



HAL
open science

Projet de formation pour des soignants et des médecins généralistes exerçant au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pour l'aide à la prise de décision en soins palliatifs pour une personne âgée

Carole Banchet

► **To cite this version:**

Carole Banchet. Projet de formation pour des soignants et des médecins généralistes exerçant au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pour l'aide à la prise de décision en soins palliatifs pour une personne âgée. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00655962

HAL Id: dumas-00655962

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00655962v1>

Submitted on 3 Jan 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE JOSEPH FOURRIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

Année 2011

N°

**PROJET DE FORMATION POUR DES SOIGNANTS ET DES
MEDECINS GENERALISTES EXERCANT AU SEIN D'UN EHPAD
POUR L'AIDE A LA PRISE DE DECISION EN SOINS PALLIATIFS
POUR UNE PERSONNE AGEE**

THESE

**Présentée pour l'obtention du
DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'état

Par Carole BANCHET

Née le 14 décembre 1971 à Aunay sur ODON

Thèse soutenue publiquement le 14 décembre 2011

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur Pascal COUTURIER Président du jury

Monsieur le Professeur Jean-Luc BOSSON

Monsieur le Professeur Jacques LEBEAU

Madame le Docteur Claire MILLET Directrice de thèse

Madame le Docteur Magali BAUDRANT

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITE - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALBALADEJO Pierre	CLINIQUE D'ANESTHESIE POLE 2 ANESTHESIE-REANIMATION
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
BACONNIER Pierre	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE PAVILLON D POLE 17 SANTE PUBLIQUE
BAGUET Jean-Philippe	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE/HYPERTENSION ARTERIELLE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BALOSSO Jacques	RADIOTHERAPIE POLE 5 CANCEROLOGIE
BARRET Luc	CLINIQUE MEDECINE LEGALE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
BAUDAIN Philippe	CLINIQUE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE
BEANI Jean-Claude	CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEREO- LOGIE-PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
BENHAMOU Pierre-Yves	CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO-NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE/DIABETOLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
BERGER François	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE
BLIN Dominique	CLINIQUE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BOLLA Michel	CENTRE COORD. CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE
BONAZ Bruno	CLINIQUE HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
BOSSON Jean-Luc	DEPARTEMENT DE METHODOLOGIE DE L'INFORMATION DE SANTE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
BOUGEROL Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES PAVILLON D. VILLARS POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
BRAMBILLA Elisabeth	DEPARTEMENT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
BRAMBILLA Christian	CLINIQUE DE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGUE & COMMUNAUTAIRE

BRICHON Pierre-Yves	CLINIQUE DE CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE
BRIX Muriel	POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE
CAHN Jean-Yves	POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE CANCEROLOGIE
CARPENTIER Patrick	POLE 5 CANCEROLOGIE CLINIQUE MEDECINE VASCULAIRE
CARPENTIER Françoise	POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE CLINIQUE URGENCE
CESBRON Jean-Yves	POLE 1 SAMU SMUR IMMUNOLOGIE
CHABARDES Stephan	BATIMENT J. ROGET FAC MEDECINE POLE 14 BIOLOGIE
CHABRE Olivier	CLINIQUE DE NEUROCHIRURGIE CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO-NUTRITION
	EDUCATION THERAPEUTIQUE ENDOCRINOLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
CHAFFANJON Philippe	CLINIQUE CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON Olivier	CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
CHIQUET Christophe	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
CHIROSEL Jean-Paul	ANATOMIE FACULTE DE MEDECINE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
CINQUIN Philippe	DEPARTEMENT D'INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES POLE 17 SANTE PUBLIQUE
COHEN Olivier	DELEGATION HC FORUM (création d'entreprise) rémunération universitaire conservée
COUTURIER Pascal	CLINIQUE MEDECINE GERIATRIQUE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
CRACOWSKI Jean-Luc	LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE
DE GAUDEMARIS Régis	DEPARTEMENT MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL POLE 17 SANTE PUBLIQUE
DEBILLON Thierry	CLINIQUE REA. & MEDECINE NEONATALE POLE 9 COUPLE/ENFANT
DEMONGEOT Jacques	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
DESCOTES Jean-Luc	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
ESTEVE François	Dir. Equipe 6 U836 ID 17/ESRF GRENOBLE INSTITUT DES NEUROSCIENCES

FAGRET Daniel	CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIR POLE 13 IMAGERIE
FAUCHERON Jean-Luc	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
FAVROT Marie-Christine	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE INTEGREE/CANCEROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
FERRETTI Gilbert	CLINIQUE RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE
FEUERSTEIN Claude	GIN
FONTAINE Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGUE & COMMUNAUTAIRE
FRANCO Alain	CLINIQUE VIEILLISSEMENT ET HANDICAP POLE 7 MED. AIGUE & COMMUNAUTAIRE
FRANCOIS Patrice	DEPARTEMENT DE VEILLE SANITAIRE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
GAUDIN Philippe	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR GERIATRIE CHISSE
GAY Emmanuel	CLINIQUE NEUROCHIRURGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
HALIMI Serge	CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO-NUTRITION POLE 6 DIGIDUNE
HOMMEL Marc	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
JOUK Pierre-Simon	DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT
JUVIN Robert	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE HOPITAL SUD POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
KAHANE Philippe	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
KRACK Paul	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
KRAINIK Alexandre	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE
LANTUEJOUL Sylvie	DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
LE BAS Jean-François	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE
LEBEAU Jacques	CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE

LECCIA Marie-Thérèse	CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE-PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
LEROUX Dominique	DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE
LEROUX Dominique	DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE
LEROY Vincent	CLINIQUE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
LETOUBLON Christian	CLINIQUE CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
LEVERVE Xavier	LABORATOIRE THERAPEUTIQUE UFR BIOLOGIE BAT 72 UJF BP 53X
LEVY Patrick	PHYSIOLOGIE POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
LUNARDI Joël	BIOCHIMIE ADN POLE 9 COUPLE/ENFANT
MACHECOURT Jacques	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
MAGNE Jean-Luc	CLINIQUE CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
MAITRE Anne	MEDECINE DU TRAVAIL EPSP/DEPARTEMENT BIOLOGIE INTEGREE POLE 14 BIOLOGIE J. ROGET 4 ^e ETAGE
MASSOT Christian	CLINIQUE MEDECINE INTERNE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
MAURIN Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX BACTERIOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
MERLOZ Philippe	CLINIQUE CHIR. ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
MORAND Patrice	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX/VIROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
MORO-SIBILOT Denis	PNEUMOLOGIE PHTISIOLOGIE BUREAU HD 11
MOUSSEAU Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE
MOUTET François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PASSAGIA Jean-Guy	ANATOMIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	CLINIQUE REANIMATION POLE 2 ANESTHESIE-REANIMATION

PELLOUX Hervé	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
PEPIN Jean-Louis	CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERENNOU Dominique	SERVICE DE REEDUCATION POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
PIOLAT Christian	CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE
PISON Christophe	CLINIQUE DE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGUE & COMMUNAUTAIRE
PLANTAZ Dominique	CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT
POLACK Benoît	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE
POLLAK Pierre	NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
PONS Jean-Claude	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE/OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT
RAMBEAUD Jean-Jacques	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
REYT Emile	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
RIGHINI Christian	CLINIQUE ORL POLE TETE 3 TETE & COU & CHIRG REPARATRICE
ROMANET Jean-Paul	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
SARAGAGLIA Dominique	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE HOPITAL SUD POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
SCHAAL Jean-Patrick	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE /OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT
SCHMERBER Sébastien	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
SEIGNEURIN Daniel	DEPARTEMENT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
SELE Bernard	DEPARTEMENT GENETIQUE & PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT
SESSA Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
STAHL Jean-Paul	CLINIQUE INFECTIOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGUE & COMMUNAUTAIRE
TIMSIT Jean-François	CLINIQUE REANIMATION MEDICALE POLE 7 MEDECINE AIGUE & COMMUNAUTAIRE

TONETTI Jérôme

CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
POLE 14 BIOLOGIE

TOUSSAINT Bertrand

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

LISTE DES MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

VANZETTO Gérald

CLINIQUE DE CARDIOLOGIE
POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE

VUILLEZ Jean-Philippe

BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE

ZAOUI Philippe

CLINIQUE NEPHROLOGIE

ZARSKI Jean-Pierre

POLE 6 DIGIDUNE

CLINIQUE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

BOTTARI Serge

POLE 6 DIGIDUNE

DEPARTEMENT DE BIOLOGIE INTEGREE

BOUTONNAT Jean

POLE 14 BIOLOGIE

DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA
CELLULE POLE 14 BIOLOGIE

BRENIER-PINCHART Marie-Pierre

DEPARTEMENT DES AGENTS PARASITOLOGIE

INFECTIEUX/ MYCOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE

BRICAULT Ivan

CLINIQUE DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

BRIOT Raphaël

POLE 13 IMAGERIE

POLE URGENCE SAMU

CALLANAN-WILSON Mary

GENETIQUE IAB

CROIZE Jacques

DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX/

MICROBIOVIGILANCE

POLE 14 BIOLOGIE

DERANSART Colin

GIN BATIMENT E. SAFRA

EQUIPE 9

DETANTE Olivier

CLINIQUE DE NEUROLOGIE

DUMESTRE-PERARD Chantal

IMMUNOLOGIE

BATIMENT J. ROGET

EYSSERIC Hélène

CLINIQUE DE MEDECINE LEGALE

FAURE Anne-Karen

POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE

BIOLOGIE DE LA PROCREATION/CECOS

DEPARTEMENT GENETIQUE & PROCREATION

FAURE Julien

POLE 9 COUPLE/ENFANT

DEPARTEMENT GENETIQUE & PROCREATION

POLE 9 COUPLE/ENFANT

GARBAN Frédéric

UNITE CLINIQUE THERAPIE CELLULAIRE

POLE 5 CANCEROLOGIE

GAVAZZI Gaëtan	CLINIQUE MEDECINE INTERNE GERIATRIQUE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
GRAND Sylvie	CLINIQUE DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE
HENNEBICQ Sylviane	BIOLOGIE DE LA PROCREATION/CECOS DEPARTEMENT GENETIQUE & PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT
HOFFMANN Pascale	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE/OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT
JACQUOT Claude	CLINIQUE D'ANESTHESIE POLE 2 ANESTHESIE-REANIMATION
LABARERE José	DEPARTEMENT DE VEILLE SANITAIRE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
LAPORTE François	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE INTEGREE POLE 14 BIOLOGIE
LARDY Bernard	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE LABORATOIRE D'ENZYMOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
LARRAT Sylvie	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX POLE 14 BIOLOGIE
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	CLINIQUE DE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE LAB. EXPLOR. FONCT. CARDIO-RESPIRATOIRES POLE 12 REEDUCATION ET PHYSIOLOGIE
MALLARET Marie-Reine	UNITE D'HYGIENE HOSPITALIERE PAVILLON E
MAUBON Danièle	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE- MYCOLOGIE
MOREAU-GAUDRY Alexandre	DEPARTEMENT D'INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES POLE 17 SANTE PUBLIQUE
MOUCHET Patrick	CLINIQUE DE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE LAB. EXPLOR. FONCT. CARDIO-RESPIRATOIRES POLE 12 REEDUCATION ET PHYSIOLOGIE
PACLET Marie-Hélène	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE LABORATOIRE D'ENZYMOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
PALOMBI Olivier	CLINIQUE DE NEUROCHIRURGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
PASQUIER Dominique	DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
PELLETIER Laurent	CENTRE D'INNOVATION BIOLOGIQUE
PAYSANT François	CLINIQUE DE MEDECINE LEGALE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
RAY Pierre	BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION DEPARTEMENT GENETIQUE & PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT

RENVERSEZ Jean-Charles

DEPARTEMENT DE BIOLOGIE INTEGREE BIOCHIMIE ET
BIOLOGIE MOLECULAIRE
POLE 14 BIOLOGIE

RIALLE Vincent

LABORATOIRE TIMC LA TRONCHE

SATRE Véronique

GENETIQUE CHROMOSOMIQUE DEPARTEMENT
GENETIQUE & PROCREATION

POLE 9 COUPLE/ENFANT

STANKE-LABESQUE Françoise

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE

STASIA Marie-Josée

DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA
CELLULE POLE 14 BIOLOGIE

TAMISIER Renaud

CLINIQUE DE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE

LAB. EXPLOR. FONCT. CARDIO-RESPIRATOIRES

POLE 12 REEDUCATION ET PHYSIOLOGIE

WEIL Georges

BIostatistiques et Informatique Médicale

POLE 17 SANTE PUBLIQUE

Sommaire

1	REMERCIEMENTS.....	14
2	LISTE DES ABREVIATIONS.....	17
3	INTRODUCTION.....	18
4	MATERIEL ET METHODE.....	20
4.1	PARTIE A - Création de l’outil: le choix d’une évaluation globale.....	20
4.2	PARTIE B - Méthode de travail.....	20
5	RESULTATS	22
5.1	PARTIE A - L’outil d’évaluation : description des critères retenus	22
5.1.1	Questionnement éthique du Dr Sebag Lanoe [2-] [3-](Annexe 1).....	22
5.1.2	Comorbidités et éléments pronostiques.....	25
5.1.2.1	Pathologies et comorbidités.....	25
5.1.2.2	Troubles cognitifs.....	26
5.1.2.3	Evaluation de la dépendance.....	26
5.1.2.4	Evaluation de l’état nutritionnel.....	26
5.1.3	Evaluation des symptômes d'inconfort	27
5.1.3.1	Douleur.....	28
5.1.3.2	Dyspnée.....	28
5.1.3.3	Troubles du comportement.....	29
5.1.3.4	Dépression	30
5.1.3.5	Anxiété	30
5.1.3.6	Confusion	31
5.2	PARTIE B - La formation pédagogique.....	31
5.2.1	Définitions de termes pédagogiques.....	31
5.2.2	Définition des objectifs à atteindre.....	32
5.2.2.1	L’objectif principal.....	32
5.2.2.2	Les objectifs secondaires.....	32
5.2.2.3	Les objectifs spécifiques	33
5.2.3	Les Techniques pédagogiques	34
5.2.3.1	Le labyrinthe de posters.....	34
5.2.3.2	Ateliers interactifs.....	35
5.2.3.3	Jeux de Rôle.....	35
5.2.3.4	Table ronde.....	36
5.2.4	Les modalités de la mise en œuvre de la formation.....	38
6	DISCUSSION.....	39
6.1	PARTIE A - Discussion sur l’outil d’évaluation.....	39
6.1.1	Intérêt d’un outil d’évaluation globale pour une prise de décision en soins palliatifs.....	39
6.1.2	Le questionnaire de la démarche éthique.....	40
6.1.3	Les comorbidités et éléments pronostiques.....	43
6.1.3.1	Comorbidités.....	43
6.1.3.2	Troubles cognitifs.....	43

6.1.3.3	Dépendance.....	44
6.1.3.4	Etat nutritionnel.....	45
6.1.4	Les symptômes d'inconfort.....	47
6.1.4.1	La douleur	48
6.1.4.2	La dyspnée.....	51
6.1.4.3	Les troubles du comportement.....	52
6.1.4.4	La dépression	52
6.1.4.5	L'anxiété.....	54
6.1.4.6	La confusion.....	54
6.2	PARTIE B - Discussion sur la formation pédagogique.....	57
6.2.1	Le choix du sujet de la formation	57
6.2.1.1	Intérêts	57
6.2.1.2	Limites.....	59
6.2.2	Les problématiques de la formation pédagogique.....	60
6.2.2.1	Les méthodes pédagogiques.....	60
6.2.2.2	Les modalités de la mise en œuvre.....	62
6.3	CHAPITRE 3 - Les perspectives.....	64
7	CONCLUSION.....	65
8	BIBLIOGRAPHIE.....	67
9	ANNEXES.....	76
	ANNEXE 1	76
	ANNEXE 2.....	78
	ANNEXE 3.....	79
	ANNEXE 4.....	80
	ANNEXE 5	81
	ANNEXE 6.....	82
	ANNEXE 7.....	83
	ANNEXE 9.....	85
	ANNEXE 9 (suite).....	86

1 REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Couturier,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse et de m'avoir adressé vers le Dr Claire Millet pour diriger ma thèse. Je suis venue vers vous avec une idée de sujet thèse et vous avez su me diriger vers la bonne personne.

A Monsieur le Professeur Bosson,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être présent dans ce jury et d'avoir pu collaborer avec Claire dans les tous débuts du travail de la thèse. Vos réflexions nous ont été utiles, et pourront guider notre démarche pour la mise en oeuvre du projet.

A Monsieur le Professeur Lebeau,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être présent dans ce jury et d'avoir répondu si rapidement à ma demande.

A Madame le Docteur Claire Millet,

Je te remercie d'avoir accepté d'être la directrice de ma thèse. Tu m'as apporté énormément d'aide pour la construction de cette thèse qui n'était pas toujours simple pour moi. Ta disponibilité, ton écoute, tes conseils et tes encouragements m'ont permis d'avancer avec un enthousiasme grandissant. Grâce à toi j'ai pu participer à un projet nouveau et passionnant. Avec cette énergie et cette volonté de partager tes connaissances, tu vas transmettre une richesse inestimable à tous ceux qui te cotoient.

A Madame le Docteur Magali Baudrant,

J'ai vraiment apprécié de travailler avec toi sur le projet de la formation pédagogique. Ton expérience dans le domaine pédagogique et ta disponibilité nous ont permis d'effectuer un vrai travail d'équipe.

Je remercie les autres membres de l'équipe de travail, Anna Lantez, Mélanie Rousseau et Rachel Dionnet avec qui j'ai eu le plaisir de travailler. Je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils bien avisés, votre enthousiasme pour ce projet. Je vous ai fait patienter pendant le temps de la rédaction, et c'est avec plaisir que je vous retrouverai pour la suite du travail.

A mes parents, qui ont toujours su m'encourager et me soutenir dans toutes mes activités. Vous avez fait preuve de beaucoup de patience pour attendre le moment de la soutenance de la thèse. C'est avec une grande émotion que je vais enfin pouvoir terminer ses longues études et de pouvoir exercer le métier que j'ai choisi.

A mes frères, mes belles sœurs et mes nièces pour l'amour qu'ils m'apportent.

