



Formation DéPaR : formation des soignants pour favoriser leur participation à la Décision de prise en charge Palliative des Résidents en EHPAD : réalisation et évaluation de sa faisabilité

Magali Conil, Marie-Mathilde Dumas

► To cite this version:

Magali Conil, Marie-Mathilde Dumas. Formation DéPaR : formation des soignants pour favoriser leur participation à la Décision de prise en charge Palliative des Résidents en EHPAD : réalisation et évaluation de sa faisabilité. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01228204

HAL Id: dumas-01228204

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01228204>

Submitted on 12 Nov 2015

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2015

N°

Formation **DéPaR**
Formation des soignants pour favoriser leur participation à la **D**écision de prise en
charge **P**alliative des **R**ésidents en EHPAD
Réalisation et évaluation de sa faisabilité

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Par Magali CONIL

et

Marie-Mathilde DUMAS

Née le 26 aout 1985 à DIJON

Née le 7 avril 1984 à AUBENAS

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 13 octobre 2015

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur COUTURIER

Membres

M. le Professeur BOSSON

M. le Professeur JUVIN

Mme le Docteur MILLET

Directrice de thèse

Mme le Docteur BAUDRANT

Directrice de thèse

*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

UFR de Médecine de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 44
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

Affaire suivie par Marie-Line GALINDO sp-medicine-pharmacie@ujf-grenoble.fr



Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2014-2015

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
MCU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie

Mise à jour le 14 novembre 2014

PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
MCU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Eric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GODFRAIND Catherine	Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation

Mise à jour le 14 novembre 2014

REMERCIEMENTS

À nos maîtres et juges :

À Monsieur le Professeur Couturier : Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez recevoir l'expression de notre reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Bosson : Vous avez accepté de juger notre travail. Soyez assuré de notre gratitude.

À Monsieur le Professeur Juvin : Vous avez accepté de juger notre travail. Soyez assuré de notre reconnaissance.

À nos directrices de thèse :

À Mme le Dr Millet : Claire, ton aide et tes encouragements tout au long de cette aventure qui a mis du temps à débiter ont été indispensables. Quelques mots ne suffiront pas à exprimer tous les remerciements que tu mérites.

À Mme le Dr Baudrant : Magalie, merci pour ton enthousiasme pour ce projet, ton aide et tes idées nous ont été précieuses.

À Mme le Dr Banchet : Merci pour votre travail. Nous avons apprécié poursuivre votre projet.

**Aux directeurs et médecins coordonnateurs qui nous ont fait confiance.
Aux soignants, cadres infirmiers et secrétaires des EHPAD qui nous ont
accueillies et ont participé à ce projet:**

Merci à tous de votre implication et de votre enthousiasme pour le projet. Sans vous, nous n'aurions rien pu faire.

Magali: Remerciements

À toi Mamie, je dédie ma thèse. Tu aurais tant voulu être là ce jour. Merci pour tout ton amour, je vais essayer de continuer à mériter ta fierté.

À mes amis avec qui j'ai tant partagé:

Marie-Mathilde: que ferais-je sans toi! En plus d'être une amie géniale depuis tant d'années, tu t'es embarquée avec moi dans cette thèse! Merci pour tous ces bons moments passés ensemble, le thé, les paquets de biscuits et les repas improvisés quand ça trainait le soir. On continuera, sans Power-point, Word ou Excel, promis! Betty, sans qui notre trio de choc n'en serait pas un. Merci pour toutes ces années d'amitié, ces heures de papotages autour d'un thé ou au téléphone, ces sorties ciné, concert et même randos. Merci aussi de ton soutien et de tes conseils pour cette thèse: tu nous as ouvert la voie l'année dernière et maintenant on va enfin être plus disponibles !

Laura: Après toutes ces années (et même si tu as fui à 300 km d'ici), tu es toujours là pour m'encourager et me motiver, puisses-tu trouver autant de plaisir dans ton nouveau boulot que moi dans le mien.

Aurélien et Jess, mes partenaires de P1, merci pour les discussions et les fous rires dans l'amphi, l'entraide indispensable pour survivre à cette année!

Ceux de la fac: Adrien pour ton humour, Anaïs pour ton humanisme, Audrey la super maman globe-trotter, Camille pour les soirées inoubliables, Émilie, Camille, Olivier et toute la team des révisions des ECN pour avoir affronté tout ça ensemble et pour les pique-niques de folie qui ont suivi, et tous les autres, nous avons partagé tant de supers moments sur les bancs de la fac ou en dehors.

Mes co-internes d'Annecy, Thonon, des urgences, d'Autrans et de Voiron, Olivier, Mélanie, Amélie, Nelly et tous les autres: on a fait nos premiers pas de médecins ensemble, on s'est soutenus, encouragés, et on a partagé des moments inoubliables dans et en dehors des services!

Mes copines de tarot d'Autrans : Merci pour toutes ces soirées fantastiques qui me font un bien fou. Et grâce à vous, je n'ai plus peur de la neige sur la route !

Et tous les autres: que j'ai oublié de citer, ils se reconnaîtront

À ma famille qui est là depuis le début:

Maman, Papa: Je ne pense pas qu'un millier de mercis suffisent pour le soutien sans faille que ce soit les bons petits plats, les déménagements, les dépannages, et surtout votre amour et vos encouragements pendant toutes ces années.

Aurélien, mon petit frère adoré: Tu fais ce qui te plaît, et je te souhaite de pouvoir continuer dans cette voie. Merci de ton soutien toutes ces années et de me rappeler qu'il n'y a pas que la médecine dans la vie.

Manon, ma petite sœur adorée: Tu commences ta vie d'étudiante quand je me décide à finir la mienne, je te souhaite de t'y épanouir et de trouver ta voie. Merci pour ta présence tranquille à mes côtés pendant les révisions (aurais-je réussi ma P1 sans ton aide au "trouillotage" de polys?), et pour ton soutien inconditionnel.

Toute ma grande famille (et les Ponpon): C'est toujours un grand plaisir de vous voir tous à chaque réunion de famille. Vous attendiez tous cette thèse depuis un moment, la voilà! Merci à tous de m'avoir encouragée toutes ces années, certains

ont même fait le déplacement ce jour, j'en suis touchée. Émilie, ma cousine chérie, tu es là depuis toujours, on a grandi ensemble et on a choisi toutes les deux de soigner à notre façon au final. Merci d'avoir toujours été là pour m'écouter et m'encourager, et tu n'imagines pas à quel point ça me fait plaisir que tu sois venue ce jour avec ton petit garçon.

À tous ceux qui ont contribué à faire de moi le médecin que je suis

Mes maîtres de stage Cédric, Dominique, Françoise, Pietro puis Alain, Jacques, Martine: J'ai découvert puis appris la médecine générale avec vous, dans toute sa diversité, sa complexité et sa beauté, merci de tout ce que vous m'avez apporté.

Tous ceux que j'ai côtoyés pendant l'internat: dans les services ou en garde à Annecy, Thonon, Grenoble, Voiron, Coublevie: J'ai passé de formidables moments, parfois sympathiques, parfois difficiles, appris énormément et le bébé docteur a fini par en devenir un vrai !

Tous ceux que j'ai croisés durant tous mes stages et à tous les autres que j'ai oubliés: toutes ces rencontres et expériences, m'ont aidée à évoluer et trouver ma voie.

Ceux qui me confient leur patients: Frédérique, Pierre, Isabelle, Jean-Marie, Thierry et Philippe: merci de votre gentillesse, vos encouragements, vos conseils et pour votre confiance.

Et enfin à tous les patients qui m'ont touchée, fait pleurer ou rire, qui m'ont fait réfléchir, hésiter ou douter, qui m'ont remerciée, encouragée ou tout simplement qui m'ont fait confiance, aux dessins des petits, aux sourires des petits et des plus grands: vous êtes ce qui m'a fait choisir la médecine générale, merci de me donner chaque fois une raison de continuer.

Et pour finir un grand merci à Google, Pub med, Word, Excel, Power-point, Paint, Zotero, Drive et Dropbox, bref à tous ces (merveilleux) outils, qui nous font gagner un temps fou (ou pas!) et qui sont si pratiques (quand on comprend comment ça marche!). Et à nos ordinateurs et imprimantes d'avoir tenu le coup!

Marie-Mathilde: Remerciements

À ma co-thésarde préférée :

À Magali: reine de power point, word et excel. Ma reconnaissance éternelle, grâce à toi j'suis docteur !!

À ma Famille chérie

(Oui, je mets un grand F parce qu'ils sont beaucoup et qu'ils le méritent !!) :

À mes parents: pour leur amour et soutien inconditionnels (même si je n'ai pas suivi la carrière familiale !)

À mon Renato: Ça y est je l'ai faite ma thèse !!! (Et j'ai peut-être même moins trainé que papa !)

À ma Mémé: pas de mots pour exprimer tout ce que je te dois. Tu es mon modèle.

À mon Pépé Rémi: pour m'avoir toujours demandé comment ça allait à l'école, avoir essayé de m'apprendre à tailler la vigne et greffer les cerisiers. Promis, je n'arrache pas les feuilles quand je ramasse les cerises !

À ma Mémé Raymonde: pour les goûters Benco/biscottes, parce que tu m'accueilles toujours à bras ouverts quand je viens (trop peu) et parce que tu es la seule à toujours me demander comment vont mes patients.

À mes frères, Noé et Sylvain et à ma sœur Anne-Flore:

Noé, tu es déjà docteur (et bientôt bis repetita !!) mais ça y est je te rattrape (un peu) et je m'en fous, c'est moi l'aîné, d'abord ! ;-)

Mon Sylvanou, ma peluche, capable de manier la mitraillette et d'apprendre Shakespeare dans le texte... T'es mon couteau suisse ! Thanks for the re-reading !

P'tite Fleur, parce que tu me supportes au quotidien, tu m'as impressionnée toute cette année de révision, tu vas tous les battre à plate couture, à toi l'internat de tes rêves !

À mon Jonatou pitou: mon troisième frère, dis moi où tu atterris, j'arrive !

À Claude et Anne Marie: pour m'avoir laissé squatter tant de fois, merci pour les (nombreuses !) plaquettes de chocolat, le cocooning et tant d'autres choses ! L'obtention de ma première année, c'est grâce à vous !

À Nicole et Pierre: pour toutes ces vacances qui ont enchanté mon enfance/adolescence

À Geneviève, ma marraine: qui ne m'oublie jamais

À tous mes cousins adorés et leurs familles: Hélène, Nico, Auriane et Clara, Julien, Claire, Noélie, Éloïse et Adrien, Jean-Math, Anne-Sophie, Gaspard, Hector et Octave, Pascal, Stéphanie, Marie-Lou et Alice

Oui oui c'est important tous vos noms doivent y être dans ces remerciements !

Vivement le « week-end châtaignes » !!

À Matthieu

Pour être dans ma vie

À mes Amis

(Oui eux aussi, méritent la majuscule, ils ont tenu dans la durée, ces fous !)

À Magali: oui tu n'es pas que ma co-thésarde ! Friend first ! Le hasard t'a placé sur le rang au dessus, dans l'amphi Lemarchand en P1, tes conversations avec

Aurélié m'auront bien diverti pendant les pauses... En P2, j'ai enfin appris ton prénom et on ne s'est plus quitté !

À Betty: premier docteur du trio infernal, ça y est, nous aussi !! Tu sais qu'il reste plein de choses à réaliser sur notre « carnet de projets » ?! (oui je l'ai encore) ;-)

À Anaïs: pour ton canap', les concerts, les cinés, les lectures, les apéros, les expos, les soirées « Bobine » (on va pouvoir reprendre nos habitudes du jeudi soir !), les conseils, les découvertes, j'en passe et des meilleures... en fait, Anaïs, que ferais-je sans toi ? T'es une personne extraordinaire, tu sais mieux que personne soigner les âmes, en même temps que les corps. Prends soin de toi. Une bise à Fifi et Spart' de ma part.

À Adrien: pour toutes ces heures de cours où ton humour décapant m'a permis de tenir et de ne pas (trop) m'endormir. Quand est-ce qu'on vient écouter du Amy sur ta platine avec Anaïs ?

À Anne-Laure: Depuis les cours de biostat', on en fait du chemin ! En courant, à pied, à cheval (tu as quand même réussi à me faire monter sur un cheval !), en voiture de golf (Stromboli, 2010, j'ai toujours la photo !), en avion... Sans oublier 152 km en Écosse sous la pluie et les assauts des midges ! Quand est ce qu'on repart ?

À Camille et Olivier: pour avoir rendu la D4 supportable, pour mon surnom (ce soir on dégustera les M&M's en votre honneur !) Besançon c'est pas si loin, et je vais avoir plein de week-ends maintenant...

À la team gynéco: Anne-Flore, Inès, Laure, Maud, ce premier semestre (et mon internat!!) n'aurait pas été le même sans vous. Après Anne-Flore et Laure, je suis la troisième à me lancer, à qui le tour ? Come on girls, come to the other side !

À Laure et Sandra: des chemins différents mais toujours là 20 ans après.

À Jean-Yves, mon médecin référent

Pour ta confiance, je vais essayer d'être à la hauteur de ton exemple.

À tous mes maîtres de stage et toutes les équipes soignantes avec qui j'ai travaillé,

Pour avoir pris le temps de partager leurs expériences et leurs visions de la médecine et du soin.

Liste des abréviations

ADL: Activity of Daily Living
AMP : Aide médico-psychologique
APA : Activité Physique Adaptée
AS : Aide-soignant
CAM : Confusion Assessment Method
DPC: Développement Professionnel Continu
DU : Diplôme Universitaire
DIU : Diplôme inter-universitaire
ECPA : Évaluation Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée non communicante
EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs
EVA : Échelle visuelle analogique
EVS : Échelle verbale simple
EN : Échelle numérique
GDS : Geriatric Depression Score
IADL: Instrumental Activity of Daily Living
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IMC : Indice de masse corporelle
MMSE : Mini Mental Score Examination
MNA : Mini Nutritional Assessment
MNA-SF: Mini Nutritional Assessment Short Form
NPI: Neuropsychiatric Inventory
NPI-ES : Neuropsychiatric Inventory pour les Équipes Soignantes
ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie
OPCA: Organisme Paritaire Collecteur Agrée
UPG : Unité Psycho-gériatrique
SFAP : Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs

Sommaire

INTRODUCTION	13
MATÉRIEL ET MÉTHODE	15
A. La création de la formation	15
1. La formation proposée par le groupe de travail de la thèse du Dr Banchet	
1.1. Les objectifs de formation pour une évaluation globale du résident	
1.2. Le projet pédagogique	
2. Évolution du projet	
B. L'étude de faisabilité	18
1. Les critères de faisabilité	
2. Choix des EHPAD et population de l'étude	
3. Types de données recueillies	
C. Étude d'impact	19
1. Évolution des connaissances	
2. Avis des participants	
3. Objectif final de la formation	
RÉSULTATS	20
A. La formation DÉPaR	20
1. Les posters	
2. Le jeu de l'oie	
3. La table ronde	
4. Après la formation	
B. Faisabilité de la formation	26
1. Critère "modalités pratiques facilitant l'accès au plus grand nombre"	
1.1. Organisation des formations	
1.2. Le déroulé des formations et les caractéristiques des participants	
1.3. L'évaluation des modalités pratiques par les participants	
2. Critère: "outils pédagogiques adéquats"	
2.1. Les posters	
2.2. L'atelier interactif	
2.2.1. Jeu de l'oie	
2.2.2. La table ronde	
2.3. Association des outils de formation	
2.4. Sujets non abordés	
2.5. Les intervenants	
C. Impact de la formation	40
1. Avis des participants	
1.1. Satisfaction	
1.2. Points positifs	

1.3. Points négatifs	
2. Comparaison des connaissances avant/après	
2.1. Les symptômes à prendre en charge en soins palliatifs	
2.2. Les échelles d'évaluation de la douleur	
2.3. Repérer la dénutrition	
3. Utilisation des échelles d'évaluation	
4. Les 3 messages clés	
4.1. En fin de séance	
4.2. À distance de la formation	
5. Objectif final de la formation	
DISCUSSION	51
A. La formation DéPaR	51
1. Le public	
2. Les objectifs de formation	
3. Les outils pédagogiques	
3.1. Les posters	
3.2. L'atelier interactif	
3.3. Fiches de poche	
4. Autres outils de formation existants	
B. Faisabilité de la formation	58
1. Critère: "Modalités pratiques facilitant l'accès au plus grand nombre"	
1.1. Les EHPAD	
1.2. Les participants	
1.3. Les difficultés d'organisation rencontrées	
1.4. Les points positifs	
2. Critère "outils pédagogiques adéquats"	
3. Les limites	
C. Impact de la formation	66
1. Les questions avant/après	
2. Utilisation des échelles d'évaluation	
3. Les 3 messages clés	
4. Objectif de la formation	
5. Les limites	
D. Pistes d'amélioration du projet	69
1. Amélioration de la formation DéPaR	
2. Pistes pédagogiques	
3. Devenir de la formation DéPaR	
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE	73
RÉSUMÉS	76
ANNEXES	81

Annexe 1 Les 10 questions	81
Annexe 2 Questionnaire EHPAD	82
Annexe 3 Questionnaire n° 1 “avant”	83
Annexe 4 Questionnaire n°2 “fin de séance”	85
Annexe 5 Questionnaire n°3 “à distance”	87
Annexe 6 Les 8 posters	93
Annexe 7 Les échelles d'évaluation	101
Annexe 8 Plateau du jeu de l'oie	110
Annexe 9 Les questions du jeu de l'oie	112
Annexe 10 Les mises en situations du jeu de l'oie	117
Annexe 11 Les 3 cas cliniques de la table ronde	119
Annexe 12 Les fiches de poche	120
Annexe 13 Courrier médecin traitant avec Pallia10	125
Annexe 14 Dossier de présentation EHPAD / Fiche projet	127
Annexe 15 Synthèse des réponses aux questions de connaissances avant/après	128

Introduction

L'EHPAD est un lieu de vie mais aussi un lieu de fin de vie, 90 000 personnes âgées décèdent en EHPAD chaque année (soit environ 20 décès par an par EHPAD). Seuls 13 % de ces décès sont considérés comme soudains et inattendus, donc une large majorité des décès est précédée d'une période plus ou moins longue nécessitant un accompagnement spécifique de fin de vie où les soins palliatifs ont toute leur place. (1)

Cette prise en charge palliative en EHPAD a dû s'adapter aux spécificités des résidents qui sont souvent atteints de troubles cognitifs, de plus en plus âgés, dépendants et polypathologiques.

La décision de prise en charge palliative est une décision médicale complexe, centrée sur le patient et qui nécessite une approche globale. Le patient âgé polypathologique a souvent une évolution difficilement prévisible, rendant la transition des soins curatifs aux soins palliatifs plus progressive dans le temps, avec une alternance voire une simultanéité de prise en charge curative et palliative. Ce qui nécessite une adaptation régulière de la prise en charge à l'évolution du patient.(2)

C'est une décision prise et assumée en équipe. Elle doit se faire avec l'avis du patient (dans le respect de son propre cheminement), de son entourage et de tous les intervenants (infirmier(e)s, aides soignant(e)s, kiné, auxiliaires de vie, famille, médecins traitants, médecins coordonnateurs, autres médecins spécialistes). Les soignants exerçant en EHPAD sont des observateurs privilégiés du confort et de l'état général d'un patient, de son ressenti, de son évolution, leur avis est donc indispensable. Certains outils d'évaluation peuvent permettre de fournir des

informations plus objectives et éventuellement de suivre une évolution de façon plus nette, malgré des intervenants différents.

Or les soignants exerçant en EHPAD n'ont pas toujours bénéficié de formation spécifique sur l'évaluation gériatrique en vue d'une décision de soins palliatifs.

Pour faciliter les discussions en équipe, un projet de formation (Thèse de Mme le docteur Carole Banchet) a été initié en 2011. (3)

Dans le cadre de sa thèse de médecine générale, un outil d'évaluation globale a donc d'abord été conceptualisé par le Dr Banchet en s'appuyant sur la littérature. Cet outil était basé sur l'évaluation gériatrique et l'évaluation des symptômes d'inconfort. Ensuite un projet pédagogique de formation a été élaboré avec un groupe de travail pluridisciplinaire. Ce projet proposait une formation originale et performante pour s'adresser à des professionnels dont le but était de faciliter la participation des soignants à la prise de décision de soins palliatifs.

L'objectif de notre travail était d'une part de réaliser une formation, basée sur ce projet, qui favorise la participation des soignants à la décision en équipe d'une prise en charge palliative pour un résident en EHPAD et d'autre part de la mettre en pratique, d'évaluer sa faisabilité et son impact.

Matériel et Méthode

Il s'agissait d'une étude de faisabilité et d'impact suite à la création d'une formation pour les soignants d'EHPAD.

A. La création de la formation

Elle a été basée sur la thèse du Dr Banchet en 2011 qui a défini l'objectif et le contenu de cette formation.

1. La formation proposée par le groupe de travail de la thèse du Dr Banchet

1.1. Les objectifs de formation pour une évaluation globale du résident

A partir du questionnement éthique du Dr Sebag-Lanoé (Les 10 questions du Dr Sebag-Lanoé) (**annexe 1**) et en s'appuyant sur la littérature, il a été défini dix-sept objectifs répartis par thèmes:

Éléments cliniques de pronostic et leurs échelles d'évaluation :

- connaître les critères pronostiques d'un épisode aigu
- connaître l'importance des antécédents sur le pronostic
- discuter du pronostic avec le médecin
- intérêt de connaître l'autonomie
- évaluer l'autonomie par l'échelle ADL (Activity of Daily Living) de Katz
- définir les éléments de la dénutrition
- dépister une dénutrition par l'échelle MNA (Mini Nutritional Assessment)

Les troubles cognitifs ont été considérés comme une donnée médicale. Ils sont évalués par le MMSE (Mini Mental Score Examination) qui est réalisé par un médecin donc ils n'ont pas été abordés dans ce projet.

Les symptômes d'inconfort et échelles d'évaluation choisies :

- citer les symptômes d'inconfort autre que douleur
- évaluer une anxiété avec l'échelle de Goldberg
- évaluer une confusion avec l'échelle CAM (Confusion Assessment Method)
- évaluer une dépression avec l'échelle GDS (Geriatric Depression Scale) 15 items
- choisir une échelle de douleur
- évaluer la douleur avec l'échelle visuelle analogique (EVA) et Doloplus
- évaluer une dyspnée: évaluation par EVA de 0 à 10
- évaluer un trouble du comportement avec l'échelle NPI-ES (Neuropsychiatric Inventory destiné aux équipes soignantes)

Questions éthiques :

- prendre l'avis du résident et/ou de la famille sur le projet de vie

Objectif final: participer à une réunion d'évaluation globale d'un résident

1.2. Le projet pédagogique

Pour ces objectifs trois outils ont été envisagés: un labyrinthe de posters, une séance interactive (jeux des anguilles, remue-méninges, jeux de rôles) et une table ronde.

En pratique, le groupe de travail du Dr Banchet avait proposé une formation en deux séances.

La première séance aurait eu lieu dans les locaux de l'EHPAD sur une journée, en libre accès pour les soignants de l'EHPAD. Lors de cette journée un formateur présenterait le labyrinthe de posters (et les cas cliniques associés) et animerait les ateliers interactifs. Les soignants auraient la possibilité de poser toutes leurs questions qui seraient notées en prévision de la deuxième séance.

La deuxième séance se serait déroulée lors d'une soirée organisée autour d'une table ronde. Les médecins généralistes auraient été conviés en plus des soignants. Les questions posées lors de la première séance auraient servi à lancer le débat.

2. Évolution du projet

En nous basant sur le travail du Dr Banchet, nous avons élaboré une formation avec des objectifs d'apprentissage précis et créé nos outils pédagogiques, utilisables par des formateurs non professionnels.

Le jeu de l'anguille et le remue-méninges prévus dans l'atelier nécessitant un formateur initié aux méthodes pédagogiques, ils ont été remplacés par un jeu de l'oie que nous avons conçu. Nous sommes allées former nous-mêmes les soignants dans les EHPAD.

La forme pédagogique a aussi tenu compte des remarques des EHPAD contactées (horaires de l'atelier interactif, nombre de séances possibles...).

Cette formation était à destination des soignants travaillant en EHPAD, les médecins traitants ont été associés au projet par un courrier explicatif.

Une formation accessible aux soignants, ludique, aux modalités pratiques a été notre but tout au long de la construction de la formation.

B. L'étude de faisabilité

1. Les critères de faisabilité

Nous avons défini les critères de faisabilité suivants pour cette formation:

- des modalités pratiques facilitant l'accès au plus grand nombre
- des outils pédagogiques adéquats: adaptés à la formation de professionnels adultes et pertinents pour la pratique de soignants en EHPAD.

2. Choix des EHPAD et population de l'étude

La formation a été proposée à quatre EHPAD du département, choisis selon la méthode du choix raisonné en janvier 2015 (**Tableau 1**). Les directeurs des établissements nous ont alors donné un accord de principe.

	EHPAD n°1	EHPAD n°2	EHPAD n°3	EHPAD n°4
Centre hospitalier le plus proche	CH de Voiron (23 km)	CH de Voiron (8 km)	CHU de Grenoble (6 km)	CH de Voiron (10 km)
Type d'établissement	privé à but non lucratif	public	privé à but non lucratif	associatif
Nombre de résidents	82	97	80	38
Particularités	changement récent de direction		médecin-directeur à la tête d'un groupe de plusieurs établissements	petite structure devenue récemment une EHPAD

Tableau 1: EHPAD sélectionnés

Les participants à la formation ont été choisis par les cadres de santé de chaque établissement en privilégiant la diversité des professions.

3. Types de données recueillies

Chaque cadre infirmier a rempli un questionnaire concernant son établissement pour mieux le caractériser (**annexe 2**).

Les participants à la formation ont rempli trois questionnaires. Le premier, distribué avant la pose des posters, recueillait des informations générales sur ces soignants et certaines de leurs pratiques et connaissances (**annexe 3**).

Le deuxième questionnaire a été fourni en fin de séance et le troisième rempli en ligne un mois après via Google Forms. Ils évaluaient la formation et les connaissances apprises (**annexes 4 et 5**).

Enfin un recueil du déroulé des séances a été réalisé.

