour assurer immobilisation du patientent obtenir une bonne qualité des clichés et interprétable qui constituent l »élément clés dons le diagnostic.

Questionnaire adressé aux manipulateurs de CHU D'ORAN (L'EHU+radio central) :

Identification :

Sexe :

Age :

Grade :

Expérience :

- ***Qu'elle est la tranche d'âge suivant qui doit être plus coopérant :***
- ***18-60***
- ***Plus 60***

- ***Est ce que vous trouvez des problèmes ou difficultés avec des personnes âgées***
- ***Oui***
- ***Non***

- ***qu'elles sont ces problèmes le plus dominant dans votre service radiologie :***
    - ***Le problème de communication***
    - ***Le problème de diminution de la capacité fonctionnel de l'organisme.***

4. Permet ces problèmes est ce que toutes les cliche sont facilement :

- ***Réussie.***
- ***Pas.***
- ***Parfois.***

5. Qu'elles sont les conséquences résultent de refaire des cliches chez un sujet âgé ?

- ***Irradier le malade.***
- ***Prend beaucoup de temps.***
- ***Les deux.***

6. Qu'elles sont les problèmes de matérielle que vous devez réaliser un examen radiologique ;

- ***Le manque des accessoires.***
- ***Le non adaptation de l'appareil.***
- ***Les deux.***

7. Permet le manque de moyen de contention est ce que vous avez pratiques toutes les incidences pour les patient gériatriques

- ***Dans la majorité des cas.***
- ***Certain sont difficile.***

8. qu'elles sont les incidences les plus nécessitées accessoires radiologiques pour la réalisation :

- ***Standards.***
- ***Complémentaires.***

9. est ce que les accessoires et les moyens de contention jouent un rôle pour obtenir une bonne qualité d'image

- ***Oui.***
- ***Non.***
- ***Des fois.***

10. demandez-vous l'aide à des personnes étranges au service pour faire un examen :

- ***Autorise.***
- ***Non autorise.***

11. Est-ce que vous avez reçus une formation sur la radio gériatrie ?

12. Sur quoi basez vous essentiellement pour réalise une bonne incidence radiologique d'un patient gériatrique

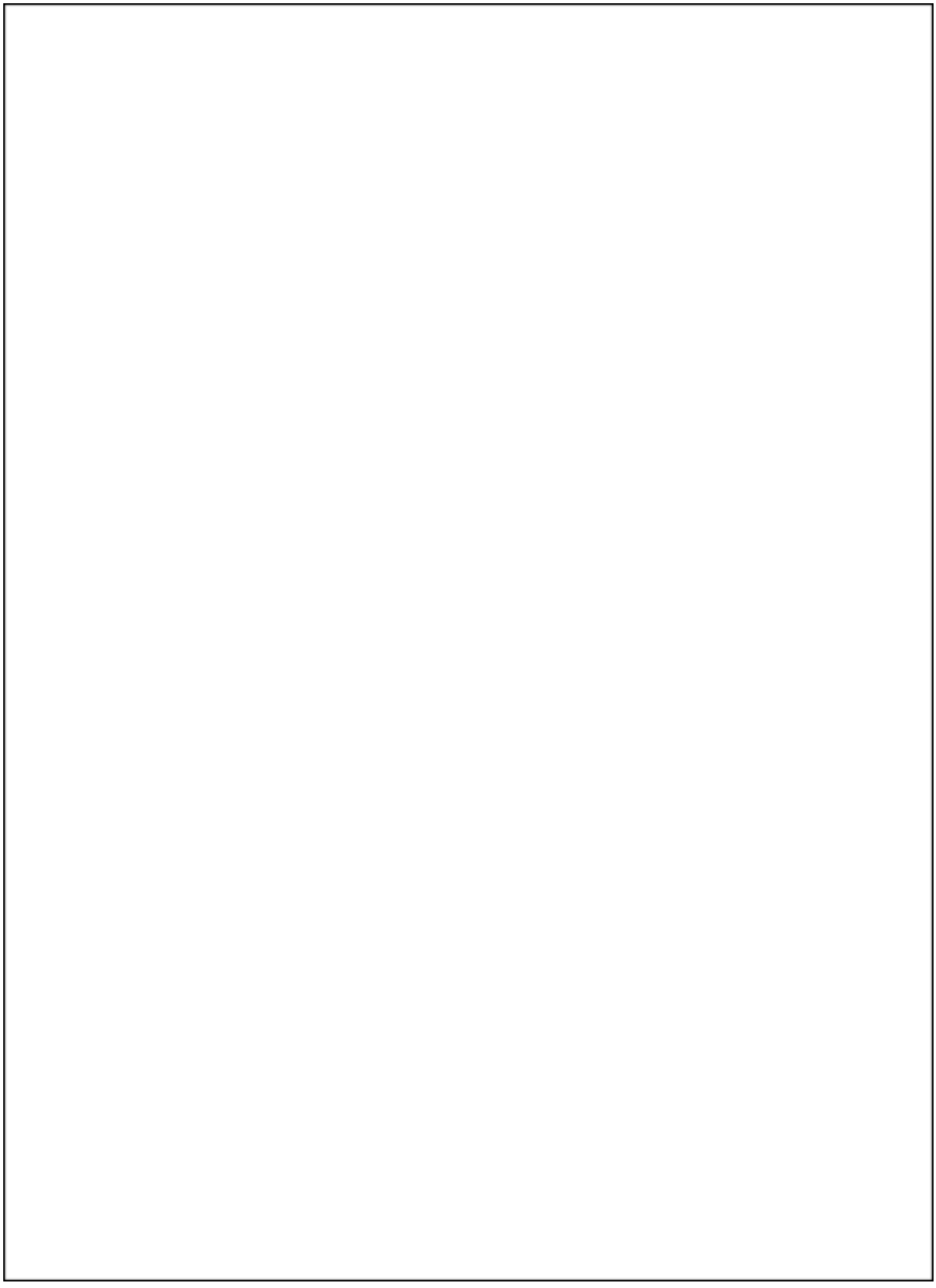
- ***La formation théorique.***
- ***La pratique du service.***
- ***Les deux.***