A mes amis ,

Bénédicte, Christina, qui êtes loin de moi, mais c'est toujours un immense plaisir que de se retrouver

Lem, qui a la générosité et l'accueil dans le sang. Ton amitié et ton enthousiasme à toute épreuve peuvent faire déplacer des montagnes (ou des meubles ...). Merci encore pour tous ces bons moments qu'on a passé ensemble, des bons petits repas, des bonnes soirées et de chouettes vacances. Un grand merci encore pour tous les services que tu as pu me rendre.

Haude, qui a eu la bonne mauvaise idée de s'éloigner à l'autre bout de la France, mais ce n'est pas si grave puisque tu es une baroudeuse et que tu me rends visite dès que tu le peux. Notre amitié s'est tissé dans un internat et nous voilà maintenant toutes les deux thésées, pour le meilleur à venir. Ton enthousiasme, ta joie de vivre sont toujours comme ton rire, francs et communicatifs. Merci encore de faire le déplacement pour ma thèse.

Corinne et Jean-Michel, pour votre amitié et ces bons moments partagés.

Marie, ma coloc Grenobloise du Sud Ouest. Merci pour le rayon de bonheur que tu as pu m'apporter pour ces 3 années de colocation. Merci aussi de m'avoir embarquée dans quelques

unes de tes virées et de m'avoir transmis ce goût de la montagne, de l'escalade et du ski de randonnée.

Et tous les amis de Grenoble: Marion, Aurélie, Michel, Rémi, Pascal, Caro, Damien, Isa, Juliette, Marie, Damien, Isa, Claire-Marie, et j'en oublie bien d'autres

Sans oublier les infirmières de Noyarey, Christine, Malvina, Cathy, Nathalie, avec qui j'ai pu apprécier de travailler dans une super équipe. Cette expérience a été très riche pour moi dans bien des domaines. C'est toujours avec grand plaisir que l'on se retrouve, et j'espère que ce lien d'amitié se poursuivra encore longtemps. J'ai bien pensé à vous, ainsi qu'à toutes les autres filles des Vergers, pendant la rédaction de la thèse.

A l'ensemble des équipes soignantes de la résidence des Vergers.

Au Docteur Borye, avec qui j'ai eu grand plaisir de travailler à la résidence des Vergers.

2 LISTE DES ABREVIATIONS

ADL Activity of Daily Living

AGGIR : Autonomie gérontologie Groupe Iso Ressource

BMI : Indice de masse corporelle

CAM : Confusion Assessment Method

CIC : Centre d'investigation Clinique

DDE® : Démarche de Décision Ethique

DSM IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4^{ème} édition

ECPA : Evaluation Comportementale de la douleur chez la Personne Agée non communicante

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EVA : Echelle visuelle analogique

EVS : Echelle verbale simple

EVN : Echelle verbale numérique

GADS : Goldberg Anxiety and Depression Score

GDS : Geriatric Depression Score

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL : Instrumental Activity of Daily Living

MMSE : Mini Mental Score Examination

MNA : Mini Nutritionnal Assessment

MNA-SF : Mini Nutritionnal Assessment Short Form

NPI: Neuro Psychiatry Inventory

NPI-ES : Inventaire Neuro Psychiatrique pour les Equipes Soignantes

SFAP : Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs

SSR /LSD Soins de suites et de réadaptation/ soins de longue durée

3 INTRODUCTION

Les personnes âgées meurent plus souvent en institution qu'auparavant, et même si toutes ne nécessitent pas la mise en place de soins palliatifs, les équipes soignantes intervenant dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont régulièrement confrontées à un accompagnement de fin de vie de leurs résidents.

Or, les soignants intervenant en EHPAD n'ont bien souvent pas bénéficié d'une formation sur les soins palliatifs. Ils n'ont pas toujours reçu de formation initiale non plus, notamment parmi les intérimaires et les agents de soins. De même, l'apparition relativement récente de cet enseignement spécifique dans les études médicales implique que certains médecins généralistes exerçant à l'heure actuelle dans ces structures n'ont pas eu accès, en dehors de la formation continue, à ce type d'enseignement.

L'objectif de ce projet de travail a été élaboré à partir d'un constat personnel de difficultés rencontrées lors de prises de décisions de soins palliatifs pour un résident. Ces difficultés sont multifactorielles. En premier lieu, il existe un réel manque de concertation entre ces différents acteurs de soins, ce qui semble préjudiciable pour un travail d'équipe multidisciplinaire. Par ailleurs, en raison de troubles de communication verbale, il n'est pas toujours possible d'obtenir l'avis du malade. Il n'est pas non plus toujours aisé de prendre connaissance de l'avis des familles. Enfin, la multitude de médecins libéraux et de soignants impliqués dans ces soins est source potentielle de difficultés de communication, d'erreurs d'appréciation, d'incompréhension, et de souffrances. Tous ces écueils potentiels sont favorisés par le manque de formation et l'absence de procédure établie pour la démarche palliative dans ce type de structure. Ils s'avèrent être délétères pour l'organisation et l'efficacité des soins d'accompagnement.

Dès la prise de décision de privilégier les soins palliatifs chez une personne âgée, l'équipe est en face d'une démarche complexe, qui repose à la fois sur des éléments cliniques, éthiques, et évolutifs. Tous ces paramètres ne peuvent être analysés que par une évaluation gériatrique globale, dans un cadre de concertation pluridisciplinaire.

Ce travail a pour objectif de faciliter la prise de décision de soins palliatifs en proposant une formation destinée au personnel soignant des EPHAD ainsi qu'aux médecins

généralistes qui soignent leurs patients âgés. Elle doit donc être d'une part destinée et adaptée à chaque intervenant, et d'autre part d'emblée multidisciplinaire.

Ce travail a consisté en l'élaboration d'un outil d'évaluation, basé sur les questions éthiques de soins palliatifs et à partir de l'évaluation gériatrique standardisée. A partir de cet outil, nous avons construit en équipe pluridisciplinaire un projet pédagogique.

4 MATERIEL ET METHODE

4.1 **PARTIE A - Création de l'outil: le choix d'une évaluation globale**

L'outil d'évaluation des résidents a été construit à partir de la littérature à propos d'outils d'aides à la décision et de l'évaluation gériatrique globale. Y ont été ajoutés l'analyse de symptômes d'inconfort. Les différents termes utilisés pour la recherche sur PubMed sont : palliative care, elderly, geriatrics, nursing home, assessment instrument, screening, dependence, nutrition, pain, depression, behaviour, anxiety, confusion, dyspnea, education, decision, ethics.

L'objectif de cette évaluation globale est de pouvoir établir un projet de vie pour un résident en fin de vie, en appliquant les principes des soins palliatifs, pour parvenir à une prise en charge adaptée à chaque résident.

4.2 **PARTIE B - Méthode de travail**

Une fois l'outil défini, nous avons créé un groupe de travail pour réaliser un projet pédagogique se voulant original et performant.

Le groupe de travail a été défini par les besoins du travail d'élaboration du projet. Il est composé de 6 personnes ayant des professions de santé distinctes, afin de respecter la pluridisciplinarité du projet de formation. Il se compose d'un médecin gériatre formée en soins palliatifs et en pédagogie médicale, d'une interne en médecine générale, d'une pharmacienne formée dans l'éducation thérapeutique des patients et qui travaille en collaboration avec le Centre d'Investigation Clinique de Grenoble, d'une cadre infirmière, d'une infirmière de consultation et d'évaluation en gériatrie, et d'une aide-soignante. Tous ces soignants sont expérimentés dans le domaine de la gériatrie et ont côtoyé les soins palliatifs au cours de leur exercice en gériatrie.

Le groupe de travail s'est réuni lors de 5 réunions réparties entre le mois de janvier et le mois de juillet 2011.

L'objectif de notre groupe de travail était la définition du programme pédagogique, les modalités de son montage en tenant compte de sa faisabilité. Le choix de la méthode

pédagogique a été défini à partir de la confrontation des besoins en EHPAD et de la littérature, selon une méthode d'enseignement collectif.

Le déroulement des réunions a permis de réaliser de façon collégiale les étapes nécessaires à la construction du projet. Le procédé de l'élaboration a consisté à déterminer un référentiel pédagogique et l'objectif principal de la formation. Pour atteindre cet objectif, il a été nécessaire de définir des objectifs spécifiques et d'établir la compétence requise correspondante. Nous avons attribué une intervention spécifique pour chacune d'entre elles.

La cohérence, l'organisation et la faisabilité du programme ont été discutées tout au long de ce travail d'élaboration.

5 RESULTATS

5.1 ***PARTIE A*** - L'outil d'évaluation : description des critères retenus

Les facteurs décisionnels choisis prennent en compte différents critères: nous pouvons les classer en trois catégories: les questions éthiques, les questions d'ordre médical et la question des symptômes d'inconfort.

Les questions d'ordre éthique sont : ce que dit le malade, ce qu'exprime le malade, ce qu'en pense sa famille et les soignants.

Les questions d'ordre médical concernent les pathologies, leur évolution et les éléments cliniques pronostiques: la nature de la maladie actuelle, sa gravité, sa curabilité, la répétition des événements aigus et les autres maladies associées. Par ailleurs, d'autres éléments clés sont nécessaires pour évaluer le pronostic et la qualité de vie dans la population gériatrique: les troubles cognitifs, la dépendance et l'état nutritionnel.

Les principaux symptômes d'inconfort rencontrés dans les soins palliatifs gériatriques sont importants à identifier, car, outre le fait qu'ils doivent être pris en charge efficacement et précocement, ils sont parfois à l'origine de demandes d'euthanasie de la part des patients ou de leur famille.

5.1.1 Questionnement éthique du Dr Sebag Lanoe [2-] [3-](Annexe 1)

Pour aider à la décision palliative en gériatrie, le Dr Sebag Lanoe, une des pionnières dans les soins palliatifs gériatriques, a créé une grille de questionnement, comportant 10 questions, dont nous nous sommes inspirés pour ce travail.

Les facteurs amenant à la prise de décision des soins palliatifs sont divers et intriqués. Ils incluent à la fois des éléments cliniques aigus et chroniques, l'histoire personnelle du patient, les souhaits de celui-ci concernant l'accord ou l'opposition à toute thérapeutique, l'avis de l'entourage et de la famille, le respect des principes d'éthique clinique. A ces critères, s'ajoute une partie de ceux de l'évaluation gériatrique standardisée.

- 1) Quelle est la maladie principale de ce patient?

Il peut s'agir d'une pathologie dégénérative (telle une maladie d'Alzheimer), une insuffisance d'organe, une pathologie cancéreuse ou plusieurs pathologies associées, de sévérité variable.

2) Quel en est son degré d'évolution?

En sommes-nous à un stade débutant ou avancé de la maladie? Le patient garde-t'il une qualité de vie acceptable et une possibilité d'échange relationnel?

3) Quelle est la nature de l'épisode surajouté?

Il peut s'agir d'une complication telle qu'un épisode infectieux, une déshydratation, ou bien de la décompensation d'une pathologie déjà traitée, d'un événement traumatique, d'une nouvelle pathologie, ou des complications d'une immobilisation. Un traitement d'épreuve de 48h-72h peut être proposé avant de faire une réévaluation.

4) Est-il curable facilement?

Il faut bien entendu considérer d'une part les possibilités thérapeutiques et la sévérité de l'évènement aigu, d'autre part ce que le traitement va impliquer comme souffrance et comme stress supplémentaire pour le patient. Cette balance entre bénéfices de survie et risques du traitement en terme de qualité de vie est difficile à évaluer mais nécessaire dans la prise en charge d'un patient âgé poly pathologique.

5) Y-a-t-il eu une répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes pathologiques diverses?

Ces deux situations sont fréquemment rencontrées en gériatrie et peuvent être des sources de souffrances, d'hospitalisations répétitives et de traitements parfois éprouvants.

6) Que dit le malade, s'il peut le faire?

Parler avec le malade de sa maladie permet de savoir ce qu'il sait de sa maladie et de la gravité de son état, ce qui lui a déjà été dit, par qui et avec quels mots. La discordance entre la réalité clinique et la vision du malade peut être liée à

l'information médicale ou à un mécanisme de déni. Il s'agit aussi de connaître ses désirs en matière de soins et cerner son désir de vivre.

Il faut aussi obtenir le consentement du malade sur les examens et les traitements qu'on lui propose et éviter une attitude paternaliste qui consisterait à décider à sa place. Cela n'est bien sûr possible que lorsque le résident malade est conscient et qu'il est en mesure de communiquer. Lorsque cela m'est pas possible, notamment en cas de confusion, de dépression sévère, ou lorsque le résident présente des troubles de la communication verbale, l'expression de ses volontés ne pourra se faire que de manière indirecte (personne de confiance, directives anticipées, s'il y en a).

7) Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins?

Ceci est valable pour tous les malades, mais prend plus particulièrement du sens chez les personnes souffrant de démence. Ces comportements sont notamment analysés lors de l'utilisation des différentes échelles d'hétéro évaluation, notamment les échelles d'hétéro évaluation de la douleur (ECPA, Doloplus, Algoplus), dans l'échelle des troubles du comportement (Neuro Psychiatry Inventory) et dans l'échelle de confusion (Confusion Assessment Method).

8) Quelle est la qualité de son confort actuel ?

C'est une question primordiale, le souci constant étant de soulager les signes d'inconfort. Il faut aussi savoir reconnaître le moment où un examen complémentaire ou un traitement deviendra une source d'inconfort majeur, et donc plus nuisible que bénéfique.

9) Qu'en pense sa famille ?

Il s'agit de rencontrer la famille, de savoir ce qu'elle sait, comment elle vit la situation et ce qu'elle désire pour son parent. Cependant, il faut savoir garder une distance nécessaire et suffisamment critique pour ne pas se laisser entraîner par la famille dans des conduites inadaptées pour le malade. De plus, il faut éviter de faire porter le poids de la décision aux proches, ce qui pourrait être culpabilisant ou mal vécu par la suite. L'avis de la personne de confiance, quand elle a pu être désignée par le malade, prime désormais sur celle de la famille.

En effet, la loi Léonetti n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie précise par l'article L.1111-12 que « lorsqu' une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection sévère et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de la loi L. 1111-6, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.

10) Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?

Cette question fait partie de l'évaluation en équipe qui permet d'aboutir à une décision concertée et motivée pour le malade. Le médecin en charge du malade pourra ainsi orienter ses choix thérapeutiques et assumer ses responsabilités après une concertation pluridisciplinaire.

5.1.2 Comorbidités et éléments pronostiques

5.1.2.1 Pathologies et comorbidités

Les personnes âgées vivant en EHPAD sont des personnes âgées soit déjà dépendantes, soit fragiles, chez qui il existe un risque permanent de décompensation fonctionnelle conduisant à une dégradation de l'état de santé et à la dépendance. La fréquence des maladies chroniques augmente avec l'âge. La polypathologie est une des caractéristiques du sujet âgé qui présente en moyenne quatre à six maladies[4-]. La fréquence des comorbidités varie en fonction des études et de la méthode utilisée. Dans la population âgée hospitalisée, la plupart des études retrouvent une plus grande fréquence des pathologies cardiovasculaires et de leurs complications, suivies des pathologies ostéo-articulaires, des troubles mentaux, du diabète, des pathologies broncho-pulmonaires et des cancers[5-].

Il est donc nécessaire, dans une évaluation gériatrique globale, de pouvoir intégrer ces critères pronostiques. En effet, lorsqu'une personne âgée souffre d'une affection aiguë, celle-ci peut entraîner une décompensation d'une ou de plusieurs fonctions. L'un des risques est celui de la survenue du phénomène de cascade, dans laquelle une affection aiguë entraîne une série de décompensations organiques, touchant préférentiellement la fonction cérébrale, cardiaque, rénale et la fonction d'alimentation. Certaines situations à risque peuvent être

identifiées: le grand âge, la polypathologie, la polymédication, la dépendance physique et psychique [6-].

5.1.2.2 Troubles cognitifs

Les pathologies démentielles sont l'une des principales causes de dépendance lourde chez le sujet âgé, et le motif le plus fréquent d'entrée en institution. L'étude de cohorte PAQUID a montré que 71% des patients souffrant de démence à un stade modérément sévère à sévère sont institutionnalisés[7-].

La connaissance de l'état cognitif de la personne âgée est nécessaire pour la démarche décisionnelle, d'une part parce que sa sévérité joue un rôle dans le pronostic, d'autre part parce que la pathologie démentielle demande aux équipes soignantes une approche bien spécifique pour la prise en charge.

L'évaluation des troubles cognitifs est établie par le score du Mini Mental Score de Folstein, qui est l'outil de référence couramment utilisé en pratique (**Annexe 2**) [8-]. Cette évaluation est normalement effectuée par l'un des médecins en charge du patient (médecin traitant, coordonnateur de l'EHPAD, gériatre ou neurologue). Nous n'aborderons pas l'apprentissage de cet instrument de mesure, dans la mesure où cet élément est généralement une donnée médicale apportée par le médecin.

5.1.2.3 Evaluation de la dépendance

L'échelle ADL de Katz est une échelle permettant d'évaluer l'autonomie d'une personne au travers de ces activités quotidiennes (**Annexe 3**)[9-]. Elle explore le champ des besoins fondamentaux de l'individu: se nourrir, se vêtir, se déplacer et maintenir une hygiène quotidienne. A chacun des 6 items est attribuée une cotation : 1=besoin d'aucune aide, 1/2= besoin d'aide partielle et 0=dépendance. Un score de 6 indique une autonomie complète. Un sujet dont le score < 3 est considéré comme dépendant.

5.1.2.4 Evaluation de l'état nutritionnel

La dénutrition chez la personne âgée peut être définie par la présence de certains indicateurs cliniques présents dans les critères de l'HAS (Haute Autorité de Santé)[12-].

La perte de poids récente pourra être évaluée à partir du poids de référence. On estime qu'une perte de poids $\geq 5\%$ dans le dernier mois, ou une perte de poids $\geq 10\%$ dans les 6 derniers mois est significativement associée à une dénutrition.

La valeur de l'indice de masse corporelle (Body mass Index ou BMI), calculé par le poids/ taille², est aussi un indicateur de dénutrition lorsqu'il est inférieur à 21 Kg/m². Cependant, cet indice est sujet à discussion dans le domaine gériatrique, concernant sa fiabilité. Il fait néanmoins partie de l'échelle d'évaluation nutritionnelle (MNA).