C. Étude d'impact

1. Évolution des connaissances

Pour ébaucher une évaluation de l'impact de cette formation, trois questions ont été posées dans le questionnaire n°1 ("avant") et répétées dans le questionnaire n°3 ("à distance") :

- Quels sont les symptômes à prendre en charge en soins palliatifs?
(minimum trois)
- Quelles échelles de la douleur connaissez-vous actuellement ?
- Comment repérez-vous la dénutrition d'un patient?

De plus, une question dans le questionnaire n°3 ("à distance") interrogeait les participants sur les échelles connues avant la formation et celles qu'ils envisageaient d'utiliser à l'avenir.

2. Avis des participants

La satisfaction, les points positifs et à améliorer de la formation ont été évalués en fin de séance (questionnaire n°2).

Les participants ont également été interrogés sur les messages clés retenus, en fin de séance (questionnaire n°2) puis à distance (questionnaire n°3).

Les réponses à ces questions ont été regroupées par thème (méthode de la triangulation).

3. Objectif final de la formation

L'objectif final de cette formation était que les soignants se sentent capables de participer à une réunion pluridisciplinaire concernant un résident en vue de l'instauration de soins palliatifs. Le questionnaire n°3 a donc comporté une question pour évaluer l'atteinte ou non de cet objectif.

Résultats

La formation a été intitulée DéPaR pour participation à la Décision de prise en charge Palliative chez les Résidents en EHPAD.

A. La formation DéPaR

A partir du projet initial de formation des soignants des EHPAD, nous avons défini 14 objectifs spécifiques.

Pour atteindre ces objectifs, trois outils ont été utilisés: une série de posters affichés dans l'EHPAD pour un apprentissage en autonomie pendant une semaine, puis une séance d'atelier interactif en petit groupe de six personnes environ, composée d'une partie de jeu de l'oie adaptée et d'une table ronde

(Tableau 2).

Objectif	Outil
1. Intérêt de connaître la dépendance et la différence avec la notion d'autonomie	Poster
2. Évaluer la dépendance avec l'échelle ADL	Poster Jeu de l'oie
3. Définir les éléments de la dénutrition	Poster
4. Dépister une dénutrition avec le MNA	Poster Jeu de l'oie
5. Citer les autres symptômes d'inconfort que douleur	Poster
6. Choisir une échelle de douleur	Jeu de l'oie
7. Évaluer la douleur avec échelles EVS et Algoplus	Poster Jeu de l'oie
8. Évaluer un trouble du comportement avec l'échelle NPI	Poster Jeu de l'oie Table ronde
9. Évaluer une dépression avec l'échelle GDS	Poster Jeu de l'oie
10. Évaluer une anxiété avec l'échelle de Goldberg	Poster Jeu de l'oie
11. Évaluer une confusion avec l'échelle CAM	Poster Jeu de l'oie
12. Connaître les éléments utiles à la discussion du projet de vie d'un résident (les 10 questions du Dr Sebag)	Poster Table ronde
13. Prendre l'avis du résident et/ou de la famille sur le projet de vie	Table ronde
14. Participer à une réunion d'évaluation globale d'un résident	Table ronde

Tableau 2: Objectifs de la formation DéPaR

1. Les posters (annexe 6)

Chaque symptôme d'inconfort ou de pronostic, ainsi que l'outil d'évaluation associé, a été traité dans un poster. Un huitième poster permettait d'expliquer la formation, son contexte en abordant les 10 questions du Dr Sebag et le plan des sept autres posters.

Nous avons ainsi abordé: **(annexe 7)**

- la dénutrition et l'échelle MNA-SF (4) (5) (6) (7) (8)
- la dépendance et l'échelle ADL (9) (10) (11)
- l'anxiété et l'échelle de Goldberg (12) (13) (14)
- la confusion et la CAM (15) (16) (17) (18)
- la dépression et la GDS à 15 items (19) (20)
- la douleur et l'EVS et Algoplus (21) (22) (23)
- les troubles du comportement et le NPI-ES (24) (25)

Les sept posters ont été imaginés avec le même plan :

- Au milieu du poster, la présentation de l'échelle d'évaluation avec quelques informations sur son utilisation et un cas clinique pour utiliser l'échelle (une correction était affichée en bas du poster)
- en haut, la définition du symptôme, sa prévalence
- en bas, une partie expliquant les complications liées au symptôme et l'intérêt de sa prise en charge en soins palliatifs, ainsi qu'un encart donnant quelques éléments de prise en charge
- un encart en haut à droite intitulé "en bref" qui récapitulait les informations majeures du poster
- quelques éléments de bibliographie

Chaque partie était clairement identifiable par un code couleur et un encadré spécifique, permettant de faciliter les lectures ciblées ou en plusieurs temps.

Un petit personnage jovial à la barbe blanche surnommé Géri (pour Gériatrie) permettait un fil conducteur ludique dans chaque poster.

Leur objectif pédagogique était de donner les informations concernant les différents symptômes d'inconfort et de pronostic ainsi que leurs évaluations aux équipes, informations mises en pratiques dans l'atelier interactif.

Les posters étaient au format A1 (84,1X59,4 cm).

2. Le jeu de l'oie (annexe 8)

Première partie de l'atelier interactif, le jeu de l'oie de cette formation était basé sur le principe du jeu classique, c'est-à-dire atteindre la dernière case du plateau en premier mais le parcours était ponctué de questions et de mises en situations.

La règle du jeu était simple : deux équipes étaient formées de façon arbitraire, un lancer de dé permettant de définir celle qui débutait la partie puis chacune leur tour les équipes lançaient le dé et avançaient leur pion en fonction du chiffre indiqué. Le but était d'arriver le premier sur la dernière case. Les différentes cases du plateau définissaient le type d'action effectuée par l'équipe pendant la partie.

Le plateau de jeu de l'oie adapté pour cette formation comportait cinquante-deux cases ainsi qu'une case départ et une case arrivée.

Les cases se répartissaient comme suit :

- trente cases "questions", permettant d'avancer d'une case en cas de bonne réponse mais de reculer d'une case en cas d'erreur
- treize cases "mises en situation", ne donnant lieu à aucun bonus ni pénalité
- deux cases "pièges"
- sept cases "bénéfiques"

Trente-huit cartes “questions” étaient à disposition, la réponse étant sur la même face mais à l’envers. Les questions étaient posées par les formateurs, pour permettre, après réponse de l’équipe dont c’était le tour, de faire participer l’équipe adverse avant de donner la réponse attendue. **(annexe 9)**

L’objectif de ces questions était d’insister sur les points jugés importants des posters (symptômes, échelles d’évaluation).

Les cartes “mises en situation” étaient au nombre de treize. **(annexe 10)**

L’objectif de ces mises en situation était de manipuler les échelles d’évaluation pour se familiariser avec leur contenu et la façon de les utiliser, le vocabulaire employé, les thèmes abordés dans chaque échelle, etc.

Il s’agissait d’un jeu de rôle, l’animateur faisant office de membre de la famille ou de patient lui-même pour permettre au soignant de remplir l’échelle d’évaluation.

Les échelles d’évaluation utilisées dans ces mises en situation étaient : douleur (Algoplus et EVS), dénutrition (MNA), dépression (GDS), dépendance (ADL), confusion (CAM), anxiété (Goldberg).

Le NPI, évaluant les troubles du comportement, n’a pas été utilisé dans une mise en situation car il a été abordé dans la table ronde.

3. Table ronde

Après la partie de jeu de l’oie débutait la séquence “table ronde” de l’atelier interactif.

L’objectif de cette table ronde était de permettre aux participants de poser des questions ou de revoir certaines notions ou échelles moins comprises.

L’échelle NPI était abordée ici car elle est complexe à utiliser la première fois. Il s’agissait de montrer qu’une fois le principe du test compris et avec l’aide du guide

pour les premières utilisations, c'était une échelle d'évaluation plutôt simple et très utile quand on l'analyse item par item.

Ce temps de l'atelier interactif devait aussi permettre d'aborder d'autres compétences relevant du "savoir-être" : prendre l'avis d'un patient, prendre l'avis de sa famille, participer à une réunion pluridisciplinaire en utilisant le questionnement éthique du Dr Sebag-Lanoé.

Trois cas cliniques servaient de point de départ pour lancer ces discussions en groupe. **(annexe 11)**

4. Après la formation

En fin de séance, nous avons remis à chaque participant des fiches de poche reprenant les 10 questions du Dr Sebag, les échelles des posters ainsi que les cas cliniques et réponses associées **(annexe 12)**.

Nous avons également informé les médecins traitants des résidents des EHPAD, par mail ou par courrier selon le type de coordonnées que nous ont fourni les EHPAD. Ce courrier expliquait le contenu de la formation faite aux soignants accompagné des échelles et du dépliant "Pallia10" **(annexe13)**.

B. Faisabilité de la formation

1. Critère “modalités pratiques facilitant l'accès au plus grand nombre”

1.1. Organisation des formations

Quatre EHPAD ont été contactés en janvier-février 2015 avec un accord de principe du directeur.

Pour l'EHPAD n°1, le projet a été présenté initialement par téléphone au médecin coordonnateur puis lors d'une réunion d'équipe dirigeante avec notamment le cadre infirmier et le directeur de l'établissement. La gestion pratique s'est ensuite organisée avec le cadre infirmier.

Pour l'EHPAD n°2, la directrice, le médecin coordonnateur et le cadre infirmier ont été contactés par téléphone, avec dossier de présentation (**annexe 14**) envoyé par mail à la directrice. La gestion pratique s'est ensuite organisée principalement avec la secrétaire (responsable formation de l'établissement).

Pour l'EHPAD n°3, les contacts ont eu lieu avec le médecin coordonnateur par téléphone entre février et mai 2015. La formation n'a pas pu être réalisée devant un manque de personnel trop important pendant cette période.

En ce qui concerne l'EHPAD n°4, une rencontre avec le médecin-directeur en mars 2015 avait permis de lui présenter la formation. Le médecin a adhéré au projet et a proposé de le réaliser dans deux des trois EHPAD dont il avait la gestion. En juin 2015, le médecin-directeur nous a informées de l'impossibilité d'organiser notre formation dans ces établissements. Les raisons de son refus mises en avant étaient: une charge brutale de travail pour sa part devant une réorganisation du groupe gérant les EHPAD et l'impossibilité d'organiser des

réunions supplémentaires après l'organisation récente de plusieurs formations (évaluation interne, formation aux nouveautés du logiciel de soins et formation pour le plan canicule).

Un dernier EHPAD (public hospitalier, 120 lits, 5 km du CH de Voiron) a donc été contacté en juin 2015 pour pallier ce dernier refus tardif. Le médecin de l'EHPAD a été joint par téléphone et mail. Il n'a pas été possible de réaliser la formation dans cet établissement.

Après une discussion entre le médecin contacté et le cadre infirmier, il est apparu qu'il n'y avait pas le budget nécessaire pour payer le personnel pendant le temps où il serait immobilisé par notre formation. Mais le médecin a suggéré que nous présentions le projet aux équipes afin de recruter des bénévoles pour y participer. Une seule personne s'est portée volontaire, ce qui ne constituait pas un nombre suffisant pour former un groupe et organiser la formation. Les raisons invoquées par le personnel étaient la proximité avec leurs congés estivaux et la nécessité de participer sur leur temps libre.

Les deux établissements dans lesquels nous avons réalisé la formation présentaient les caractéristiques suivantes (**Tableau 3**).

		EHPAD 1	EHPAD 2
Nombre de résidents		82	97
UPG		non	non
Personnel de l'établissement	IDE	4	6 ETP*
	AS	19	12
	Agents de soin	13 + 8 remplaçants	17 +14
	Psychologue	2 à mi-temps	1 temps partiel
	Diététicienne	0	0,1 ETP*
	Autres: kiné, pédicure, coiffeur ...	0	3 AMP, APA, psychomotricienne
Nombre de médecins généralistes traitants intervenant dans l'établissement		13	3
Temps médical du médecin coordonnateur		0.5	0,5
Réunion de synthèse / concertation au sujet des résidents	systématiques	oui	non
	fréquence	hebdomadaire	autre
	à la demande	non	oui

Tableau 3: Caractéristiques des EHPAD

(*ETP = équivalent temps plein)

1.2. Le déroulé des formations et les caractéristiques des participants

La formation a eu lieu dans deux EHPAD en mai et juin 2015 (**Tableau 4**).

Les posters ont été déposés au moins une semaine avant la séance d'atelier interactif, dans un lieu choisi avec l'interlocuteur de l'EHPAD pour être facilement accessible au personnel, à l'écart des résidents et des familles, et avec suffisamment de surface de mur disponible pour les huit posters.

Les réponses aux cas cliniques ont été affichées en bas des posters et des échelles vierges ont été laissées à disposition. Les dates et heures ont été choisies en concertation avec les EHPAD. Dans chaque établissement, l'atelier interactif a eu lieu entre 13h et 15h. La durée maximum de l'atelier prévue était de deux heures.

		EHPAD 1	EHPAD 2
Posters	Lieu d'installation	couloir face à la salle de soins, couloir isolé des patients et des familles	couloir face au secrétariat à côté de l'affichage des plannings
	Durée d'affichage	affichés le 11/05/2015 retirés le 19/05/2015	affichés le 28/05/2015 retirés le 5/06/2015
Atelier interactif	Date	Mardi 19/05/2015	Vendredi 05/06/2015
	Lieu	salle de réunion de l'établissement	dans une partie isolable dans la salle de repas de l'établissement
	Durée	1h40 (jeu de l'oie = 1h05 table ronde = 35 min)	1h20 (jeu de l'oie = 55 min table ronde = 25 min)
	Participants à l'atelier interactif	5 (1 absent) Aide-soignante : 3 Agent de soins : 1 IDE : 1	10 Aide-soignante : 4 IDE : 3 AMP : 1 diététicienne et référente humanité: 1 psychologue : 1
	Ambiance lors de l'atelier	bonne ambiance	enjouée
Jeu de l'oie	Questions (nb)	19	22
	Mises en situation (nb)	5	4
Table ronde		- pas de question de la part des participants sur le contenu de la formation - directives anticipées / personne de confiance - avis résident / avis famille - réalisation de l'échelle NPI en groupe	- pas de question de la part des participants sur le contenu de la formation - discussion d'un cas réel survenu à l'EHPAD sur le thème de l'éthique mais hors du sujet de la formation - discussion des 10 questions du Dr Sebag-Lanoé
Interlocuteur privilégié pour l'organisation		cadre IDE	secrétaire
Remarques		3 participants n'avaient pas lu les posters, les 2 autres partiellement	1 n'avait pas vu les posters, 2 prévenus tardivement

Tableau 4: Déroulé des formations

Initialement, il était prévu, lors du jeu de l'oie, que, lorsqu'une équipe s'arrêtait sur une case question, elle avançait ou reculait en fonction de sa réponse juste ou fausse.

En fait le recul d'une case en cas de mauvaise réponse n'a pas été appliqué. Il ne semblait pas judicieux de pénaliser les joueurs alors que l'objectif était un apprentissage ludique. L'avancée d'une case en cas de bonne réponse a été conservée pour son côté valorisant et a remporté l'adhésion des joueurs avec un esprit de compétition.

Souvent les deux équipes ont donné une réponse collective lors de la lecture de la question.

Les participants étaient uniquement des femmes dans les deux groupes. Dans la deuxième EHPAD, un psychologue, un diététicien et un AMP faisaient partie du groupe. Les autres caractéristiques, issues du questionnaire n°1 ("avant") sont définies dans le **tableau 5**.

		EHPAD 1 nb (%)	EHPAD 2 nb (%)
âge	moyenne	28,8	39,9
sexe	femme	5 (100%)	10 (100%)
profession	AS	3 (60%)	2 (20%)
	IDE	1 (20%)	3 (30%)
	agent de soin	1 (20%)	2 (20%)
	autre	0 (0%)	3 (30%)
durée exercice	< 5 ans	3 (60%)	0 (0%)
	entre 5 et 10 ans	0 (0%)	4 (40%)
	> 10 ans	2 (40%)	6 (60%)
durée exercice en EHPAD	< 5 ans	3 (60%)	1 (10%)
	entre 5 et 10 ans	1 (20%)	3 (30%)
	> 10 ans	1 (20%)	6 (60%)
formation sur l'évaluation gériatrique ou sur la prise en charge en soins palliatifs	oui*	0 (0%)	5 (50%)
participation à une réunion d'équipe concernant l'instauration d'une prise en charge palliative	oui	1 (20%)	7 (70%)
coordination avec une EMSP	oui	2 (40%)	3 (30%)
identification de la personne de confiance pour chaque résident	oui	0 (0%)	8 (80%)
	non	3 (60%)	2 (20%)
	<i>non répondu</i>	2 (40%)	0 (0%)
directives anticipées abordées avec les résidents ou leurs familles	oui	2 (40%)	7 (70%)
	non	0 (0%)	1 (10%)
	<i>non répondu</i>	3 (60%)	2 (20%)
nombre de participants		5	10

Tableau 5: Caractéristiques des participants à la formation

*Les types de formations citées par les participants sont: formation interne avec un intervenant (x4), formation universitaire (x1).

1.3. L'évaluation des modalités pratiques par les participants

Les résultats exprimés ci-après sont issus des 15 réponses au questionnaire n°2 ("fin de séance") et des 10 réponses (5 non répondus) au questionnaire n°3 ("à distance").

Trois des participants n'ont pas répondu au questionnaire n°3 ("à distance") en ligne malgré nos sollicitations régulières par e-mail (un participant de l'EHPAD 1 et deux de l'EHPAD 2). Un participant de l'EHPAD 2 n'avait pas donné son adresse mail le jour de l'atelier interactif (il ne la connaissait pas). Un participant de l'EHPAD 2 a donné une adresse e-mail qui s'est révélée invalide.

Les résultats du questionnaire n°3 concernant l'organisation de la formation sont présentés dans le **tableau 6**.

Trois participants (30%) auraient préféré que la formation ait lieu pendant leurs horaires de travail (dont un pour qui l'horaire avait convenu) et un qu'elle ait lieu juste avant ou juste après.

Un soignant aurait apprécié la présence d'autres professionnels dans le groupe (psychomotricien, ergothérapeute).

Pour les deux EHPAD, ceux à qui le lieu d'affichage n'a pas convenu auraient préféré que les posters soient affichés en salle de pause/de repas ou dans tous les services ou alors dans un autre format (*"A4 que l'on peut lire chez soi"*).

		EHPAD 1 nb (%)	EHPAD 2 nb (%)	total nb (%)
Préférez-vous que la formation ait lieu sur votre lieu de travail ?	oui	4 (100%)	5 (83%)	9 (90%)
L'horaire vous a-t-il convenu ?	oui	3 (75%)	4 (67%)	7 (70%)
Si non qu'auriez-vous préféré?	pendant les horaires de travail	2 (50%)	1 (17%)	3 (30%)
	juste avant ou juste après	0 (0%)	1 (17%)	1 (10%)
	en dehors des horaires de travail	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Qu'avez-vous pensé de la taille du groupe?	correcte	4 (100%)	6 (100%)	10 (100%)
Auriez-vous apprécié la présence d'autres professionnels dans le groupe ?	oui	0 (0%)	1 (17%)	1 (10%)
Comment avez-vous été informé de cette formation?*	cadre IDE	4 (100%)	3 (50%)	7 (70%)
	collègue	1 (25%)	2 (33%)	3 (30%)
	réunion	1 (25%)	0 (0%)	1 (10%)
	affiche	1 (25%)	0 (0%)	1 (10%)
	autre	0 (0%)	1 (17%)	1 (10%)
Le lieu d'installation des posters vous a-t-il convenu ?	oui	1 (25%)	4 (67%)	5 (50%)
	non	3 (75%)	2 (33%)	5 (50%)
Si non qu'auriez-vous préféré ?	couloir	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	vestiaire	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	salle de repas/de pause	1 (25%)	1 (17%)	2 (20%)
	autre	2 (50%)	1 (17%)	3 (30%)
Les posters ont été mis à disposition suffisamment longtemps	tout à fait d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	plutôt d'accord	1 (25%)	3 (50%)	4 (40%)
	plutôt pas d'accord	2 (50%)	2 (33%)	4 (40%)
	pas du tout d'accord	1 (25%)	1 (17%)	2 (20%)
Comment avez-vous trouvé la durée de la table ronde ?	correcte	4 (100%)	6 (100%)	10 (100%)
Pensez-vous que le délai entre les posters et l'atelier interactif était suffisant ?	oui	2 (50%)	1 (17%)	3 (30%)
	non	2 (50%)	5 (83%)	7 (70%)
total de réponses		4	6	10

Tableau 6: Résultats du questionnaire 3: organisation

* *plusieurs réponses possibles*

La durée de l'atelier interactif a convenu à tous les quinze participants interrogés en fin de séance (questionnaire n°2).

2. Critère: “outils pédagogiques adéquats”

Six soignants (60%) ont pensé que les sujets abordés étaient plutôt pertinents par rapport à leur activité quotidienne.

2.1. Les posters

Les réponses des quinze soignants interrogés tout de suite après la formation sont regroupées dans le **tableau 7**. Trois soignants du groupe EHPAD 2 n'ont pas répondu à ces questions.

Que pensez-vous des posters?		EHPAD 1 nb (%)	EHPAD 2 nb (%)	Total nb (%)
ludiques	très	0 (0%)	3 (30%)	3 (20%)
	ludique	4 (80%)	4 (40%)	8 (53%)
	assez	1 (20%)	0 (0%)	1 (7%)
	pas du tout	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	<i>non répondu</i>	0 (0%)	3 (30%)	3 (20%)
intéressants	très	1 (20%)	3 (30%)	4 (27%)
	intéressants	3 (60%)	4 (40%)	7 (47%)
	assez	1 (20%)	0 (0%)	1 (7%)
	pas du tout	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	<i>non répondu</i>	0 (0%)	3 (30%)	3 (20%)
utiles pour ma pratique	très	1 (20%)	1 (10%)	2 (13%)
	utiles	1 (20%)	6 (60%)	7 (47%)
	assez	3 (60%)	0 (0%)	3 (20%)
	pas du tout	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	<i>non répondu</i>	0 (0%)	3 (30%)	3 (20%)
nombre de participants		5	10	15

Tableau 7: Résultats du questionnaire n°2: posters

Les réponses des dix soignants à distance de la formation sont récapitulées dans le **tableau 8**.

Posters		EHPAD 1 nb (%)	EHPAD 2 nb (%)	total nb (%)
Qu'avez-vous pensé de leur taille?	trop grande	2 (50%)	0 (0%)	2 (20%)
	correcte	2 (50%)	5 (83%)	7 (70%)
	trop petite	0 (0%)	1 (17%)	1 (10%)
comme moyen de formation (je me forme seul(e)) me conviennent	tout à fait d'accord	1 (25%)	1 (17%)	2 (20%)
	plutôt d'accord	3 (75%)	2 (33%)	5 (50%)
	plutôt pas d'accord	0 (0%)	2 (33%)	2 (20%)
	pas du tout d'accord	0 (0%)	1 (17%)	1 (10%)
sont clairs et faciles à comprendre	tout à fait d'accord	3 (75%)	3 (50%)	6 (60%)
	plutôt d'accord	1 (25%)	2 (33%)	3 (30%)
	plutôt pas d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	pas du tout d'accord	0 (0%)	1 (17%)	1 (10%)
les informations sont utiles par rapport à ma pratique	tout à fait d'accord	4 (100%)	1 (17%)	5 (50%)
	plutôt d'accord	0 (0%)	4 (67%)	4 (40%)
	plutôt pas d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	pas du tout d'accord	0 (0%)	1 (17%)	1 (10%)
sont ludiques	tout à fait d'accord	4 (100%)	1 (17%)	5 (50%)
	plutôt d'accord	0 (0%)	4 (67%)	4 (40%)
	plutôt pas d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	pas du tout d'accord	0 (0%)	1 (17%)	1 (10%)
sont attrayants	tout à fait d'accord	4 (100%)	1 (17%)	5 (50%)
	plutôt d'accord	0 (0%)	4 (67%)	4 (40%)
	plutôt pas d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	pas du tout d'accord	0 (0%)	1 (17%)	1 (10%)
nombres de réponses		4	6	10

Tableau 8: Résultats du questionnaire n°3: posters

2.2 L'atelier interactif

Interrogés juste après la formation, les quinze soignants ont trouvé l'atelier interactif ludique et intéressant, quatorze l'ont trouvé utile pour leur pratique. Leurs réponses sont détaillées dans le **tableau 9**.

Que pensez-vous de l'atelier interactif?		EHPAD 1 nb (%)	EHPAD 2 nb (%)	Total nb (%)
ludique	très	2 (40%)	7 (70%)	9 (60%)
	ludique	3 (60%)	3 (30%)	6 (40%)
	assez	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	pas du tout	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	<i>non répondu</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
intéressant	très	0 (0%)	5 (50%)	5 (33%)
	intéressant	5 (100%)	5 (50%)	10 (67%)
	assez	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	pas du tout	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	<i>non répondu</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
utile pour ma pratique	très	1 (20%)	2 (20%)	3 (20%)
	utile	4 (80%)	7 (70%)	11 (73%)
	assez	0 (0%)	1 (10%)	1 (7%)
	pas du tout	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	<i>non répondu</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
nb participants		5	10	15

Tableau 9: Résultats du questionnaire n°2: atelier interactif

2.2.1. Jeu de l'oie

Les réponses obtenues à distance de la formation sur le jeu de l'oie sont exposées dans le **tableau 10**.

Le jeu de l'oie		EHPAD 1 nb (%)	EHPAD 2 nb (%)	total nb (%)
Les questions étaient	difficiles	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	adaptées	4 (100%)	4 (67%)	8 (80%)
	faciles	0 (0%)	2 (33%)	2 (20%)
Les mises en situation étaient	réalistes	3 (75%)	3 (50%)	6 (60%)
	utiles	1 (25%)	4 (67%)	5 (50%)
	trop courtes	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	trop longues	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
L'apprentissage par jeu m'a plu	tout à fait d'accord	4 (100%)	3 (50%)	7 (70%)
	plutôt d'accord	0 (0%)	3 (50%)	3 (30%)
	plutôt pas d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	pas du tout d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
L'ambiance était conviviale	tout à fait d'accord	4 (100%)	3 (50%)	7 (70%)
	plutôt d'accord	0 (0%)	3 (50%)	3 (30%)
	plutôt pas d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	pas du tout d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Le plateau de jeu était attrayant	tout à fait d'accord	3 (75%)	2 (33%)	5 (50%)
	plutôt d'accord	1 (25%)	4 (67%)	5 (50%)
	plutôt pas d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	pas du tout d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Le jeu de l'oie m'a été utile pour apprendre de façon concrète	tout à fait d'accord	3 (75%)	1 (17%)	4 (40%)
	plutôt d'accord	1 (25%)	5 (83%)	6 (60%)
	plutôt pas d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	pas du tout d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
nombre de réponses		4	6	10

Tableau 10: Résultats du questionnaire n° 3: jeu de l'oie

2.2.2. La table ronde

Les dix soignants ayant répondu au dernier questionnaire ont trouvé ce temps d'échange utile.