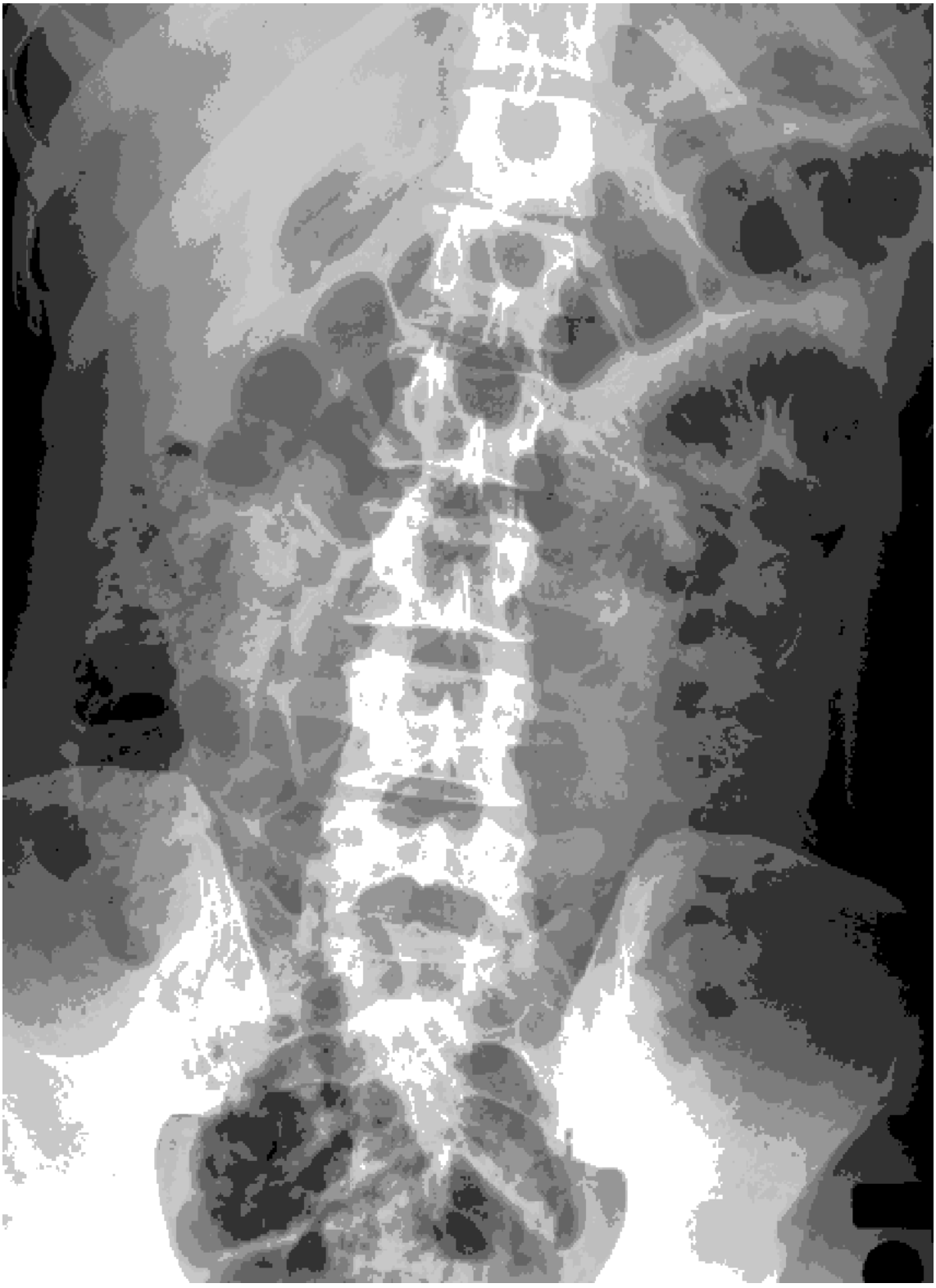
13. Pour un manipulateur de radiologie pensez vous qu'il doit être bénéficié d'une formation sur la prise en charge radiographique d'un patient gériatrique