Le Mini Nutritional Assessment (MNA) est celui que nous avons retenu (**Annexe 4**) [10-]. Il se compose de deux parties, une partie destinée au dépistage le Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA- SF), et d'une seconde partie correspondant à une évaluation globale de l'état nutritionnel, que l'on utilise lorsque le dépistage a révélé un risque de dénutrition. Le MNA-SF est un outil de dépistage de malnutrition qui se compose de 6 items abordant l'appétit, le poids, la motricité, la présence de maladie aiguë ou de stress, les problèmes neuro-psychologiques et l'indice de masse corporelle. Chaque item est coté par une valeur et la somme de ces valeurs permet d'établir un score de dépistage[10-][11-]. Le sujet testé sera considéré comme «normal» c'est-à-dire qu'il n'est pas un sujet à risque de malnutrition si le score est ≥ 12 . Il sera considéré comme «à risque de dénutrition» si le score est ≤ 11 . Dans ce cas, une enquête plus approfondie est nécessaire pour évaluer l'état nutritionnel, en utilisant la seconde partie du MNA pour une évaluation globale de l'état nutritionnel.

Un examen biologique comprenant un dosage de l'albumine sérique permet également d'estimer le risque de dénutrition. On estime chez la personne âgée qu'un taux d'albumine compris entre 30 et 35 g/l est aussi un bon indicateur de dénutrition modérée et un taux d'albumine <30 g/l de dénutrition sévère.

5.1.3 Evaluation des symptômes d'inconfort

5.1.3.1 Douleur

Le choix de l'échelle d'évaluation de la douleur se fait en fonction des patients. On distingue le cas des personnes âgées qui peuvent communiquer verbalement de celles qui présentent des troubles de la communication verbale.

Dans le cas où la personne âgée peut communiquer et qu'elle est capable d'auto-évaluation, nous avons choisi une échelle visuelle analogique (EVA), qui permet au patient de d'évaluer lui-même sa douleur à l'aide d'une réglette munie d'un curseur. Cet instrument permet au soignant de coter la douleur par une valeur comprise entre 0 et 10. Cet instrument de mesure est efficace, simple et rapide dans son utilisation pour le soignant, dans la mesure où il connaît son usage et qu'il donne des explications claires au patient[13-].

Dans les cas où le résident ne communique plus verbalement, le choix s'est porté sur l'échelle DOLOPLUS (**Annexe 5**), une échelle d'hétéro-évaluation comportementale de la douleur, validée dans le domaine de la gériatrie. [14-]

Son utilisation est réservée aux patients présentant des douleurs chroniques et des troubles de communication verbale (tels des troubles cognitifs importants évalués par un MMS < 18 ou des troubles du comportement). Les conditions idéales de son utilisation sont les moyens et longs séjours, ce qui correspond au choix de notre projet concernant les EPHAD [15-][16-].

Les conseils d'utilisation de l'échelle DOLOPLUS sont les suivants. Tout d'abord, son utilisation nécessite un apprentissage. Ensuite, il est préférable de faire cette cotation en équipe pluridisciplinaire (au minimum un médecin et un soignant). Chacun des 10 items est coté de 0 à 3, en cas d'item inadapté il faut le coter 0. Enfin, une réévaluation biquotidienne est nécessaire jusqu'à sédation des douleurs, puis s'espacera en fonction des situations[17-].

Le score est calculé sur un total de 30 points. Un score ≥ 5 indique la présence d'une douleur avec une fiabilité de 83%[14-]. Elle se décompose en trois sous-parties, concernant le retentissement somatique, psychomoteur et psychosocial de l'expression de la douleur.

5.1.3.2 Dyspnée

La dyspnée est définie comme une perception anormale de la respiration. C'est un symptôme subjectif et doit n'être mesuré que par le patient lui-même aussi longtemps que

possible. Aussi, l'évaluation par un tiers paraît insuffisante pour rendre compte de la gêne occasionnée.

Nous avons choisi une échelle visuelle analogique (EVA cotée de 0 à 10) pour une évaluation simple et rapide de la dyspnée.

5.1.3.3 Troubles du comportement

Nous avons choisi l'Inventaire Neuro-Psychiatrique NPI (**Annexe 6**)[18-] afin de pouvoir recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez les patients souffrant de pathologies cérébrales. Cet outil, conçu par Cummings et ses collaborateurs, existe dans une version destinée aux équipes soignantes pour les patients vivant en institution (NPI-ES).

Le NPI-ES se base sur les réponses des membres de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du résident dément. Il doit être rempli en équipe multidisciplinaire et comporte 10 domaines comportementaux et 2 variables neuro-végétatives. On a choisi de privilégier, grâce à ce questionnaire, la présence et la gravité des troubles comportementaux, ainsi que le retentissement sur le soignant. Cet inventaire s'effectue de préférence en l'absence du patient, afin de faciliter une discussion ouverte sur des troubles du comportement qui pourraient être difficiles à exprimer en sa présence

Chacun de ces 12 items sera abordé sous la forme de questions précises. Les soignants pourront, grâce aux explications fournies pour chaque item, répondre à la question par plusieurs réponses possibles: non approprié, absent, présent. En cas de présence d'un trouble, la gravité de celui-ci sera notée graduellement de 1 à 3 (1= léger, 2= moyen, 3= important). Il est également possible de noter le retentissement émotionnel sur l'équipe soignante, en notant de 0 = pas du tout, 1=minimum, 2) légèrement, 3= modérément, 4= sévèrement et 5= extrêmement.

Cet outil a donc l'avantage d'aborder à la fois le dépistage des troubles du comportement et leur sévérité, mais également le retentissement sur l'équipe soignante, qui permet d'évaluer la souffrance du personnel de ces structures. Répété régulièrement, il permettra de suivre l'efficacité des consignes et des mesures thérapeutiques éventuellement mises en œuvre, afin d'assurer un suivi clinique et une prise en charge adaptée.

5.1.3.4 Dépression

Une évaluation est nécessaire pour dépister une dépression chez la personne âgée.

L'outil retenu pour dépister une dépression est l'échelle de dépression gériatrique, la Geriatric Depression Scale ou GDS (**Annexe 7**) [19-]. Cette échelle est spécifiquement adaptée aux personnes âgées. La version d'origine de cet outil de mesure comprend 30 questions.

Pour des raisons de facilité et de rapidité d'utilisation, dans le cadre d'une structure de type EHPAD, nous avons choisi la forme courte 15 items, qui a prouvé son efficacité dans le dépistage des dépressions, au même titre que la version longue (GDS à 30 items).

Cette échelle se compose de 15 questions et peut être remplie directement par le patient, ou bien réalisée par un soignant (psychologue, infirmier ou médecin) qui énoncera les questions. A chaque question, le résident doit répondre par oui ou non et une valeur lui sera attribuée. Le score d'un sujet normal est de 3+/- 2, celui d'un sujet moyennement déprimé est de 7+/-3 et un sujet très déprimé a un score évalué à 12+/-2.

5.1.3.5 Anxiété

Le dépistage de l'anxiété est classiquement réalisé avec l'échelle d'Anxiété de Goldberg, qui correspond à la première partie d'une échelle globale évaluant d'une part l'anxiété et d'autre part la dépression (Goldberg Anxiety and Depression Scale ou GADS) (**Annexe 8**)[20-].

Cette échelle d'évaluation de l'anxiété, conçue en 1988 par Goldberg, se compose de 9 questions, auxquelles la personne doit répondre par une réponse affirmative ou négative. A chaque réponse positive est attribué un point. On estime qu'un score ≥ 5 est associé à un fort risque d'avoir un trouble anxieux cliniquement important (1 chance sur 2).

Certains proposent de scinder le questionnaire en 2 parties, la première partie comprenant 4 questions et la seconde 5 questions. Si la personne interrogée répond positivement à 2 questions parmi les 4 premières, la poursuite de l'examen se poursuit avec les 5 dernières questions.

5.1.3.6 Confusion

L'échelle retenue pour le dépistage et le diagnostic de la confusion est l'échelle CAM «Confusion Assessment Method», mis au point en 1990 par Inouye et ses collaborateurs (**Annexe 9**) [21-].

Cet instrument de mesure se compose de 9 critères, dont 4 principaux (regroupés dans un algorithme diagnostique) et 5 autres secondaires.

Pour affirmer le diagnostic de confusion à l'aide de cet outil, il doit impérativement y avoir la présence des items 1+2+ 3 ou 4 (parmi les principaux critères). Le début soudain des troubles mentaux (item 1), ainsi que les troubles de l'attention (item 2) doivent être présents. L'un des 2 autres items doit être également présent, à savoir la désorganisation de la pensée (item 3) et/ ou l'altération de la conscience (item 4).

Les autres manifestations que l'on peut rencontrer dans un épisode confusionnel sont la désorientation, les troubles de mémoire, les anomalies de perception telles des hallucinations ou des illusions, une perturbation du rythme veille-sommeil et des manifestations comportementales en excès (agitation psycho-motrice) ou en défaut (ralentissement psycho-moteur).

Les auteurs précisent que cette échelle d'hétéro-évaluation de la confusion est destinée à coter les symptômes qui sont manifestes pendant l'entrevue. Chaque soignant peut s'aider des indications fournies avec cet instrument pour coter les différents items. Il est utilisable directement et rapidement par des soignants au lit du patient.

5.2 **PARTIE B - La formation pédagogique**

5.2.1 Définitions de termes pédagogiques

Une méthode pédagogique peut être définie comme une démarche de différents modèles d'apprentissage. L'apprentissage peut en effet se faire de différentes manières: par

transmission de connaissance, par approche comportementaliste, par constructivisme... Par commodité, nous utilisons dans ce travail le terme de techniques pédagogiques.

La compétence est définie par L.Jonnaert comme une potentialité d'une personne à mobiliser dans l'action un certain nombre de ressources (connaissances techniques, affectives, sociales), de façon spécifique et dans un contexte particulier [22-]. Une compétence constitue un but à faire atteindre à une personne (ou à un groupe) dans le cadre d'une formation pédagogique. Ces compétences, qui seront mises en œuvre dans la vie ou la pratique de la personne (ou du groupe), constituent les objectifs pédagogiques du programme d'éducation. Celui-ci comportera donc des objectifs finaux et des objectifs plus spécifiques qui contribuent à l'objectif final. Ces objectifs spécifiques, plus détaillés, permettent de conduire progressivement la personne (ou au groupe) vers la maîtrise de la compétence.

Les objectifs se répartissent en trois domaines taxonomiques: le domaine cognitif (compétences intellectuelles), le domaine sensorimoteur (gestes, techniques, habiletés) et le domaine psychoaffectif (attitudes). Ce sont les objectifs qui gouvernent le choix des méthodes pédagogiques.

5.2.2 Définition des objectifs à atteindre

5.2.2.1 L'objectif principal

L'objectif du projet pédagogique est de permettre à chaque soignant de participer à l'évaluation d'un résident lors d'une réunion d'équipe concernant une décision de prise en charge palliative en EHPAD.

5.2.2.2 Les objectifs secondaires

Chaque soignant doit connaître les critères pertinents d'évaluation d'une personne âgée qui permettent de prendre une décision en vue d'une prise en charge palliative.

Ensuite, chaque soignant doit pouvoir entendre l'avis du résident, de sa famille et de ses pairs.

Enfin, chaque soignant doit acquérir une connaissance des échelles d'évaluations existantes sur les symptômes d'inconfort et les facteurs de mauvais pronostic, et doit savoir les utiliser.

Ainsi, l'objectif final est que le soignant soit en mesure de pouvoir partager, au sein d'une réunion d'équipe, les observations et les évaluations qui ont été faites par lui et les autres membres de l'équipe soignante, y compris le médecin traitant, à propos d'un résident pour lequel se pose la question d'instauration de soins palliatifs.

5.2.2.3 Les objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont les étapes nécessaires pour atteindre l'objectif final. Chaque objectif a pour finalité l'acquisition d'une compétence. Nous allons lister les compétences à acquérir par les soignants pour chaque item abordé dans la formation. Ces compétences relèvent de domaines différents: les connaissances, le savoir-faire et les attitudes.

Les compétences qui relèvent du domaine de la connaissance sont les suivantes :

- Intérêt de connaître le degré d'autonomie pour le pronostic d'un résident
- Définir les éléments de la dénutrition
- Connaître les critères pronostiques d'un épisode pathologique aigu
- Connaître l'importance des antécédents médicaux sur le pronostic
- Citer les symptômes d'inconfort existants autres que la douleur
- Choisir une échelle de douleur
- Evaluer une dyspnée

Les compétences qui relèvent à la fois du domaine de la connaissance et du savoir-faire sont les suivantes:

- Evaluer le degré d'autonomie avec l'échelle l'ADL
- Dépister une dénutrition avec l'échelle MNA
- Evaluer la douleur avec échelles EVA et DOLOPLUS
- Evaluer un trouble du comportement avec l'échelle NPI
- Evaluer une dépression avec l'échelle GDS
- Evaluer une anxiété avec l'échelle de Goldberg
- Evaluer une confusion avec l'échelle CAM

Les compétences relevant du domaine psychoaffectif, c'est-à-dire des attitudes à adopter, concernent les items suivants:

- Prendre l'avis du résident sur son projet de vie
- Prendre l'avis de la famille ou de la personne de confiance
- Discuter du pronostic avec le médecin
- Participer à une réunion d'évaluation globale d'un résident

5.2.3 Les Techniques pédagogiques

La formation s'adresse à plusieurs soignants dans le cadre d'un travail d'équipe multidisciplinaire. C'est une méthode de pédagogie collective. On a donc privilégié les techniques les plus interactives possibles, en groupe ou en réunion de parole. Les techniques pédagogiques ont été choisies pour s'adapter aux compétences que l'on veut obtenir de la part du soignant. Elles ont donc été choisies en fonction des domaines concernés dans ce projet, c'est-à-dire la connaissance, le savoir-faire et le savoir-être (psycho-affectif).

5.2.3.1 Le labyrinthe de posters

La technique pédagogique proposée par le groupe de travail pour acquérir des connaissances sur les échelles d'évaluations gériatriques et leurs modalités d'utilisation est un «labyrinthe» de posters. Sept posters concerneront les échelles d'évaluation de la dépendance, de la dénutrition, de la douleur, de la dépression, de l'anxiété, des troubles du comportement et de la confusion. Chacun d'entre eux contiendra l'échelle d'évaluation, ainsi que les instructions pour leur utilisation, et un cas clinique à résoudre. Des fiches seront mises à disposition des participants pour répondre aux cas cliniques. La résolution du cas clinique permet de comprendre le fonctionnement de l'échelle par une mise en pratique. Il a aussi un intérêt dans le processus de mémorisation. L'organisation des posters sera conçue de telle

sorte que les soignants qui se forment devront circuler dans ce parcours pour répondre aux questions des cas cliniques.

5.2.3.2 Ateliers interactifs

Les techniques pédagogiques utilisées dans le domaine des connaissances sont 2 ateliers interactifs proposés par l'équipe de travail afin de trouver une forme originale, vivante, qui permette d'entrer en relation directe avec ses collaborateurs, dans un esprit ludique.

Le premier atelier interactif est basé sur le jeu des anguilles, jeu qui consiste à questionner les personnes sur leurs connaissances sur un sujet, en introduisant un doute ou une affirmation erronée. Chacun alimente le débat avec ces propres critères pour juger de la question initiale. Chaque participant émet son avis sur la question par une réponse contenant des éléments explicatifs. Ces éléments sont repris par l'animateur pour relancer le questionnement chez les participants. Les réponses sont inscrites dans un tableau comportant 2 cases: certitudes et questionnements. Le but de cet outil est de mobiliser les connaissances des personnes sur un sujet, en les faisant se questionner sur ce sujet, de tester leur niveau de certitudes ou de doutes, et de pouvoir ensuite leur apporter la réponse exacte. Cet outil mobilise différents procédés d'acquisition de connaissances et peut agir sur le processus de mémorisation.

Le deuxième atelier interactif est inspiré lui aussi d'un jeu, dans l'esprit d'un remue-ménages, qui consiste à énumérer des mots en rapport avec un concept dans un temps limité, sans qu'il ne soit répété. Le but de ce jeu est de mobiliser les connaissances de chaque soignant sur un sujet courant de sa pratique, ou abordé dans la formation, et d'écouter les autres intervenants. L'idée est de favoriser la réflexion autour d'un sujet de façon brève, en groupe, tout en étant suffisamment attentif pour écouter ce qui a été dit par les autres participants.

5.2.3.3 Jeux de Rôle

Cette technique pédagogique a été choisie pour s'adapter aux compétences du domaine psychoaffectif. Les acteurs prennent les rôles respectifs du résident, du soignant, d'un membre

de la famille ou de la personne de confiance. L'objectif est d'aborder les compétences d'attitudes adoptées par le soignant pour entendre l'avis du malade ou de la famille. Le choix préalable du scénario permet d'aborder diverses situations possibles d'échanges relationnels entre les soignants et le malade ou un proche au sujet du questionnement de la fin de vie. Cet exercice de mise en situation pour les acteurs, et d'observation pour les spectateurs, permettra une analyse des attitudes adoptées par chaque soignant et le questionnement sur ce sujet. Il a aussi pour but de favoriser les échanges entre les différents participants de la formation.

5.2.3.4 Table ronde

Un espace libre de discussion est prévu lors de la dernière session. Le point de départ pourra être la liste des questions posées par les participants lors de la première séance, qui auront été retranscrites sur un tableau. Les autres thèmes abordés succéderont aux questions des participants présents à cette séance, en laissant une liberté de parole à chacun. Ce partage d'opinion fera suite aux différents ateliers précédents, et permettra d'aborder diverses thématiques selon les besoins et les attentes de chacun. D'autres idées sont à l'étude: la réflexion pédagogique est en cours de maturation.

Pour avoir un aperçu des modalités de choix des techniques pédagogiques choisies en fonction du domaine mobilisé, nous avons fait un tableau récapitulatif de chacun des objectifs spécifiques à atteindre.