Huit ont obtenu des réponses à leurs questions. Les deux personnes n'ayant pas eu de réponse à leurs questions n'ont en fait pas osé les poser.

2.3. Association des outils de formation

Interrogés juste après la formation, dix des quinze participants (67%) pensaient que les posters associés à l'atelier interactif étaient un plus par rapport aux posters seuls. Un participant, de l'EHPAD 1, a exprimé l'inverse. Quatre participants (27%), de l'EHPAD 2, n'ont pas répondu.

Dans les participants ayant trouvé un intérêt à l'association de ces outils, trois participants ont remarqué une complémentarité (*“informations complémentaires”, “pouvoir parler de ce qu'on a vu seul en groupe”, “une partie théorique complétée par une partie ludique donc pas de redondance”*) entre les deux outils.

Trois ont noté leur côté interactif (*“pouvoir parler de ce qu'on a vu seul en groupe”, “échange”, “interactivité”*).

Deux personnes ont mis en avant que ces outils permettaient une mise en pratique des échelles (*“permet d'utiliser les échelles”, “mettre en œuvre par des mises en situations ce qu'on a compris et retenu”*).

Six participants ont apprécié l'approfondissement des thèmes abordés (*“réponse aux questions + approfondissement de la formation”, “précisions sur les échelles”, “apporte des précisions”, “éclaircir les points d'incompréhension”, “vérifier si on a bien compris”, “explications à partir de cas et de questions”*).

Deux participants ont trouvé que cela favorisait l'apprentissage (*“mieux assimilé”, “on est d'avantage actif dans l'atelier ce qui permet une meilleure intégration des informations”*).

À distance de la formation, neuf (90%) ont trouvé que les posters et l'atelier interactif étaient complémentaires. Un participant de l'EHPAD 2 a répondu négativement.

2.4. Sujets non abordés

Quand on leur posait la question, neuf soignants (90%) auraient aimé que les questions éthiques en rapport avec les soins palliatifs soient abordées. Quatre (40%) auraient voulu que la formation apporte des informations sur la prise en charge pratique d'un ou plusieurs symptômes. Quatre (40%) auraient aimé que la discussion porte sur les aspects législatifs des soins palliatifs.

2.5. Les intervenants

Sept participants (70%) ont été satisfaits de l'absence des intervenants pendant la durée d'exposition des posters. Les raisons mises en avant étaient :

- *“les posters sont là pour qu'on apprenne en autonomie, pas de pression, on prend le temps qu'on veut”*
- *“J'aime bien être au calme et seul lorsque je m'informe, ça me permet de mieux me concentrer “*
- *“Le poster est une bonne façon de s'approprier les connaissances, c'est bien d'en reparler après avec les intervenants, pas forcément sur le moment même “*

Les autres participants auraient préféré leur présence pour les raisons suivantes :

- *“lors de l'affichage des posters, ils auraient pu nous expliquer le déroulement de la formation”*
- *“pour apporter des précisions si nécessaire”.*

C. Impact de la formation

1. Avis des participants

1.1. Satisfaction

En ce qui concerne le degré de satisfaction en fin de séance des quinze participants par rapport à cette formation, 14 étaient satisfaits et 1 très satisfait. Sept participants l'ont justifié en signalant la découverte et l'apport de nouvelles connaissances (*“nouveaux outils et nouvelles connaissances”, “d’autre chose que j’ai apprises”, “nouvelles échelles utiles dans le quotidien”, “connaissance en plus, instructive”, “découvrir les différents moyens d’évaluations des symptômes d’inconfort et comment prendre une décision de soins palliatifs”, “échelles non connues”, “permet de connaître des outils non utilisés au sein de l’EHPAD”*).

Deux personnes ont signalé le rappel d’informations connues (*“rappel de certaines choses”, “il y a beaucoup de choses que je savais”*).

Trois participants ont remarqué le caractère ludique de cette formation.

Trois personnes ont noté son caractère interactif.

Trois soignants ont décrit leur degré de satisfaction de la façon suivante : *“toujours un plus”, “formation très intéressante”, “très intéressante sur la forme”*.

Deux ont nuancé leur satisfaction par les commentaires suivants : *“format “poster” inadapté”* et *“pas assez centré sur les soins palliatifs alors que c’est ce qui est annoncé”*.

1.2. Points positifs

Les quinze participants ont noté les points positifs de cette formation en fin de séance. En ce qui concerne la forme, cinq personnes ont souligné son interactivité.

Une personne a signalé l'avantage *“d’une discussion en petit groupe”*.

Ils ont aussi noté son côté ludique pour deux d’entre eux.

Pour trois personnes, les mises en situations et les cas cliniques ont été un plus (*“cas concrets différents et mise en situation”, “mise en situation, remobilisation de connaissances antérieures”, “auto-évaluation et se rassurer sur nos prises en charge”*).

En ce qui concerne le contenu de la formation, neuf participants ont décrit comme étant des points positifs les échelles d’évaluation et deux, l’apprentissage de termes et de définitions.

1.3. Points à améliorer

Il a été demandé aux quinze participants de s’exprimer à propos des points à améliorer en fin de séance. Neuf participants n’ont pas répondu à cette question. Quatre ont mis en avant des points à améliorer concernant les posters. Ils ont trouvé que le format “poster” n’était pas adapté et que le temps d’affichage était trop court (*“intégration des posters en début de formation pour lecture ou relecture”, “affiches longues à lire peut-être plus sous forme de document”, “le format des posters afin qu’on ait le temps d’en prendre connaissance une semaine ne suffit pas”, “avoir les photocopies des posters en mains propres pour une lecture avant la formation ce qui permettra un meilleur suivi”*).

Pour un participant la formation n'était *"pas assez centrée sur les spécificités de la prise en charge en soins palliatifs"*.

Un participant a noté qu'il n'y avait pas de point à améliorer (*"aucun pour moi, c'était assez explicite"*).

2. Comparaison des connaissances avant/après

Dans un objectif d'initier une évaluation de l'impact de cette formation sur les connaissances des soignants, certaines questions ont été répétées entre le questionnaire n°1 ("avant") et n°3 ("à distance").

Les réponses figurant ici sont celles des participants ayant répondu à la totalité des questionnaires (5 perdus de vue pour le questionnaire n°3).

Un participant n'a pas répondu aux questions de connaissances dans le questionnaire n°3 alors qu'il avait répondu à toutes ces questions dans le questionnaire n°1. Nous n'avons pas pris en compte sa participation pour la comparaison des connaissances avant/après, notre analyse s'est donc effectuée sur les réponses des 9 autres participants.

2.1. Les symptômes à prendre en charge en soins palliatifs

Les réponses attendues étaient les symptômes d'inconfort décrit dans les posters: anxiété, confusion, dépression, douleur, troubles du comportement.

Le total des réponses des participants est représenté dans la **figure 1**.

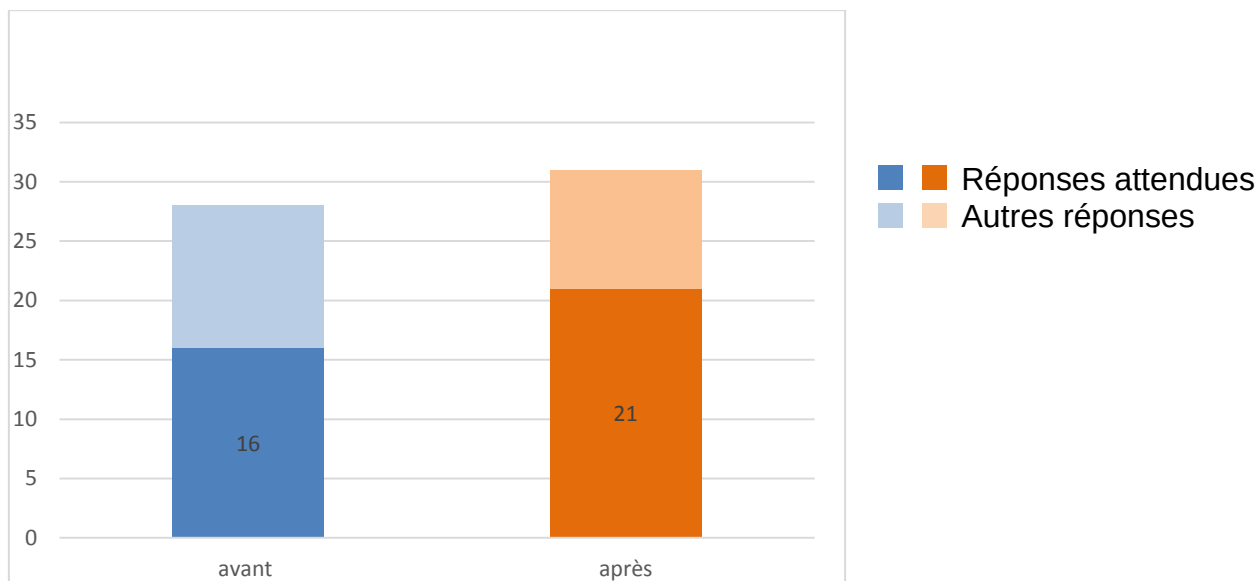


Figure 1: Comparatif avant/après: symptômes d'inconfort

Nous attendions un maximum de 5 symptômes d'inconfort pour chacun des 9 participants, soit un total de 45 réponses attendues. Les réponses attendues exprimées en pourcentage de ce maximum sont illustrées dans la **figure 2**.

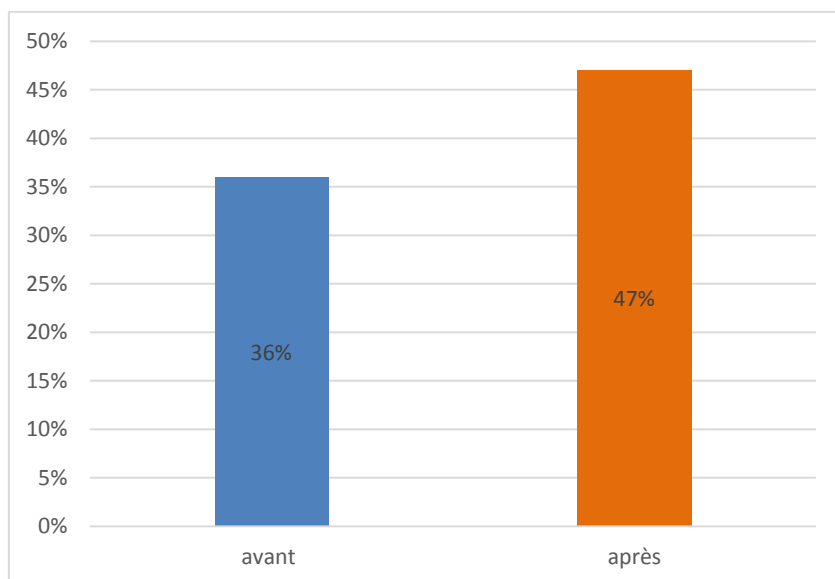


Figure 2: Comparatif avant/après: symptômes d'inconfort (%)

Le **tableau 11** exprime la moyenne de réponses correspondant à nos attentes par participant ainsi que les valeurs extrêmes.

	“avant”	“à distance”
Moyenne de bonnes réponses par participant	1.8 [0-4]	2.3 [0-4]

Tableau 11: Comparatif avant/après: symptômes d'inconfort

On observe une augmentation du nombre de réponses attendues après la formation sur la connaissance des symptômes d'inconfort.

2.2. Les échelles d'évaluation de la douleur

Les réponses attendues étaient les échelles présentées dans le poster : échelle verbale simple, Algoplus, Doloplus. Cependant les échelles d'évaluation de la douleur suivantes ont été acceptées : échelle numérique, échelle visuelle analogique, échelle comportementale pour personnes âgées (ECPA).

Les résultats sont décrits dans la **figure 3**.

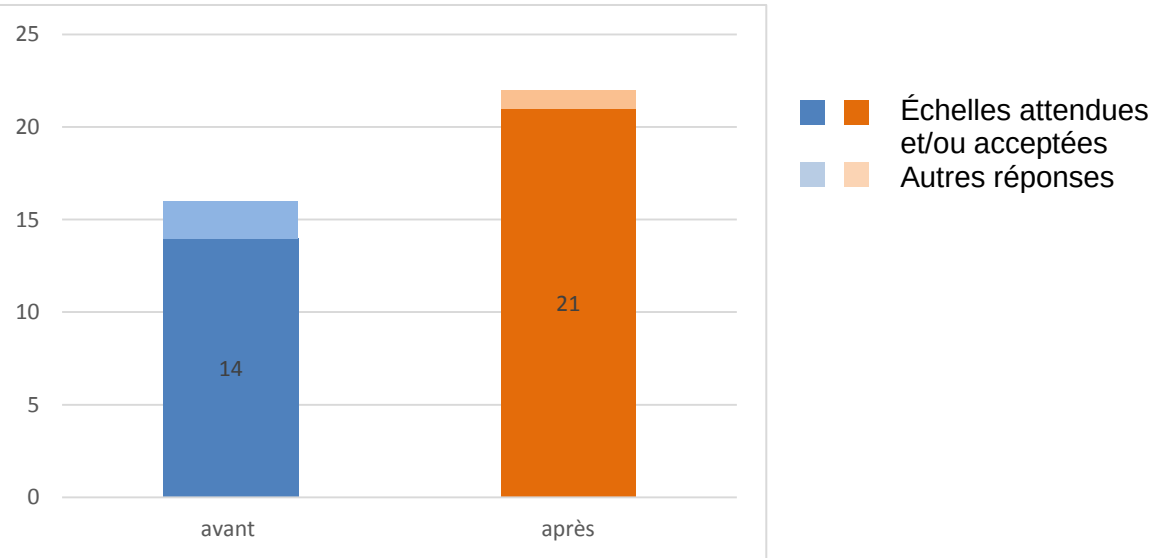


Figure 3: Comparatif avant/après: Échelles de la douleur

Le **tableau 12** exprime la moyenne du nombre d'échelles de la douleur citées par participant ainsi que les valeurs extrêmes.

	“avant”	“à distance”
Moyenne de bonnes réponses par participant	1.6 [0-5]	2.3 [0-5]

Tableau 12: Comparatif avant/après: Douleur

On observe une augmentation du nombre d'échelles de la douleur citées après la formation.

2.3. Repérer la dénutrition

À cette question les réponses suivantes étaient attendues: le poids (perte de poids) et/ou MNA, les autres items du questionnaire MNA ont aussi été acceptés. Les résultats sont groupés dans la **figure 4**.

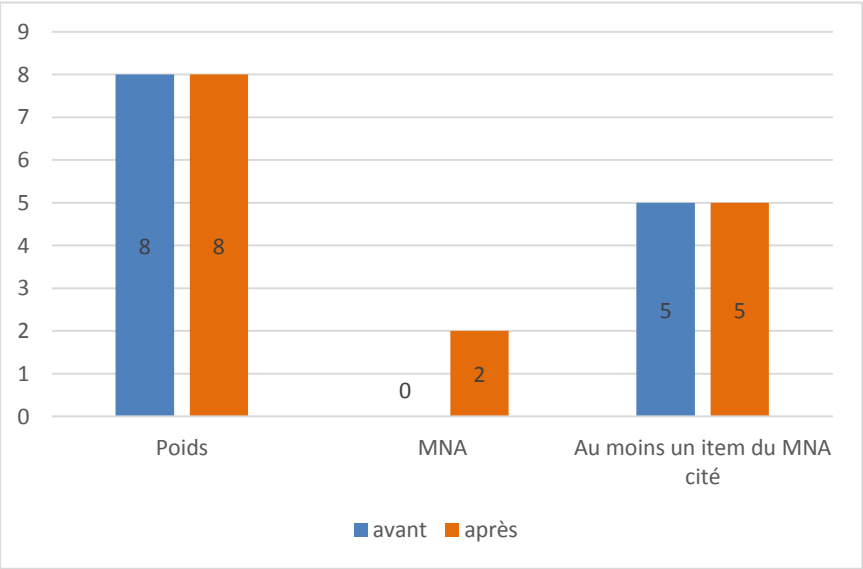


Figure 4: Comparatif avant/après: repérage de la dénutrition

Le nombre de réponses “poids” avant et après la formation est identique.

Une personne ayant donné la réponse “poids” avant a modifié sa réponse pour “MNA” après la formation. Une personne n’ayant pas répondu avant, a répondu “poids” et “MNA” sur le questionnaire à distance.

Le détail des réponses pour chaque participant à ces trois questions est à retrouver en annexe (**annexe 15**).

3. Utilisation des échelles d’évaluation

Neuf (90%) connaissaient certaines échelles avant la formation. Sept ont cité les échelles de la douleur (indifféremment Algoplus, Doloplus, EVA), un a cité en plus de celles-ci, l’échelle de dépression, d’anxiété et le NPI et un n’a pas donné de détail.

Sept (70%) les utilisaient avant la formation (cinq ont cité les échelles d’évaluation de la douleur, un le NPI et un n’a pas précisé)

Quand on interrogeait les soignants sur les échelles qu’ils comptaient utiliser à l’avenir, ils citaient : l’échelle d’anxiété de Goldberg (x3), le MNA SF (x2), l’échelle de dépression GDS (x2), l’échelle ADL (x1), le NPI (x1), l’échelle de confusion CAM (x1), l’Algoplus et l’EVA (x1).

4. Les 3 messages clés

4.1. En fin de séance

Les participants ont été interrogés juste après l’atelier interactif sur les 3 messages clés qu’ils retenaient de cette formation.

Les réponses à cette question ont été classées en quatre thèmes:

- évaluation
- pluridisciplinarité
- nouvelles connaissances
- opinion sur la formation

Évaluation

En ce qui concerne les réponses que les participants ont pu énoncer, sept concernaient l'évaluation dans le but d'une meilleur prise en charge (*"évaluer, observer, agir", "évaluation", "évaluation du patient", "outils d'aide pour améliorer la prise en charge, facilité d'utilisation et rapidité", "échelle" (x2), "nouveaux outils"*).

Pluridisciplinarité

Quatre soignants ont retenu la pluridisciplinarité (*"importance équipe pluridisciplinaire pour la mise en soins palliatifs", "travail d'équipe"(x2), "pluridisciplinarité"*) comme message clé.

Nouvelles connaissances

Trois participants ont noté les nouvelles connaissances qu'ils avaient personnellement acquises au cours de cette formation en tant que message clé de la formation :

- *"anxiété à évaluer, dépendance=ADL, NPI=troubles du comportement"*

- *“différence entre autonomie et dépendance, autres outils pour connaître le poids et la taille pour le MNA”*
- *“beaucoup de critères peuvent entraîner une confusion, beaucoup d’échelles et de diagnostics (étiquettes) existent mais n’aident pas à la prise en charge”*

Opinion sur la formation

Trois personnes ont répondu par leur opinion sur la formation :

- *“pratique, ludique, utile au quotidien, riche en apport connaissance”*
- *“ludique, intéressante, active”*
- *“jeux”*

Une personne a considéré qu’un message clé était *“l’importance du recueil de l’avis de la personne”*.

Trois soignants n’ont pas répondu à cette question.

4.2. À distance de la formation

Il a été demandé sur le questionnaire “à distance” aux participants de citer les 3 messages clés concrets et utiles pour leur pratique quotidienne qu’ils retiennent de cette formation.

Les réponses ont été classées en trois thèmes :

- évaluation du patient en utilisant les échelles ou par l’observation
- prise en charge globale
- pluridisciplinarité

Évaluation

Trois personnes ont exprimé des idées en rapport avec l'évaluation du patient en utilisant les échelles comme outils (*“Utiliser les outils pour évaluer l'état de la personne”, “Utiliser les échelles au quotidien pour que leurs utilisations deviennent plus facile et plus rapide”, “Intérêt de connaître les outils des autres professions pour savoir ce qui peut être fait, connaître les échelles pour repérer les éléments du discours”*).

L'évaluation par l'observation de la personne est une idée retrouvée dans six réponses des participants (*“ Tenir compte du comportement de la personne. Être très observatrice”, “ Que l'état des patients est très important et qu'il doit être observé et que les patients doivent être écoutés mais aussi qu'il faut savoir écouter les soignants qui passent beaucoup de temps avec les patients”, “Réévaluation quotidienne de son état psychique et physique”, “ être attentif à l'origine de la douleur surveillance de l'état d'angoisse, être attentif aux troubles alimentaires”, “l'observation pour mieux évaluer”, “écoute”*).

Prise en charge globale

On retrouvait la notion de prise en charge globale du patient dans trois réponses (*“prise en charge”, “prendre en compte les patients dans leur globalité physique et psychique”, “les échelles sont utilisées pour nous permettre une meilleure prise en charge de nos résidents dans leur globalité”*).

Pluridisciplinarité

L'idée de la pluridisciplinarité était présente dans 5 réponses (*“prendre des décisions en pluridisciplinarité”, “il serait bien de former un maximum de monde”,*

“transmission”, “faire appel à d’autres professionnels pour une prise en soin globale”, “réponse à ses besoins. respect de ses choix. empathie”).

Les messages clés recueillis dans les questionnaires n°2 (“fin de séance”) et n°3 (“à distance”) ont été comparés dans le **tableau 13**.

“en fin de séance”	“à distance”
Évaluation	Évaluation (échelles/observation)
Pluridisciplinarité	Pluridisciplinarité
Nouvelles connaissances	Prise en charge globale
Opinion sur la formation	

Tableau 13: Comparatif des messages clés

5. Objectif final de la formation

L’objectif de cette formation était de favoriser la participation des soignants à la décision en équipe d’une prise en charge palliative pour un résident en EHPAD lors d’une réunion. Les dix ayant répondu au dernier questionnaire se sentaient capables de participer à une telle réunion. Quatre s’en sentaient capables avant et six s’en sentaient plus capables qu’avant.

Discussion

A. La formation DéPaR

Les paragraphes suivants commentent les adaptations que nous avons apportées à la formation proposée par le Dr Banchet.

1. Le public

Le projet initial prévoyait d'inclure les médecins traitants lors d'une table ronde en soirée pour clore la formation. Le but était de favoriser les discussions pluridisciplinaires. Suite à nos premières rencontres avec les cadres infirmiers des EHPAD, le nombre de sessions a été réduit à une séance interactive de 2h en milieu de journée. Cela semblait incompatible avec les horaires d'un médecin généraliste.

Nous avons donc décidé de leur transmettre un document retraçant les informations fournies et les échelles utilisées.

2. Les objectifs de formation

La base de notre travail était la thèse du Dr Banchet dont nous avons adapté les objectifs à notre projet.

Nous avons supprimé l'objectif : "Évaluer une dyspnée ". La dyspnée est un symptôme d'inconfort fréquent en fin de vie. Cependant l'évaluation d'une dyspnée se fait de préférence par une auto évaluation par une échelle numérique, simple d'utilisation ne nécessitant pas d'explications spécifiques. C'est pourquoi nous n'avons pas créé de poster supplémentaire sur la dyspnée.

Nous avons modifié certains objectifs. Les objectifs “intérêt de connaître l'autonomie” et “évaluer l'autonomie avec l'échelle ADL” sont devenus “intérêt de connaître la dépendance et la différence avec la notion d'autonomie” et “évaluer la dépendance avec l'échelle ADL”. En effet l'autonomie se définit comme la capacité à se gouverner soi-même (libre arbitre). Il s'agit d'une capacité de jugement et de la liberté d'agir en fonction d'une notion morale et philosophique. La dépendance est le besoin d'aide humaine pour la vie quotidienne (notion de handicap). (11) Cette dernière définition correspond plus au critère pronostique évaluable par l'échelle ADL de Katz. C'est pourquoi les définitions des deux notions ont été exprimées sur le poster “dépendance” et qu'elles ont été revues lors de l'atelier interactif.

L'objectif “évaluer la douleur” a été conservé mais nous avons remplacé l'EVA par l'EVS, plus facilement utilisable chez la personne âgée sans matériel spécifique, et nous avons ajouté Algoplus pour les patients non communicants, plus indiqué dans les douleurs aiguës.

Les objectifs “connaître l'importance des antécédents sur le pronostic”, “discuter du pronostic avec le médecin” et “connaître les critères pronostiques d'un épisode aigu” ont été synthétisés en un seul objectif : “connaître les éléments utiles à la discussion du projet de vie d'un résident (les 10 questions du Dr Sebag)”. Nous avons préféré nous focaliser sur les critères pronostiques (dénutrition et dépendance) les plus concrets pour les soignants. En effet cela nous a semblé plus approprié au public ciblé (soignants d'un EHPAD) et plus adapté à l'objectif final de notre formation.

3. Les outils pédagogiques

3.1. Les posters

Un poster est un support visuel synthétique. C'est un support de formation en autonomie pour les équipes.

Il est notamment intéressant pour le professionnel qui a peu de temps à consacrer à une formation plus "traditionnelle". L'information est disponible sur le lieu de travail en permanence pour une durée plus ou moins longue, permettant l'accès aux différentes équipes de l'EHPAD. Elle peut être lue en plusieurs fois. C'est d'ailleurs pour cela que nos posters ont été conçus avec plusieurs encarts thématiques de couleur différente. Les professionnels peuvent donc lire une partie du poster quand leur charge de travail les y autorise puis une autre plus tard. L'encadré "en bref" permettait d'avoir l'essentiel du poster en quelques lignes.

A terme ce type de support peut être conservé par l'établissement et permettre un rappel permanent de l'information.

Nos posters ont aussi été conçus pour être attrayants et ludiques afin de favoriser la transmission de l'information.