- ***Oui.***
- ***Non.***

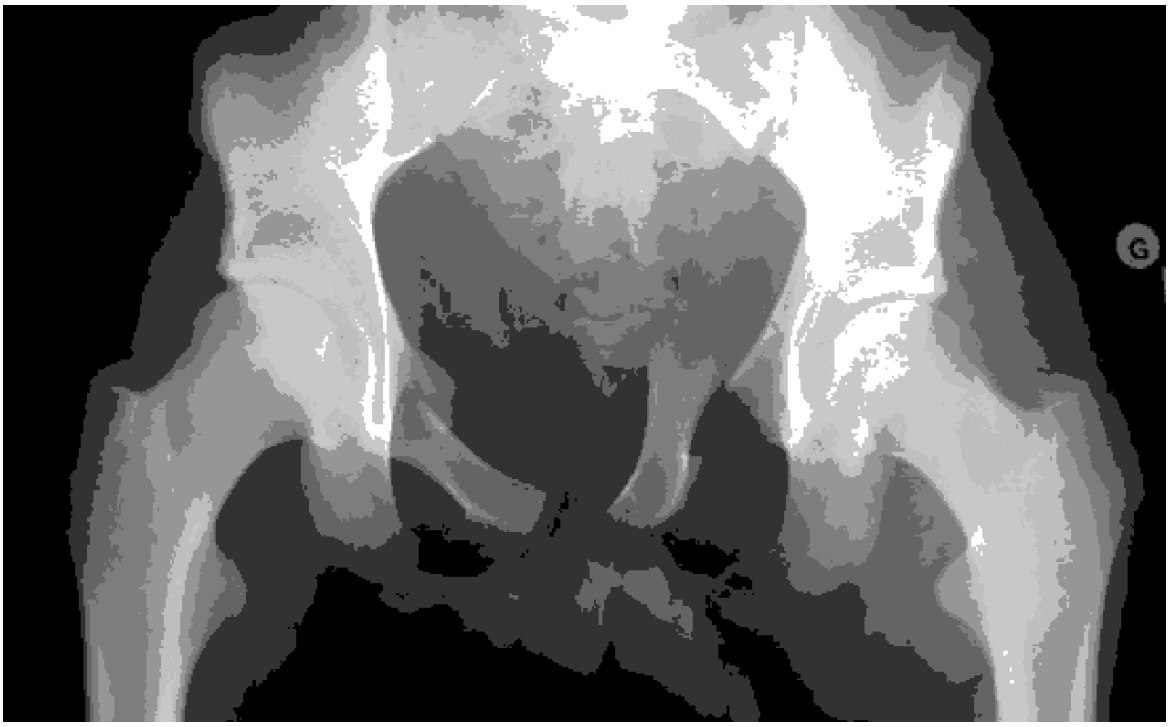
14. Si vous arrivez une formation sur la radio gériatrie. Comment vous voulez cette l'information