OBJECTIF	DOMAINE	OUTIL
1. Intérêt de connaître l'autonomie	Connaissance	Atelier interactif
2. Evaluer l'autonomie avec l'échelle ADL	Connaissance+ savoir-faire	Poster+ fiche test cas clinique
3. Définir les éléments de la dénutrition	Connaissance	Poster+ fiche test cas clinique
4. Dépister une dénutrition avec l'échelle MNA	Connaissance + savoir-faire	Atelier interactif
5. Connaître les critères pronostiques d'un épisode aigu	Connaissance	Atelier interactif
6. Connaître l'importance des antécédents sur le pronostic	Connaissance	Table ronde
7. Prendre l'avis du résident et/ou de la famille sur projet de vie	Savoir être	Jeux de rôle et table ronde
8. Citer les autres les symptômes d'inconfort que douleur	Connaissance	Atelier interactif
9. Choisir une échelle de douleur	Connaissance	Atelier interactif
10. Evaluer la douleur avec échelles EVA et DOLOPLUS	Connaissance+ savoir-faire	Poster+ fiche test cas clinique
11. Evaluer un trouble du comportement avec l'échelle NPI	Connaissance+ savoir-faire	Poster+ fiche test cas clinique
12. Evaluer une dépression avec l'échelle GDS	Connaissance+ savoir-faire	Poster+ fiche test cas clinique
13. Evaluer une anxiété avec l'échelle de Goldberg	Connaissance+ savoir-faire	Poster+ fiche test cas clinique
14. Evaluer une confusion avec l'échelle CAM	Connaissance+ savoir-faire	Poster+ fiche test cas clinique
15. Evaluer une dyspnée	Connaissance	Atelier interactif
16. Discuter du pronostic avec le médecin	savoir être	Table ronde
17. Participer à une réunion d'évaluation globale d'un résident	Savoir être	Table ronde

5.2.4 Les modalités de la mise en œuvre de la formation

Les modalités du déroulement de la formation ont été discutées lors de nos réunions de travail. Le résultat de cette concertation a permis d'établir un planning de formation qui se déroulera en 2 séances.

La première séance se déroulerait sur une journée. Dans une salle mise à disposition dans l'enceinte même de l'EHPAD, libre d'accès, chaque soignant pourrait participer à la formation, sans limite de temps imparti, en présence de ses collègues de travail. Lors de cette séance, les ateliers de posters, avec mise en pratique par des cas cliniques, ainsi que les ateliers interactifs, seraient animés par un formateur. Il expliquerait le déroulement de la séance de formation ainsi que la mise en place et les directives concernant les différents outils pédagogiques.

Au décours de cette séance, la possibilité sera donnée à chaque soignant de poser des questions, qui seront regroupées et retransmises par écrit. Elles feront l'objet de débats lors de leur présentation pendant la séance comportant une table ronde.

La deuxième séance de la formation se déroulerait lors d'une soirée organisée autour d'une table ronde. Elle pourrait avoir lieu sur 2 sessions, afin de réunir le maximum de participants. La présence du plus grand nombre possible de médecins généralistes et de soignants est souhaitable pour que puisse aboutir le projet de la formation. Le débat, animé par le formateur, concernera les questions posées lors de la première séance, les réflexions et questionnements émis à l'issue des jeux de rôle ainsi que les interventions de chaque participant, dans un espace de libre échange.

6 DISCUSSION

6.1 **PARTIE A - Discussion sur l'outil d'évaluation**

6.1.1 **Intérêt d'un outil d'évaluation globale pour une prise de décision en soins palliatifs**

L'intérêt de l'évaluation globale à la fois en gériatrie et dans la fin de la vie est décrit dans la définition même des soins palliatifs, telle que l'a précisé la SFAP en 1996:

«Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de rendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leurs pratiques cliniques, leur enseignement et leurs travaux de recherche à ce que ces principes puissent être appliqués».

Une des spécificités de l'accompagnement en gériatrie est sans doute la grande diversité des situations nécessitant des soins palliatifs. L'évolution terminale de différentes maladies telles que les maladies neuro-végétatives, les maladies cardiovasculaires, les insuffisances d'organes, les cancers ou les situations polyathologiques sont autant de situations possibles de fin de vie [23-]. Aussi, déterminer le moment où la volonté d'assurer le confort du malade devient prioritaire est une étape difficile, car la cause de la mort la plus fréquente est le «long mourir»(Dying)[24-]. Les schémas évolutifs de ces maladies et des parcours de fin de vie ont amené Seale à constater que «les personnes âgées meurent souvent de multiples causes dans un long déclin ponctué de séries d'épisodes critiques, à tel point que

le moment attendu de la mort est moins clair que dans les cancers » [25-]. B.Wary constate que le pronostic en gériatrie est une notion parfaitement aléatoire, et que l'expérience montre qu'il faut distinguer les notions de bonne santé et de bonne vitalité [26-].

Les soins palliatifs et la gériatrie se rejoignent sur la démarche à adopter pour un malade en fin de vie. Pour mener au mieux cette trajectoire de fin de vie, une démarche palliative gériatrique nécessite une évaluation méticuleuse et globale de la personne âgée, un programme de soins planifié ainsi que la balance des bénéfices et des risques [24-]. La décision médicale est complexe car elle doit s'accompagner d'une évaluation pronostique et d'une réflexion éthique. Cette démarche peut être facilitée par le recours à une concertation pluridisciplinaire, et par le recours à des équipes mobiles à des réseaux de soins palliatifs. La prise de décision pour instaurer des soins palliatifs chez une personne âgée est donc une étape complexe qui doit nécessairement s'inscrire dans une démarche rigoureuse et pluridisciplinaire.

6.1.2 Le questionnaire de la démarche éthique

Certains auteurs ont proposé des outils méthodologiques issus de réflexions menées au décours de leur expérience professionnelle, afin de faciliter la prise de décision en situation de crise, au lit du malade et en équipe. Cette prise de décision est toujours singulière et unique pour chaque patient concerné. Cependant, on peut définir une trame de réflexion pour chacune des procédures de décisions éthiques existantes.

Nous avons choisi pour notre projet pédagogique les **10 questions du Dr Sebag-Lanoë** pour prendre une décision [3-]. Cet outil, présenté en 1991 sous la forme d'un questionnaire simple, est destiné à guider la réflexion de l'équipe soignante dans les situations difficiles. Ce questionnaire peut aider à déterminer le moment du passage des soins curatifs aux soins palliatifs. Il faut noter qu'il s'agit de questions, et non de réponses. Il s'agit d'introduire cette interrogation «entre ce que nous savons faire, ce que nous pouvons faire et ce que nous allons faire, non pas sur ce malade, mais pour lui et avec lui». Rappelons que, dans le cadre de maladies longues, «on observe une adaptation progressive des soins et qu'il n'y a pas de transition brutale entre les soins curatifs et les soins palliatifs, avec parfois des

retours en arrière[27-]. Les soins palliatifs s'intègrent dans une continuité des soins, nécessaire à l'accompagnement global de la personne malade en fin de vie»[2-][28-] .

Dans cet exemple, on voit que le questionnement se fait autour de 3 axes principaux :

- le malade lui-même (ce qu'il dit, ce qu'il ressent, ce qu'il montre, son confort et son consentement aux soins)
- le processus pathologique, pris dans son évolutivité et la globalité du malade
- les perceptions de l'entourage familial et soignant.

Nous pouvons citer d'autres auteurs qui ont établi différentes façons de procéder dans la démarche éthique. Ainsi, pour JM Gomas, la démarche de décision est rythmée en 3 temps [29-] :

- 1- Un inventaire précis: réunissant les données techniques et scientifiques, les données cliniques et les ressources humaines disponibles. Ces données concernent à la fois le malade, les acteurs de soins et le cadre déontologique et légal et le lieu du soin.
- 2- La délibération interdisciplinaire qui nécessite l'organisation d'un temps de parole, avec des paroles vraies, des explications intelligibles et assimilables, l'argumentation des choix possibles futurs, y compris d'une transgression éventuelle.
- 3- La décision, enfin, est élaborée sous l'autorité du référent concerné et, une fois explicitée, devient consensuelle et multidisciplinaire. L'organisation de l'annonce de la décision au malade, ainsi que le recueil du consentement éclairé et les stratégies à adopter pour chacun des acteurs sont également des points importants à mettre en place. Une réévaluation de la décision en fonction d'un nouvel inventaire de la situation est aussi programmée.

Lors du congrès de la SFAP de Juin 2009, J.M. Gomas a relaté les résultats d'une étude de l'utilisation de sa démarche de décision éthique(DDE®) [30-]. Il a souligné que cet outil est une aide méthodologique, actuellement utilisée par plusieurs équipes, dont le but est d'aider à la réflexion et à la décision en cas de conflit de valeur. Il précise que son usage nécessite une vraie maturation d'équipe, afin qu'il soit appréhendé par chacun. Son étude a montré que cet outil est efficace, mais qu'il est inadapté aux équipes qui n'ont pas un «vrai fonctionnement en équipe». En effet, «lorsque écoute et respect mutuel font défaut, ou si la décision se résume finalement à une décision du seul médecin dans un couloir, la démarche peut même alors devenir un prétexte ou un faux semblant de travail d'équipe.» De plus, «les

dysfonctionnements de communications entre médecins et soignants, fréquents dans la pratique quotidienne, ne permettraient pas toujours de mettre en évidence les conflits de valeur». Il rappelle aussi que «cet outil reste ouvert, sans score, et sans dogmatisme, puisque ce sont les acteurs qui le font vivre, sans préjuger des transgressions qui sont à inventer éventuellement. L'utilisation de cette démarche concourt également à la maturation de la réflexion des équipes par la nécessité d'organiser du temps et de la parole vraie et l'incitation à l'interdisciplinarité». Cette nécessaire maturation rend cet outil peu adapté à ce projet pédagogique et nécessite une formation de plus longue haleine

Le philosophe Jean-François Malherbe a réalisé une grille d'aide à la démarche éthique suite à des rencontres avec des professionnels de santé[31-]. Cette grille plus détaillée que la précédente propose une démarche en 5 temps:

- 1) Histoire de la situation problématique: qui sont les personnes concernées (à quel titre, quelle implications?) et quelle est réellement la problématique (clinique, éthique)?
- 2) Décisions envisageables ou possibles (conséquences prévisibles de chaque décision)
- 3) Critères de décision (cliniques, éthiques)
- 4) Créativité de la conscience morale: inventer la meilleure solution possible dans le cadre défini des contraintes (étudier la balance bénéfiques/risques) et si cette démarche est impossible: organiser la transgression d'une contrainte (choisir quelle contrainte transgresser et la justifier)
- 5) Soutien aux personnes âgées: soigné, soignant, entourage

La démarche du Dr Sebag-Lanoë nous est apparue bien adaptée pour une évaluation gériatrique dans le cadre d'une utilisation en équipe dans une EHPAD. En effet, elle inclut des critères cliniques bien détaillés, s'adresse aussi bien aux personnes âgées qui peuvent s'exprimer verbalement que celles qui ne le peuvent pas, et tient compte des différents critères pronostiques indispensables à analyser. Elle est complétée de critères éthiques nécessaires au respect des principes des soins palliatifs, concernant le confort du malade, l'expression de ses volontés, de façon directe ou indirecte, ainsi que la prise en compte de l'avis de la famille et des soignants, qui sont également concernés par la prise en charge palliative. Elle se présente

d'une façon suffisamment claire et compréhensible pour tous les soignants, pour qui la démarche éthique doit rester accessible. L'utilisation de cette démarche composée de 10 questions implique donc la participation de chaque personne concernée par le projet de vie d'un résident. Cette participation, nécessaire à une concertation d'équipe, est une étape incontournable pour une prise de décision, qui reste sous la responsabilité du médecin traitant.

6.1.3 Les comorbidités et éléments pronostiques

6.1.3.1 Comorbidités

L'évaluation de la polyopathie des sujets âgés a un intérêt pronostique en termes de dépendance et de mortalité. Aucun seuil n'a été défini pour établir la mortalité à court ou moyen terme, mais des outils existent (Indice de Charlson ou Cumulative Illness Rating Score)[32-].

Ces outils sont peu utilisés en pratique quotidienne, les scores étant difficilement exploitables à l'échelle individuelle. Ils ont pour but néanmoins de permettre à un praticien d'anticiper les risques d'hospitalisations ou les risques de mortalité par une prise en charge multidisciplinaire faisant intervenir les médecins spécialistes et les gériatres.

L'utilisation de telles échelles n'est donc pas adaptée à une évaluation gériatrique globale dans le cadre d'une réunion pluridisciplinaire. Chaque situation doit faire l'objet d'une concertation, d'échange de paroles, de questionnements, et prendre en compte l'histoire du résident dans son ensemble, ce qui n'est pas possible avec l'établissement d'un simple score.

6.1.3.2 Troubles cognitifs

De nombreuses études montrent que la démence entraîne une surmortalité, qui pourrait être pratiquement doublée selon l'étude PAQUID réalisée en 2003[33-]. Pourtant, nombre de médecins, de soignants et de familles ne voient pas le stade avancé d'une pathologie démentielle comme une phase terminale. L'une des grandes difficultés pour la prise en charge palliative de ces patients atteints de démence à un stade évolué est de déterminer à quel moment ils doivent recevoir des soins palliatifs. Les facteurs prédictifs décrits d'une évolution

péjorative sont l'âge, la gravité de la démence, la dépendance et la comorbidité (comprenant aussi la dénutrition)[34-]

6.1.3.3 Dépendance

La dépendance peut être définie comme une impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales et de s'adapter à son environnement [35-]. Toute maladie peut être la cause de la survenue ou de l'aggravation de la dépendance. Chez le sujet âgé, plusieurs causes de dépendances sont souvent mises en évidence, qu'elles soient aiguës ou chroniques. C'est souvent l'intrication de ces causes qui fait la gravité de la situation.

Nous avons choisi l'échelle ADL parce que c'est un outil simple et rapide et bien validé dans le domaine de la gériatrie[36-] [37-]. Il peut être réalisé par un médecin ou un soignant.

Il permet, dans le cadre d'une institution, de cibler les actions à mettre en place dans la prise en charge et le suivi de l'autonomie. Par ailleurs, cet outil s'est révélé être un bon critère prédictif en terme de morbi-mortalité. Ainsi, Walter a montré que la dépendance dans les actes de la vie quotidienne apparaissait en soi comme un facteur de pronostic vital péjoratif [38-]. Un des autres intérêts de cet outil facile et rapide dans son utilisation est de pouvoir répéter les évaluations et authentifier une perte d'autonomie récente.

Il existe bien d'autres échelles d'évaluation de la dépendance, permettant d'explorer d'autres domaines qui ne le sont pas avec l'ADL. Ainsi, pour une personne âgée vivant à domicile, l'IADL (Instrumental Activity of Daily Living) de Lawton permet d'évaluer des capacités plus complexes de la vie quotidienne, et s'avère être plus sensible pour dépister les déficits fonctionnels. Cette évaluation sert surtout pour organiser les aides appropriées à domicile et est peu adaptée en institution.

La grille AGGIR est une autre échelle d'évaluation de la dépendance, largement utilisée dans les structures médico-sociales afin de définir à la fois la dépendance, mais aussi la charge de travail d'une équipe soignante. Cette grille permet également d'établir un score de dépendance (de 1 à 6) en vue de déterminer l'éventuelle prestation spécifique de dépendance dont peut bénéficier une personne. Elle est cependant plus complexe et plus longue à réaliser, et donc moins maniable pour une pratique adaptée à tout soignant.

L'évaluation de la dépendance dans une évaluation gériatrique globale est incontournable. La dépendance, omniprésente dans une structure EHPAD, est la fois une source de souffrance possible de la part d'une personne âgée, qui peut ressentir tantôt une culpabilité à demander de l'aide, tantôt un sentiment de détresse psychologique liée à une perte de ses capacités. Elle est également une charge de travail pour le personnel soignant. Dans le cadre de la prise de décision pour une prise en charge palliative, l'évaluation de la dépendance est nécessaire car elle est un facteur pronostique influant dans l'évolution de la pathologie du malade âgé et elle doit faire partie des projets de soins et d'accompagnement du malade.

6.1.3.4 Etat nutritionnel

Le risque de développer des désordres nutritionnels augmente avec l'âge[39-]. La raison principale est la forte prévalence de maladies et de troubles de fonctionnels chez les personnes âgées. Les facteurs physiologiques, économiques et sociaux interviennent également. Le risque de dénutrition est d'autant plus important que les personnes âgées sont hospitalisées, vivent en institution, ou qu'elles sont en fin de vie [N3,3,11]. La perte de poids est un évènement fréquemment observé chez les patients souffrant de démence, et tout particulièrement dans les maladies d'Alzheimer[40-]. Les causes sont multiples et souvent intriquées, la présence d'un hypercatabolisme précipite la survenue d'un état de malnutrition chez un sujet âgé, d'autant plus facilement qu'il existait auparavant des apports alimentaires insuffisants[39-]. Une étude a montré que le risque de dénutrition était corrélé avec la sévérité des troubles cognitifs et des troubles du comportement[42-].

En institution, la prévalence des personnes âgées souffrant de dénutrition a pu être estimée entre 30 et 60%[43-]. Dans sa revue de littérature, Guigoz a pu estimer une prévalence du risque de dénutrition de 51% et une prévalence de dénutrition de 21% dans les institutions, avec des chiffres similaires pour les patients âgés hospitalisés (respectivement 45% et 23%), alors que pour les personnes âgées vivant en communauté, les chiffres de prévalence sont respectivement de 24% de risque de dénutrition et de 2% de dénutrition[44-]. Dans une petite cohorte de sujets âgés hospitalisés pour des soins palliatifs, certains auteurs ont rapporté une proportion de 75% de dénutrition sévère parmi ces sujets, et peut expliquer cette forte proportion par l'hyper catabolisme associé aux affections graves des sujets en fin de vie [45-].

Parmi les paramètres cliniques et paracliniques choisis, poids, perte de poids, indice de masse corporelle et albuminémie, aucun n'a suffisamment de sensibilité ou de spécificité pour permettre à lui seul le diagnostic de dénutrition. Il est nécessaire d'associer plusieurs de ces paramètres. L'association de ces différents paramètres est un bon marqueur pronostique, en terme de mortalité, de perte d'autonomie, de durée d'hospitalisation et d'entrée en institution.

Le MNA est un instrument fiable et largement utilisé dans le domaine gériatrique. Il a une sensibilité de 96% et une spécificité de 98% dans sa forme complète, incluant la partie de dépistage et l'évaluation globale [44-]. Il est actuellement utilisé par les diététiciens et les médecins, mais son temps de passation est de l'ordre de 10 à 15 minutes et limite son champ d'utilisation. L'intérêt de la forme courte, le MNA-SF, est sa forte corrélation avec le MNA long et sa validation comme outil de dépistage fiable. Dans une étude, un score ≥ 11 a montré une sensibilité de 97% et une spécificité de 100% [46-] ce qui en fait un outil de précision pour le dépistage.