Par contre, les soignants étant seuls pour cette partie de la formation, les objectifs doivent être expliqués en amont. Certains auraient préféré être accompagnés dans leurs lectures mais il nous était impossible d'être présent pendant toute la durée d'affichage des posters. Un temps dédié en plus de la lecture seule avant l'atelier pourrait être proposé pour satisfaire ceux qui le souhaitent mais il serait probablement redondant avec l'atelier interactif qui doit normalement répondre aux questions.

Il faut aussi qu'ils puissent se libérer du temps pour lire les posters, étant donné qu'il n'y a pas de créneau spécifique dédié pour cette partie de la formation. Leur charge de travail peut être un facteur limitant.

3.2. L'atelier interactif

Le jeu de l'oie est un outil de pédagogie très utilisé. En effet les règles en sont simples et son plateau de jeu est très adaptable. Il suffit de se procurer un plateau de cases vierges et on peut l'utiliser en éducation thérapeutique avec les patients comme en formation professionnelle sur le thème de son choix.

Le jeu ne nécessite pas de matériel sophistiqué. Cela en fait un outil accessible à tout formateur.

En utilisant le jeu comme vecteur d'apprentissage, on peut mettre les soignants en situation sans jugement, ils deviennent acteurs de leur apprentissage. L'interactivité permet aussi une ambiance conviviale où ils se sentent à l'aise.

Dans cette formation le choix a été fait d'utiliser un plateau de 52 cases pour que la partie ne soit pas trop longue et de ne lancer qu'un seul dé afin de multiplier les occasions pour les participants d'atterrir sur les cases questions ou mises en situation.

Les cases "pièges" et "bénéfiques" ont été imaginées avec des thèmes qui sont en rapport avec le quotidien des soignants en EHPAD, heure du repas, fugue d'un résident, séance de kiné, heure de pause ... Cela permet de conserver l'esprit du jeu de l'oie et donc un côté ludique.

Il y avait plus de cases bénéfiques que pièges car l'objectif est de valoriser les participants.

Ce jeu nous a semblé plus approprié que le jeu des anguilles ou un remue-ménages. En effet ce sont deux outils pédagogiques très intéressants car ils permettent de mobiliser les connaissances antérieures des participants sur un sujet et de les rendre plus actifs dans l'apprentissage avec un jeu de questionnement, mais ils nécessitent plus de temps. Or lors des démarches envers les différents EHPAD, le temps d'immobilisation du personnel soignant était un problème. D'abord parce que souvent les soignants ne sont pas nombreux et comme la formation était proposée pendant le temps de travail cela nécessitait de renforcer les équipes; ensuite parce que ce temps d'immobilisation représente un budget pour l'établissement. C'est même la raison pour laquelle certains EHPAD ont refusé leur participation.

De plus, on ne peut traiter qu'un seul sujet par activité, cela nécessite donc plusieurs activités par session pour couvrir les objectifs prévus, alors que le jeu de l'oie permettait de revoir toutes les notions lues dans les posters. Cette mobilisation des connaissances renforce l'apprentissage. Des mises en situations ont pu aussi être insérées dans le jeu pour travailler sur les attitudes et l'utilisation pratique des échelles. Le jeu des anguilles et le remue-ménages nécessitent également une expérience de formateur que nous ne possédons pas et un jeu de l'oie nous semblait plus adapté. Notre modèle de jeu de l'oie peut donc être réutilisé facilement par d'autres intervenants, voire par les équipes pour entretenir les connaissances après la formation.

Cependant, l'intérêt du jeu de l'oie est moindre si les participants n'ont pas lu les posters ou de façon incomplète, même si cela permet de faire le point sur les connaissances déjà acquises et celles restant à acquérir.

L'importance du hasard est aussi à prendre en compte, le nombre de questions et de mises en situation pouvant varier à chaque partie, cette difficulté peut être palliée par un classement des cartes par ordre d'importance pour s'assurer d'aborder les notions essentielles.

Enfin l'ambiance et la dynamique de groupe dépendent de l'implication des participants, comme pour toute activité interactive.

La table ronde est un outil de discussion collective, de partage d'opinion et de libre-échange. Elle convient à l'objectif de participation à une réunion de concertation pluridisciplinaire.

3.3. Fiches de poche

Les fiches de poche distribuées en fin d'atelier interactif permettent aux soignants de garder une trace de la formation et facilitent l'utilisation des échelles car elles sont accessibles immédiatement.

4. Autres outils de formation existants

Il existe des modules abordant les soins palliatifs dans les formations initiales des médecins, IDE et AS de contenu et de volume horaire différents, ajoutés ou renforcés depuis le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012.

(1) Cependant, cette formation initiale n'est pas suffisante pour ceux travaillant spécifiquement dans un secteur très concerné, celui des EHPAD. De plus tous les professionnels n'y ont pas forcément eu accès selon leur ancienneté professionnelle.

La formation continue est donc un outil nécessaire pour compléter la formation initiale. Il existe des formations diplômantes universitaires (DU ou DIU) notamment sur les soins palliatifs mais qui sont plus globales, nécessitant un investissement plus important et donc il s'agit d'une démarche personnelle et non d'équipe.

Il existe aussi des formations non diplômantes de formation continue, financées par l'OPCA (organisme paritaire collecteur agréé), dans le cadre de DPC (développement professionnel continu), qui peuvent être des projets individuels ou collectifs.

Le programme Mobiquat® (Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles) de la Société Française de Gériatrie et Gériatologie, propose des outils pédagogiques. Il comporte notamment les thématiques de soins palliatifs, douleur, dépression et nutrition. L'abonnement donne accès à des fiches pratiques, des diaporamas, des vidéos et des cas pratiques. Il permet un apprentissage en autonomie ou un support pour une formation des équipes.

Ces outils donnent des informations très pratiques sur les prises en charge.

Notre formation se distingue par son côté interactif et ludique, et est plus axée en amont de la prise en charge palliative, sur l'évaluation d'un résident avant la discussion du type de prise en charge.

Notre formation a concerné un groupe de soignants dans chaque EHPAD car il s'agissait de tester sa faisabilité. Une formation doit concerner l'ensemble de l'équipe soignante si l'on veut observer une évolution des pratiques cliniques dans l'établissement. Toute formation isolée, sans suivi post-formation ni réel projet de service risque d'avoir peu d'impact. Il faut pouvoir inclure la formation aux soins palliatifs dans le projet de l'établissement. Ainsi cela permet d'organiser un plan

de formation des soignants et de déboucher sur des modifications de prise en charge. (1)

B. Faisabilité de la formation

1. Critère: “Modalités pratiques facilitant l'accès au plus grand nombre”

1.1. Les EHPAD

La méthode du choix raisonné a été appliquée pour choisir dans quel EHPAD allait être testée la formation. Des EHPAD différents les uns des autres ont été contactés. Les établissements démarchés sont représentatifs des différents EHPAD français de part leur capacité d'accueil et l'encadrement des résidents. (26)

1.2. Les participants

Les participants à la formation étaient tous de sexe féminin, représentatif du ratio hommes-femmes du secteur.

Dans l'EHPAD 1, les participants étaient en moyenne un peu plus jeunes avec 30 ans de moyenne d'âge pour 40 ans de moyenne d'âge dans l'EHPAD 2.

Dans l'EHPAD 2, les soignants étaient plus expérimentés, plus de 5 ans d'exercice pour l'ensemble dont 6 avec plus de 10 ans d'exercice, avec pour la majeure partie un exercice en EHPAD de plus de 5 ans.

La moitié des participants de l'EHPAD 2 ont bénéficié d'une formation sur l'évaluation gériatrique ou sur la prise en charge en soins palliatifs, en majorité de

type formation interne avec un intervenant. Aucun des 5 participants de l'EHPAD 1 n'a bénéficié d'une formation sur ces sujets. On peut supposer que leur expérience plus courte en EHPAD explique ce taux plus faible de formation continue.

Les questions sur la personne de confiance et les directives anticipées dans l'établissement ont reçu des réponses parfois contradictoires au sein d'un même établissement. Il est possible que certains participants aient compris la question plus sur un plan individuel "est-ce que je le fais" au lieu de "est-ce pratiqué dans l'établissement". Malgré ce fait, le taux de non réponse montre que les soignants sont mal informés des pratiques sur ces sujets dans leur établissement, alors qu'elles ont toute leur place en EHPAD.

1.3. Les difficultés d'organisation rencontrées

EHPAD

Les premières rencontres avec les dirigeants des EHPAD pour organiser la formation ont mis en avant des problèmes de disponibilité du personnel. En effet immobiliser un groupe de soignants à plusieurs reprises représente un problème de gestion de planning et un coût financier pour les établissements. Cela a contribué à notre décision de réorganiser la formation en une seule séance de groupe précédée de l'affichage des posters.

Malgré cette optimisation et l'intérêt initial pour notre projet, deux EHPAD ont finalement décliné notre proposition. Un manque de personnel trop important à cette période était la raison principale du premier refus. Le deuxième EHPAD a

mis en avant un trop grand nombre de formations prévues sur cette période ainsi qu'une charge de travail trop importante pour le médecin-directeur à cette époque. Le dernier EHPAD sollicité n'avait pas le budget pour financer le personnel immobilisé par la formation et nous n'avons pas réussi à recruter des volontaires pour participer en dehors des horaires de travail.

Le manque de personnel et la limitation des moyens financiers semblent être les freins principaux pour la formation continue. Ce constat rejoint celui de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) qui, dans son rapport de 2011, consacre un chapitre à la formation des professionnels de santé et note que la pénurie de personnel, les difficultés d'organisation des absences et du remplacement des professionnels en formation limitent la formation continue. (1)

Lieu d'affichage des posters

Ce lieu a fait l'objet de nombreuses réflexions, souvent avant même leur affichage (et cela même dans les établissements où la formation n'a pas été réalisée finalement). Plusieurs lieux ont été envisagés: les salles de pause, les salles de soins, les vestiaires, les couloirs... En effet de part leur nombre (8) et leur taille (A1), il faut une surface importante pour les afficher tous au même endroit. Souvent les salles ne disposaient pas d'une surface murale suffisante (ou alors il y avait déjà énormément d'information affichée, notamment dans les salles de soins).

De plus, selon l'organisation de l'établissement (plusieurs secteurs avec des salles de soins indépendantes, secteurs dans des bâtiments différents, de même pour

les vestiaires...), il y avait très peu de lieux de passage communs à tous les soignants. Le cadre infirmier a jugé avec nous de l'endroit le plus approprié pour installer les posters.

Finalement, le lieu d'affichage des posters n'a pas convenu à la majorité des participants dans chaque EHPAD.

Une solution pour pallier ce problème est peut-être d'en discuter avec les équipes quelques temps avant pour décider au cas par cas d'un endroit approprié. Une autre serait de séparer les huit posters entre les différents secteurs de l'EHPAD et de pratiquer une rotation entre eux pour que toutes les équipes puissent, au final, les avoir tous vus dans le temps imparti.

Durée d'affichage des posters

La durée d'affichage des posters était trop courte pour la plupart des équipes. En effet le temps de travail (8h ou 12h) et le roulement des équipes soignantes est à prendre en considération. Comme la formation ne concernait qu'un petit nombre de soignants, selon leur temps de travail la semaine où les posters étaient affichés, ils n'avaient pas forcément accès aux posters toute la semaine. Beaucoup, notamment dans l'EHPAD 1 n'avait pas lu les posters avant l'atelier interactif. Or l'objectif du jeu de l'oie lors de cet atelier était de réactiver et de mettre en pratique les connaissances lues sur les posters.

Information des participants

L'objectif et le déroulé de la formation ont été décrits aux cadres infirmiers concernés lors de nos entretiens et par une fiche décrivant le projet (**annexe 14**), et ceux-ci ont fait le relais auprès des participants. L'importance de la

complémentarité des posters avec l'atelier n'a pas été comprise par certains participants, ce qui a modifié les enjeux de l'atelier.

D'autre part, les objectifs de la formation n'ont pas toujours été clairement compris, avec notamment des attentes sur la prise en charge palliative symptomatique ce qui n'était pas le sujet de cette formation.

Il s'agissait plutôt de découvrir et d'apprendre à utiliser les outils de l'évaluation gériatrique en vue de contribuer à l'évaluation d'un résident pour une éventuelle prise en charge en soins palliatifs.

L'importance de l'information en amont auprès des équipes aurait pu peut-être éviter certains malentendus et permettre de mettre l'accent sur la complémentarité des deux parties de la formation (posters puis atelier interactif).

Pour améliorer ce point, une réunion pourrait être organisée avant le début de la formation pour expliquer aux équipes le but final de cette formation et les moyens pour y parvenir. Les différents outils pédagogiques, leurs objectifs spécifiques et leur complémentarité pourraient être discutés afin que chaque soignant en comprenne les enjeux. Le cadre infirmier aurait pu être présent à cette réunion et être ensuite le garant de la bonne utilisation de ces outils. Cependant réunir tous les participants au même moment pourrait s'avérer difficile, plusieurs réunions seraient alors nécessaires. Il serait aussi possible de présenter les outils (posters et jeux de l'oie) au cadre infirmier voire à l'équipe avant la formation.

Dans le cadre d'une réalisation à plus grande échelle, l'information en amont nécessiterait l'implication du directeur et du médecin coordonnateur pour créer un projet d'établissement.

1.4. Les points positifs

Malgré ces difficultés d'organisation, la formation a pu être réalisée dans 2 EHPAD dans de bonnes conditions.

Dans chaque EHPAD contacté, notre proposition de formation a été bien accueillie, avec une réelle envie d'amélioration des pratiques et un besoin de formation du personnel notamment sur l'évaluation gériatrique ou sur les soins palliatifs.

L'organisation de l'atelier sur le lieu de travail est un plus pour augmenter l'accessibilité à cette formation.

La formation s'est déroulée dans les deux EHPAD entre 13h et 15h, ce qui correspond à la fin du temps de travail de l'équipe du matin et au début de celle de l'après-midi. Des personnes de l'équipe du matin comme de l'après midi ont pu se joindre à la séance de formation en augmentant peu leur temps de présence au travail. C'est un horaire qui a convenu à la majorité des participants.

D'ailleurs, dans l'EHPAD 5 où la formation a été proposée en dehors des heures de travail, nous n'avons eu qu'un seul volontaire.

Il existe le cas des établissements où les IDE travaillent en 12H ou en horaire coupé. L'horaire est donc à définir au cas par cas avec chaque équipe afin que la formation puisse concerner le plus de soignants possible.

La taille des groupes a été appréciée dans les 2 EHPAD, malgré des effectifs différents (5 et 10 participants). Cela nous permet d'envisager des formations ultérieures avec un nombre de participants entre 5 et 10.

La composition des deux groupes était différente avec, dans l'EHPAD 2, la présence d'un psychologue et un diététicien. Dans l'EHPAD 1, d'autres professionnels n'ont pas été souhaités, probablement pour être plus à l'aise et

participer de façon plus libre à l'atelier interactif. Dans l'EHPAD 2, la présence du psychologue et du diététicien n'a pas semblé perturber l'ambiance de l'atelier, peut-être parce qu'il s'agissait de professionnels faisant partie de l'équipe. Seul un participant de cet EHPAD a souhaité la présence d'autres professionnels dans le groupe comme un ergothérapeute ou un psychomotricien.

Les participants à la formation se sont bien impliqués, notamment dans l'atelier interactif, avec une ambiance conviviale et une participation de tous.

2. Critère “outils pédagogiques adéquats”

Selon les résultats des participants, notre formation est adaptée à un public d'adultes et pertinente pour la pratique des soignants en EHPAD, ce qui en fait un outil pédagogique adéquat, critère de faisabilité de notre travail.

Les posters étaient suffisamment attrayants et intéressants pour favoriser l'apprentissage en autonomie.

Le jeu de l'oie dont le caractère ludique, utile, et interactif a été relevé, complétait bien cet apprentissage.

La table ronde a été un temps d'échange et d'interactivité.

3. Les limites

Un état des lieux des besoins des personnels des EHPAD sur le sujet de notre formation n'a pas été effectué avant de la réaliser, cependant les EHPAD auxquels nous avons exposé notre projet ont exprimé un besoin réel de formation dans ce domaine. Les attentes des équipes vis-à-vis de cette formation n'ont pas non plus été recueillies, ce qui aurait pu nous permettre d'en adapter le contenu.

Une généralisation de nos résultats est difficile du fait de l'utilisation de la méthode du choix raisonné dans la sélection des EHPAD contactés, du petit nombre d'EHPAD où a eu lieu la formation et du nombre de participants "perdus de vue". Mais l'objectif était une expérimentation à petite échelle afin de confronter notre formation à la réalité du terrain avant une évaluation à plus grande échelle.

La sélection des participants à cette formation a été laissée à l'appréciation du cadre infirmier. Un participant volontaire ou à qui on impose une formation n'aura pas la même motivation et donc l'évaluera différemment. Nous n'avons pas cette information et cela aurait pu permettre d'interpréter les résultats différemment.

Le questionnaire n°3, distribué un mois après, permettait de réaliser une comparaison des connaissances "avant/après". Ne voulant pas surcharger la fin de séance interactive avec un long questionnaire sur l'appréciation de la formation, les questions sur ce sujet ont été incluses dans le questionnaire n°3. Le délai d'un mois est un risque d'oubli mais permet le recul nécessaire à l'évaluation.

Ce questionnaire a été réalisé en ligne car cette méthode semblait plus simple pour contacter l'ensemble du groupe à la même période, malgré leurs horaires et jours de travail différents. De plus cela leur permettait de donner leur avis de façon plus libre que lors d'un entretien téléphonique que nous aurions dirigé. Nous ne savons pas pourquoi nous avons autant de perdus de vue, hormis les deux adresses manquantes ou invalides. Peut-être l'utilisation de mails n'est pas aussi banalisée que ce que nous avons prévu, ou est-ce volontaire?

À noter que nous n'avons pas eu de financement spécifique pour réaliser ce travail ce qui a limité l'envergure du projet.

C. Impact de la formation

1. Les questions avant/après

Nous avons décidé d'avoir un aperçu de l'impact de la formation, même si ce n'était pas l'objectif principal de ce travail, en posant des questions sur les sujets que nous avons jugés les plus importants à connaître pour des soignants en EHPAD. Il s'agit donc d'une évaluation de l'impact à l'échelle individuelle et non d'une évaluation de l'évolution des pratiques au sein de l'EHPAD.

L'évaluation de la douleur et le repérage de la dénutrition par le suivi du poids paraissent acquis par les équipes.

La question sur les symptômes d'inconfort à prendre en charge en soins palliatifs a reçu de la part des équipes des réponses différentes de celles que nous attendions. Les soignants ont cité les situations et les soins de leur pratique quotidienne (soins de bouche, soins d'escarre...) qui sont importants chez une personne en soins palliatifs mais qui sont plus une prise en charge de symptômes d'inconfort que des symptômes eux-mêmes. Dans le questionnaire n°3 ("à distance"), le nombre de ce type de réponse était nettement réduit (**annexe 15**).

Les résultats sur les échelles de la douleur et les symptômes d'inconfort esquissent une amélioration des connaissances après la formation, cependant le manque de puissance de cette étude ne permet pas de conclure. Ceci est en faveur de la réalisation d'une étude d'impact à plus grande échelle.

2. Utilisation des échelles d'évaluation

Les soignants utilisaient déjà les échelles de la douleur pour la plupart. Nous les avons interrogés à distance sur les échelles qu'ils envisageaient d'utiliser à l'avenir et non sur la réalité de leur pratique car le délai entre la formation et la question ne semblait pas suffisant pour en avoir eu l'occasion.

Pour leur pratique future, chaque échelle a au moins été citée une fois. Cependant, les réponses sont variables d'un soignant à l'autre, chacun citant probablement celles avec lesquelles il se sent le plus à l'aise ou dont il estime avoir besoin sur le moment. Cela suggère que par le travail en équipe chaque échelle peut avoir sa place pour l'évaluation des résidents en EHPAD, à condition qu'elle soit adaptée au patient évalué et que ce soit toujours la même qui soit utilisée pendant une période donnée (possibilité de changer d'échelle en cas de changement clinique majeur : troubles de conscience ou aphasie par exemple).

3. Les 3 messages clés

En réalisant cette formation, nous souhaitons véhiculer les concepts suivants concernant l'évaluation d'un résident en EHPAD pour favoriser la participation des soignants aux réunions de décision de prise en charge palliative:

- Une prise en charge en soins palliatifs nécessite une évaluation des symptômes d'inconfort et de pronostic par des outils objectifs qui permettent un suivi au sein de l'équipe (malgré le changement d'observateur) et une transmission fiable des informations.
- Une prise en charge en soins palliatifs est une prise en charge globale. Il est important de connaître les symptômes d'inconfort afin de les dépister et de les prendre en charge de façon plus adaptée.

- Une prise en charge en soins palliatifs est une prise en charge pluridisciplinaire, toute l'équipe soignante doit être impliquée et a un rôle à jouer.

Les réponses "en fin de séance" et "à distance" correspondent aux trois messages clés que nous souhaitions faire passer. En fin de séance certains participants ont aussi noté comme messages clés les nouvelles connaissances qu'ils venaient d'acquérir ou des opinions sur la formation. Mais sur le questionnaire "à distance" de la formation, ces informations ont disparu pour laisser place aux concepts d'évaluation, de prise en charge globale et de pluridisciplinarité. On peut penser que les messages fondamentaux sont restés.

4. Objectif de la formation

L'objectif de cette formation était que tous les soignants se sentent capables de participer à une réunion d'équipe concernant la décision de prise en charge en soins palliatifs d'un résident. Cet objectif est atteint par tous les participants ayant répondu au questionnaire n°3 alors que pour une majorité d'entre eux ce n'était pas le cas avant. Ceci est à nuancer par l'absence de réponse de 5 personnes.

5. Les limites

La formation a été testée et évaluée par un petit nombre de participants car l'objectif était principalement d'en étudier la faisabilité. Il nous a paru intéressant d'avoir un aperçu de l'impact sur les connaissances individuelles. La formation ne

portait que sur un groupe de soignants par EHPAD ce qui ne permettait pas une évaluation de l'évolution des pratiques au sein de l'EHPAD.

Ce petit nombre de participants limite l'interprétation des résultats, d'autant plus qu'il y a un nombre conséquent de perdus de vue.

Un participant a très bien répondu aux questions sur le questionnaire n°1 ("avant") et bien qu'ayant répondu au questionnaire n°3 ("à distance"), il n'a pas donné de réponses aux mêmes questions répétées dans celui-ci. En fait, il n'a répondu à aucune question ouverte de ce questionnaire, sans que nous sachions s'il s'agit d'une action volontaire ou d'un problème technique. Nous avons donc fait une analyse des réponses aux questions avant/après sans sa contribution.

D. Pistes d'amélioration du projet

1. Amélioration de la formation DéPaR

Au vu des résultats, une réunion d'information avant ou au moment de la pose des posters semble indispensable pour promouvoir le concept de la formation et pour optimiser l'utilisation des outils pédagogiques. Ce moment peut être aussi l'occasion d'évaluer les connaissances déjà acquises de l'équipe afin d'adapter ensuite l'atelier interactif et notamment les questions et mises en situation du jeu de l'oie.

Afin d'améliorer l'accès aux posters, on peut proposer, notamment dans l'hypothèse de former tout le personnel soignant d'un EHPAD, de laisser les posters en place plusieurs semaines ou mois et de pratiquer une rotation de ceux ci dans les différents lieux adaptés à chacune des équipes.

Laissé à disposition dans l'EHPAD, le jeu de l'oie peut permettre d'entretenir les connaissances.

Lors de la table ronde, on peut se baser sur des situations apportées par les soignants pour alimenter la discussion.

2. Pistes pédagogiques

Pour optimiser l'adhésion à la formation, favoriser l'apprentissage et être au plus près des besoins de l'équipe soignante, un " brainstorm " en équipe peut être une technique pédagogique intéressante. Cela peut permettre par exemple de faire construire les posters par l'équipe mais cela nécessite plus de temps et d'implication aussi bien de l'équipe soignante que des dirigeants de l'établissement pour un vrai projet de service.

Pour améliorer la collaboration entre les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) et les EHPAD, le développement de formations par les EMSP est une piste relevée par l'ONFV (1), on pourrait donc envisager la présence de membres de l'EMSP du secteur à la table ronde pour enrichir la discussion.

3. Devenir de la formation DéPaR

Avec quelques ajustements, la formation pourrait être réalisée à plus grande échelle tout en tenant compte des contraintes organisationnelles des établissements. Une étude d'impact serait alors nécessaire pour évaluer non seulement son efficacité sur les connaissances des soignants au niveau individuel mais également sur les pratiques au niveau de l'équipe au sein des EHPAD.

Conclusion

Accompagner au mieux le résident dans sa fin de vie est un enjeu majeur dans les EHPAD, pour les équipes comme pour les résidents et leur entourage. La décision de prise en charge palliative dépasse le cadre restrictif de la cancérologie et s'applique aussi dans le cas des insuffisances d'organe au stade terminal, des pathologies neurologiques dégénératives ou vasculaires voire des états polyopathologiques. La décision de soins palliatifs est alors plus difficile à prendre devant le caractère unique de chaque patient et de son évolution difficilement prévisible. En EHPAD, une évaluation adéquate des patients pour décider puis adapter la prise en charge aux besoins et aux souhaits des résidents lors de discussions pluridisciplinaires est donc primordiale. La formation des équipes dans ce domaine est nécessaire pour améliorer et faciliter ce type de prise en charge.

L'objectif de ce travail a été de créer une formation pour répondre à ce besoin et de la mettre en pratique pour en évaluer la faisabilité et avoir un aperçu de son impact.

Cette formation, intitulée DÉPaR, s'est basée sur le travail du Dr Banchet, tout en prenant en compte les contraintes propres à la formation continue dans ces établissements. Elle a proposé un outil d'évaluation comprenant des critères cliniques et éthiques, inspiré des dix questions du Dr Sebag-Lanoë et des échelles d'évaluation validées en gériatrie. Une première partie, composée de posters attrayants et synthétiques pour un apprentissage en autonomie, a présenté les

symptômes d'inconfort et les critères pronostiques et leurs échelles d'évaluation. La seconde partie, que nous avons animée, a réuni des soignants en petits groupes pour un atelier interactif, basé sur un jeu de l'oie puis une table ronde. Il a permis, de façon ludique et conviviale, de revoir et mettre en pratique les notions apprises par des questions et des mises en situations et également d'échanger et de discuter sur le sujet. L'objectif de ce type d'ateliers était de favoriser la participation des soignants à l'évaluation d'un résident en réunion d'équipe concernant la décision de prise en charge palliative.