- ***Stage***
- ***Recyclage.***
-





- *Figure 1:fracture de rotule*



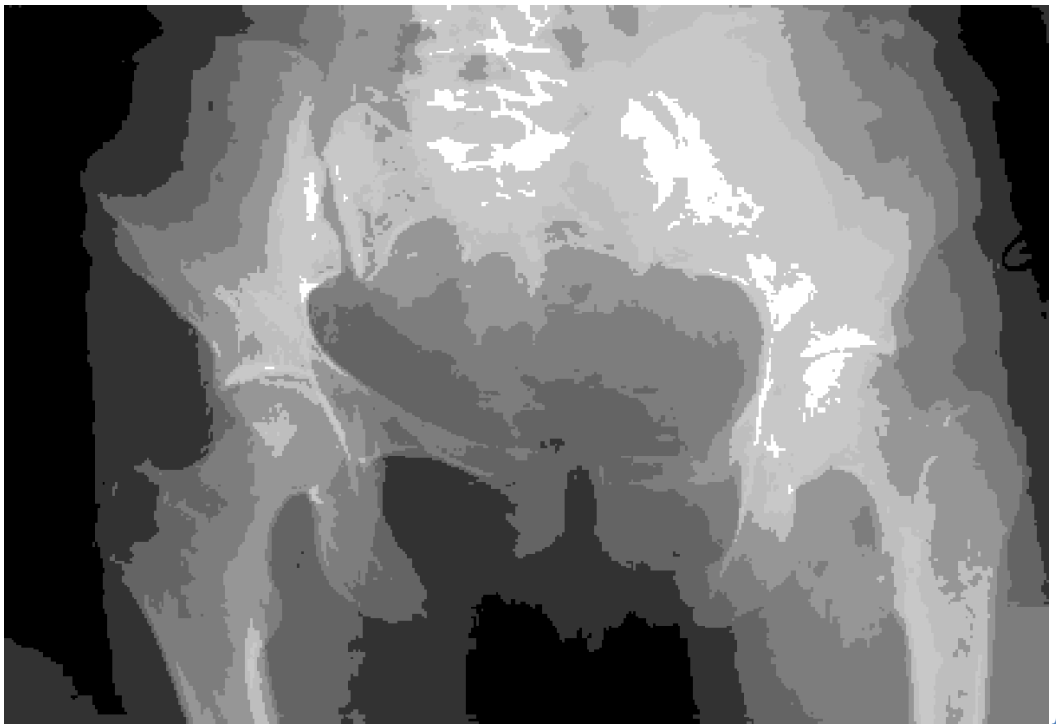


Figure 2: fracture de bassin

BIBLIOGRAPHIE

LIV R E S

ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS: ~Architecture du grand âge", Paris, Éditions du moniteur, 1988

BOUCHER D., CASTEL O., METAIS P., SCHLERET Y., CUNY G., "Un regard neuf", Paris, Gérontologie et société, Cahier n. 54, 1990

BRUNNER Nicolas, COSTE Philippe, GUYOMARC'H Mireille, SARRE Marie-Christine "Grand âge et dépendance", Rennes, Éditions E.N.S.P., Collection Odes, 1992

CHALIFOUR Jacques, "La relation d'aide en soins infirmiers", Paris, Éditions Lamarre, 1989

HENRY-CREMON Nicole, "Vieillir dans la dignité", Paris, Éditions Syros, 1989

SESI, "Personne âgée, environnement, santé, revenus", Paris,

Documentation Française, 1989

WALTER Béatrice, "Soigner en gériatrie un art, une passion', Paris.

Éditions Lamarre, 1991

Cite internet :

www HYPERLINK "http://www.la/". HYPERLINK "http://www.la/"la ***gériatrie .com.***

www.la ***prise en charge radiologique d'un gériatre.com.***

www.le ***personne âgée dans un service radiologique.com.***

*www.ask.com/**PersonnesÂgée***