Il peut être utilisé aussi bien dans des services d'accueil et d'urgences que dans les institutions. Cet outil fiable est très simple et rapide à effectuer (5 minutes environ). Il peut être réalisé par un médecin ou un autre professionnel de santé[47-].

Certains auteurs ont proposé une version modifiée de la version courte du MNA, en remplaçant la valeur du BMI, qui ne peut pas toujours être calculée lorsque l'on ne dispose pas de la taille, par la valeur de la circonférence brachiale. L'auteur a montré une bonne sensibilité de cette forme révisée MNA (R)-SF comparée au score du MNA global, et permettrait donc d'augmenter l'utilisation de cet outil de dépistage rapide lorsque le BMI est impossible à calculer[48-].

L'intérêt du dépistage et de l'évaluation de l'état nutritionnel paraît être importants dans la prise de décision de soins palliatifs pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la dénutrition est considérée comme un facteur pronostic péjoratif, associé à un risque de morbidité et de mortalité [49-]. Ainsi, la malnutrition augmenterait de façon très nette la morbidité infectieuse chez le sujet âgé. Ensuite, la dénutrition peut être un symptôme d'une maladie latente ou bien le symptôme d'un trouble psychique qui nécessitera un diagnostic et une prise en charge spécifique. Enfin, la dénutrition est un facteur de risque reconnu d'apparition d'escarres, pour lesquelles des mesures préventives sont à mettre en œuvre rapidement. Les personnes âgées en fin de vie, souvent dénutries et alitées, nécessitent des précautions particulières et des soins attentifs répétés afin de limiter au maximum l'apparition d'escarre, source fréquente

d'inconfort et de douleur en fin de vie. Une étude a montré rétrospectivement une proportion de 22% d'escarre chez des personnes âgées en fin de vie [50-]. L'apparition d'une escarre chez une personne âgée doit d'ailleurs conduire à une enquête nutritionnelle complémentaire [51-].

La dénutrition est une pathologie fréquemment rencontrée en gériatrie, notamment chez les personnes âgées institutionnalisées et le dépistage d'un risque de dénutrition doit aboutir à une évaluation afin de pouvoir corriger rapidement ce trouble dans la mesure du possible. Les causes de la dénutrition sont diverses et parfois intriquées dans la population gériatrique institutionnalisée. Celles-ci peuvent s'expliquer par divers symptômes, tels l'anorexie, les troubles de la déglutition, les nausées, les troubles digestifs, les lésions buccales, les troubles de conscience. Ces symptômes sont très fréquemment rencontrés en phase terminale d'une maladie et doivent être pris en charge spécifiquement dans le but d'assurer le maximum de confort pour le résident en fin de vie.

6.1.4 Les symptômes d'inconfort

Les critères de choix des échelles et des outils d'évaluation ont été leur validité, leur adéquation avec la population concernée, la possibilité d'une quantification (pour le suivi de l'efficacité thérapeutique), leur rapidité de passation lorsque la version courte existe et leur maniabilité.

Dans la situation d'une fin de vie chez une personne âgée, on privilégie toujours les échelles d'auto-évaluation, lorsque le résident peut exprimer son ressenti. Les échelles d'hétéro-évaluation sont réservées aux patients non communicants ou incapables de s'auto-évaluer.

Les outils d'évaluation sont adaptés à la population concernée, à savoir des patients âgés, en fin de vie, vivant dans une institution en partie médicalisée, dont une certaine proportion souffre de pathologies neuro-dégénératives de type démentiel, pour lesquels il est difficile d'obtenir le ressenti des souffrances et le consentement aux soins.

Les outils d'évaluation se doivent aussi d'être adaptés au personnel concerné, à savoir des soignants issus de corps de métier différents, travaillant en équipe autour d'un projet de vie commun pour un résident.

Le choix des symptômes d'inconfort que nous souhaitons évaluer ont été répertoriés parmi ceux les plus fréquemment rencontrés chez les patients âgés en fin de vie dans les soins de longue durée [52-] [45-] [50-]. Nous avons retenus ceux qui nous semblaient importants à reconnaître par les équipes qui prennent en charge les sujets âgés institutionnalisés, à qui nous proposons cette formation.

Les principaux symptômes d'inconfort font l'objet d'une évaluation par les équipes travaillant en soins palliatifs. Il existe d'ailleurs des échelles qui permettent de les répertorier et de les évaluer, par exemple l'échelle d'Edmonton modifiée, qui répertorie 10 symptômes [53-]. Certaines équipes l'ont modifié pour l'adapter à la pratique de leur service de longue durée [52-]. Parmi ces symptômes, ceux que nous avons retenus pour notre évaluation sont la douleur, la dépression, l'anxiété, la dyspnée et de l'appétit. L'évaluation des nausées n'a pas été prise en compte, mais apparaîtra de façon indirecte dans l'évaluation du bilan nutritionnel. L'évaluation de l'asthénie est difficile à effectuer, car c'est un symptôme subjectif qui requiert la participation du malade. Par ailleurs, les outils disponibles ne semblent pas adaptés à une structure de type EHPAD. Une échelle verbale simple pourrait être utilisée en pratique. De même, le bien-être est un critère difficile à évaluer dans le cadre de soins palliatifs gériatriques. La prise en compte des troubles psychologiques, de la douleur et des troubles du comportement nous semble être plus pertinente pour évaluer le confort du résident. La somnolence, quant à elle, pourrait être évaluée dans les troubles du comportement. L'exhaustivité de l'évaluation des paramètres retenus nécessite une sélection de ceux-ci, au risque d'être un frein à l'utilisation de l'outil.

6.1.4.1 La douleur

La douleur du sujet âgé fait l'objet de nombreuses études et publications. Les chiffres montrent une forte prévalence de la douleur dans la population gériatrique.

Ainsi, l'étude Paquid a mis en évidence une prévalence de 71% de douleurs chez les personnes de plus de 65 ans vivant à leur domicile [54-]. La prévalence de la douleur dans cette classe d'âge est estimée entre 40% et 80% selon les études. Cette population âgée est reconnue comme étant à risque de sous-estimation. Ainsi, les études portant sur la douleur des personnes âgées souffrant de pathologies démentielles montrent que la douleur est à la fois sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée.

Dans une étude analysant les caractéristiques de la douleur dans une population âgée hospitalisée, les résultats montrent une plus forte proportion de douleur parmi les sujets ayant une altération de leurs capacités cognitives (67%) que parmi les sujets aux capacités cognitives conservées (48%). Les prescriptions d'antalgiques étaient insuffisantes pour les deux catégories, puisque 73% du groupe Doloplus ne recevaient aucun antalgique et 60% des patients du groupe EVS [55-]. Une étude plus ancienne montrait une prévalence de 62% des personnes ayant des fonctions cognitives altérées[56-].

Dans le cas de personnes âgées présentant des troubles de communication verbale, les obstacles à la reconnaissance de la douleur sont bien spécifiques et maintenant bien connus[58-]. Les altérations associées à la perception des sensations, du schéma corporel et des troubles du langage les empêchent de localiser la douleur, qui est intégrée comme un état algique d'expression diffuse. La douleur va alors s'exprimer au travers de comportements inhabituels, soit de manière spontanée, soit dans des circonstances qu'il faudra savoir repérer.

Dans certaines situations, les troubles du comportement ne seront pas rattachés à leur cause, la douleur, et seront traités en tant que tels, en méconnaissant la douleur non reconnue, par exemple lorsqu'un patient souffrant de troubles cognitifs devient violent, ou au contraire qu'il se replie, refuse de s'alimenter ou devient prostré.

La douleur est l'un des symptômes fréquemment rencontré dans les soins palliatifs en gériatrie. Les chiffres, variables selon les études, montrent une prévalence proche de 50% (une étude a pu l'estimer à 47% [50-], une autre à 86%[57-]). Les particularités de la prise en charge de la douleur d'un sujet en fin de vie tiennent à plusieurs facteurs: l'association à d'autres symptômes pénibles est souvent source de souffrance globale et d'inconforts majeurs, le recours à l'hétéro-évaluation est souvent nécessaire pour ne pas méconnaître la douleur, une source supplémentaire de douleur peut être induite par des soins techniques ou d'hygiène de vie et nécessitera une réflexion et une organisation de l'équipe soignante.

Le choix de l'EVA a été décidé en raison de sa validité et de sa facilité d'utilisation. C'est l'outil recommandé par l'Haute Autorité de Santé (HAS) [59-]. Cependant, ce type de d'instrument présente des limites, dans la mesure où certaines personnes âgées ont des difficultés dans leur capacité d'abstraction, ou dans la compréhension du rapport existant entre un ressenti douloureux et une réglette et un curseur.

Certains proposent d'améliorer la compréhension et l'utilisation de la réglette utilisée pour l'EVA, et de pallier aux troubles visuels éventuels et aux difficultés de motricité fine, par

l'utilisation d'un curseur sous forme d'un triangle rouge et la présentation d'une réglette dans le sens vertical.

Parallèlement, il existe d'autres outils d'évaluation de la douleur, tels une échelle verbale simple (EVS), où le malade évalue sa douleur comme absente, très légère, modérée, marquée ou insupportable, ou bien encore une échelle numérique (EN), qui donne une note entre 0 et 10. L'échelle numérique est une méthode rapide, sous réserve que certaines personnes âgées ont des difficultés à établir une relation entre une note et l'intensité de leur douleur.

Certaines études tendent à prouver que l'utilisation de ces outils EVS et EN pourrait être préférable en cas de difficultés de compréhension de l'EVA. Une étude notamment, réalisée en 2004 afin d'évaluer la compréhension des échelles d'auto-évaluation en fonction des paramètres de l'âge et des troubles démentiels en service de gériatrie, a montré que la moitié des personnes arrivaient à utiliser l'EVA, alors que les trois quarts utilisaient correctement l'échelle verbale simple ou l'échelle numérique [60-] [61-]. Ces résultats diffèrent du taux de réussite pour les sujets jeunes chez qui les taux sont de 90 à 100%. Bien que ces deux types d'échelles (EVS et EN) apparaissent comme parfois plus maniables en pratique, elles n'ont toutefois pas été validées en gériatrie.

Bien que les recommandations préconisent ce choix de l'auto-évaluation de la douleur lorsque les patients en sont capables, les limites d'utilisation de ces outils sont nombreuses chez la personne âgée.

Tout d'abord, la tendance est de surestimer les facultés d'abstraction. La personne âgée a parfois du mal à comprendre le concept d'évaluation d'un ressenti douloureux et d'un outil. Ensuite, cette approche peut manquer de sensibilité, parce que la douleur peut être sous évaluée ou niée, par crainte de déranger, ou par préjugés, tant sur la douleur que sur les traitements. Cette approche peut aussi manquer de spécificité, parce que la personne âgée a tendance à évaluer les conséquences de la douleur, telles le handicap, la gêne fonctionnelle, plutôt que l'intensité même de la douleur. Il existe aussi un risque de surévaluation de la douleur en cas d'anxiété, d'hypocondrie, ou lorsque la douleur est devenue l'objet essentiel et le moyen principal de communication avec l'entourage. Les défauts de compréhension, de participation et de communication rendent ces outils d'auto-évaluation souvent inutilisables. Certaines études récentes montrent que seuls les trois quarts des personnes âgées de plus de 75 ans sont capables de s'auto-évaluer quelle que soit l'échelle utilisée [62-].

Pour les résidents présentant des troubles de la communication verbale ou du comportement, le choix de l'échelle DOLOPLUS s'est fait parce qu'elle présente de nombreux avantages. Tout d'abord, c'est un outil créé et validé par le collectif Doloplus, un comité de lutte contre la douleur, dans le but de ne pas méconnaître la douleur des personnes incapables de communiquer verbalement. C'est un outil adapté et validé dans le domaine de la gériatrie[15-] [17-].

Cette échelle a par exemple permis de rectifier le diagnostic ou le traitement de la douleur chez 20% de patients âgés déments dans un service pourtant habitué à la prise en charge de la douleur[16-]. Elle facilite aussi la sensibilisation des soignants au repérage des comportements inadaptés. En revanche le recours systématique à cette échelle n'est pas de mise si la douleur est évidente et urgente. Cet instrument ne peut pas non plus évaluer une douleur aiguë, pour laquelle d'autres outils ont été créés et validés récemment pour ces situations aiguës, telle l'échelle Algoplus [63-].

Si la nécessité de son apprentissage pour les équipes soignantes et le temps nécessaire à sa passation peuvent apparaître comme une contrainte, il est cependant établi qu'avec l'expérience, le temps de réalisation de cet outil diminue, pouvant s'effectuer en 2 à 5 minutes.

6.1.4.2 La dyspnée

La dyspnée est symptôme subjectif source d'inconfort fréquemment rencontré dans le cadre des soins palliatifs et sa prévalence augmente avec la progression de la maladie. Certaines études estiment la proportion de la dyspnée est de 75% des patients au stade terminal de leur maladie [65-] [66-]. Une étude montre que la moitié des patients atteints de maladies chroniques non cancéreuses souffraient de dyspnée dans l'année qui précédait leur décès [67-]; ces chiffres proches de 50% sont retrouvés dans une étude plus récente [50-]. Une autre étude retrouve une proportion de 20% de patients souffrant de dyspnée sévère lors des 6 derniers mois de leur vie, suite à des pathologies chroniques telles que l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance hépatique, les bronchopathies obstructives ou le cancer broncho-pulmonaire [68-]. L'échelle visuelle analogique est utile pour l'estimation de la dyspnée et l'évaluation de l'impact de la thérapie[69-], avec les réserves citées pour la douleur sur la nécessaire compétence du patient pour son auto-évaluation. Il existe d'autres échelles avec

des modules plus spécifiques de la dyspnée, mais elles restent plutôt utilisés dans le cadre de la recherche.

6.1.4.3 Les troubles du comportement

L'inventaire NPI –ES a l'avantage d'être suffisamment complet pour ne pas négliger un symptôme psycho-comportemental lié à la démence[71-]. Il permet en outre, grâce aux explications données à titre d'exemple pour chaque item, de permettre aux soignants d'identifier plus précisément les troubles observés. Il a l'avantage de développer un langage commun et d'enrichir le vocabulaire descriptif des troubles du comportement. Ainsi, les divers troubles du comportement seront mieux compris par le personnel.

Enfin, l'intérêt de cet inventaire est de pouvoir évaluer également le retentissement émotionnel du personnel, qui rappelons-le, est confronté à des épreuves souvent difficiles à vivre au quotidien, dans des structures où le manque de personnel peut parfois accentuer ces souffrances répétées.

Les inconvénients de cet instrument de mesure sont les difficultés possiblement rencontrées par un soignant pour appréhender le NPI-ES, puisqu'il nécessite la prise de connaissance des items abordés et un temps de passation qui peut être assez long. Les explications jointes au questionnaire améliorent la compréhension de cet outil de précision et demandent une certaine expérience avant d'acquérir une facilité d'emploi.

6.1.4.4 La dépression

Cette échelle a été créée par J.A Yessavage pour dépister la dépression chez les personnes âgées [72-]. Elle est spécifique de cette tranche d'âge, mais n'est pas adaptée aux sujets présentant des troubles cognitifs. En effet, lors d'un syndrome démentiel déjà installé, avec un MMS < 15, il existe d'autres échelles utilisables, telle l'échelle de Cornell [73-] [74-].

La version raccourcie à 15 items est simple d'emploi et sa passation est assez rapide. En outre, son utilisation dans le dépistage s'est révélée être aussi efficace que les versions longues, avec une forte sensibilité de 82% et une spécificité de 60% [75-]. Une étude a permis de constater que cette validité était présente pour les syndromes dépressifs majeurs (sensibilité de 96%), mais aussi dans syndromes dépressifs mineurs (sensibilité de 80%) [76-], ce qui est

intéressant puisque plusieurs études ont prouvé que les formes mineures de dépression sont plus fréquentes parmi les personnes âgées [77-].

Par ailleurs, une étude néerlandaise comparant les différentes formes courtes d'échelles de la GDS tend à démontrer qu'une version à 10 items pourrait s'avérer être aussi efficace et moins consommatrice de temps en institution, mais que les formes plus courtes à 4 ou 1 items sont moins sensibles et ne sont donc pas recommandée pour le dépistage[77-].

Si cette échelle fournit des indications précieuses sur l'état psycho-affectif du résident, elle ne permet toutefois pas, à elle seule, de faire un diagnostic de dépression. En effet, tout dépistage réalisé avec cette échelle nécessite normalement la confirmation du diagnostic grâce à un entretien clinique approfondi réalisé par un psychologue ou un psychiatre, ou bien encore un médecin généraliste.

Toutefois, dans le cadre des soins palliatifs, les critères du DSM IV ne s'appliquent pas toujours, puisque les critères d'exclusion sont les états dépressifs secondaires à une cause organique ou induits par l'utilisation de substances. Aussi, il est parfois difficile, dans ces situations particulières de fin de vie, de distinguer la tristesse normale (c'est-à-dire prévisible dans de telles circonstances), d'un état dépressif vraiment pathologique. Le diagnostic de dépression réactionnelle, appelé également trouble de l'adaptation, soulève également une controverse majeure. Il requiert un jugement clinique subjectif et expérimenté, à savoir comment repérer ce qui est normal, attendu et compréhensible dans une situation de maladie évolutive incurable, de ce qui est pathologique, à savoir un stress majeur empêchant toute adaptation de l'individu face aux événements qu'il doit affronter.

La difficulté apparaît aussi dans l'identification des symptômes somatiques de la dépression, tels la perte de poids, l'anorexie, la fatigue, les troubles de concentration et les troubles du sommeil, qui sont des troubles également fréquemment rencontrés dans les maladies graves et évolutives à leur stade avancé. De tels troubles somatiques ne sont pas des critères suffisamment spécifiques de la dépression dans ce contexte des soins palliatifs[78-], ni dans le domaine de la gériatrie, puisqu'ils peuvent être la conséquence d'une autre maladie. En revanche, le risque d'une échelle d'évaluation de la dépression ne tenant pas compte de ces symptômes physiques, telle la GDS, risque de sous estimer les cas de dépressions modérées, d'où l'intérêt d'une évaluation globale en gériatrie.

La prévalence de la dépression chez les patients gériatriques en fin de vie a pu être récemment étudié lors de deux études qui montrent respectivement une proportion de 25 % et de 44% de personnes présentant une humeur dépressive.[79-] [66-].