Son expérimentation a montré la difficulté pour organiser une formation dans les EHPAD et pour libérer du temps de formation pour leur personnel. Dans les deux EHPAD volontaires où elle a pu être réalisée, les participants l'ont trouvée intéressante, ludique et utile mais elle peut être améliorée notamment sur l'information en amont de la formation ainsi que sur le lieu et la durée d'affichage des posters. L'impact a été difficilement évaluable sur ce petit nombre de participants.

Après correction des écueils, ce travail pourra être suivi d'une étude à plus grande échelle pour évaluer l'impact réel de cette formation sur les pratiques individuelles et celles de l'EHPAD.

Bibliographie

1. Fin de vie : un premier état des lieux [Internet]. Observatoire National de la Fin de Vie; 2011 [cité 11 sept 2015]. Disponible sur: http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/10/Rapport_ONFV_2011.pdf
2. Sebag Lanoe R, Trivalle C. Du curatif au palliatif : les 10 questions pour prendre une décision. [Internet]. [cité 3 mars 2015]. Disponible sur: <http://gerontoprevention.free.fr/articles/10questions.pdf>
3. Banchet C. 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 [Internet]. 2011 [cité 27 févr 2015]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00655962/>
4. Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés [Internet]. ANAES; 2003 sept [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_recos_2006_09_25__14_20_46_375.pdf
5. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci. juin 2001;56(6):M366- 72.
6. Blin P, Ferry M, Maubourguet-Aké N, Vétel J-M. Prévalence de la dénutrition protéino-énergétique en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). 2011/03. 2011;127- 34.
7. King D, Firth JD, Nicholl CG. Gériatrie chap 2.11 Nutrition. In: Gériatrie et soins palliatifs. Bruxelles: De Boeck; 2009. p. 118- 21.
8. Basdekis JC, De Fanceschi J, Bernardini D, Zucchelli P. L'alimentation des personnes âgées et la prévention de la dénutrition. Paris: Editions Estem; 2004.
9. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. The Gerontologist. 1970;10(1):20- 30.
10. Chiffres clés 2011 du secteur médico-social - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.fhf.fr/Presse-Communication/Supports-de-communication-FHF/Chiffres-cles-2011-du-secteur-medico-social>
11. Chapitre 8 Autonomie et dépendance [Internet]. corpus de gériatrie. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/08_dependance.pdf

12. ANXIÉTÉ : Définition de ANXIÉTÉ [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/anxi%C3%A9t%C3%A9>
13. Dutheil N, Scheidegger S. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement [Internet]. DREES; 2006 juin [cité 23 sept 2015]. Report No.: 494. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er494.pdf>
14. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 8 oct 1988;297(6653):897- 9.
15. Belmin J. Gériatrie pour le praticien. Issy-les-Moulineaux: Elsevier/Masson; 2009.
16. Cole MG. Delirium in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. févr 2004;12(1):7- 21.
17. Bruera E, Miller L, McCallion J, Macmillan K, Krefting L, Hanson J. Cognitive failure in patients with terminal cancer: a prospective study. *J Pain Symptom Manage*. mai 1992;7(4):192- 5.
18. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA. Clarifying Confusion: The confusion Assessment Method. *Annals of Internal Medicine*. 15 déc 1990;113(12):941- 8.
19. Clement J, Leger J. Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé. In: *Les dépressions du sujet âgé*. Paris; 1996. p. 19- 30.
20. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983 1982;17(1):37- 49.
21. Lefèvre-Chapiro S, Trivalle C, Legrain S, Feteanu D, Sebag-Lanoé R. Particularités de la douleur et de sa prise en charge chez les personnes âgées. *Presse Médicale*. 19 févr 2000;29(6):333- 9.
22. Rat P, Jouve E, Pickering G, Donnarel L, Nguyen L, Michel M, et al. Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus. *Eur J Pain Lond Engl*. févr 2011;15(2):198.e1- 198.e10.
23. Wary B, Serbouti S, collectif DOLOPLUS. DOLOPLUS 2. Validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Douleurs*. janv 2001;(2).
24. Cummings J, Robert P. Inventaire neuropsychiatrique - NPI [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/npi.pdf>
25. Thérapies non médicamenteuses dans la PEC des troubles du comportement [Internet]. 2012 janv [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012->

02/1.6_alternatives_non_medicamenteuses_-
_aide_memoire_ami_alzheimer.pdf

26. Observatoire des EHPAD [Internet]. KPMG; 2014 avr [cité 22 juill 2015].
Disponible sur:
<https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

Formation **DéPaR**

Formation des soignants pour favoriser leur participation à la **D**écision de prise en charge **P**alliative des **R**ésidents en EHPAD
Réalisation et évaluation de sa faisabilité

Introduction

L'objectif de ce travail a été de créer une formation qui favorise la participation des soignants à la décision en équipe d'une prise en charge palliative pour un résident en EHPAD et de la mettre en pratique pour en évaluer la faisabilité et avoir un aperçu de son impact.

Matériel & Méthode

La formation, basée sur le projet du Dr Banchet, a été adaptée aux contraintes pratiques. Elle a été élaborée avec des objectifs d'apprentissage précis et des outils pédagogiques utilisables par des formateurs non professionnels. Elle a été proposée à quatre EHPAD, sélectionnés selon la méthode du choix raisonné. Sa faisabilité et son impact ont ensuite été évalués par trois questionnaires.

Résultats

La formation, intitulée DéPaR comportait huit posters décrivant les symptômes d'inconfort et les critères pronostiques et leur échelle d'évaluation, ainsi qu'un cas clinique. Ils étaient affichés pendant une semaine dans l'établissement. Ensuite des soignants en petit groupe participaient à un atelier interactif composé d'un jeu de l'oie et d'une table ronde.

Elle a pu être réalisée dans deux EHPAD entre mai et juin 2015.

Le principal problème a été l'accessibilité aux posters, par la difficulté de trouver un endroit adéquat, et une durée d'affichage trop courte.

Le caractère ludique et interactif des outils pédagogiques a été globalement apprécié.

L'impact a été difficilement évaluable sur ce petit nombre de participant.

Conclusion

Après correction des écueils, ce travail pourra être suivi d'une étude à plus grande échelle pour évaluer l'impact réel de cette formation sur les pratiques individuelles et celles de l'EHPAD.

Mots clés

Formation

Soignants

Décision

Soins palliatifs

EHPAD

Évaluation gériatrique

DePaR(ture)

Taking part in the **D**ecision of **P**alliative care of nursing home **R**esidents:

A training program for caregivers

Carrying out the program and evaluating its feasibility

Aim

The objective was to create a training program for caregivers to help them participate in a multidisciplinary team meeting about the palliative care for a nursing home resident. It was also to carry out the program in nursing homes, to assess its feasibility and its impact.

Methods:

The program based on Dr Banchet's project was adjusted to practical constraints. It was developed with precise learning objectives and teaching tools that can be used by non professional trainers. It was submitted to four nursing homes selected by the rational choice method. Three questionnaires estimated its feasibility and its impact.

Results:

Eight posters composed the first part of this program named DePaR(ture). Each one described a discomfort symptom or prognostic criteria and their evaluation scale with a clinical case.

They were hung for a week in the nursing home. In the second part caregivers in small groups took part in an interactive workshop consisting of a specially made board game and a round-table meeting.

The program took place between May and June 2015.

The main issue was for the teams to access the posters because they could not be hung in a place shared by all the caregivers. They were not displayed long enough.

The teams appreciated that the program was entertaining and interactive.

Because of a limited number of participants the impact was difficult to assess.

Conclusions:

After a few improvements, this program could be carried out on a larger scale in order to assess its real impact on caregivers and nursing homes practices.

Key words

Training program

Decision

Caregivers

Nursing home

Geriatric Assessment

Palliative care

THESE SOUTENUE PAR : MAGALI CONIL et MARIE MATHILDE DUMAS

TITRE :

Formation **DéPaR**

Formation des soignants pour favoriser leur participation à la **D**écision de prise
en charge **P**alliative des **R**ésidents en EHPAD
Réalisation et évaluation de sa faisabilité

CONCLUSION

Accompagner au mieux le résident dans sa fin de vie est un enjeu majeur dans les EHPAD, pour les équipes comme pour les résidents et leur entourage. La décision de prise en charge palliative dépasse le cadre restrictif de la cancérologie et s'applique aussi dans le cas des insuffisances d'organe au stade terminal, des pathologies neurologiques dégénératives ou vasculaires voire des états polyopathologiques. La décision de soins palliatifs est alors plus difficile à prendre devant le caractère unique de chaque patient et de son évolution difficilement prévisible. En EHPAD, une évaluation adéquate des patients pour décider puis adapter la prise en charge aux besoins et aux souhaits des résidents lors de discussions pluridisciplinaires est donc primordiale. La formation des équipes dans ce domaine est nécessaire pour améliorer et faciliter ce type de prise en charge.

L'objectif de ce travail a été de créer une formation pour répondre à ce besoin et de la mettre en pratique pour en évaluer la faisabilité et avoir un aperçu de son impact.

Cette formation, intitulée DéPaR, s'est basée sur le travail du Dr Banchet, tout en prenant en compte les contraintes propres à la formation continue dans ces établissements. Elle a proposé un outil d'évaluation comprenant des critères cliniques et éthiques, inspiré des dix questions du Dr Sebag-Lanoë et des échelles d'évaluation validées en gériatrie. Une première partie, composée de posters attrayants et synthétiques pour un apprentissage en autonomie, a présenté les symptômes d'inconfort et les critères pronostiques et leurs échelles d'évaluation. La seconde partie, que nous avons animée, a réuni des soignants en petits groupes pour un atelier interactif, basé sur un jeu de l'oie puis une table ronde. Il a permis, de façon ludique et conviviale, de revoir et mettre en pratique les notions apprises par des questions et des mises en situations et également d'échanger et de discuter sur le sujet. L'objectif de ce type d'ateliers était de favoriser la participation des soignants à l'évaluation d'un résident en réunion d'équipe concernant la décision de prise en charge palliative.

Son expérimentation a montré la difficulté pour organiser une formation dans les EHPAD et pour libérer du temps de formation pour leur personnel. Dans les deux EHPAD volontaires où elle a pu être réalisée, les participants l'ont trouvée

intéressante, ludique et utile mais elle peut être améliorée notamment sur l'information en amont de la formation ainsi que sur le lieu et la durée d'affichage des posters. L'impact a été difficilement évaluable sur ce petit nombre de participants.

Après correction des écueils, ce travail pourra être suivi d'une étude à plus grande échelle pour évaluer l'impact réel de cette formation sur les pratiques individuelles et celles de l'EHPAD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le

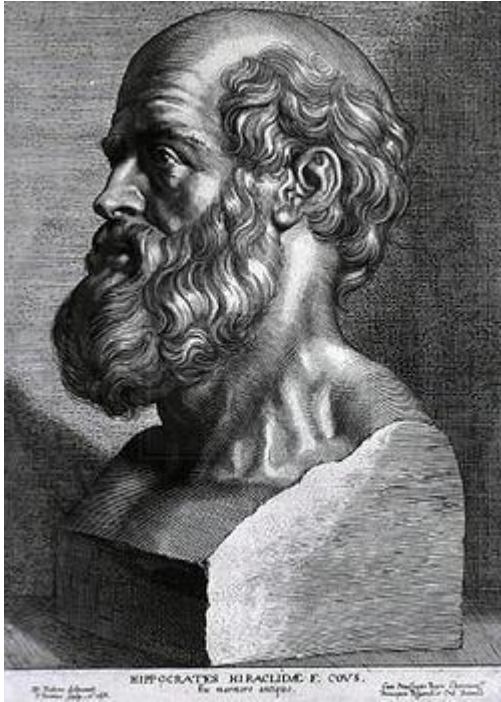
LE DOYEN



LE PRESIDENT DE LA THESE

A handwritten signature in blue ink, which appears to be "P. Couturier", written over a horizontal line.

PROFESSEUR P. COUTURIER



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.

Annexe 1 : les 10 questions

GRILLE DE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE RENEE SEBAG LANOE « SOIGNER LE GRAND AGE » ED DESCLEE DE BROUWER. PARIS 1992

Quelle est la maladie principale de ce patient ?

Quel est son degré d'évolution ?

Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?

Est-il facilement curable ou non ?

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

Que dit le malade s'il peut le faire ?

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

Quelle est la qualité de son confort actuel ?

Qu'en pense la famille ? (Tenir compte de...)

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

Annexe 2 : Questionnaire EHPAD

Bonjour, nous vous remercions d'accueillir notre formation.

Afin de faciliter l'analyse de nos données, pourriez-vous répondre à ces quelques questions concernant votre établissement ? Merci de votre coopération.

Marie-Mathilde Dumas et Magali Conil

- Nom de l'EHPAD :
- Ville :
- Nombre de résidents :
- Existe-t-il une Unité Psycho Gériatrique ? oui ☐ non ☐
 un Cantou ? oui ☐ non ☐
- Concernant le personnel travaillant dans l'établissement, quel est le nombre de :
 - Infirmier(e)s ?
 - Aide-soignant(e)s ?
 - Agents de soin ?
 - Psychologue(s) ?
 - Diététicienne(s) ?
 - Autre(s) intervenant(s) ?
- Combien de médecins généralistes/traitants interviennent dans votre établissement?

- Quel est le temps médical du médecin coordonnateur ?

- Concernant les réunions de synthèse/concertation au sujet des résidents, sont elles:
 - Systématiques ? oui ☐ non ☐
 Si oui, à quelle fréquence ? hebdomadaire ? ☐ mensuelle ? ☐ autre ? ☐
 - A la demande ? oui ☐ non ☐

Annexe 3: Questionnaire n°1 « avant »

Formation DéPaR

Merci d'avoir accepté de participer à la formation DéPaR (*formation à la participation à la Décision de soins Palliatifs pour les Résidents en EHPAD*) que nous réalisons dans le cadre de notre thèse de médecine générale. Cette formation se compose de deux parties, un labyrinthe de posters pour un apprentissage en autonomie, et un atelier interactif.

Ces quelques questions sont destinées à mieux vous connaître.

Votre avis nous est nécessaire pour évaluer et adapter au mieux cette formation pour qu'elle vous soit utile dans votre pratique quotidienne, c'est pourquoi nous vous demanderons de remplir un questionnaire rapide (moins de 5 minutes) à l'issue de l'atelier et un deuxième questionnaire vous sera envoyé par mail afin de recueillir votre avis à distance de cette formation (durée estimée de remplissage de 5 à 10 minutes).

Les premières lettres de votre nom sont utiles pour éviter les doublons.

Marie-Mathilde Dumas et Magali Conil

NOM (3 premières lettres)

PRENOM (initiale)

Adresse mail :

Âge : ans

Vous êtes un homme ☐

une femme ☐

Profession infirmier(e) ☐

aide-soignant(e) ☐

autre ☐ (précisez :)

A propos de vous et votre établissement

- Depuis combien de temps exercez-vous ?

moins de trois ans ☐

entre trois et dix ans ☐

plus de dix ans ☐

- Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?

moins de trois ans ☐

entre trois et dix ans ☐

plus de dix ans ☐

- Avez-vous déjà participé à une formation sur l'évaluation gériatrique ou sur la prise en charge en soins palliatifs des résidents ? oui ☐ non ☐

Si oui, de quel type ?

☐ Formation universitaire (ex : DU)

☐ Formation interne avec un intervenant

☐ Formation interne type auto-formation (ex : en ligne, papier...)

- Avez-vous déjà participé à une réunion d'équipe concernant l'instauration d'une prise en charge palliative d'un résident ? oui ☐ non ☐

- Avez-vous déjà travaillé en coordination avec une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?

oui ☐ non ☐

Si oui :

dans cette EHPAD ?

oui ☐ non ☐

dans un autre établissement ?

oui ☐ non ☐

durant vos études ?

oui ☐ non ☐

▪ Dans votre établissement, identifiez-vous la personne de confiance pour chaque résident ?
oui ☐ non ☐

▪ Dans votre établissement, la question des directives anticipées est-elle abordée avec les résidents ou leurs familles ? oui ☐ non ☐

▪ **Quels sont les symptômes à prendre en charge en soins palliatifs ?**

(Citez minimum 3 symptômes)

.....
.....
.....

▪ **Quelles échelles de la douleur connaissez-vous actuellement ?**

.....
.....
.....

▪ **Comment repérez-vous la dénutrition d'un patient ?**

.....
.....
.....

Annexe 4 : Questionnaire n°2 « fin de séance »

Formation DéPaR

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION

NOM (3 premières lettres)

PRENOM (Initiale)

Adresse mail pour vous envoyer le 2ème questionnaire :

1. Que pensez-vous des posters ?

Ludiques

Pas du tout ludiques ☐ assez ludiques ☐ ludiques ☐ très ludiques ☐

Intéressants

Pas du tout intéressants ☐ assez intéressants ☐ intéressants ☐ très intéressants ☐

Utiles pour ma pratique

Pas du tout utiles ☐ assez utiles ☐ utiles ☐ très utiles ☐

2. Que pensez-vous de l'atelier interactif ?

Ludique

Pas du tout ludique ☐ assez ludique ☐ ludique ☐ très ludique ☐

Intéressant

Pas du tout intéressant ☐ assez intéressant ☐ intéressant ☐ très intéressant ☐

Utile pour ma pratique

Pas du tout utile ☐ assez utile ☐ utile ☐ très utile ☐

3. Que pensez-vous de la durée de l'atelier interactif ?

trop longue ☐ trop courte ☐ correcte ☐

4. Diriez-vous que l'association des deux (posters + atelier interactif) est un plus par rapport aux posters seuls ?

oui ☐ non ☐

Pour quelles raisons ?

.....

.....

.....

5. Quel est votre degré de satisfaction par rapport à cette formation ?

Pas satisfait ☐ peu satisfait ☐ satisfait ☐ très satisfait ☐

Pour quelles raisons ?

.....

.....

.....

6. Quels sont les points positifs pour vous de cette formation ?

.....

.....

.....

7. Quels sont les points à améliorer de cette formation ?

.....

.....

.....

8. Que reprenez-vous « à chaud » de cette formation : citez trois messages clés :

.....

.....

.....

Annexe 5 : Questionnaire n°3 « à distance »

Questionnaire n°3

La durée de remplissage est estimée à moins de 10 min.

Merci encore de votre implication dans le projet !
Bonne continuation !

Magali Conil et Marie-Mathilde Dumas

Nom (3 premières lettres)*

Prénom (initiale)*

1. L'organisation de la formation

Préférez-vous que la formation ait lieu sur votre lieu de travail ?*

- ☐ oui
- ☐ non

L'horaire vous a-t-il convenu ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non qu'auriez-vous préféré?

- ☐ Pendant les horaires de travail
- ☐ Juste avant ou juste après
- ☐ En dehors des horaires de travail
- ☐ Autre :

Qu'avez-vous pensé de la taille du groupe?*

- ☐ trop grande
- ☐ correcte
- ☐ trop petite

Auriez-vous apprécié la présence d'autres professionnels dans le groupe ? *

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui, lesquels?

Comment avez-vous été informé de cette formation? *

- ☐ cadre IDE
- ☐ médecin coordonnateur
- ☐ directeur
- ☐ collègue
- ☐ réunion
- ☐ affiche
- ☐ Autre :

2. Les posters

Le lieu d'installation vous a-t-il convenu ?*

- ☐ oui
- ☐ non

Si non qu'auriez-vous préféré ?

- ☐ couloir
- ☐ vestiaire
- ☐ salle de repas du personnel/salle de pause
- ☐ Autre :

Qu'avez-vous pensé de leur taille?*

- ☐ trop grande
- ☐ correcte
- ☐ trop petite

Les posters*

	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	plutôt pas d'accord	pas d'accord
comme moyen de formation (je me forme seul(e)) me conviennent	☐	☐	☐	☐
sont clairs et faciles à comprendre	☐	☐	☐	☐
les informations sont utiles par rapport à ma pratique	☐	☐	☐	☐
sont ludiques	☐	☐	☐	☐
sont attrayants	☐	☐	☐	☐
ont été mis à disposition suffisamment longtemps	☐	☐	☐	☐

3. Le jeu de l'oie**Les questions étaient ***

- ☐ difficiles
- ☐ adaptées
- ☐ faciles

Les mises en situation étaient*

- ☐ réalistes
- ☐ utiles
- ☐ trop courtes
- ☐ trop longues

Le jeu de l'oie*

	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	plutôt pas d'accord	pas d'accord
L'apprentissage par jeu m'a plu	☐	☐	☐	☐
L'ambiance était conviviale	☐	☐	☐	☐
Le plateau de jeu était attrayant	☐	☐	☐	☐
Le jeu de l'oie m'a été utile pour apprendre de façon concrète	☐	☐	☐	☐

4. La table ronde

Pensez-vous que ce temps d'échange est utile? *

- ☐ oui
- ☐ non

Pourquoi ?

Comment avez-vous trouvé la durée ? *

- ☐ trop longue
- ☐ correcte
- ☐ trop courte

Avez-vous obtenu des réponses à vos questions ? *

- ☐ oui
- ☐ non

Si non, pourquoi ?

- ☐ je n'ai pas osé
- ☐ je n'ai pas eu le temps de poser des questions
- ☐ je n'ai pas eu de réponse des intervenants

5. La formation globale

Avez-vous trouvé que les posters et la session en groupe étaient complémentaires ?*

- ☐ oui
- ☐ non

Pensez-vous que le délai entre les deux était suffisant ?*

- ☐ oui
- ☐ non

Qu'avez vous pensé de la pertinence des sujets par rapport à votre activité quotidienne ?*

- ☐ satisfaisante
- ☐ plutôt satisfaisante
- ☐ peu satisfaisante
- ☐ pas du tout satisfaisante

Connaissiez-vous certaines des échelles d'évaluation avant la formation ? *

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui, lesquelles ?

Les utilisiez-vous avant la formation ? *

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui, lesquelles?

Quelles échelles envisagez-vous d'utiliser dans votre pratique à l'avenir ?

Vous sentez-vous capable de participer à une réunion pluridisciplinaire concernant un résident en vue de l'instauration de soins palliatifs ? *

- ☐ oui, mais je m'en sentais capable avant
- ☐ oui, je m'en sens plus capable qu'avant
- ☐ non, je ne m'en sens pas encore capable
- ☐ non, je ne m'en sens pas capable

De quel sujet non abordé auriez-vous aimé discuter ? *

- ☐ prise en charge pratique d'un ou plusieurs symptômes
- ☐ questions éthiques
- ☐ aspect légal
- ☐ aucun
- ☐ Autre :

6. Les intervenants

Auriez-vous préféré leur présence pendant la durée d'exposition des posters ? *

- ☐ oui
- ☐ non

Pour quelles raisons ?

Ont-ils su gérer la dynamique de groupe ? *

- ☐ oui
- ☐ non

Ont-ils su répondre à vos questions ? *

- ☐ oui
- ☐ non

Et pour finir

Aujourd'hui quels sont les trois messages-clés concrets et utiles pour votre pratique quotidienne que vous retenir de cette formation ? *

Quels sont les symptômes à prendre en charge en soins palliatifs ? *

Citez minimum 3 symptômes

Quelles échelles de la douleur connaissez-vous actuellement ? *

Comment repérez-vous la dénutrition d'un patient ? *

Votre réponse a été enregistrée.

Merci de votre participation à notre thèse de médecine générale !

Envoyer le formulaire

Annexe 6 : Les 8 posters

Avant de commencer ...

Bonjour je suis Géri ! Bienvenue dans ce labyrinthe de posters. Je suis ici pour vous guider dans votre parcours.



En EHPAD, de nombreux patients peuvent être pris en charge en soins palliatifs. La décision de cette prise en charge est complexe, adaptée au patient et à sa situation, c'est pourquoi il s'agit d'une décision médicale prise en équipe. Tous les soignants sont donc concernés. Cette formation a pour but de vous permettre de participer au mieux à ces décisions.

Les 10 questions du Dr Sebag-Lanoë aident à guider la réflexion dans ces situations difficiles.

- 1) Quelle est la maladie principale de ce patient?
- 2) Quel est son **degré d'évolution**?
- 3) Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté?
- 4) Est-il facilement curable ou non?
- 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**, s'il peut le faire?
- 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?

Critères pronostiques

Dénutrition
Dépendance

Symptômes d'inconfort

Anxiété
Confusion
Dépression
Douleur
Troubles du comportement

Il y a 7 posters à votre disposition, chacun d'eux porte sur un symptôme d'inconfort ou un facteur pronostic important pour l'évaluation globale d'un patient en vue de discuter collectivement de soins palliatifs.

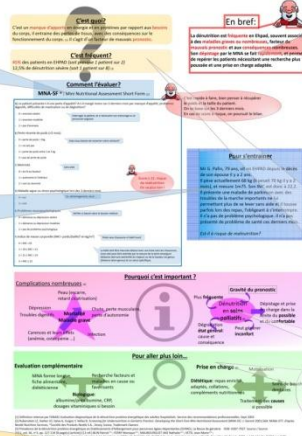


Ils sont tous présentés de la même façon:

Chaque poster présente l'échelle d'évaluation choisie, avec des conseils pour sa mise en œuvre

Un cas clinique vous est proposé pour vous permettre d'utiliser l'échelle. Une échelle de poche vous est proposée, servez-vous et gardez-la.

Si vous avez peu de temps, vous trouverez un résumé des notions importantes dans le cadre « En bref ». N'oubliez pas de vous entraîner sur le cas clinique!



Des informations complémentaires sont situées dans les différents cadres (définition, fréquence, complications, lien avec soins palliatifs, évaluation complémentaire, prise en charge).

Retrouvez-moi dans votre premier poster!



Puis venez jouer avec moi et tester ces connaissances lors d'un atelier interactif !

La dénutrition

C'est quoi?

C'est un **manque d'apports** en énergie et en protéines par rapport aux **besoins** du corps, il entraîne des pertes de tissus, avec des conséquences sur le fonctionnement du corps. (1) Il s'agit d'un facteur de mauvais **pronostic**.

C'est fréquent?