La dépression est un trouble psychiatrique fréquent en gériatrie, globalement mal diagnostiqué et sous traité, alors qu'il est associé à une évolution péjorative, une baisse des capacités fonctionnelles et une diminution du bien-être, et accroît le risque de mortalité.

6.1.4.5 L'anxiété

L'échelle de Goldberg a été choisie car c'est un instrument à la fois simple d'utilisation, rapide et fiable. La sensibilité de 82% et sa spécificité de 91% en font un bon outil de dépistage.

La relation entre l'anxiété et la dépression chez les personnes âgées est encore mal définie. Certaines études ont pu constater la co-existence fréquente de ces deux troubles psychologiques chez les personnes âgées vivant en institution comme au domicile. Des études effectuées à l'aide de cette échelle de Goldberg (GADS) ont permis de constater que ces deux troubles sont des entités distinctes mais présentant une forte corrélation et qu'elles sont également corrélées aux troubles du sommeil[80-].

Par ailleurs, il est reconnu que l'anxiété est plus fréquente à tout âge chez les femmes plutôt que chez les hommes et une étude sur des personnes âgées, ayant recours aux services de soins gériatriques, a permis de mettre en avant d'autres facteurs significativement associés à l'anxiété tels que la douleur, le plus jeune âge, les événements difficiles dans la vie et l'association à cinq maladies ou plus [81-].

6.1.4.6 La confusion

La confusion mentale est une symptomatologie fréquemment rencontrée dans le cadre des soins palliatifs puisque la prévalence a pu être estimée entre 10 et 30% en oncologie ambulatoire, entre 40 et 50 % lors des admissions en service de soins palliatifs et jusqu'à 80 à 85 % pendant la phase terminale d'une maladie [83-].

Les personnes âgées sont plus susceptibles d'en souffrir que le reste de la population [84-]. Il existe une association entre la confusion d'une personne âgée et un risque accru de

mortalité, une durée d'hospitalisation plus longue, une augmentation du nombre d'entrée en institution et une augmentation de la dépendance [85-].

La confusion est souvent mal diagnostiquée pour diverses raisons et le retard de diagnostic est préjudiciable en terme de souffrance et de gravité du pronostic. On peut expliquer cette méconnaissance par la diversité des tableaux cliniques, comprenant une forme hypoactive (très fréquemment sous-diagnostiquée), une forme hyperactive ou une forme mixte. Cette méconnaissance peut aussi s'expliquer par la fluctuation des symptômes observés.

En soins palliatifs, c'est l'une des complications possibles de l'évolution d'une maladie au stade terminal. La cause en est souvent multifactorielle et l'évolution de la confusion est bien souvent irréversible du fait de l'étiologie et de l'état général précaire du malade. La confusion est en elle-même un facteur pronostique de gravité, puisqu'elle est le signe pré-mortem dans les phases avancées et terminales et qu'elle interfère avec le diagnostic et donc le contrôle des autres symptômes tels la douleur, l'anxiété et la dépression. Elle a un retentissement sur le confort, la qualité de vie, la communication et le mode relationnel. Elle accroît la détresse chez le patient, la famille et les soignants. Il existe des recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge de la confusion mentale en soins palliatifs, comprenant notamment une approche de soutien et d'accompagnement de la famille et des soignants [86-].

L'intérêt de cet outil « Confusion Assessment Method » est donc le dépistage précoce et efficace d'un syndrome confusionnel. C'est un instrument précis, puisque sa sensibilité est de l'ordre de 94% à 100% et sa spécificité est de l'ordre de 90% à 95% [21-] [87-] [88-]. Il est largement utilisé dans la recherche clinique.

C'est un excellent outil de dépistage si l'on utilise l'algorithme des 4 questions. En outre, cet instrument est facile et rapide à utiliser, et avec l'expérience il peut être effectué en 5 à 10 minutes. Il est utilisable rapidement par le personnel soignant, les infirmières par exemple, devant l'apparition d'un changement du comportement du malade, et permettra de mettre en place immédiatement les interventions adaptées [89-].

Il existe une version adaptée aux longs séjours (SSR/LSD) afin de diagnostiquer la confusion chez les résidents en utilisant les items d'un outil de dépistage standardisé pour les résidents (le Minimum Data Set MDS version 3). Cette version adaptée aux «Nursing Home», le NH-CAM, a montré que 31% de résidents présentaient des critères de confusion. Les scores

obtenus par le NH-CAM étaient des facteurs indépendants prédictifs de mortalité et de ré-hospitalisation [90-]. Cet outil n'a cependant pas été validé avec un standard de référence externe.

Un des inconvénients notables de la CAM est qu'elle ne permet pas une évaluation de la sévérité de la confusion. Il existe pour cela d'autres outils disponibles, tel le Delirium Index, mais qui ne sont pas suffisamment maniables en pratique pour être utilisés dans ce cadre clinique.

Par ailleurs, certains auteurs ont pu montrer que sa fiabilité dépendait de l'expérience de son utilisateur. Ainsi, une étude a pu montrer que le score était meilleur quand il était effectué par des praticiens que par des infirmières [91-]. Une autre étude a montré que la performance de cet outil nécessitait un certain entraînement [88-].

La précision de cet instrument peut également être améliorée par la prise de connaissance antérieure de l'état cognitif, à l'aide d'un MMSE par exemple. La connaissance de l'état clinique habituel du résident favorise aussi le diagnostic de confusion. Il est particulièrement difficile de reconnaître une confusion chez une personne âgée qui souffre de troubles cognitifs antérieurs, tels ceux observés lors de processus démentiels.

Enfin, du fait de la fluctuation des signes, il s'agit d'établir diverses entrevues avec le résident, à des moments différents de la journée. Ces évaluations nécessitent du temps. Ainsi, plusieurs étapes sont nécessaires pour déceler ces symptômes fluctuants. L'intérêt de cet outil est donc de servir de trame de travail au sein d'une équipe, ou chaque personne pourra participer à l'observation clinique.

La reconnaissance des symptômes confusionnels peut être une tâche complexe pour certains soignants. Cela nécessite de bien connaître la personne âgée, son état cognitif habituel et l'instrument qui permet d'évaluer l'épisode confusionnel.

6.2 **PARTIE B - Discussion sur la formation pédagogique**

6.2.1 **Le choix du sujet de la formation**

6.2.1.1 Intérêts

Le principal intérêt du sujet est de permettre d'aborder une des problématiques existantes concernant les soins palliatifs dans les structures médico-sociales. Le choix de la prise de décision d'instaurer des soins palliatifs pour un résident est une démarche complexe, qui requiert des compétences de la part des professionnels de santé et une nécessaire collégialité, sans lesquelles elle ne peut être satisfaisante.

En effet, la notion d'équipe multidisciplinaire est essentielle dans le domaine des soins palliatifs gériatriques. Elle permet de mettre en commun et de confronter toutes les observations des différents professionnels qui s'occupent de la personne âgée en fin de vie. Ces professionnels sont les médecins, infirmières, aides-soignants, kinésithérapeutes, psychiatres, psychologues et assistants sociaux. Cette approche a plusieurs avantages. Tout d'abord elle protège contre des choix individuels qui peuvent être liés à des projections personnelles. Ensuite, le patient n'a pas toujours le même discours avec chaque soignant, son état et son discours peuvent fluctuer au cours du temps, et enfin le médecin n'a parfois qu'une vision partielle du malade. Les soignants de l'EHPAD, qui les côtoient journallement, sont parfois les plus à même à évaluer l'état fonctionnel et psychologique des résidents. Ce sont aussi eux qui alertent le médecin devant l'apparition d'un trouble. Ils ont un rôle propre dans la prise en charge des résidents. L'intérêt d'une formation dans une approche multidisciplinaire est aussi de permettre la revalorisation des soignants au sein de l'équipe.

Les demandes de soutien et de formation en soins palliatifs sont formulées de la part des soignants travaillant en institution. Une étude a été faite sur la perception des infirmières d'un long séjour concernant les soins palliatifs chez des personnes âgées souffrant de démences [92-]. Les stratégies déployées pour pallier aux manques de moyens et de formations leur permettent d'assurer les soins palliatifs de leurs résidents, pour qui elles ne souhaitent pas un transfert vers un hôpital. Leur souhait est d'accompagner et de partager les

derniers moments de la vie des personnes âgées avec leur famille. Pour satisfaire toutes ces demandes, elles manifestent un besoin de soutien et de formation. Une autre étude aborde la satisfaction des soignants après une intervention d'éducation en soins palliatifs dans une institution pour personnes âgées [93-]. Les points importants qui en ressortent sont qu'une éducation ciblée peut apporter une amélioration, qu'une démarche en équipe est d'une grande valeur, que les outils d'évaluation clinique sont utiles et que l'utilisation du bon langage est essentielle. Les participants ont décrit une amélioration de leurs compétences, ainsi qu'une meilleure compréhension des concepts de soins palliatifs, et émettent leur souhait d'adopter une démarche pluridisciplinaire dans leur programme de soins.

Le champ d'intervention de la démarche palliative s'étend actuellement du sanitaire vers le médico-social. La formation en soins palliatifs dans les structures médico-sociales fait d'ailleurs partie d'une des missions d'intervention des équipes de soins palliatifs, légiférées par les directives du 15 juillet 2010 relatives aux modalités d'intervention des équipes mobiles en soins palliatifs (EMSP) dans les EHPAD[94-]. Parallèlement, dans le cadre du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012, il existe une diffusion à l'échelle nationale d'un programme d'actions. Ce programme de formation MOBIQUAL®, sous forme d'une mallette contenant de multiples outils, est destinée à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées par le personnel intervenant dans les structures médico-sociales. Ces missions de culture palliative tentent de répondre aux insuffisances et aux besoins dans ce domaine, tels qu'ils ont pu être rapportés par Marie de Hennezel en 2003 dans le rapport de «fin de vie: le devoir d'accompagnement» [95-]. Elle constate dans ce rapport une hétérogénéité des pratiques d'accompagnement de fin de vie, puisque qu'en dehors des unités spécifiques de soins palliatifs, « partout ailleurs, dans les services confrontés à la mort de leurs patients, cette qualité d'accompagnement fait le plus souvent défaut[...] En développant des EMPS dont la mission serait de diffuser l'esprit et la pratique des soins palliatifs dans les services curatifs, l'idée était de travailler à une harmonisation des pratiques». L'insuffisance de formation et de soutien des soignants fait également partie des éléments de ce rapport. «La mort est vécue comme un échec. Elle confronte aux limites de la médecine et bien des médecins ont encore beaucoup de mal à l'accepter. C'est par la formation initiale et continue du corps médical et des soignants que l'on parviendra progressivement à accepter la fin de vie comme une étape inéluctable, qu'il convient d'accompagner avec humanité. C'est bien le

manque de formation qui contribue à l'isolement des équipes médicales et soignantes confrontées à la mort de leurs patients». «Quant aux soignants, ils sont davantage conscients de l'importance d'être formés à l'accompagnement des personnes en fin de vie. Leur mission de soin, la proximité corporelle et affective avec les plus vulnérables, les confrontent peut-être davantage à ce devoir d'humanité. Pourtant, beaucoup se plaignent de n'être pas assez préparés à affronter la particularité des soins de fin de vie. Nous constatons également le désarroi des équipes confrontées à des prises de décisions difficiles parce qu'elles engagent un risque vital. Ces décisions, comme le recommandent les bonnes pratiques rédigées par les sociétés savantes, doivent être prises de manière collégiale et transparente. Bien des équipes ne sont pas formées à la discussion éthique. Si l'on veut soutenir les soignants, dans ces situations difficiles, il est impératif de les former à la réflexion éthique.»

6.2.1.2 Limites

Le choix du programme pédagogique a été défini à partir d'une problématique relevant d'un constat personnel réalisé lors d'une expérience professionnelle. Le constat est que les soignants des EHPAD, malgré leur forte implication dans la prise en charge palliative de leurs résidents, ne sont pas assez souvent concertés sur le sujet de la prise de décisions de ces soins palliatifs. Le manque de communication avec les médecins traitants sur le sujet de la prise de décision est parfois problématique dans leur attitude à adopter vis à vis des malades et des familles. Aussi, ils déplorent un manque de formation spécifique dans la prise en charge palliative. L'idée de ce projet est partie de ces constatations.

Cependant, nous n'avons pas réalisé de sondage d'opinion concernant la demande précise dans le domaine de la réunion multidisciplinaire pour la prise de décision des soins palliatifs. .

La deuxième limite que nous pouvons constater sur le choix du sujet de la formation est qu'il concerne uniquement la prise de décision de l'instauration de soins palliatifs. En effet, la prise de décision en vue de soins palliatifs est une démarche difficile, nécessitant une approche méthodique, mobilisant les compétences des professionnels de santé et une volonté de participer à un travail de réflexions en équipe. Il nous est donc apparu suffisamment complexe pour nécessiter à lui seul une formation spécifique. Au-delà, des diplômes spécifiques existent et sont accessibles à tous le soignants.

Par ailleurs, lors de la constitution de notre groupe de travail, nous n'avons pas pu réunir toutes les professions médicales et paramédicales souhaitées afin de parfaire sa pluridisciplinarité, pour des raisons d'organisation des rencontres et de volontariat des membres du groupe. On peut en effet déplorer l'absence de psychologue, de médecin généraliste libéral intervenant au sein d'une EHPAD, ou de kinésithérapeute pour la création de ce projet de formation.

Enfin, le projet de formation n'a pas été évalué à ce jour. L'aboutissement de ce projet est la mise en application de la formation, dont les modalités restent encore à préciser. Lors de travaux ultérieurs, d'autres professionnels pourront être invités à ce joindre à ce groupe de travail restreint dans un premier temps.

6.2.2 Les problématiques de la formation pédagogique

6.2.2.1 Les méthodes pédagogiques

Le choix des méthodes pédagogiques, ou des techniques pédagogiques, se fait en fonction de plusieurs paramètres: des principes de l'apprentissage, de la culture pédagogique des apprenants, des caractéristiques du groupe, du référentiel pédagogique et des compétences à acquérir.

La formation proposée est une formation collective. Or, on sait que la motivation de chaque soignant pour une formation professionnelle est variable d'une personne à l'autre, et dépend en partie de l'intérêt qu'il peut en garder pour sa pratique quotidienne.

Le choix de la méthode de formation en petits groupes avec des ateliers interactifs et dans un esprit ludique a été proposé afin de favoriser la motivation des soignants. Par ailleurs, le contenu de la formation a été élaboré au regard de leurs problématiques rencontrées dans leur pratique quotidienne, ce qui est une source potentielle de participation et d'intérêt. L'apprentissage est une fonction personnelle: il n'existe pas deux personnes qui apprennent de la même manière. La motivation est une source d'énergie qui accroît l'apprentissage. Elle n'est mise en jeu que lorsque la personne qui apprend est convaincue que ce qu'il doit apprendre a une valeur et une signification pour elle [96-].

Au cours de l'élaboration du projet, nous avons imaginé des fiches mnémotechniques afin de faciliter l'utilisation des échelles et de pouvoir mémoriser la grille de décision éthique du Dr Sebag-Lanöe. En effet, le nombre d'informations nécessaires à retenir pour la

connaissance de ces outils d'évaluation est important. Or on sait que l'attention nécessaire à l'apprentissage a des limites qui sont connues. Le formateur a donc intérêt à restreindre la masse d'informations à transmettre, et de les mettre en valeur par tous les moyens possibles, tels que les explications, les reformulations, les exemples, les répétitions, les aides mnémotechniques.

L'hétérogénéité du groupe, de part sa formation professionnelle et sa fonction, est une difficulté à prendre en compte dans l'élaboration de notre projet. La culture pédagogique à laquelle appartient le groupe est variée, puisqu'elle regroupe des personnes travaillant dans le domaine de la santé, mais occupant des fonctions distinctes. Ainsi, le niveau d'exigence attendu ne sera pas identique pour chaque soignant. L'essentiel est que chacun puisse acquérir des connaissances au cours de cette formation et qu'il puisse participer et comprendre les termes utilisés et les concepts abordés lors d'une réunion d'équipe. Néanmoins, l'avantage de la multidisciplinarité présente une utilité indéniable lors d'une réflexion concernant une évaluation gériatrique globale.

Le choix des outils pédagogiques proposés lors de cette formation a dû s'adapter à la caractéristique du groupe formé. Le groupe est constitué de personnes adultes, pour qui la pédagogie privilégiée est basée sur une réponse concrète à leur problème. Elles accordent beaucoup d'importance à leur expérience professionnelle, et apprécient les études de cas, les simulations, les tables rondes, les moments d'échange et de partage, dans le cadre d'une pédagogie active fondée sur le travail en petits groupes[96-].

Les instruments pédagogiques concernant les échelles d'évaluation ont été définis pour atteindre l'objectif suivant: une prise de connaissance l'échelle, avec une explication de son utilisation, et une mise en pratique avec un cas clinique. Le but de la formation est que les soignants connaissent ces échelles d'évaluation et puissent ultérieurement les utiliser dans leur pratique professionnelle à l'aide de supports accessibles. Il est certain que la fiabilité de l'outil exige bien souvent un entraînement et une certaine expérience avant d'être satisfaisante en pratique. La formulation des objectifs est parfois complexe, en fonction du niveau d'exigence attendu, qui peut être minimaliste, maximaliste voire irréaliste. Dans le cadre de notre projet, la formulation des objectifs a dû s'adapter aux contraintes d'une réalité sur le terrain, en tenant compte des contraintes de temps et de moyens mis à disposition pour cette formation.

L'une des limites d'un sujet aussi complexe et multidimensionnel est la tendance est de vouloir tout aborder. La conséquence possible est que l'apprenant soit submergé de connaissance nouvelles, nombreuses et complexes, et qu'il risque tout simplement de ne pas retenir celles qui lui sont indispensables à la compréhension de la compétence. Il a donc été nécessaire de choisir les éléments qui nous paraissent les plus importants à connaître pour atteindre l'objectif final, qui est de participer à une réunion d'évaluation d'une personne âgée en fin de vie.