45% des patients en EHPAD (soit **presque 1 patient sur 2**)
12,5% de dénutrition sévère (soit **1 patient sur 8**) (3)

En bref:

La dénutrition est souvent associée à des **maladies graves ou nombreuses**, facteur de **mauvais pronostic** et aux **conséquences nombreuses**. La **perte de poids** est l'élément important pour le repérage, son **dépistage** par le MNA se fait **rapidement**, et permet de repérer les patients nécessitant une recherche plus poussée et une prise en charge adaptée.

Comment l'évaluer?

MNA-SF® : Mini Nutritional Assessment Short Form (2)

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

Interroger le patient, et si nécessaire son entourage ou le personnel soignant

B) Perte récente de poids (<3 mois)

- 0 = perte de poids > 3kg
- 1 = ne sait pas
- 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
- 3 = pas de perte de poids

Avez-vous besoin de resserrer votre ceinture?

C) Motricité

- 0 = du lit au fauteuil
- 1 = autonome à l'intérieur
- 2 = sort du domicile

Sans aide

D) Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois

- 0 = oui
- 2 = non

Ex: déménagement, deuil...

E) Problèmes neuropsychologiques

- 0 = démence ou dépression sévère
- 1 = démence ou dépression modérée
- 2 = pas de problème psychologique

Vérifier si besoin dans le dossier médical

F) Indice de masse corporelle (IMC= poids/(taille)² en kg/m²)

- 0 = IMC < 19
- 1 = 19 ≤ IMC < 21
- 2 = 21 ≤ IMC < 23
- 3 = IMC ≥ 23

Poids sans chaussure ni habit lourd

L'IMC peut être remplacé par la mesure de la **circonférence du mollet (CM)** en cm:
0=CM < 31cm
3=CM ≥ 31cm



Score ≤ 11: risque de malnutrition
On va plus loin !

C'est **rapide** à faire, bien peser et mesurer le patient.
On se base sur les **3 derniers mois**.
En cas de score à risque, on poursuit le bilan.

Pour s'entraîner

Mr G. Pafin, 79 ans, vit en EHPAD depuis le décès de son épouse il y a 2 ans.
Il pèse actuellement 68 kg (il pesait 70 kg il y a 2 mois), et mesure 1m75. Son IMC est donc à 22,2.
Il présente une maladie de Parkinson avec des troubles de la marche importants ne lui permettant plus de se lever sans aide et il tousse parfois lors des repas, l'obligeant à s'interrompre. Il n'a pas de problème psychologique. Il n'a pas présenté de problème de santé ces derniers mois.

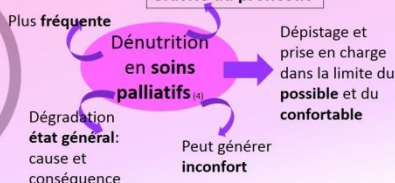
Est-il à risque de malnutrition?

Pourquoi c'est important ?

Complications nombreuses (4)



Gravité du pronostic



Evaluation complémentaire

MNA forme longue, fiche alimentaire, diététicienne
Recherche facteurs et maladies en cause ou favorisants
Biologique:
albumine/préalbumine, CRP, dosages vitaminiques si besoin

Pour aller plus loin...

Prise en charge (5)



(1) Définition retenue par l'ANAES Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. Service des recommandations professionnelles, Sept 2003

(2) Rubenstein LZ, Harris JO, Saha A, Guigo Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377. d'après Nestlé Nutrition Services, "Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Suisse. Trademark Owners

(3) Bula Patrick, TISSOT Monique, MAURICOURT Ari Nabila, VITTE Jean-Marie. Prévalence de la dénutrition protéino-énergétique et l'alimentation d'accompagnement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La Revue de gériatrie 2013;vol. 36 n°3:117-14.

(4) KING D, FIRTH J D, NICHOLL C G, et al. Gériatrie, chapitre 2.11: Nutrition, in FIRTH J D, NICHOLL C G, RUGG G N, et al. Gériatrie et soins palliatifs, Bruxelles De Boeck, 2009, p 118-121 (Au DCCM aux ECN)

(5) BAKEDIS Jean-Claude. L'Alimentation des personnes âgées et la prévention de la dénutrition. Paris: Elsevier 2004, 143p

La dépendance

C'est quoi?

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.⁽¹⁾ C'est un facteur **pronostique**.

C'est fréquent?

1,2 million de personnes en France début 2012 (Gir 1 à 4)
En Ehpad: **51% très dépendants** (Gir 1/2) 33% dépendants (3/4) 16% peu ou pas dépendants (5/6)

En bref:

La dépendance est un des critères majeurs d'entrée en Ehpad, souvent **mal vécue** par les patients et pouvant **s'aggraver** avec une pathologie **aigüe** (infection, fracture ...) ou l'évolution d'une pathologie **chronique** (démence, parkinson ...)
Elle est source de **complications** (escarre, dépression, chutes...) et est un facteur de **mauvais pronostic**. Elle s'évalue par **l'échelle des ADL**, à répéter dans le temps pour en suivre **l'évolution**.

Comment l'évaluer?

ADL: Échelle des activités de la vie quotidienne de Katz ⁽¹⁾

Hygiène corporelle:

- Autonomie..... 1
- Aide partielle..... 0,5
- Dépendant..... 0

Noter ce que la personne fait réellement et non ce qu'elle est capable de faire théoriquement.

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 chausser0,5
- 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

Continence

- Continent1
- Incontinence occasionnelle0,5
- Incontinent..... 0

Repas

- Mange seul 1
- Aide pour couper la viande ou peler les fruits0,5
- Dépendant..... 0



Score < 3: patient dépendant.
6 > score ≥ 3: intermédiaire
Score = 6: non dépendant

Échelle **rapide** à réaliser, par **tout soignant** qui s'occupe du (de la) patient(e), elle peut être répétée par exemple après une hospitalisation ou un épisode aigu pour voir une **évolution**.
Ne tient pas compte des déplacements.

Pour s'entraîner:

Mme L. Peupat, 85 ans, revient de l'hôpital après une chute. Elle s'est fracturée l'humérus gauche et porte un plâtre.
Elle se lève et marche sans aide, elle utilise sa fourchette de la main droite mais ne peut plus couper sa viande, et n'a pas de problèmes d'incontinence. Elle a besoin qu'on l'aide pour une partie de sa toilette, pour l'habillage et pour se rhabiller après être allée aux toilettes.

Est-elle dépendante?

Complications nombreuses

Physiques:

constipation, rétention d'urines, infections urinaires, chutes, fonte musculaire, escarres, dénutrition, mycoses ...

Psychologiques:

difficultés d'acceptation aide, comportements infantiles, dépression qui peut elle-même aggraver la dépendance

Financières:

pour le patient, la famille, la société

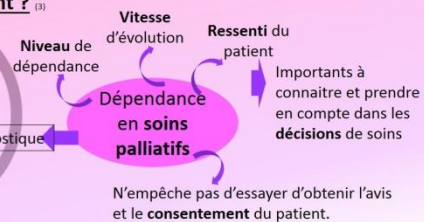
Sociales:

désocialisation, modification relation avec entourage (regard, inversion rôle parent-enfant, culpabilité, sur ou désinvestissement)

Pourquoi c'est important ?



Facteur pronostique



Pour aller plus loin...

Autonomie

capacité à se gouverner soi-même, libre arbitre: **capacité de jugement** et **liberté d'agir** en fonction notion morale et philosophique

Dépendance

besoin d'**aide** humaine pour la vie quotidienne, notion de handicap

autonomie et dépendance ne sont pas opposées, les deux notions se complètent dans la prise en charge du patient âgé.

Prise en charge

Aides techniques matériel et Jocaux adaptés, ergothérapeute

Prévention

Prise en charge spécifiques des **causes et conséquences** (Parkinson, douleur, infections urinaires ...)

Stimulation, kinésithérapie

Soutien psychologique

⁽¹⁾ Katz S, Down TD, Cash HR. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist 1970;10:20-30.
⁽²⁾ PNF. Chiffres clés 2011 du secteur médico-social. Disponible sur <http://www.pnf.fr/Presse-Communication/Supports-decommunication/PNF/Chiffres-clés-2011-du-secteur-médico-social>
⁽³⁾ Corpus de grammaire, chapitre 8, janvier 2000.

L'anxiété

C'est quoi?

Définition: Trouble psychique **chronique** causé par une sensation de **peur** plus ou moins consciente et s'accompagnant de signes **physiques**. À différencier de l'angoisse qui est un phénomène aigu, interrompant toute activité. ⁽¹⁾
C'est un symptôme d'**inconfort**.

C'est fréquent?

Prévalence: **26%** en Ehpad (soit 1 patient sur 4) ⁽²⁾

En bref:

L'anxiété est source de **plaintes** somatiques variées, elle **s'associe** parfois avec d'autres problèmes (dyspnée, douleur, dépression). Son évaluation est nécessaire pour mettre en œuvre et évaluer une **prise en charge** adaptée au patient.

Comment l'évaluer?

Échelle d'anxiété de **Goldberg** ⁽³⁾

Durant le dernier mois

1. Vous êtes-vous senti tendu(e) ou à bout ?
2. Vous êtes-vous fait beaucoup de soucis ?
3. Vous êtes-vous senti(e) irritable ?
4. Avez-vous eu de la peine à vous détendre ?

Poursuivre le test si au moins 2 réponses positives après les 4 premières questions

5. Avez-vous mal dormi ?
6. Avez-vous souffert de maux de tête ou à la nuque ?
7. Avez-vous eu un des problèmes suivants : tremblements, picotements, vertiges, transpiration, diarrhée ou besoin d'uriner plus souvent que d'habitude ?
8. Vous êtes-vous fait du souci pour votre santé ?
9. Avez-vous eu de la peine à vous endormir ?

Score = 5: 50% risque de trouble important cliniquement
Risque augmente rapidement si score > 5

A noter: Chez la personne âgée, anxiété et dépression sont souvent difficiles à différencier

A noter: sévérité croissante des symptômes à chaque question

1 point par réponse positive

Evaluation **rapide** à faire avec l'aide du (ou de la) patient(e), elle permet d'évaluer aussi la **sévérité** des symptômes.

Pour s'entraîner

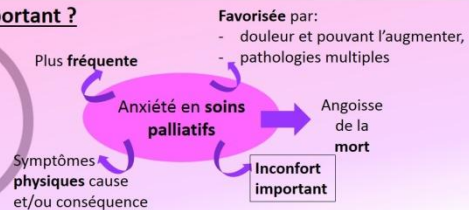
Mme L. Streiss, 77 ans, est entrée depuis peu à l'EHPAD. Elle a du mal à s'y habituer et semble toujours nerveuse. En l'interrogeant, elle décrit qu'elle est souvent tendue, elle s'inquiète de la route à faire pour ses enfants pour venir la voir, de sa chaussure qu'elle ne retrouve pas, de l'heure du repas... Elle a du mal à se relaxer malgré les paroles rassurantes. Elle a l'impression de moins bien dormir depuis son arrivée, même si elle s'endort plutôt facilement. Elle n'a pas de douleurs mais elle décrit des envies d'uriner plus fréquentes, ce qui l'a d'ailleurs inquiété car elle pensait faire une infection urinaire, mais le médecin lui a dit que ce n'était pas le cas.

Évaluez son anxiété.

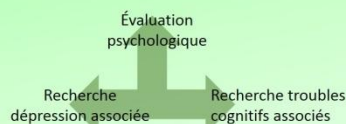
Complications nombreuses



Pourquoi c'est important ?



Evaluation complémentaire



Pour aller plus loin...



⁽¹⁾ CNRTL: centre national de ressources textuelles et lexicales <http://www.cnrtl.fr/definition/anxiete>

⁽²⁾ Dufheil N., Scholtegger S. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. Études et Résultats n° 434, juin 2006. Disponible sur <http://www.drees.solidarite.gouv.fr/les-pathologies-des-personnes-agees-vivant-en-etablissement-4473.html>

⁽³⁾ Goldberg D., Bridges K., Duncan-Jones P. et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med Journal* 1988; 297:83-9

La confusion

C'est quoi?

Altération **brutale** globale, **fluctuante** et **réversible** des fonctions cognitives ⁽¹⁾
Il existe une forme bruyante hyperactive et une forme hypoactive (« léthargique »). C'est un **symptôme d'inconfort**.

C'est fréquent?

40 à 50% lors de l'admission en service de soins palliatifs
et **80 à 85%** en phase terminale d'une maladie ⁽²⁾
Atteint plus la personne âgée que le reste de la population ⁽³⁾

En bref:

- **Facteur pronostic de gravité**
- **Souvent mal diagnostiquée** (car les symptômes fluctuent)
- **CAM = outil de dépistage précoce, facile et rapide à utiliser**
- **Traiter la cause, sécuriser l'environnement et rassurer le patient en premier recours.**
- **Utiliser un traitement médicamenteux symptomatique en dernier recours**

Comment la dépister ?

Confusion Assessment Method (CAM) ⁽⁴⁾

Début soudain

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

Inattention

2) A-t-il eu 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'entrevue.
- 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.

3) (Si présent ou normal) 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 en intensité?

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

4) (Si présent ou normal) Prière de décrire ce comportement:

Désorganisation de la pensée

5) Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible?

Altération de l'état de conscience

6) 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 (s'endort, se réveille facilement).
- Supercilieux (difficile à réveiller).
- Coma (impossible à réveiller).
- Incertain.

Désorientation

7) 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 les mauvais lit, ou se tromper concernant le moment de la journée?

Troubles mnésiques

8) Est-ce que le patient a démontré des 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

9) Est-ce qu'il y avait évidence de troubles perceptuels chez le 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

10) Partie 1.
À 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

11) Partie 2.
À 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

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

Les critères sont obtenus par réponses positives aux questions (sauf la réponse "alerte" à la question 4.)

4 critères principaux

5 critères secondaires

Pour affirmer le diagnostic, les critères 1+2+3 et/ou 4 doivent être présents

Ce test permet de dépister la confusion de façon précoce et efficace.
(Sensibilité 94 à 100% et Spécificité 90 à 95 %) ⁽⁴⁾
MAIS il n'en évalue pas la sévérité.

C'est un test facile et rapide!
Et il est encore plus performant quand on connaît l'état habituel du résident.
Entraînez-vous juste ici!

Pour s'entraîner:

Mr. A. Louest, 85 ans est entré à l'EHPAD il y a 6 mois suite à une perte d'autonomie progressive sur des troubles de la marche liés à un canal lombaire étroit. Ce patient n'a pas de trouble cognitif et communique bien avec l'équipe. Il lit le journal le matin et fait des mots croisés ou écoute la radio l'après-midi.

Depuis deux jours, il ne lit plus le journal et somnole dans la matinée. L'équipe de nuit signale qu'il a été retrouvé à deux reprises dans le couloir et s'est justifié en disant qu'il voulait aller boire à la cuisine. Ce matin il semblait avoir retrouvé ses esprits. Et cet après-midi quand on l'interroge, il ne connaît pas la date du jour et pense qu'il est à son domicile. Pendant l'entretien, il vous demande à plusieurs reprises qui vous êtes. A la troisième explication, il n'écoute pas et vous dit qu'il a mangé des escargots hier.

L'équipe se pose la question d'un syndrome confusionnel.

Complications nombreuses

Dépendance
Chutes
Traumatismes
Agressivité (famille, soignants)
Fugues
Auto-agressivité

Pourquoi c'est important ?

Gravité du pronostic

Fréquente en fin de vie

Diminution de la qualité de la fin de vie
(perte de la compréhension et communication avec l'entourage)

Confusion en soins palliatifs

Prendre en charge les autres symptômes devient plus difficile

Mauvaise adhésion au traitement
(arrache les cathéters, les sondes...)

Pour aller plus loin ...

Rassurer
Environnement calme et sécurisant
Attitude rassurante

Traitement de la cause/facteur déclenchant

Prise en charge

Ancrer dans la réalité
Lunettes, appareils dentaires ou auditifs en place

Prévenir les complications
(dénutrition, déshydratation, alitement prolongé...)

En dernier recours !!!
Traitement médicamenteux symptomatique (soit benzodiazépine soit neuroleptiques)

⁽¹⁾ Bellini J. Générisme pour la pratique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier/Masson; 2008.

⁽²⁾ Cole MG. Delirium in elderly patients. American Journal of Geriatric Psychiatry 2004;112(1):7-21.

⁽³⁾ Brown E, Miller J, et al. Cognitive decline in patients with terminal cancer: a prospective study. Journal of Pain and Symptom Management 1992;7:130-5.

⁽⁴⁾ Inoué 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.

La dépression

C'est quoi?

Un trouble de l'humeur associant une **tristesse** et/ou une anhédonie (perte d'intérêt /de plaisir) à des critères somatiques (ralentissement psychomoteur, perte de poids, insomnie, fatigue) ou non (repli sur soi, culpabilité, dévalorisation...). C'est un symptôme d'inconfort.

C'est fréquent?

Environ 40 % en institutions, maisons de retraite, unité de soins de longue durée ⁽¹⁾

Comment l'évaluer?

Geriatric Depression Scale (GDS) ⁽²⁾
Version à 15 items

aussi efficace que la version à 30 items pour le dépistage

1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie ?	Oui=0 Non=1
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	Oui=1 Non=0
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	Oui=1 Non=0
4. Vous ennuyez-vous souvent?	Oui=1 Non=0
5. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	Oui=0 Non=1
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive?	Oui=1 Non=0
7. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps?	Oui=0 Non=1
8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible?	Oui=1 Non=0
9. Préférez-vous rester seul dans votre chambre plutôt que de sortir?	Oui=1 Non=0
10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	Oui=1 Non=0
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	Oui=0 Non=1
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement?	Oui=1 Non=0
13. Avez-vous beaucoup d'énergie?	Oui=0 Non=1
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée?	Oui=1 Non=0
15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre?	Oui=1 Non=0

A noter : ne prend pas en compte les symptômes physiques

sujet normal : 3+/- 2,
sujet moyennement déprimé : 7+/-3
sujet très déprimé :12+/-2

Pour le dépistage !!

Mais évalue aussi la **sévérité** de l'état dépressif.
Diagnostic d'un état dépressif = entretien médical
Non adapté en cas de troubles cognitifs installés (si MMS<15)

C'est simple et rapide. Entraînez-vous ici !

Vous pouvez poser les questions au patient ou il peut le réaliser lui-même!!

Pour s'entraîner:

Mme D. Prime 83 ans est entrée à l'EHPAD depuis quelques semaines. Elle est veuve depuis 2 ans. Elle n'a pas d'enfant. Elle a un neveu qui vit à l'étranger. Depuis son arrivée, elle reste dans sa chambre. Elle n'a pas d'appétit, se plaint d'être fatiguée et de souffrir d'insomnie. Elle a perdu du poids depuis son arrivée. Elle est triste de ne plus pouvoir faire ses activités habituelles. Elle ne peut plus lire à cause de sa mauvaise vue. Elle a coutume de dire : « on ne peut rien faire, c'est la vieillesse » Elle ne se plaint pas de sa mémoire et ne semble pas inquiète. Elle reste assise au fauteuil toute la journée et dit trouver le temps long. Elle dit souvent : « je suis trop vieille, je me sens inutile ».

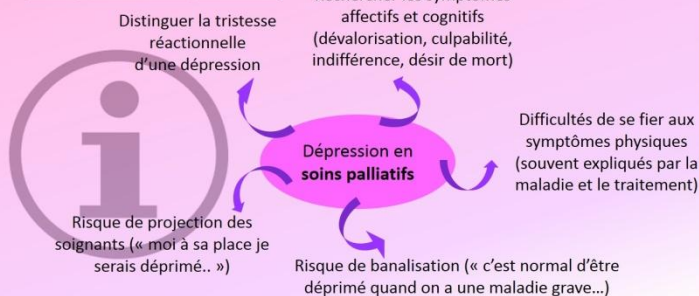
L'équipe évoque un syndrome dépressif. Qu'en pensez-vous?

Nécessité d'une évaluation globale du patient et de la comparer à 1 état antérieur connu.

Complications nombreuses:



Pourquoi c'est important ?



Pour aller plus loin...

Médicamenteuse

Antidépresseur

À choisir selon l'action attendue : contre l'anxiété, la douleur, pour le sommeil...

Rechercher la meilleure tolérance !! (action retardée des antidépresseurs)

Non médicamenteuse

- Collaboration entre toute l'équipe soignant et l'entourage familial

- Psychothérapie de soutien (surtout passer du temps avec le malade, le revoir...)

Prise en charge

⁽¹⁾ Clément JP, Leger JM. Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé. Les dépressions du sujet âgé. Paris : Masson-PCO-Académie; 1996 : 19-30.

⁽²⁾ Yesavage JA, Brink TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychol Res 1982; 17: 37-49.

99

Les troubles du comportement

C'est quoi?

Manière d'être ou d'agir jugée **inadaptée** par l'entourage, retrouvée particulièrement en cas de **démence**, de confusion ou de pathologie psychiatrique. C'est un symptôme d'**inconfort**.

C'est fréquent?

Entre **20 et 40%** des patients selon les études, en lien avec la proportion de patients déments dans l'Ehpad et selon la sévérité de leur atteinte.

En bref:

Épuisants pour les équipes, compliquant la **prise en charge** au quotidien, ils marquent également l'**évolution** de la pathologie démentielle ou des autres maladies. L'importance de ces troubles, évaluée par cet **inventaire**, répétée dans le temps pour avoir leur évolution, est un facteur important dans l'**évaluation globale d'un patient dément**, notamment dans le cadre d'une réflexion autour de la prise en charge palliative.

Comment les évaluer?

Inventaire neuropsychiatrique pour l'équipe soignante

NPI-ES⁽¹⁾

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	FxG	Retentissement
Pour chaque item, une série de questions est fournie en annexe de l'inventaire pour aider à préciser le trouble						
Item non applicable						
FxG: fréquence x gravité						
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5	
Hallucinations				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	
Excitation de l'humeur / Euphorie				1 2 3	1 2 3 4 5	
Apathie / Indifférence				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				1 2 3	1 2 3 4 5	
Comportement moteur aberrant				1 2 3	1 2 3 4 5	
Sommeil				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	

Score F x G par domaine (pathologique si > 2)

Score total sur les 10 premiers items

Fréquence

- 1 Quelquefois : moins d'une fois par semaine
- 2 Assez souvent : environ une fois par semaine
- 3 Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
- 4 Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps

Gravité (pour le patient)

- 1 Léger : changements peu perturbants pour le patient
- 2 Moyen : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
- 3 Important : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant (ou nécessitant d'un traitement médicamenteux)

Retentissement (pour l'équipe soignante)

- 0 Pas du tout
- 1 Perturbation minimum : presque aucun changement dans les activités de routine.
- 2 Légèrement : quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
- 3 Modérément : désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
- 4 Assez sévèrement : désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
- 5 Très sévèrement ou extrêmement : très désorganisant, source d'anxiété majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

C'est un **inventaire** très **complet**, il fait le point sur **tous** les troubles d'un patient et leur **retentissement**, y compris sur l'équipe. Ce n'est **pas** le **score total** le plus important mais le résultat à **chaque question**. Il est utile à répéter dans le temps pour suivre l'**évolution** des troubles et l'efficacité des **actions** mises en œuvre. Il permet également de fournir un **vocabulaire** commun et précis à l'équipe. Sa réalisation **prend du temps** mais il devient plus rapide à utiliser avec l'expérience.

Pour s'entraîner:

Mr A. Lucine, 80 ans, présente une démence frontale depuis plusieurs années. Il n'a pas d'idée délirante mais il a tous les jours des hallucinations visuelles, qui le perturbent énormément et nécessitent un traitement médicamenteux. Il est agressif certains jours mais ce n'est pas quotidien, et il peut être calmé par l'équipe. Il semble assez souvent triste, mais il n'est pas anxieux, ni euphorique. Il est toujours indifférent à ce qui l'entoure et difficilement stimulé même lors des visites de sa famille. Il a parfois des gestes ou des propos déplacés, qui ne semblent pas le perturber. Il est irritable régulièrement, mais il se calme rapidement avec l'aide de son entourage. Il tripote sans cesse les objets qui l'entourent, sans que cela semble le déranger. Il se lève pour uriner la nuit et le plus souvent se recouche rapidement mais il arrive de temps en temps qu'il erre dans les couloirs, dans ces cas-là, il est assez difficile de le faire se recoucher. Son appétit est normal. L'équipe est très affectée par ses hallucinations, et doit aussi prendre du temps pour le calmer lorsqu'il est agressif ou irrité ce qui parfois désorganise un peu le quotidien. Les autres comportements ont peu d'impact sur l'équipe.

Réalisez l'inventaire NPI.

Conséquences nombreuses:

Pour l'**entourage +++**: épuisement, agressivité
Risque de **maltraitance**, de **majoration** des troubles par inadaptation

Source de **souffrance** psychique

Complicite **soins**, examens médicaux, traitements

Épuisement physique, mise en danger, blessures

surmédication avec ses conséquences

Pourquoi c'est important ?

Plus fréquent (évolution des pathologies et fréquence des facteurs favorisants organiques)

Symptôme d'inconfort

Troubles du comportement en soins palliatifs

Peut compliquer la prise en charge en aigu ou au long cours

Adaptation au maximum de la prise en charge en fonction du patient et de son comportement pour être le moins traumatisant possible

Évaluation complémentaire

Organique (confusion, douleur, infection, constipation, rétention d'urines ...)

Environnemental (modification lieux, horaires, personnel, bruits, luminosité ...)

Recherche facteur favorisant

Evaluation troubles cognitifs

Pour aller plus loin...

Limiter les facteurs favorisants ou déclenchants: confort (température, luminosité, bruit), calme, habitudes, gestes et voix lents et posés, explications simples et répétées, éviter opposition directe

S'adapter au patient et son rythme

Prise en charge⁽²⁾

Traiter facteurs déclenchants si besoin (constipation, douleur ...)

En dernier recours, traitement **médicamenteux** (dose minimale, réévaluations répétées, courte durée)

(1) Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory. Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. 1994. Traduction Française PH Robert. Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice - France 1996

(2) Les troubles non médicamenteux dans la prise en charge des troubles du comportement, programme ADI-Adolène, IAD, janvier 2012

Magali Coriol & Marie-Mathilde Dumas.

Annexe 7 : Les échelles d'évaluation

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Nom:		Prénom:		
Sexe:	Age:	Poids, kg:	Taille, cm:	Date:

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 = sévère baisse de l'alimentation 1 = légère baisse de l'alimentation 2 = pas de baisse de l'alimentation	☐	
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	☐	
C Mobilité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	☐	
D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	☐	
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence modérée 2 = pas de problème psychologique	☐	
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	☐	
Score de dépistage (sous-total max. 14 points) 12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: risque de malnutrition 0-7 points: malnutrition avérée	☐ ☐	
Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R		
Evaluation globale		
G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile? 1 = oui 0 = non	☐	
H Prend plus de 3 médicaments par jour? 0 = oui 1 = non	☐	
I Escarres ou plaies cutanées? 0 = oui 1 = non	☐	
J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	☐	
K Consomme-t-il? • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐ • Une ou deux fois par semaine des oeufs ou des légumineuses oui ☐ non ☐ • Chaque jour de la viande Du poisson ou de volaille. oui ☐ non ☐ 0.0 = si 0 ou 1 oui 0.5 = si 2 oui 1.0 = si 3 oui	☐ ☐	
L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes? 0 = non 1 = oui	☐	
M Combien de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait...) 0.0 = moins de 3 verres 0.5 = de 3 à 5 verres 1.0 = plus de 5 verres	☐ ☐	
N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	☐	
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	☐	
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	☐ ☐	
Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = CB ≥ 21 ≤ 22 1.0 = CB > 22	☐ ☐	
R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	☐	
Evaluation globale (max. 16 points)	☐ ☐ ☐	
Score de dépistage	☐ ☐ ☐	
Score total (max. 30 points)	☐ ☐ ☐	
Appréciation de l'état nutritionnel		
de 24 à 30 points	☐	état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points	☐	risque de malnutrition
moins de 17 points	☐	mauvais état nutritionnel

Ref: Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Herker JD, Selva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M395-397.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2006; 10:466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/06 10M
Pour plus d'information: www.nestle.ch/subjects

ADL: Échelle des activités de la vie quotidienne de Katz

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 chauffer0,5
- 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

Continence

- Continent1
- Incontinence occasionnelle0,5
- Incontinent..... 0

Repas

- Mange seul 1
- Aide pour couper la viande ou peler les fruits0,5
- Dépendant..... 0

Échelle d'anxiété de **Goldberg**

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

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'entrevue. • 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 en 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 une suite vague ou illogique des idées, 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? • Alerté (normal). • Vigilant (hyper alerte, excessivement sensible aux stimuli de l'environnement, sursaute très facilement). • Léthargique (sommolent, se réveille facilement). • Stupeur (difficile à réveiller). • Coma (impossible à réveiller). • Incertain.	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 démontré des 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 le 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 le patient, telles que somnolence excessive le jour et insomnie la nuit?
---	--

Geriatric Depression Scale (GDS)

Version 15 items

- | | |
|---|-------------|
| 1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ? | Oui=0 Non=1 |
| 2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ? | Oui=1 Non=0 |
| 3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | Oui=1 Non=0 |
| 4. Vous ennuyez-vous souvent ? | Oui=1 Non=0 |
| 5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ? | Oui=0 Non=1 |
| 6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ? | Oui=1 Non=0 |
| 7. Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ? | Oui=0 Non=1 |
| 8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ? | Oui=1 Non=0 |
| 9. Préférez-vous rester seul dans votre chambre plutôt que de sortir ? | Oui=1 Non=0 |
| 10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise
que celle de la plupart des gens ? | Oui=1 Non=0 |
| 11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ? | Oui=0 Non=1 |
| 12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ? | Oui=1 Non=0 |
| 13. Avez-vous beaucoup d'énergie ? | Oui=0 Non=1 |
| 14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ? | Oui=1 Non=0 |
| 15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre ? | Oui=1 Non=0 |

Échelle verbale simple

0 = Pas de douleur

1= Douleur faible

2= Douleur modérée

3= Douleur intense

4= Douleur extrêmement intense

**ÉCHELLE D'ÉVALUATION
COMPORTEMENTALE
DE LA DOULEUR AIGÜE** chez la personne
âgée présentant des troubles de la communication verbale.

Échelle ALGOPLUS®

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Âge : _____ Sexe : _____

Date de l'évaluation de la douleur	 /		 /		 /		 /		 /		 /	
Heure	 h		 h		 h		 h		 h		 h	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 - VISAGE												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 - REGARD												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 - PLAINTES												
"Aie", "Ouille", "J'ai mal", gémissements, cris.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 - CORPS												
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 - COMPORTEMENTS												
Agitation ou agressivité, agrippement.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TOTAL OUI	☐ /5		☐ /5		☐ /5		☐ /5		☐ /5		☐ /5	
PROFESSIONNEL DE SANTÉ AYANT RÉALISÉ L'ÉVALUATION	☐ Médecin ☐ Médecin ☐ Médecin ☐ Médecin ☐ Médecin ☐ Médecin ☐ IDE ☐ IDE ☐ IDE ☐ IDE ☐ IDE ☐ IDE ☐ AS ☐ AS ☐ AS ☐ AS ☐ AS ☐ AS ☐ Autre ☐ Autre ☐ Autre ☐ Autre ☐ Autre ☐ Autre											
	Paraphe Paraphe Paraphe Paraphe Paraphe Paraphe											

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle DOLOPLUS®

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Âge : _____ Sexe : _____ Service : _____

Dates

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 itératifs	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

NPI

Nom : Âge : Date de l'évaluation :

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = fréquence x gravité

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

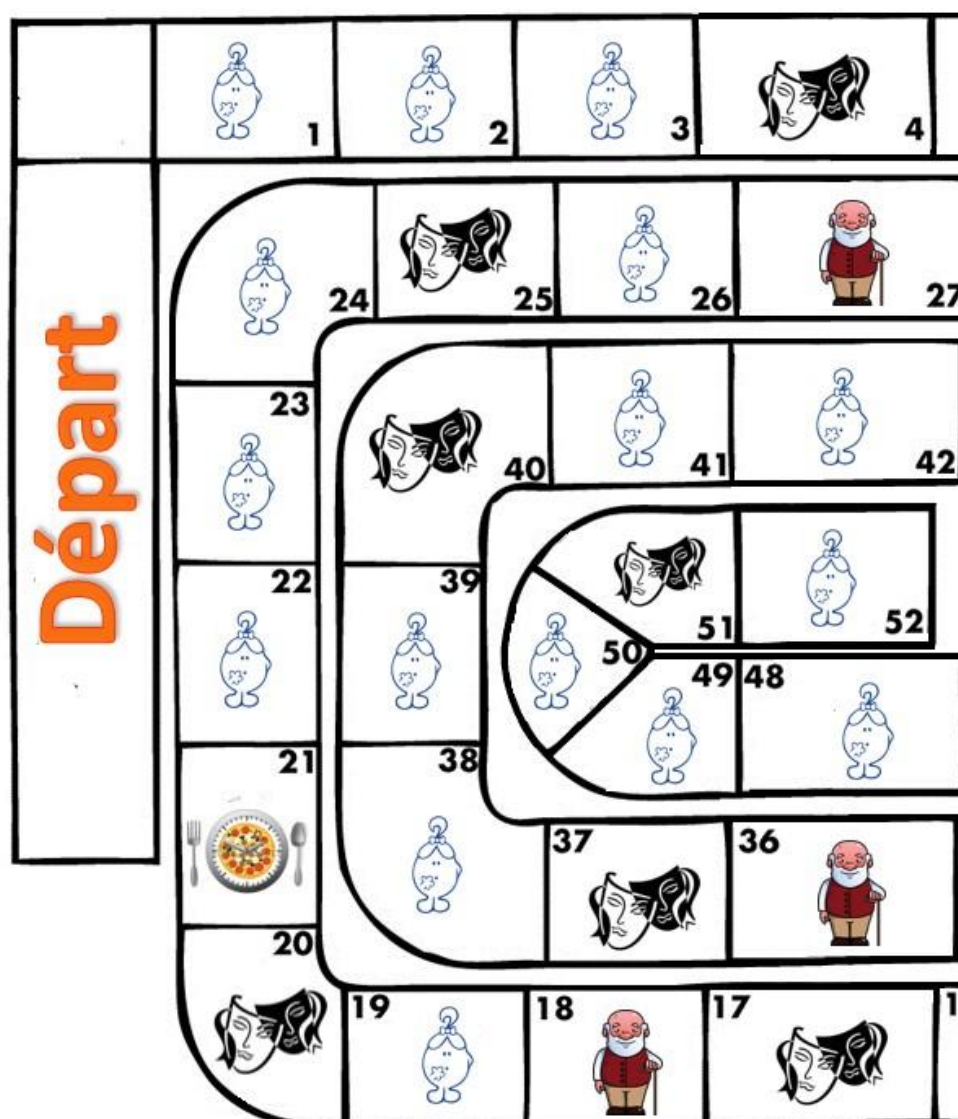
Score total 12

Annexe 8 : Plateau du jeu de l'oie

Jeu de l'oie



Case question:
répondez juste et avancez d'une case,
mais reculez d'une case en cas d'erreur



Case mise en situation:
c'est l'occasion de débattre

de Géri



Coup de pouce de Géri:
relancez le dé



Un résident a fugué,
vous lui courez après:
avancez de 2 cases



C'est l'heure de la pause:
passez votre tour



C'est l'heure du repas,
il vous faut du temps:
reculez de 2 cases



Un peu de kiné pour la mobilité:
montez à la case 46

Annexe 9 : Les questions du jeu de l’oie

La capacité à gérer son argent compte-t-elle dans l'échelle des ADL ?	Que mesure l'échelle ADL?	Définissez la dépendance
Réponse: Non, elle ne fait pas partie des ADL. Elle fait partie des activités instrumentales évaluées dans l'échelle IADL.	Réponse: Échelle des activités de la vie quotidienne de Katz (ADL) évolue la dépendance.	Réponse :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.
En dessous de quel score aux ADL considère-t-on le patient comme dépendant ?	Ne pas être capable de choisir correctement ses vêtements mais être capable de les enfiler est considéré comme une dépendance partielle (1/2pt) ou totale (0pt) ?	Avoir besoin d'aide pour se chauffer est considéré comme une dépendance partielle (1/2pt) ou totale (0 pt) ?
Réponse: score en dessous de 3/6	Réponse: ne pas être capable de choisir correctement ses vêtements est considérée comme une dépendance totale, indépendamment de la capacité à les enfiler ensuite, (coté à 0pt)	Réponse: L' 'aide pour le chauffage est considérée comme une dépendance partielle dans l'échelle ADL (cotée 1/2pt)
Que mesure le MNA ?	Définissez la dénutrition	Au-dessus de quel score aux ADL considère-t-on le patient comme autonome ?
Réponse : MNA-SF Mini Nutritional Assessment Short Form dépiste la malnutrition.	Réponse: C'est un manque d'apports en énergie et en protéines par rapport aux besoins du corps, il entraîne des pertes de tissus, avec des conséquences sur le fonctionnement du corps	Réponse: score au dessus de 6

Ne pas pouvoir mesurer un patient est-il un obstacle à la réalisation d'un MNA ?	Une dépression sévère influe-t-elle sur le MNA ?	Sur quelle période portent les questions du MNA ? (en jours, semaines ou mois ?)
Réponse: La taille est nécessaire pour calculer l'IMC qui fait partie du MNA, mais il existe des équivalences notamment avec la mesure de la circonférence du mollet: ce calcul n'est pas possible facilement donc la réponse est NON, ce n'est pas un obstacle.	Réponse: OUI, une dépression modérée ou sévère fait partie des critères du MNA.	Réponse: les questions du MNA se basent sur les 3 derniers mois.
Comment évaluer l'anxiété et pouvez-vous citer deux questions de l'échelle ?	Définissez l'anxiété	En cas de score <11 au MNA : la dénutrition est-elle prouvée ?
Réponse: Echelle d'anxiété de Goldberg	Réponse: Trouble psychique chronique causé par une sensation de peur plus ou moins consciente et s'accompagnant de signes physiques. A différencier de l'angoisse qui est un phénomène aigu, interrompant toute activité	Réponse: Le MNA dépiste un risque de malnutrition, qui peut entraîner une dénutrition. Il ne suffit pas pour poser le diagnostic de dénutrition mais il permet de sélectionner les patients.
Définissez les troubles du comportement	Les signes physiques de l'anxiété sont-ils pris en compte dans l'échelle de Goldberg ?	L'échelle d'anxiété de Goldberg permet-elle d'évaluer la sévérité des symptômes ?
Réponse: Manière d'être ou d'agir jugée inadaptée par l'entourage, retrouvée particulièrement en cas de démence, de confusion ou de pathologie psychiatrique.	Réponse: OUI maux de tête, de nuque, picotements, tremblements, vertiges ... font partie des questions de l'échelle.	Réponse: OUI car les questions correspondent à une sévérité croissante des symptômes de l'anxiété

	<i>Réponse: Altération brutale, globale, fluctuante et réversible des fonctions cognitives</i>	<i>Réponse: L'échelle CAM (Confusion Assessment Method)</i>	
Définissez la confusion.	<i>Réponse: dyspnée, troubles du comportement, dépression, anxiété, confusion, douleur</i>	<i>Réponse: OUI les troubles de l'appétit font partie des 2 variables neurovégétatives évaluées dans le NPI mais elles ne sont pas comptabilisées dans le score total</i>	<i>Réponse: OUI, La dépression ou dysphorie est un item du NPI.</i>
Citer les symptômes d'inconfort	Les troubles de l'appétit font-ils partie du NPI ?	La dépression fait-elle partie des items du NPI ?	
<i>Réponse: Le score fréquence x gravité par item est le plus utile, il est pathologique si supérieur à 2.</i>	<i>Réponse: NON, il s'agit d'un inventaire donc il est très complet et les questions sont détaillées, il devient plus rapide à utiliser avec l'expérience.</i>	<i>Réponse: L'inventaire neuropsychiatrique évalue les troubles du comportement et son retentissement sur l'équipe, il est utilisé par l'équipe soignante.</i>	
Quel score est le plus utile dans l'inventaire NPI ?	L'inventaire NPI est-il rapide à utiliser ?	Qu'évalue l'échelle NPI et qui l'utilise?	

Citer deux des échelles d'évaluation de la douleur utilisées en gériatrie. Réponse: Hétéroévaluation: ALGOPLUS ou DOLOPUS ou autoévaluation : échelle verbale simple	Vous souhaitez évaluer la douleur chez une patiente >65 ans atteinte de maladie Alzheimer sévère devant une douleur du genou droit depuis 48h, quelle échelle utilisez-vous ? Réponse: ALGOPLUS	La douleur est un symptôme peu fréquemment rencontré dans les EHPAD dans le cadre des soins palliatifs. Vrai ou faux ? Réponse: Faux. Prévalence = 50% en EHPAD
L'échelle verbale simple est un mode d'auto évaluation de la douleur. Vrai ou faux ? Réponse: Vrai	Définissez la dépression. Réponse: Un trouble de l'humeur associant une tristesse et/ou une anhédonie (perte d'intérêt/de plaisir) à des critères somatiques (ralentissement psychomoteur, perte de poids, insomnie, fatigue) ou non (repit sur soi, culpabilité, dévalorisation...). C'est un symptôme d'inconfort.	Que dépiste l'échelle GDS ? Réponse: Geriatric Depression Scale (GDS) dépiste la dépression.
Pour dépister une dépression chez une personne âgée en fin de vie atteinte de troubles cognitifs sévères (MMS <10), on utilise l'échelle GDS. Vrai ou Faux ? Réponse: Faux. La GDS n'est pas validée dans cette indication (MMS<15). On utilise d'autres échelles plus spécialisées comme l'échelle de Cornell	Il ne sert à rien de dépister la dépression chez une personne âgée en fin de vie parce qu'on est forcément triste dans ces conditions. Vrai ou Faux ? Réponse: Faux. La difficulté réside dans la différenciation de la tristesse réactionnelle normale de la pathologie dépressive. La dépression a de nombreuses conséquences sur la fin de vie et notamment sa prise en charge améliore la qualité de la vie	Les symptômes physiques sont les critères les plus importants dans le diagnostic de la dépression chez la personne âgée en fin de vie. Vrai ou Faux ? Réponse: Faux. Ils peuvent être expliqués par la maladie et/ou les traitements donc ils sont à considérer avec précaution pour le diagnostic.

Quels critères doivent être présents dans l'échelle CAM pour affirmer le diagnostic ?	Réponse:	
On traite la confusion avec des médicaments principalement. Vrai ou Faux ?	Réponse:	Question
La cousine de Mr A. qui ne l'a pas vu depuis 1 an vous interpelle car elle trouve qu'il ne répond de façon inadaptée à ses questions. Elle se demande s'il n'est pas confus. L'équipe n'a pas noté d'aggravation dans l'état de Mr. A. (qui a une démence de type Alzheimer sévère) ces derniers jours. Peut-on dire que Mr. A. est confus ?	Réponse:	Question

Réponse: Non. Il n'existe pas le critère de changement brutal ou soudain dans le comportement de ce patient.

Réponse: Faux ! La confusion est souvent l'expression d'une cause cachée. Il faut traiter la cause en premier lieu et rassurer le patient, l'ancrer dans la réalité... Les médicaments (type neuroleptiques) sont à utiliser en dernier recours.

Réponse: Les critères 1 (début soudain) +2 (inattention) + 3 (désorganisation de la pensée) +/- 4 (altération de l'état de conscience) doivent être présents.

Annexe 10 : Les mises en situation du jeu de l'oie

Mr A, 84 ans, a une infection pulmonaire depuis quelques jours mais son état ne s'améliore pas malgré le traitement antibiotique et il a besoin d'oxygène. Il est très fatigué, reste au lit et mange très peu. La question d'une hospitalisation se pose. <i>Comment lui demandez-vous son avis ?</i>	Mme B, 90 ans, est BPCO. Elle a été hospitalisée à de nombreuses reprises pour des décompensations respiratoires, qui sont de plus en plus longues, et chaque transfert la perturbe grandement avec plusieurs jours de confusion. Elle est de plus en plus essoufflée depuis quelques jours. L'équipe se pose la question de l'intérêt d'une nouvelle hospitalisation. <i>Vous croisez sa fille venue la voir. Comment abordez-vous le sujet avec elle ?</i>	Mme N. a 90 ans et vivait à domicile avec des aides jusqu'à il y a peu de temps. Elle entre à l'EHPAD dans les suites d'une longue hospitalisation pour prise en charge d'une plaie du pied droit chez cette patiente diabétique. Sa plaie ne cicatrise pas. Elle ne peut plus marcher. Mme N. entre donc à l'EHPAD car elle a perdu beaucoup d'autonomie et elle nécessite des soins quotidiens. <i>Avec quelle échelle évaluez-vous son autonomie ? Remplissez - la avec l'aide de sa fille.</i>
Vous rediscutez avec vos collègues de Mme N. Elle vous semble triste. Elle refuse de sortir de sa chambre, de participer aux activités et de manger avec les autres résidents. <i>Vous suspectez un syndrome dépressif chez Mme N. Elle n'a pas de trouble cognitif, quelle échelle utilisez-vous ? Réalisez-la.</i>	La famille de Mme N. est inquiète car elle a peur que Mme N. ait perdu du poids à l'hôpital car elle ne mangeait pas beaucoup. Après avoir pesé Mme N. vous décidez d'évaluer son état nutritionnel et de faire un MNA. <i>Quels éléments recherchez-vous auprès de son entourage pour évaluer son état nutritionnel ?</i>	Vous poursuivez avec Mme N. Elle a un traitement antalgique prescrit suite à son hospitalisation. Mais elle se plaint d'avoir mal dans la journée. <i>Comment évaluez-vous sa douleur ?</i>
Mme T. entre à l'EHPAD. Mme T. a pour antécédents un diabète de type 2, une HTA essentielle et une maladie d'Alzheimer débutante. Mme T est veuve depuis 2 ans. L'évolution de sa démence l'empêche de vivre seule. Son fils vit loin mais l'accompagne aujourd'hui. <i>Vous êtes chargé de faire le questionnaire MNA pour son bilan d'entrée. Vous interrogez son fils.</i>	Vous poursuivez l'évaluation d'entrée de Mme T. 85ans. <i>Vous réalisez un questionnaire ADL chez cette patiente avec l'aide de son fils.</i> <i>De quels éléments avez-vous besoin pour que les décisions sur sa prise en charge soient les mieux adaptées à cette patiente ?</i>	Aujourd'hui vous trouvez Mme T. dans un état inhabituel, elle est perdue ce matin et ne trouve plus le chemin de la salle à manger. Elle vous demande qui vous êtes alors qu'elle connaît habituellement votre prénom. Elle semble exaltée et réclame son fils. Puiss'interrompre pour chanter une chanson. Vous la rassurez, la conduisez dans la salle à manger et lui demandez ce qu'elle veut manger ce matin. Elle ne semble pas vous écouter et sursaute lorsque votre collègue s'approche avec le chariot du petit déjeuner. Finalement elle semble comprendre ce que vous lui expliquez et s'assoit à table. Quelques instants plus tard, elle est à nouveau en train de déambuler dans le couloir. <i>Vous évoquez une confusion chez Mme T. Réaliser un questionnaire CAM avec les éléments fournis dans le texte.</i>

Mr. R. 78 ans est un patient grabataire sur une démente très évoluée. Il présente depuis deux jours une infection du membre inférieur droit (érysipèle) pour laquelle il est sous antibiotique. Depuis deux jours, son comportement lors des mobilisations s'est modifié. Il a les mâchoires serrées et les yeux fermés. Il gémit et repousse violemment votre main lorsque vous bougez son membre inférieur droit. <i>Mr. R. vous semble douloureux, vous réalisez une échelle ALGOPLUS comme Mr R. n'est plus capable de communiquer.</i>	Mme S. 82 ans a une maladie d'Alzheimer évoluée et ne communique plus. Elle déambule dans les couloirs et chute souvent. Suite à une de ses chutes, elle a fracturé l'extrémité supérieure de son fémur gauche. Elle rentre à l'EHPAD après un séjour hospitalier pour la prise en charge chirurgicale de sa fracture. Elle est agitée lors de son arrivée et fronce les sourcils. Elle est agressive envers les ambulanciers. <i>Vous pensez que cette agitation est due à la douleur. Vous utilisez l'échelle ALGOPLUS.</i>	Mr. R. étant algique vous réajustez son traitement antalgique avec le médecin. Mr R. a un visage plus détendu, a ouvert les yeux mais repousse toujours votre main lorsque vous mobilisez son membre inférieur droit. <i>Vous réalisez une nouvelle échelle ALGOPLUS pour vérifier l'efficacité du traitement.</i>
Mme C, 81 ans, est entrée en EHPAD depuis un an. Elle était très anxieuse à son arrivée (Goldberg 8) mais elle a été prise en charge par la psychologue et bien entourée par l'équipe. Les traitements instaurés au début ont été diminués puis arrêtés. <i>Une réunion de synthèse est prévue pour cette patiente. Vous décidez de réévaluer son anxiété ce jour.</i>		

Annexe 11 : Les trois cas cliniques de la table ronde

Mme X, 95 ans, a une maladie d'Alzheimer très évoluée, refuse de manger depuis 2 jours. Elle prend encore quelques cuillères d'eau gélifiée, mais refuse régulièrement. L'examen clinique ne retrouve pas de cause évidente à ce refus. <i>Une réunion de synthèse va être organisée pour Mme X. Quels éléments pouvez-vous évaluer afin d'alimenter la discussion ?</i>	Mme Z, 85 ans, diabétique, hypertendue, qui a présenté récemment un 2^e épisode d'AVC avec aphasie et hémiplegie séquellaires. Elle mange de moins en moins depuis quelques jours. Son état général se dégrade. L'examen clinique ne retrouve pas d'explication franche. <i>Une réunion de synthèse va être organisée pour Mme Z. Quels éléments pouvez-vous évaluer afin d'alimenter la discussion ?</i>	Vous participez à une réunion pluridisciplinaire/de synthèse à propos de Mme M. 87 ans, résidente dans votre EHPAD. Cette patiente présente une insuffisance cardiaque sévère associée à des troubles cognitifs modérés. Le mois dernier elle a présenté deux épisodes de décompensations cardiaques suite à des épisodes infectieux. Elle a dû être hospitalisée à chaque fois. Mais les hospitalisations se passent mal. La patiente est confuse et agitée à l'hôpital. La famille de Mme M. est très présente et inquiète et pose beaucoup de questions aux soignants. Cette réunion a pour but d'anticiper les décisions à prendre lors d'une nouvelle décompensation. <i>En vous basant sur les 10 questions du Dr Sebag, de quels éléments discutez-vous lors de cette réunion ?</i>
--	---	--

Annexe 12 : Les fiches de poches

Évaluer le patient âgé en vue d'une discussion pour des soins palliatifs

Les 10 questions du Dr Sebag-Lanoë aident à guider la réflexion dans ces situations difficiles.

- 1) Quelle est la maladie principale de ce patient?
- 2) Quel est son **degré d'évolution**?
- 3) Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté?
- 4) Est-il facilement curable ou non?
- 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**, s'il peut le faire?
- 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?

Critères de pronostic :

Dénutrition : Mini Nutritional Assessment – Short form (MNA-SF)
Dépendance : (ADL)

Symptômes d'inconfort :

Anxiété : Échelle de Goldberg
Confusion : Confusion Assessment Method (CAM)
Dépression : Geriatric depression Scale (GDS) 15 items
Douleur : Échelle verbale simple ou Algoplus
Troubles du comportement : Neuro Psychiatric Inventory (NPI)

Évaluer la dénutrition MNA-SF[®] : Mini Nutritional Assessment Short Form

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

B) Perte récente de poids (<3 mois)

- 0 = perte de poids > 3kg
- 1 = ne sait pas
- 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
- 3 = pas de perte de poids

C) Motricité

- 0 = du lit au fauteuil
- 1 = autonome à l'intérieur
- 2 = sort du domicile

Sans aide

D) Maladie aigue ou stress psychologique lors des 3 derniers mois

- 0 = oui
- 2 = non

E) Problèmes neuropsychologiques

- 0 = démence ou dépression sévère
- 1 = démence ou dépression modérée
- 2 = pas de problème psychologique

F) Indice de masse corporelle (IMC= poids/(taille)² en kg/m²)

- 0 = IMC < 19
- 1 = 19 ≤ IMC < 21
- 2 = 21 ≤ IMC < 23
- 3 = IMC ≥ 23

L'IMC peut être remplacé par la mesure de la circonférence du mollet (CM) en cm:
 0=CM < 31cm
 3=CM ≥ 31cm



Score ≤ 11: risque de malnutrition
On va plus loin !