6.2.2.2 Les modalités de la mise en œuvre

Les modalités de la mise en oeuvre du projet ont également dû s'adapter à différentes contraintes. Tout d'abord, l'objectif est de pouvoir proposer cette formation au maximum de soignants travaillant en EHPAD et aux médecins généralistes libéraux. Il a donc fallu imaginer une formation en plusieurs séances, afin permettre à tous les soignants d'accéder à cette formation, en adéquation avec leur activité professionnelle. La décision de disposer de deux sessions de table ronde, en soirée de préférence, a pour objectif de rassembler tous les médecins généralistes et les soignants qui le souhaitent, sans perturber leur temps de travail. La séance des ateliers interactifs, des posters et des cas cliniques se déroulera sur une journée complète, dans une salle libre d'accès, ce qui permettra aux soignants de venir au moment qui leur convient le mieux dans la journée.

Ensuite, il a fallu adapter des temps de formation distincts pour aborder une série de dix-sept compétences. Certaines compétences ont été regroupées autour d'un même outil pédagogique, afin de faciliter la mise en œuvre et les explications nécessaires à son déroulement, dans un temps imparti. Ainsi, les ateliers interactifs, comprenant deux animations sous forme de jeux, traitent de différents items concernant le domaine des connaissances. Par ailleurs, les items concernant l'attitude à adopter par un soignant lors d'une relation avec un malade, sa famille, ou ses pairs sont abordés au cours d'une séance d'échange de paroles lors de jeux de rôles et autour d'une table ronde. Enfin, les ateliers concernant les compétences relevant du domaine du savoir-faire et des connaissances sont traités lors d'une même séance, dans un parcours composé de plusieurs posters, dont la prise de connaissance permettra de résoudre des cas cliniques.

L'organisation du déroulement de la formation permet de hiérarchiser les éléments en fonction du niveau de compétence requis. Ainsi, le choix que l'atelier de table ronde soit fait

dans le dernier temps de formation a été pris parce qu'il correspond à l'aboutissement de la formation, qui est de participer à une réunion d'équipe. Cette compétence nécessite, en effet, d'avoir pris connaissance des compétences concernant l'évaluation des symptômes et les éléments pronostics. Par ailleurs, la hiérarchisation des compétences a été construite après réflexion sur l'attrait possible d'un soignant pour cette formation. Nous avons pensé que le choix des items à aborder dans un premier temps pourraient être directement liés à leur pratique quotidienne. Ainsi, le choix de l'évaluation des symptômes d'inconfort, présents dans la pratique des soins palliatifs en EHPAD, nous est apparu le plus pertinent.

Parfois, les meilleures méthodes pédagogiques sont aussi celles qui montrent leur utilité dans le contexte où l'on se trouve, avec les moyens et le temps dont on dispose. Ce principe de commodité est important, mais ne doit pas faire oublier les principes de l'apprentissage et la pertinence des méthodes[96-].

6.3 CHAPITRE 3 - Les perspectives

L'évaluation du projet de formation sera effectuée dans la suite de ce travail d'élaboration. Ce nouveau travail, dont les modalités précises d'application restent à définir, permettra d'évaluer plusieurs paramètres. Dans un premier temps, il serait envisageable d'étudier la qualité et l'intérêt de la formation, en évaluant la faisabilité du projet, la participation, et en réalisant une enquête de satisfaction des participants.

Dans un second temps, l'évaluation de l'efficacité de la formation concernera l'atteinte de l'objectif principal, à savoir que chaque soignant puisse participer à une réunion multidisciplinaire concernant une prise de décisions. En effet, le but de cette formation est de sensibiliser les soignants et les médecins traitants à la nécessité de recourir aux réunions multidisciplinaires, en leur apportant des outils et en leur proposant une réflexion commune, et de les inciter à recourir à cette démarche dans leur pratique quotidienne. Une étude permettrait d'étudier l'efficacité de la formation et ses conséquences éventuelles sur les modifications de méthodes de travail et sur le recours aux réunions pluridisciplinaires, dans le cadre de l'évaluation globale d'un résident en fin de vie. Pour cela, il serait envisageable d'effectuer une étude comparative de plusieurs EHPAD. Cette deuxième étape nécessite néanmoins un délai suffisant pour que la mise en pratique des objectifs de la formation puisse s'effectuer.

Certains paramètres inhérents à un travail d'équipe pluridisciplinaire pourraient faire l'objet d'autres études. Il pourrait également être intéressant de pouvoir étudier la pratique des consignes écrites sur le projet de soins dans le dossier médical, qui sont malheureusement souvent insuffisantes ou absentes (puisqu'elles seraient absentes dans 90% dans une étude concernant des patients déments [97-]), et qui peuvent mettre en difficulté le médecin de garde qui intervient dans une situation d'urgence. La mise en œuvre de la démarche palliative dans les établissements doit s'inscrire obligatoirement dans le projet médical et dans le projet de l'établissement, dont les modalités sont précisées par diverses lois et référentiels [98-] [99-]. La démarche palliative est une démarche qui doit émaner de la structure de soins. Cette démarche nécessaire exige au-delà des connaissances, d'un travail en équipe pluridisciplinaire, d'une collaboration avec les réseaux de soins palliatifs et d'une organisation structurée, une volonté de la part des différents professionnels de santé.

7 CONCLUSION

Les acteurs de santé qui prennent en charge les personnes âgées vivant dans une structure médico-sociale sont régulièrement amenés à accompagner les résidents jusqu'à la fin de leur vie. Une des difficultés est la complexité de la prise de décision pour une prise en charge palliative. Elle est liée en partie aux contraintes d'organisation institutionnelle: multiplicité d'intervenants internes et extérieurs à la structure, nécessité d'une évaluation gériatrique globale, fluctuations de l'état de santé, difficultés à organiser un temps d'échanges et de réflexions multidisciplinaires et à obtenir les volontés des résidents et familles. L'absence fréquente de procédure dans ce domaine, la disparité des manières de travailler de chaque équipe et de chaque médecin augmentent le risque d'incompréhension, de conflits ou de souffrance, pour le malade ou ses proches, mais aussi pour les soignants directement impliqués. En raison de ces difficultés, la formation continue en soins palliatifs dans les EHPAD est nécessaire afin de permettre l'amélioration des pratiques de la démarche palliative.

Ce travail a consisté à élaborer un projet de formation pour aider à la prise de décision en soins palliatifs pour une personne âgée. Il est destiné à l'ensemble du personnel des EHPAD et aux médecins généralistes libéraux qui interviennent. Le contenu de cette formation repose sur un outil d'évaluation, comprenant des critères, à la fois éthiques et cliniques, issus des 10 questions du Dr Sebag Lanoe et d'échelles d'évaluations cliniques validées dans le domaine de la gériatrie. Le choix des techniques pédagogiques a été discuté lors d'un travail d'équipe pluridisciplinaire (médecin, pharmacien, infirmière et aide-soignant) lors de cinq séances de travail d'élaboration. La formation a pour objectif principal d'aider tous les soignants à participer à l'évaluation d'un résident en réunion d'équipe concernant la décision de prise en charge palliative. Les modalités de la formation sont centrées sur des objectifs précis d'enseignement, après hiérarchisation des messages, dans un temps limité et d'une façon aussi claire, pratique, efficace et conviviale que possible.

Les difficultés de ce travail sont principalement liées à la complexité et la multiplicité des critères utilisés dans une évaluation gériatrique et leur enseignement à des personnes de formations très différentes. Ils doivent être clarifiés, rendus accessibles grâce à des supports

pratiques. Par ailleurs, le choix des techniques pédagogiques a dû s'adapter aux contraintes de moyens et de temps dont disposent les structures EHPAD pour une formation.

Cet outil pédagogique proposé fera l'objet d'une utilisation et d'une évaluation, lors d'un travail ultérieur.

THESE SOUTENUE PAR : BANCHET Carole

TITRE

Projet de formation pour des soignants et des médecins généralistes exerçant au sein d'une EHPAD pour l'aide à la prise de décision en soins palliatifs pour une personne âgée.

CONCLUSION

Les acteurs de santé qui prennent en charge les personnes âgées vivant dans une structure médico-sociale sont régulièrement amenés à accompagner les résidents jusqu'à la fin de leur vie. Une des difficultés est la complexité de la prise de décision pour une prise en charge palliative. Elle est liée en partie aux contraintes d'organisation institutionnelle: multiplicité d'intervenants internes et extérieurs à la structure, nécessité d'une évaluation gériatrique globale, fluctuations de l'état de santé, difficultés à organiser un temps d'échanges et de réflexions multidisciplinaires et à obtenir les volontés des résidents et familles. L'absence fréquente de procédure dans ce domaine, la disparité des manières de travailler de chaque équipe et de chaque médecin augmentent le risque d'incompréhension, de conflits ou de souffrance, pour le malade ou ses proches, mais aussi pour les soignants directement impliqués. En raison de ces difficultés, la formation continue en soins palliatifs dans les EHPAD est nécessaire afin de permettre l'amélioration des pratiques de la démarche palliative.

Ce travail a consisté à élaborer un projet de formation pour aider à la prise de décision en soins palliatifs pour une personne âgée. Il est destiné à l'ensemble du personnel des EHPAD et aux médecins généralistes libéraux qui interviennent. Le contenu de cette formation repose sur un outil d'évaluation, comprenant des critères, à la fois éthiques et cliniques, issus des 10 questions du Dr Sebag Lanoe et d'échelles d'évaluations cliniques validées dans le domaine de la gériatrie. Le choix des techniques pédagogiques a été discuté lors d'un travail d'équipe pluridisciplinaire (médecin, pharmacien, infirmière et aide-soignant) lors de cinq séances de travail d'élaboration. La formation a pour objectif principal d'aider tous les soignants à participer à l'évaluation d'un résident en réunion d'équipe concernant la décision de prise en charge palliative. Les modalités de la formation sont centrées sur des objectifs précis d'enseignement, après hiérarchisation des messages, dans un temps limité et d'une façon aussi claire, pratique, efficace et conviviale que possible.

Les difficultés de ce travail sont principalement liées à la complexité et la multiplicité des critères utilisés dans une évaluation gériatrique et leur enseignement à des personnes de formations très différentes. Ils doivent être clarifiés, rendus accessibles grâce à des supports pratiques. Par ailleurs, le choix des techniques pédagogiques a dû s'adapter aux contraintes de moyens et de temps dont disposent les structures EHPAD pour une formation. Cet outil pédagogique proposé fera l'objet d'une utilisation et d'une évaluation, lors d'un travail ultérieur.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 5/12/2011

Le Doyen

J.P. ROMANET



Le président de la thèse

Professeur

8 BIBLIOGRAPHIE

- [0-] La loi Léonetti n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie .téléchargé sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [-1] « Réflexions sur la définition des soins palliatifs proposée par le Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) en 1996. » *Medecine palliative- Soins de support- Accompagnement- Ethique* 2010, 9:256-264.
- [2-] R. Sebag Lanoë, C Trivalle.« Du curatif au palliatif: les 10 questions pour prendre une décision. *Gériatrie* » 2002, N°28, p.15 –p18.
- [3-] Sebag-Lanoë R. Mourir accompagné. Paris : Editions Desclée de Brouwer (VII ème Edition revue et augmentée), 2001.
- [4-] Harboun M. « Epidémiologie des comorbidités chez les personnes âgées. » *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2007 ; 7 : 11-13
- [5-] Sermet C. Enquête santé et protection sociale du CREDES (devenu IRDES), des données de remboursement
- [6-] Le collège National des enseignants de gériatrie. Le Corpus de Gériatrie.« La personne âgée malade. » Tome 1 Edition 2000.
- [7-] Helmer C, Peres K, Letenneur L, et al.” Dementia in Subjects Aged 75 Years or Over within the PAQUID Cohort: Prevalence and Burden by Severity”. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;22(1):87-94.
- [8-] Folstein MF, Folstein SE, Mc High PR. «Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients fro the clinician.» *J Psychiatr Res* 1975; 12(3): 189-98.
- [9-] Katz S, Downtn TD, Cash HR. « Progress in the developement of the index of ADL». *Gerontologist* 1970; 10:20-30.
- [10-] Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ.” Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment.” *Clini Geriatr Med* 2002; 18, 4:737-57.
- [11-] Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A.“ Screening for undernutrition in geriatric practice: developping the Short-Form Mini-Assessment (MNA-SF) “. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(6): M366-72
- [12-] HAS. « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. » *Recommandations professionnelles de l’HAS* 2007.
- [13-] HAS. « Modalités de prise en charge de l’adulte nécessitant des soins palliatifs. *Recommandations pour la pratique clinique.* » Décembre 2002.
- [14-] Wary B, Serbouti S et le collectif Doloplus.« DOLOPLUS 2. Validation d’une échelle d’évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée.» *Douleurs* 2001, 2 ; (1) p.35.
- [15-] Lefebvre-Chapiro S, TrivalleC, Legrain S , Fétéanu D, Sebag-LanoëR. « Particularités de la douleur et de sa prise en charge chez les personnes âgées ». *Presse médicale*, 2000 ; 29(6) :333-339. (2010 Elsevier Masson SAS, document téléchargé le 26/10/2010)

- [16-] Lefebvre-Chapiro S, Trivalle C. «L'évaluation des personnes âgées ».Neurologie Psychiatrie Gériatrie 2003; 3(XX): 8.
- [17-] Wary B, et le collectif Doloplus. « Doloplus 2, échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale. » In Sebag-Lanoe, Wary B, Mischlich D, editors. La douleur des femmes et des hommes âgés. Collection « Ages, santé, société». Paris: Masson; 2002. p220.
- [18-] Cummings JL, Mega MS, Gray K, et al. "The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia". Neurology 1994; 44: 2308-14.
- [19-] Yesavage JA, Brinck TL, et al. " Developpement and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report". J Psychiatr Res 1982 ; 17: 37-49.
- [20-] Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. " Detecting anxiety and depression in general medical settings." Br Med Journal 1988; 297:897-9.
- [21-] Inouye SK, et al. "Clarifying confusion : the confusion assessment method. A new method for detection of delirium". Annals of Internal Medicine 1990;113 (12): 941-948.
- [22-] Jonnaert L, compétences en socioconstructivisme, Bruxelles, De Boeck, 2009
- [23-] Chapiro S. "Quelles spécificités pour les soins palliatifs gérontologiques ? » Medecine palliative- Soins de support- Accompagnement- Ethique 2011, 209 : 209-214.
- [24-] Meg Hegarty, David C Currow "Palliative aged care: collaborative partnerships between gerontology, geriatrics and palliative care." International Journal of Gerontology, 2007;1 (3): 112-117.
- [25-] Seale C. « What happens in hospices: a review of research evidence. Soc Sci Med 1989; 28: 551-9.
- [26-] Wary B. « Soins Palliatifs en milieu gériatrique ». In : Les personnes âgées en institution. Vie ou survie. Paris. Editions Seli Arslan ;1997 :109-34.
- [27-] Saunders C, Baines M. « la vie aidant la mort. » Traduction Dr Salamagne MH. Aris : Medsi, 1986
- [28-] Miller RJ. « Predicting survival in the advanced cancer patient». Henry Ford Hos Med J 1991; 2: 81-84.
- [29-] J.M Gomas. « Démarche pour une décision éthique ». EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Savoirs et soins infirmiers, 60-160-B-10, 2009 .
- [30-] Utilisation pratique d'un outil d'aide à la décision en cas de conflit éthique: expérience de 7 ans d'utilisation de la démarche de décision éthique DDE®.Actes du congrès de la SFAP, Juin 2009
- [31-] Malherbe JF. Actes du séminaire Québec, 1992.
- [32-] M.Harboun. « Evaluation, complications, et prévention des comorbidités chez les personnes âgées ». Neurologie- psychiatrie-gériatrie, 2007, 7 (37) : 7-10. (2010 Elsevier Masson, document téléchargé le 26.11.2010)
- [33-] Helmer C, Joly P, Letenneur L, et al. " Mortality with dementia: results from a French prospective community cohort."Am J Epidemiol 2001; 154: 642-8.

- [34-] Helmer C, Peres K, Letenneur L, et al. "Dementia in Subjects Aged 75 Years or Over within the PAQUID Cohort: Prevalence and Burden by Severity". *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;22(1):87-94.
- [35-] Autonomie et dépendance, p.91, Corpus de gériatrie. 2000
- [36-] A Arseven, CH Chang, OK Arseven et al. "Assessment instrument." *Clin Geriatr Med* , 2005 ; 21 : 121– 146.
- [37-] Katz S, Downtn TD, Cash HR. « Progress in the developement of the index of ADL». *Gerontologist* 1970; 10:20-30.
- [38-] Walter LC, Eckert JK, Dodds D, et al.«Developpement and validation of a prognosic index for 1 year mortality in older adults after hospitalisation ». *JAMA* 2001;285:895-901
- [39-] Nutrition de sujet âgé, p.59. Corpus de Gériatrie, 2000
- [40-] Ikeda M, Brown J, Holland AJ, et al. «Changes in appetite, food preferance, and eatings habits in frontotemporal dementiae and Alzheimer' disease». *J Neurosurg Psychiatry* 2002; 73: 343-6.
- [42-] Broker P, Benhamidat T, Benoit M, et al. « Etat nutritionnel et maladie d'Alzheimer : résultats préliminaires de l'étude REAL.FR ». *La revue de Médecine Interne* 2003, 24 : 314S-318S.
- [43-] Constans T, Alix E, Dardaine V. »Dénutrition du sujet âgé. Malnutrition protéino-énergétique. Méthodes diagnostiques et épidémiologie. » *Presse Med* 2000 ; 29 :2171-6.
- [44-] Guigoz Y. « The Mini Nutritionnal Assessment (MNA) review of literature. What does it tells us?» *J Nutr Health Aging* 2006; 10, 6: discussion 466-85.
- [45-] P. Manckoundia , C. Mischis-Troussard , M. Ramanantsoa , B. Blettery. z«Les soins palliatifs en gériatrie : étude rétrospective de 40 cas ». *La revue de médecine interne* , 2005 ; 26 : 851–857.
- [46-] Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A. " Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the Short-Form Mini-Assessment (MNA-SF) ". *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(6): M366-72
- [47-] Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. " Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment." *Clini Geriatr Med* 2002; 18, 4:737-57.
- [48-] Kaiser MJ, Bauer JM, Ramasch C, et al. " Validation of the Mini Nutritionnal Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status." *J Nutr Health Aging* 2009; 13, 9: 782-8.
- [49-] Wells JL, Dumbrell AC. " Nutrition and aging : assessment and treatment of compromised nutritional status in frail elderly patients." *Clinical Interventions in Aging* 2006; 1,1: 67-79.
- [50-] Hanson LC, Eckert JK, Dobbs D, et al. "Symptom experience of dying long-term care residents". *Journal of American Geriatric Society*, 2008 ; 56:91–98.
- [51-] Fontaine J, Raynaud-Simon A. "Pressure sores in geriatric medicine : the role of nutrition." *Press Med* 2008, 37(7-8): 1150-7.
- [52-] Pradines B, Pradines –Pouzerol V, Poli P. « Fin de vie en soins de longue durée. » *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2009 ,9 : 32-41.