Mr G. Pafin, 79 ans, vit en EHPAD depuis le décès de son épouse il y a 2 ans.

Il pèse actuellement 68 kg (il pesait 70 kg il y a 2 mois), et mesure 1m75. Son IMC est donc à 22,2.

Il présente une maladie de Parkinson avec des troubles de la marche importants ne lui permettant plus de se lever sans aide et il tousse parfois lors des repas, l'obligeant à s'interrompre. Il n'a pas de problème psychologique. Il n'a pas présenté de problème de santé ces derniers mois.

Est-il à risque de malnutrition?

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

B) Perte récente de poids (<3 mois)

- 0 = perte de poids > 3kg
- 1 = ne sait pas
- 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
- 3 = pas de perte de poids

C) Motricité

- 0 = du lit au fauteuil
- 1 = autonome à l'intérieur
- 2 = sort du domicile

D) Maladie aigue ou stress psychologique lors des 3 derniers mois

- 0 = oui
- 2 = non

E) Problèmes neuropsychologiques

- 0 = démence ou dépression sévère
- 1 = démence ou dépression modérée
- 2 = pas de problème psychologique

F) Indice de masse corporelle (IMC= poids/(taille)² en kg/m²)

- 0 = IMC < 19
- 1 = 19 ≤ IMC < 21
- 2 = 21 ≤ IMC < 23
- 3 = IMC ≥ 23

Total 9: risque de malnutrition

Poursuivre le bilan par une évaluation des prises alimentaires sur 3 jours et un bilan nutritionnel.

Évaluer la dépendance

ADL: Échelle des activités de la vie quotidienne de Katz

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 chausser0,5
- 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

Continence

- Continent1
- Incontinence occasionnelle0,5
- Incontinent..... 0

Repas

- Mange seul 1
- Aide pour couper la viande ou peler les fruits0,5
- Dépendant..... 0



Score < 3: patient dépendant.
6>score23: intermédiaire
Score = 6: non dépendant

Noter ce que la personne fait réellement et non ce qu'elle est capable de faire théoriquement.

Mme L. Peupat, 85 ans, revient de l'hôpital après une chute. Elle s'est fracturée l'humérus gauche et porte un plâtre. Elle se lève et marche sans aide, elle utilise sa fourchette de la main droite mais ne peut plus couper sa viande, et n'a pas de problèmes d'incontinence. Elle a besoin qu'on l'aide pour une partie de sa toilette, pour l'habillage et pour se rhabiller après être allée aux toilettes.

Est-elle dépendante?

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 chausser0,5
- 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

Continence

- Continent1
- Incontinence occasionnelle0,5
- Incontinent..... 0

Repas

- Mange seul 1
- Aide pour couper la viande ou peler les fruits0,5
- Dépendant..... 0

Total: 3,5/6 niveau de dépendance intermédiaire

Il faut noter ici qu'on peut supposer qu'elle récupérera son autonomie après consolidation de sa fracture, lorsqu'elle pourra de nouveau utiliser son bras, ce test pourra donc être fait à nouveau d'ici 2 mois.

Évaluer l'anxiété

Échelle d'anxiété de Goldberg

Durant le dernier mois

1. Vous êtes-vous senti tendu(e) ou à bout ?
2. Vous êtes-vous fait beaucoup de soucis ?
3. Vous êtes-vous senti(e) irritable ?
4. Avez-vous eu de la peine à vous détendre ?

Poursuivre le test si au moins 2 réponses positives après les 4 premières questions

5. Avez-vous mal dormi ?
6. Avez-vous souffert de maux de tête ou à la nuque ?
7. Avez-vous eu un des problèmes suivants : tremblements, picotements, vertiges, transpiration, diarrhée ou besoin d'uriner plus souvent que d'habitude ?
8. Vous êtes-vous fait du souci pour votre santé ?
9. Avez-vous eu de la peine à vous endormir ?

Sévérité croissante des symptômes à chaque question



Score = 5: 50% risque de trouble important cliniquement
Risque augmente rapidement si score > 5

Mme L. Streiss, 77 ans, est entrée depuis peu à l'EHPAD. Elle a du mal à s'y habituer et semble toujours nerveuse. En l'interrogeant, elle décrit qu'elle est souvent tendue, elle s'inquiète de la route à faire pour ses enfants pour venir la voir, de sa chaussure qu'elle ne retrouve pas, de l'heure du repas... Elle a du mal à se relaxer malgré les paroles rassurantes. Elle a l'impression de moins bien dormir depuis son arrivée, même si elle s'endort plutôt facilement. Elle n'a pas de douleurs mais elle décrit des envies d'uriner plus fréquentes, ce qui l'a d'ailleurs inquiété car elle pensait faire une infection urinaire, mais le médecin lui a dit que ce n'était pas le cas.

Évaluez son anxiété.

1. Vous êtes-vous senti tendu(e) ou à bout ? **OUI = 1**
2. Vous êtes-vous fait beaucoup de soucis ? **OUI = 1**
3. Vous êtes-vous senti(e) irritable ? **NON = 0**
4. Avez-vous eu de la peine à vous détendre ? **OUI = 1**

3 réponses positives sur les 4 premières questions donc on continue le test

5. Avez-vous mal dormi ? **OUI = 1**
6. Avez-vous souffert de maux de tête ou à la nuque ? **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**
8. Vous êtes-vous fait du souci pour votre santé ? **OUI = 1**
9. Avez-vous eu de la peine à vous endormir ? **NON = 0**

Total 6: troubles anxieux importants très probables

Mme A vient d'entrer à l'EHPAD, ce qui a perturbé ses habitudes et majeure probablement son anxiété. Une prise en charge globale est nécessaire avec explication sur son anxiété des et symptômes associés, réassurance et séances de relaxation. Après 1 à 2 mois, une nouvelle évaluation permettra de voir si cette prise en charge et l'adaptation au nouveau lieu de vie ont amélioré son confort. En cas d'anxiété devenant handicapante au quotidien, une prise en charge plus spécifique sera nécessaire.

Dépister la confusion
Confusion Assessment Method (CAM)

Depuis deux jours, il ne lit plus le journal somme dans la matinée. L'équipe de nuit signale qu'il a été retrouvé à deux reprises dans le couloir et s'est justifié en disant qu'il voulait aller boire à la cuisine. Ce matin il semblait avoir retrouvé ses esprits. Et cet après-midi quand on l'interroge, il ne connaît pas la date du jour et pense qu'il est à son domicile. Pendant l'entretien, il vous demande à plusieurs reprises qui vous êtes. A la troisième explication, il n'écoute pas et vous dit qu'il a mangé des escargots hier.

L'équipe se pose la question d'un syndrome confusionnel.

Qui, il ne lit plus et est désorienté dans le temps et l'espace.

[illegible]

Les critères sont obtenus par réponses positives aux questions (sauf la réponse "alerte" à la question 4.)

[illegible]

Oui, il répond à côté sur
questions.

Il existe bien un syndrome confusionnel chez Mr A. Louest car on peut répondre positivement aux questions 1 + 2 + 3 (+ 4).

Pour affirmer le diagnostic, les critères 1+2+3 et/ou 4 doivent être présents

Dépister et évaluer la dépression
Geriatric Depression Scale (GDS) Version 15 items

Pour le **dépistage** !!
Mais évalue aussi la **sévérité** de l'état dépressif.
Diagnostic d'un état dépressif = **entretien médical**
Non adapté en cas de troubles cognitifs installés
(si MMS<15)

- | | |
|--|-------------|
| 1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ? | Oui=0 Non=1 |
| 2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ? | Oui=1 Non=0 |
| 3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | Oui=1 Non=0 |
| 4. Vous ennuyez-vous souvent ? | Oui=1 Non=0 |
| 5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ? | Oui=0 Non=1 |
| 6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ? | Oui=1 Non=0 |
| 7. Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ? | Oui=0 Non=1 |
| 8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ? | Oui=1 Non=0 |
| 9. Préférez-vous rester seul dans votre chambre plutôt que de sortir ? | Oui=1 Non=0 |
| 10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ? | Oui=1 Non=0 |
| 11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ? | Oui=0 Non=1 |
| 12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ? | Oui=1 Non=0 |
| 13. Avez-vous beaucoup d'énergie ? | Oui=0 Non=1 |
| 14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ? | Oui=1 Non=0 |
| 15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre ? | Oui=1 Non=0 |

sujet normal : 3 ± 2 ,
sujet moyennement déprimé :
 7 ± 3
sujet très déprimé : 12 ± 2

Mme D. Prime 83 ans est entrée à l'EHPAD depuis quelques semaines. Elle est veuve depuis 2 ans. Elle n'a pas d'enfant. Elle a un neveu qui vit à l'étranger. Depuis son arrivée, elle reste dans sa chambre. Elle n'a pas d'appétit, se plaint d'être fatiguée et de souffrir d'insomnie. Elle a perdu du poids depuis son arrivée. Elle est triste de ne plus pouvoir faire ses activités habituelles. Elle ne peut plus lire à cause de sa mauvaise vue. Elle a coutume de dire : « on ne peut rien faire, c'est la vieillesse » Elle ne se plaint pas de sa mémoire et ne semble pas inquiète. Elle reste assise au fauteuil toute la journée et dit trouver le temps long. Elle dit souvent : « je suis trop vieille, je me sens inutile ».

L'équipe évoque un syndrome dépressif. Qu'en pensez vous?

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ? | Oui=0 | Non=1 |
| 2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ? | Oui=1 | Non=0 |
| 3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | Oui=1 | Non=0 |
| 4. Vous ennuyez-vous souvent ? | Oui=1 | Non=0 |
| 5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ? | Oui=0 | Non=1 |
| 6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ? | Oui=1 | Non=0 |
| 7. Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ? | Oui=0 | Non=1 |
| 8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ? | Oui=1 | Non=0 |
| 9. Préférez-vous rester seul dans votre chambre plutôt que de sortir ? | Oui=1 | Non=0 |
| 10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ? | Oui=1 | Non=0 |
| 11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ? | Oui=0 | Non=1 |
| 12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ? | Oui=1 | Non=0 |
| 13. Avez-vous beaucoup d'énergie ? | Oui=0 | Non=1 |
| 14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ? | Oui=1 | Non=0 |
| 15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre ? | Oui=1 | Non=0 |

Score 12/15 : la patiente est très déprimée.

Nécessité d'une évaluation globale du patient et de la comparer à 1 état antérieur connu.

Évaluer la douleur

Échelle verbale simple ou Algoplus

Auto-évaluation

Échelle verbale simple

- 0 = Pas de douleur
1 = Douleur faible
2 = Douleur modérée
3 = Douleur intense
4 = Douleur extrêmement intense

OU

en cas de troubles de la communication et/ou compréhension

Une hétéro-évaluation :

Un seul de ces comportements = OUI = 1 point



	OUI	NON
1. Visage		
Frontement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé		
2. Regard		
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés		
3. Plaintes		
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris		
4. Corps		
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées		
5. Comportements		
Agitation ou agressivité, agrippement		
Total OUI	SCORE 22 : douleur	/5

Mme G. Bobo 80 ans est admise en EHPAD pour la prise en charge d'un escarre sacré évoluant depuis plus de 3 mois apparus dans les suites d'une hospitalisation pour fracture du bassin. Cette patiente est atteinte d'une démence de type Alzheimer et ne communique plus de façon cohérente (MMS 11/30). Elle ne participe pas aux activités de l'EHPAD.

A l'arrivée, elle est agitée. Elle geint et grimace lors des mobilisations et s'oppose à la toilette. Spontanément elle se tourne sur le côté droit. Elle déambulait avant son hospitalisation mais refuse actuellement la kinésithérapie et ne se lève plus spontanément. Elle est agitée la nuit et présente des périodes d'endormissement dans la journée.

L'équipe estime que la patiente est mal soulagée sur le plan antalgique.

Quelle échelle utilisez-vous ?

A combien évaluez-vous la douleur de Mme G. Bobo ?

Choix de ALGOPLUS pour évaluation d'une douleur aiguë chez une personne avec des troubles de la communication verbale

Mme G. Bobo		le .../.../... à ...h..	
		OUI	NON
1. Visage			
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées visage figé		★	
2. Regard			
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés			★
3. Plaintes			
« Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris		★	
4. Corps			
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées		★	
5. Comportements			
Agitation ou agressivité, agrippement		★	
Total OUI		SCORE 22 : douleur 4/5	
Par (initiales)			

Évaluer les troubles du comportement

Inventaire neuropsychiatrique pour l'équipe soignante: NPI-ES

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	FxG	Retentissement
Une série de questions pour aider à préciser le trouble existe.	Item non applicable					Fréquence x Gravité
Idees delirantes	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

score F x G par domaine (pathologique si > 2)

Score total sur les 10 premiers items

Fréquence
1 Quelquefois : moins d'une fois par semaine
2 Assez souvent : environ une fois par semaine
3 Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4 Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps

Gravité (pour le patient)
1 Léger : changements peu perturbants pour le patient
2 Moyen : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
3 Important : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant (ou nécessite un traitement médicamenteux)

Retentissement (pour l'équipe soignante)
0. Pas du tout
1. Perturbation minimum : presque aucun changement dans les activités de routine.
2. Légèrement : quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
3. Modérément : désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
4. Assez sévèrement : désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
5. Très sévèrement ou extrêmement : très désorganisant, source d'anxiété majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

Mr A. Lucine, 80 ans, présente une démence frontale depuis plusieurs années. Il n'a pas d'idée délirante mais il a tous les jours des hallucinations visuelles, qui le perturbent énormément et nécessitent un traitement médicamenteux. Il est agressif certains jours mais ce n'est pas quotidien, et il peut être calmé par l'équipe.

Il semble assez souvent triste, mais il n'est pas anxieux, ni euphorique. Il est toujours indifférent à ce qui l'entoure et difficilement stimulé même lors des visites de sa famille.

Il a parfois des gestes ou des propos déplacés, qui ne semblent pas le perturber. Il est irritable régulièrement, mais il se calme rapidement avec l'aide de son entourage.

Il tripote sans cesse les objets qui l'entourent, sans que cela semble le déranger. Il se lève pour uriner la nuit et le plus souvent se recouche rapidement mais il arrive de temps en temps qu'il erre dans les couloirs, dans ces cas-là, il est assez difficile de le faire se recoucher. Son appétit est normal.

L'équipe est très affectée par ses hallucinations, et doit aussi prendre du temps pour le calmer lorsqu'il est agressif ou irrité ce qui parfois désorganise un peu le quotidien. Les autres comportements ont peu d'impact sur l'équipe.

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	FxG	Retentissement
Idees delirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	0	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	12	1 2 3 4 5
Agitation / Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	5	1 2 3 4 5
Dépression / Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	2	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	0	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur / Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	0	1 2 3 4 5
Apathie / Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	12	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	1	1 2 3 4 5
Irritabilité / Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	5	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	4	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	3	1 2 3 4 5
Appétit / Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	0	1 2 3 4 5

Score total sur les 10 premiers items : 43 (score maximal = 120)

6 items ont un score pathologique, ce sont les plus utiles à analyser:

Score maximal: hallucinations et apathie, avec un retentissement sur l'équipe complètement différent

Score intermédiaire: agitation et irritabilité, avec un retentissement visible sur l'équipe

Score plus bas: comportement moteur aberrant et sommeil, sans retentissement

Pour en savoir plus, quelques sites utiles :

www.soin-palliatif.org

centre national de ressource en soin palliatif

www.sfap.org

société française de soin palliatif

www.sfgg.fr

société française de gériatrie et gérontologie

www.Mobiquat.org

Améliorer la qualité du service rendu en établissements et services
médico-sociaux (boîte à outils de formation, payante)

Magali Conil et Marie-Mathilde Dumas

Thèse de médecine générale

Année 2015

Annexe 13 : Courrier médecin traitant avec Pallia10

Chère consœur, cher confrère,

Nous avons animé une formation auprès de soignants de l'EHPAD [REDACTED], où résident certains de vos patients. Nous souhaitons vous informer du contenu de la formation dispensée.

Nous sommes deux médecins généralistes Magali Conil et Marie-Mathilde Dumas et dans le cadre de notre thèse de médecine générale nous proposons une **formation à la participation de Décision de prise en charge Palliative des Résidents en EHPAD (DéPaR)** destinée aux soignants. Nos directrices de thèse sont les Dr Claire Millet, Gériatre au centre hospitalier de Voiron et Dr Magalie Baudrant, pharmacienne (centre d'investigation clinique) au CHU de Grenoble. Notre objectif est de valider l'intérêt et la faisabilité de cette formation, c'est pourquoi nous sommes intervenues sur un petit groupe.

Notre formation, basée sur l'évaluation gériatrique, aborde les dix questions du Dr Sebag qui guident la réflexion en équipe d'une décision de soins palliatifs en gériatrie et présente des échelles d'évaluation de critères pronostiques et de symptômes d'inconfort. Elle est composée d'un affichage de posters suivi d'un atelier interactif basé sur un jeu de l'oie et d'une table ronde.

Les sujets abordés sont :

- **la dénutrition** : Mini Nutritionnal Assessment (MNA)
- **la dépendance** : Activity of Daily Living (échelle ADL de Katz)
- **l'anxiété** : échelle de Goldberg
- **la confusion** : Confusion Assesment Method (CAM)
- **la dépression** : Geriatric Depression Scale (GDS) version 15 items
- **la douleur** : échelle Algoplus et Doloplus, échelle verbale simple
- **les troubles du comportement** : Neuro Psychiatric Inventory (NPI)

Nous avons joint à ce courrier les différentes échelles abordées dans la formation, ainsi que les 10 questions du Dr Sebag et un dépliant de la SFAP utile pour guider l'appel à une équipe de soins palliatifs (Pallia 10).

Confraternellement

Magali Conil et Marie-Mathilde Dumas

Si vous le désirez, vous pouvez nous contacter :

[REDACTED]

QUE SONT LES SOINS PALLIATIFS¹ ?

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Dans une approche globale et individualisée, ils ont pour objectifs de :

- Prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes, prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.
- Limiter la survenue de complications, en développant les prescriptions anticipées personnalisées
- Limiter les ruptures de prises en charge en veillant à la bonne coordination entre les différents acteurs de soin.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

ET L'ACCOMPAGNEMENT¹ ?

L'accompagnement d'un malade et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle). Il peut être mené en lien avec les associations de bénévoles. L'accompagnement de l'entourage peut se poursuivre après le décès pour aider le travail de deuil.

A QUI S'ADRESSENT-ILS¹ ?

Aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, en accompagnant leurs familles et leurs proches.

¹ Soins palliatifs et accompagnement. Coll. Repères pour votre pratique. Inpes, mai 2009.

QUEL EST LE CADRE LEGAL ?

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement »

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (« loi Léonetti ») : propose aux professionnels de santé un cadre de réflexion reposant sur le respect de la volonté de la personne malade (directives anticipées, personne de confiance), le refus de l'obstination déraisonnable. Elle indique les procédures à suivre dans les prises de décisions : collégialité et traçabilité des discussions, de la décision et de son argumentation.

OU TROUVER UNE EQUIPE DE SOINS PALLIATIFS EN FRANCE ?

Répertoire national des structures :

www.sfap.org

Accompagner la fin de la vie, s'informer, en parler :

N°Azur 0 811 020 300
PRIX APPEL LOCAL



D100105-avril 2010



PALLIA 10

Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?

Outil d'aide à la décision
en 10 questions

Accès aux soins palliatifs :
→ un droit pour les patients
→ une obligation professionnelle pour les équipes soignantes

Avec le soutien institutionnel
des laboratoires Nycomed



(version 1- juin 2010)

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

QUI PEUT UTILISER PALLIA 10 ?

Tout soignant

DANS QUEL BUT UTILISER PALLIA 10 ?

Pallia 10 est un outil conçu pour vous aider à mieux repérer le moment où le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs devient nécessaire.

La mise en œuvre de la démarche palliative tirera profit de la collaboration avec une équipe mobile (patient hospitalisé), un réseau (patient à domicile) ou une unité de soins palliatifs.

QUAND UTILISER PALLIA 10 ?

Chez des patients atteints de maladies ne guérissant pas en l'état actuel des connaissances.

Quand l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soin le plus adapté, priorisation et coordination des interventions.

COMMENT UTILISER PALLIA 10 ?

Elaboré par un groupe d'experts de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), avec le soutien institutionnel des laboratoires Nycomed, Pallia 10 explore les différents axes d'une prise en charge globale.

Répondez à chacune des questions.

Au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé

	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de Karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il persiste des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation ...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho- pathologie préexistante chez le patient et son entourage	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolement, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient ou l'entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : • prescriptions anticipées • indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...) • indication et mise en place d'une sédation • lieu de prise en charge le plus adapté • statut réanimatoire	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adoptée concernant par exemple : • un refus de traitement • une limitation ou un arrêt de traitement • une demande d'euthanasie • la présence d'un conflit de valeurs	La loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de prise de décisions d'arrêt et de limitation de traitement autant chez les patients compétents que chez les patients en situation de ne pouvoir exprimer leur volonté	

Annexe 14 : Dossier de présentation EHPAD/Fiche projet

Projet de formation dans le cadre d'une thèse

Notre projet de thèse :

Nous sommes deux médecins généralistes remplaçants Magali Conil et Marie-Mathilde Dumas et dans le cadre de notre thèse de médecine générale nous proposons une formation pour les soignants exerçant au sein d'une EHPAD.

Cette formation que nous avons basée sur l'évaluation gériatrique a pour objectif de fournir des outils aux soignants afin qu'ils puissent participer à la prise de décision de soins palliatifs notamment lors de réunions pluridisciplinaires.

Notre objectif est de valider l'intérêt et la faisabilité de cette formation.

Nos directrices de thèse sont les Dr Claire Millet, Gériatre au centre hospitalier de Voiron et Dr Magalie Baudrant, pharmacienne (centre d'investigation clinique) au CHU de Grenoble.

Organisation de la formation

1. Posters :

Nos posters traitent de façon simple et accessible des échelles d'évaluation de critères d'inconfort et de pronostic (Algoplus et Doloplus pour la douleur, MNA pour la dénutrition, etc...). Ils seront installés dans un lieu de l'EHPAD permettant aux soignants de les voir facilement, au moins une semaine avant l'atelier interactif. Nous pourrions nous présenter aux participants ainsi que notre projet lors de la mise en place des posters.

2. Atelier interactif :

Une séance (1h30 à 2 h) en petits groupes (environ 6 participants) d'infirmier(e)s et aides-soignant(e)s animée par nos soins où grâce au support d'un jeu de l'oie revisité nous reprendrons ensemble les concepts et échelles d'évaluation abordés dans les posters et les appliqueront à de petits cas cliniques. Nous conclurons par un échange en « table ronde » avec les participants.

Nous avons prévu d'évaluer la formation en elle-même par des questionnaires (un avant la formation, un tout de suite après l'atelier interactif et un à distance)

Nous envisageons de réaliser cet atelier dans les locaux de l'EHPAD à une heure la plus pratique pour les participants (13-15h ou autre).

Nous pourrions débiter les formations en mai 2015.

Objectifs de cette formation :

- Familiariser les soignants avec les différentes échelles d'évaluation des symptômes d'inconfort et pronostiques utiles en gériatrie.
- Favoriser l'utilisation de ces échelles afin d'améliorer le suivi des symptômes et leur prise en charge au long cours.
- Permettre aux soignants de partager leurs observations et évaluations (ou celles d'un autre membre de l'équipe) lors des réunions de synthèse concernant les résidents (notamment lors de discussion de l'instauration de soins palliatifs).

Pour nous contacter :



Annexe 15: Synthèse des réponses aux questions de connaissances avant/après

	profession	Symptômes d'inconfort		Échelles d'évaluation de la douleur		Dépistage dénutrition	
		avant	après	avant	après	avant	après
1	IDE	douleur physique douleur morale <i>dénutrition</i> <i>déshydratation</i>	douleur souffrance psychique <i>dénutrition</i>	EVA EN algoplus doloplus EVS	EVA EN algoplus doloplus EVS	poids <i>dents cheveux</i> <i>état cutané plaies</i> <i>bilan bio</i>	 MNA-SF
2	Agent de Soins	douleur <i>dénutrition</i> anxiété	douleur trouble comportement <i>dénutrition</i>	EVA	EVA algoplus	poids	poids
3	AS	Douleur <i>maladie</i>	douleur <i>alimentation</i> confort	Échelle algoplus	EVA algoplus doloplus ecpa	poids <i>peau</i> appétit démence	poids appétit état cutané <i>déshydratation</i>
4	AS	douleur	douleur anxiété dépression <i>dénutrition</i>	EVA doloplus	EVA Algoplus doloplus	poids appétit	poids Appétit <i>affaiblissement</i> <i>de l'état général</i>
5	psychologue	douleur dépression anxiété	douleur dépression anxiété trouble comportement	0	doloplus algoplus	poids IMC <i>Analyses sanguines</i>	poids IMC <i>albumine</i>
6	IDE	douleur escarre <i>déshydratation</i>	dépression <i>dénutrition</i> douleur	algoplus doloplus EVA	EVA <i>échelle analogique</i> doloplus algoplus	anorexie	poids perte d'appétit MNA IMC <i>albuminémie</i>

		Symptômes d'inconfort		Échelles d'évaluation de la douleur		Dépistage dénutrition	
		avant	après	avant	après	avant	après
7	AMP	soins de bouche escarre	Trouble du comportement dépression agressivité	EVA	0	poids	poids
8	diététicien	Douleur Anxiété état psychique agitation trb alimentaires état cutané	douleurs physiques stress état/douleurs psy besoins physiques cutané	0	Doloplus	poids	poids
9	AS	douleur angoisse mort position vicieuse escarre	douleur dépression dénutrition	logiciel intégré EVA	échelle verbale	IMC<21 régime restrictif perte d'autonomie, texture alimentaire modifiée (mixée, liquide), troubles de la déglutition, pathologie aigue sévère, hypercatabolisme <i>hypoalbuminémie <35g/l</i> ,	<i>hypoalbuminémie</i> diminution des ingesta
						poids	poids
						Fatigue chutes	chutes à répétition

Légende:

En italique: réponse ne correspondant pas à aux réponses attendues (mentionnées dans les outils de formation)

0: pas de réponses à cette question