- [53-] Phillip J, Smith WB, Craft P, et al. «Concurrent validity of the modified Edmonton Symptom Assessment System with the Rotterdam Symptom Checklist and the brief Pain Inventory». *Support Care Cancer* 1998; 6: 539-41.
- [54-] Brochet B, Michel P, Barberger-Gateau P, Dartigues JF. « Population based study of pain in elderly people : a descriptive survey ». *Age and Aging* 1998 ; 27 :279-84
- [55-] Radat F, Servant-Marcucci S, et al. « La douleur du sujet âgé ». *La presse médicale* 1999 ; 28 (35):1924-28.
- [56-] Ferrel BA, Ferrel BR, Rivera L. " Pain in cognitively-impaired nursing home patients." *Journal of Pain and Symptom Management* 1995; 10:591-8.
- [57-] Reynolds K, Henderson M, et al. " Needs of the dying in nursing homes." *J Palliat Med* 2002; 5: 895-901
- [58-] Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant de troubles de la communication verbale. Recommandations de l'ANAES octobre 2000.
- [59-] HAS Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations pour la pratique clinique, Décembre 2002.
- [60-] François V, Dares V, Moussa H, et al. " Evaluation d'un stimulus de pression par échelles verbales simples, numériques et visuelles analogiques au sein d'une population âgée hospitalisée : implications pour l'évaluation de la douleur en gériatrie ». *Rev Ger* 2004 ; 29 :95-101.
- [61-] Herr KA, Mobily P. " Comparison of selected pain assessment tools for use with the elderly". *Appl Nurse Res* 1993, 6: 39-46.
- [62-] Rat P, Bonnin-Guillaume S. « Douleur du sujet âgé et difficultés d'évaluation. *Douleurs* 2008, 9; HS1 : 2-8.
- [63-] Rat P, Jouve E , Bonin-Guillaume S et le Collectif DOLOPLUS «ATS2 Présentation de l'échelle de la douleur aiguë pour personnes âgées :ALGOPLUS ». *Douleurs* 2007 ;Vol 8, N° HS1: 45-46.
- [64-] H K. Kamel, M. Phlavan, B. Malekgoudarzi, et al. "Utilizing Pain Assessment Scales Increases the Frequency of Diagnosing Pain Among Elderly Nursing Home Residents". *Journal of Pain and Symptom Management*, 2001; 21(6): 480-487.
- [65-] LaDuke S. " terminal dyspnea and palliative care". *AM J Nurs* 2001;101: 26-31
- [66-] Reynolds K, Henderson M, et al. " Needs of the dying in nursing homes." *J Palliat Med* 2002; 5: 895-901
- [67-] Seale C, Cartwright A. " The year before Death". Brookfield, VT: Ashgate publishing Co, 1994.
- [68-] Phillips RS, Hamel MB. "Findings from SUPPORT and HELP. An introduction. Study to understand Prognoses and preferences for Outcomes and risks of treatment. Hospitalized elderly longitudinal project". *Journal of American Geriatric Society* 2000; 48 (5 suppl): S1-S5.
- [69-] Brown JA, Von Roenn JH. " Symptom management in the older adult". *Clin Geriatr Med* , 2004 ;20 :621– 640.

- [70-] Arbus C, Andrieu S, Alouyal-Barkate K. “Symptômes dépressifs dans la maladie d’Alzheimer: resultats préliminaires de l’étude REAL.FR.” *La revue de médecine Interne* 2003, 24 : 325S-332S.
- [71-] Conn D, Thorpe L. “Assesment of behavioural and psychological symptoms associated with dementia”. *Can J Sci* 2007; 34: S1: S67-71.
- [72-] Yesavage JA, Brinck TL, et al. “ Developpement and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report”. *J Psychiatr Res* 1982 ; 17: 37-49.
- [73-] Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, et al. “ Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry* 1988; 23: 271-84.
- [74-] Lacoste L, Trivalle L. “ Echelles d’évaluation de la dépression en consultation gériatrique ». *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2005 ; 5 : 44-51.
- [75-] Pomeroy IM, Clark CR Philip I. “The effectiveness of very short scales for depression screening in elderly medical patients.” *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001;16: 321-6.
- [76-] Sheikh JI, Yesavage JA. « Geriatric Depression Scale (GDS):Recent evidence and development of a shorter form. » *Clinical Gerontology* 1986 ; 5: 165–173.
- [77-] Jongenelis K, Pot A.M, et al. “diagnostic accuracy of the original 30-Item and shortened versions of the Geriatric Depression Scale in nursing home patients”. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005; 20: 1067-1074.
- [78-] Rayner L, Lee W, Price A, et al.”The clinical epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms: cross-sectional survey with four-week follow-up”. *Palliat Med* 2011; 25, 3: 229-41
- [79-] Archambault P, Giraud-Bosio N, Perin C. « Les soins palliatifs dans les lits gériatriques des hôpitaux publics du Loiret : une étude transversale». *Rev Geriatr* 2008 ; 33 :13-23.
- [80-] Mackinnon A, Christensen H, Form A , et al. “ A latent trait analysis of an inventory designed to detect symptoms of anxiety and depression using an elderly community sample”. *Psychol Med* 1994 ;24: 977-86.
- [81-] Richardson TM, Simming A, et al. “Anxiety and its correlates among older adults accessing aging services.” *Int Journal Geriatr Psychiatry* 2011; 26, 1: 31-8.
- [82-] Gagnon P, Charbonneau C, Allard P, et al. « Delirium in terminal cancer : a prospective study using daily screening, early diagnosis, and continuous monitoring ». *J Pain Symptom Manage* 2000; 19: 412-26
- [83-] Cole MG.” Delirium in elderly patients”. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004; 12 (1): 7-21.
- [84-] Brurera E, Miller L, et al.”Cognitive failure in patients with terminal cancer : a prospective study.” *Journal of Pain and Symptom Management* 1992; 7: 192-5
- [85-] Laplante J, Cole M, Mc Cusker J. “Confusion Assessment Method: validation d’une version française.” *Perspective Infirmière* 2005, sept oct : 13-22.
- [86-] Smith MJ, BreitbartWS, Platt.MM.“ A critique of instruments and methods to detect, diagnose, and Rate Delirium.” *Journal of Pain and Symptom Management* 1995; 10: 35-43.

- [87-] Wei LA, Fearind A, Sternberg EJ.” The confusion assessment method: a systematic review of current usage.“ J Am Geriatr Soc 2008; 56: 823-830.
- [88-] Ryan K, Leonard M, Guerin S, et al. “Validation of the confusion assessment method in the palliative care setting”. Palliative Medicine 2009; 23: 40-45.
- [89-] Rockwood K, Cosway S, Stolee P, et al.” Increasing the recognition of delirium in elderly patients”. J Am Geriatr Soc 1994;42:252-256.
- [90-] Rosa D, Intrasor O, Mc Nicoll L, et al. “Preliminary derivation of a nursing home confusion assessment method based on data from a minimum set data”. J Am Geriatr Soc 2007;55: 1099-1105.
- [91-] Adamis D, Trealar A, Martin FC, et al. “Recovery and outcome of delirium in Elderly medical inpatients”. Arch Gerontol Geriatr 2006; 43, 289-298.
- [92-] Kaasalainen S, Brazil K, Ploeg J, et al.”Nurses' perceptions around providing palliative care for long-term care residents with dementia”. J Palliat Care. 2007 Autumn;23(3):173-80.
- [93-] Phillips JL, Davidson PM, Jackson D.«Multi-faceted palliative care intervention: aged care nurses' and care assistants' perceptions and experiences ». J Adv Nurs. 2008 Apr;62(2):216-27.
- [94-] Sebag-Lanoë R. « Soins palliatifs et gériatrie, un défi. »Gérontologie et société 2004/, n° 108, p. 117-127.
- [95-] Marie de Hennezel. « Fin de vie : le devoir d’accompagnement. » Collection des rapports officiels octobre 2003.
- [96-] J.F. d’Ivernois et R. Gagnayre. « Apprendre à éduquer le patient. Une approche pédagogique ». 4^{ème} édition Maloine.
- [97-] Morrisson RS, Siu AL. «Survival in end-stage dementia following acute illness». JAMA 2000; 284:87-9.
- [98-] Comité de suivi Soins Palliatifs et accompagnement 2002-2005, « Guide de bonnes pratiques d’une démarche palliative en établissements ». Avril 2004.
- [99-] Instruction DGOS/R 4/DGCS no 2010-275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d’intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (BO Santé – protection sociale- solidarité n°2010/8 du 15 septembre 2010)

Bibliographie complémentaire

- H K. Kamel, M. Phlavan, B. Malekgoudarzi, et al. “Utilizing Pain Assessment Scales Increases the Frequency of Diagnosing Pain Among Elderly Nursing Home Residents”. Journal of Pain and Symptom Management , 2001; 21(6): 480-487.
- R. Aubry. « Quand commencent les soins palliatifs et qui décide ? ». La revue du praticien, 2009 ; 59 :774-779.
- H. Pruvost-Vésselier, B. Lethellier. « Fin de vie et personnes âgées ». Médecine palliative, 2006; 5 :195-197.



Qui diis memorem laudes, reponimque fideles
 Ingenij deest, Hippocrati quoque docuit.
 Democriti audire Phœbea, ô, Coel' propago,
 Certius an quis te tradidit artis opes?

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

9 ANNEXES

Les 10 questions éthiques du DR Sebag-Lanoë [2-] [3-]

- 1- Quelle est la maladie principale ?
- 2- Quel en est le degré d'évolution ?
- 3- Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?
- 4- Est-il curable facilement ?
- 5- Y-a-t-il eu une répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes pathologiques diverses ?
- 6- Que dit le malade ?
- 7- Qu'exprime t'il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ?
- 8- Quelle est la qualité de son confort actuel ?
- 9- Qu'en pense sa famille ?
- 10- Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?

ANNEXE 1

Le Mini Mental Test

M.M.S.

ORIENTATION

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Sous total /5

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
7. Dans quelle ville se trouve-t'il ?
8. Quel est le nom de département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ici ?

Sous total /5

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure :

11. Cigare (ou citron)
 12. Fleur (ou clé)
 13. Porte (ou ballon)
- Répétez les trois mots

Sous total /5

ATTENTION ET CALCUL

Voulez vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois

14. $100 - 7 = 93$
15. $93 - 7 = 86$
16. $86 - 7 = 79$
17. $79 - 7 = 72$
18. $72 - 7 = 65$

Sous total /5

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points à l'épreuve de calcul, demander : voulez-vous épeler le mot « MONDE » à l'envers : EDNOM.

Noter le nombre de lettres données dans l'ordre correct (le chiffre ne doit pas apparaître dans le score global.)

[]

ANNEXE 2

RAPPEL

Pouvez vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous avais demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare (ou citron)
20. Fleur (ou clé)
21. Porte (ou ballon)

Sous total

/5

LANGAGE

22. Montrer un crayon

Quel est le nom de cet objet ?

23. Montrer une montre

24. Ecoutez bien et répétez après moi :

« pas de mais, de si, ni de et »

25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :

« Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire : **prenez cette feuille**

de papier avec la main droite,

26. **pliez-la en deux,**

27. **et jetez-la par terre »**

28. Montrer à la personne une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

« **FERMER LES YEUX** » et dire au sujet :

« **Faites ce qui est écrit** »

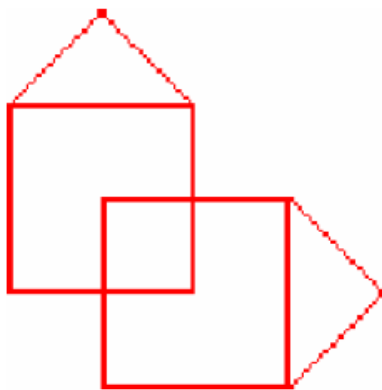
29. Tendre à la personne une feuille de papier et un stylo, en disant :

« **voulez-vous écrire une phrase, ce qui vous**

voulez, mais une phrase entière »

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

« **voulez-vous recopier ce dessin** »



ANNEXE 2

ANNEXE 3

ADL (Activity of Daily Living *Katz § al , 1976*)

- **Hygiène corporelle**
 - autonomie..... 1
 - aide partielle.....0,5
 - dépendant.....0
- **Habillage**
 - autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage.....1
 - autonomie pour le choix des vêtements, l'habillage mais a besoin d'aide pour se chausser.....0,5
 - dépendant.....0
- **Toilettes**
 - autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite.....1
 - doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller et se rhabiller.....0,5
 - ne peut aller aux toilettes seul.....0
- **Locomotion**
 - autonomie.....1
 - a besoin d'aide.....0,5
 - grabataire.....0
- **Confinescence**
 - continent.....1
 - incontinence occasionnelle.....0,5
 - incontinent.....0
- **Repas**
 - mange seul.....1
 - aide pour couper la viande ou peler les fruits.....0,5
 - dépendant.....0

ANNEXE 3

ANNEXE 4

NESTLÉ NUTRITION SERVICES



Evaluation de l'état nutritionnel Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom:	Prénom:	Sexe:	Date:
Age:	Poids, kg:	Taille en cm:	Hauteur du genou, cm:

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage	
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie <input type="checkbox"/>
B	Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids <input type="checkbox"/>
C	Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile <input type="checkbox"/>
D	Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non <input type="checkbox"/>
E	Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique <input type="checkbox"/>
F	Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/>
Score de dépistage (sous-total max. 14 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12 points ou plus	normal pas besoin de continuer l'évaluation
11 points ou moins	possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale	
G	Le patient vit-il de façon indépendante à domicile? 0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/>
H	Prend plus de 3 médicaments 0 = oui 1 = non <input type="checkbox"/>
I	Escarres ou plaies cutanées? 0 = oui 1 = non <input type="checkbox"/>

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, Supplement #2:15-59.
Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bale, in press.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

J	Combien de véritables repas le patient prend-il par jour? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas <input type="checkbox"/>
K	Consomme-t-il? • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
L	Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes? 0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/>
M	Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
N	Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté <input type="checkbox"/>
O	Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition <input type="checkbox"/>
P	Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
Q	Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22 1,0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
R	Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 <input type="checkbox"/>
Evaluation globale (max. 16 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	
Score de dépistage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Score total (max. 30 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points risque de malnutrition

moins de 17 points mauvais état nutritionnel

08/98 F

ANNEXE 4

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM :

Prénom :

DATES

Service :

Observation comportementale

RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6 • Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8 • Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10 • Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
		SCORE			

COPYRIGHT

ANNEXE 5

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI

Nom:	Age:	Date de l'évaluation				
Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

NA = question inadaptée (non applicable)

F x G = Fréquence x Gravité

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994
Traduction Française P.H.Robert. Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice - France 1996
Le NPI est protégé par un copyright.

Echelle d'anxiété de Goldberg

1. Vous êtes-vous senti tendu(e) ou à bout ?oui=1 Non=0
2. Vous êtes-vous fait beaucoup de soucis ?oui=1, Non=0
3. Vous êtes-vous senti(e) irritable ?oui=1, Non=0
4. Avez-vous eu de la peine à vous détendre ?..... oui=1, Non=0
5. Avez-vous mal dormi ?.....oui=1, Non=0
6. Avez-vous souffert de maux de tête ou à la nuque ?.....oui=1, Non=0
7. Avez-vous eu un des problèmes suivants : tremblements, picotements, vertiges, transpiration, diarrhée ou besoin d'uriner plus souvent que d'habitude ?oui=1, Non=0
8. Vous êtes-vous fait du souci pour votre santé ?oui=1, Non=0
9. Avez-vous eu de la peine à vous endormir ?..... oui=1, Non=0

ANNEXE 8

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Début soudain

1. Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel ?

Inattention

2. a. Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit ?

- Pas présent à aucun moment lors de l'entretien.
- Présent à un moment donné lors de l'entrevue, mais de façon légère.
- Présent à un moment donné lors de l'entrevue, de façon marquée.
- Incertain.

b. (Si présent ou anormal) Est-ce que ce comportement a fluctué lors de l'entrevue, c'est-à-dire qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer d'intensité ?

- Oui.
- Non.
- Incertain.
- Ne s'applique pas.

c. (Si présent ou anormal) Prière de décrire ce comportement :

Désorganisation de la pensée

3. Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible ?

Altération de l'état de conscience

4. En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient ?

- Alerte (normal).
- Vigilant (hyper alerte, excessivement sensible aux stimuli de l'environnement, sursaute très facilement).
- Léthargique (sommelont, se réveille facilement).
- Stupeur (difficile à réveiller).
- Coma (impossible à réveiller).
- Incertain.

ANNEXE 9

CONFUSION ASSESSEMENT

Désorientation

5. Est-ce que le patient a été désorienté à un certain moment lors de l'entrevue, tel que penser qu'il ou qu'elle était ailleurs qu'à l'hôpital, utiliser le mauvais lit, ou se tromper concernant le moment de la journée ?

Troubles mnésiques

6. Est-ce que le patient a montré ses problèmes de mémoire lors de l'entrevue, tels qu'être incapable de se souvenir des événements à l'hôpital ou difficulté à se rappeler des consignes ?

Anomalies de perception

7. Est-ce qu'il y avait évidence de troubles perceptuels chez ce patient, par exemple hallucinations, illusions, ou erreurs d'interprétation (tels que penser que quelque chose avait bougé alors que ce n'était pas le cas ?).

Agitation psychomotrice

8. Partie 1

A un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une augmentation inhabituelle de son activité motrice, telle que ne pas tenir en place, se tortiller ou gratter les draps, taper des doigts, ou changer fréquemment et soudainement de position ?

Retard psychomoteur

8. Partie 2

A un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une diminution inhabituelle de son activité motrice, telle qu'une lenteur, un regard fixe, rester dans la même position pendant un long moment, ou se déplacer très lentement ?

Perturbation du rythme veille-sommeil

9. Est-ce qu'il y a eu évidence de changement dans le rythme veille-sommeil chez ce patient, telles que somnolence excessive le jour et insomnie la nuit ?

ANNEXE 9 (suite)