



HAL
open science

**Amélioration des connaissances des soignants et des
médecins d'une unité d'hospitalisation non gériatrique,
sur la confusion de patients de 75 ans et plus : étude
avant – après une intervention pédagogique multimodale**

Mathilde Salaun

► **To cite this version:**

Mathilde Salaun. Amélioration des connaissances des soignants et des médecins d'une unité d'hospitalisation non gériatrique, sur la confusion de patients de 75 ans et plus : étude avant – après une intervention pédagogique multimodale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03651892

HAL Id: dumas-03651892

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03651892>

Submitted on 26 Apr 2022

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.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2022

**AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES DES SOIGNANTS
ET DES MÉDECINS D'UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION
NON GÉRIATRIQUE, SUR LA CONFUSION DE PATIENTS DE
75 ANS ET PLUS : ÉTUDE AVANT – APRÈS UNE
INTERVENTION PÉDAGOGIQUE MULTIMODALE**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : GÉRIATRIE

Par Mme Mathilde SALAUN

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 13/04/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Gaëtan GAVAZZI

Membres :

Mme le Dr Sabine DREVET (directrice de thèse)

M. le Dr Bastien BOUSSAT

M. le Dr Emmanuel FORESTIER

M. le Dr Franck TRINCHERO

L'UFR 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.

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCFAss.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
PRAss.Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PRAss.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PHémérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PHémérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART MariePierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur; Addictologie
PU-PHémérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PHémérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire,médecine vasculaire
PRAss.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie; hygiènehospitalière
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCFAss.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCFAss.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale

PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLINCHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ;gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologieclinique; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie; hépatologie ;addictologie
PRAss.Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PU-PHémérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques,informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PHémérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ;gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PHémérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PHémérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale

PU-PHémérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PHémérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie-virologie; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PRAss.Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LEGOUELLECLEPISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PRAss.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PHémérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie; Transfusion
PRAss.Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MCLEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PRAss.Méd	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie; radiothérapie
PU-PHémérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
MCFAss.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PRAss.Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie; Transfusion
PRAss.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYENDELAGARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERARDDUMESTRE Chantal	Immunologie

PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie; Hygiène hospitalière
PU-PHémérite	POLACK Benoît	Hématologie; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes; Addictologie
PU-PHémérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale
PRAss.Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PHémérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PHémérite	ROMANET JeanPaul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PRAss.MG	ROYERDEVERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PHémérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
PU-PHémérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses; Maladie tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZJ ean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PHémérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Gaëtan GAVAZZI :

Vous me faites l'honneur d'être mon président de jury de thèse. Je vous remercie pour votre investissement pédagogique et votre temps accordé lors de ma formation de gériatre ainsi que l'intérêt particulier que vous avez porté à mon projet professionnel notamment avec la concrétisation d'un inter-CHU en gériatrie à Dakar.

A Madame le Docteur Sabine DREVET :

Je te remercie de m'avoir encadré durant ce projet de thèse. Grâce à toi, nous avons concrétisé un travail partant d'une constatation clinique au lit du malade pour aboutir à une thèse. Tu m'as suivi et aidé avec constance et rigueur tout au long de ces mois. Tes conseils pertinents et ton soutien m'ont permis de finir ce travail dans le temps restreint que nous avons devant nous. Merci pour tout.

A Monsieur le Docteur Emmanuel FORESTIER :

Merci pour ton accueil dans le service d'infectiologie de Chambéry et ton aide précieuse durant tous ces mois pour arriver à bout de ce projet. J'ai toujours été très agréablement reçu dans ton service reflétant l'humanité qui dégage de l'encadrement de celui-ci.

A Monsieur le Docteur Franck TRINCHERO :

Je te remercie pour ton accueil dans l'équipe de gériatrie de Chambéry. Tu as un don pour la transmission du savoir avec une attention toujours calme et bienveillante. L'apprentissage à tes côtés sur les troubles neuro-cognitifs à l'UCC resteront une aide précieuse pour la suite de mon exercice de gériatre.

A Monsieur le Docteur Bastien BOUSSAT :

Merci d'être présent ce soir et d'apporter un autre regard sur ce travail de thèse. Vous maintenez un enseignement annuel auprès des internes de gériatrie qui nous apprend la complexité de la recherche clinique.

A la faculté de Grenoble :

Un dynamisme certain se dégage de cette faculté de médecine au pied des montagnes. Merci pour l'accueil et pour l'ouverture d'esprit scientifique que de nouveaux médecins transmettent. La découverte des environs alpins est une réelle force pour permettre un bon équilibre professionnel.

A l'hôpital de Chambéry :

Dès que l'on passe les portes du CHMS, on sait que l'on sera bien soigné. A chaque étape dans le processus de cette thèse, une oreille bienveillante a pu m'écouter pour mener à bien ce projet.

Aux gériatres :

Merci à tous les gériatres que j'ai pu croiser sur mon chemin. C'est bien évidemment grâce à la transmission de leur savoir et à la passion pour cette discipline que je m'épanouis autant dans mon travail aujourd'hui !

Remerciements personnels,

A ma famille, sans qui cette thèse n'aurait jamais pu voir le jour !

Merci à toi Amélie. Je ne serais pas là sans toi aujourd'hui. Merci pour tes conseils de grande sœur, ton écoute et ton partage, tu vas enfin pouvoir m'appeler Dr Saloon !

Merci à toi maman pour ton soutien sans faille durant toutes ces années de médecine. Cette thèse à tout de même une allure de cours pédagogique... Je me demande bien de qui cela tiendrait !

Merci à toi papa qui m'a appris à travailler dur, même en étant 1^{ère} de classe puis en médecine tu m'as toujours rappelé que l'on pouvait faire mieux. Je sais qu'au fond que tu es fier de mon parcours, j'espère que tu accepteras de prendre autre chose que des granules quand tu en auras besoin !

Merci à Mamie Nicole et Papi Bernard que j'aime tant. Votre plus grande force est de rester encore jeune dans vos têtes ! Restez comme vous êtes !

Merci à tout le reste de la famille qui suit mon parcours de gériatre avec curiosité.

Une pensée particulière pour Mamie Jacqueline et Papi René qui ne sont pas là aujourd'hui pour me voir devenir docteur. Je ne sais pas ce qu'ils en penseraient, mais je pense à vous.

Merci à toi Sébastien, merci pour tout. Tu es un soutien quotidien, un pilier dans ma vie qui a permis que j'avance dans ce travail. Ton écoute est si précieuse. Un nouveau souffle s'offre à nous avec le départ proche vers Dakar. Reste comme tu es. Je t'aime.

Merci à ma belle famille, votre écoute bienveillante et votre soutien sont toujours d'un important réconfort.

Merci à la Promotion Hubert et Marguerite, vous êtes des sœurs rapportées . Cette thèse c'est bien sûr aussi grâce à vous !

Notre amour pour les petits vieux nous liera toujours. Merci pour votre soutien dans tout le processus de ce travail. C'est à vous maintenant !

Merci aux fouines de Lyon. Nos multiples aventures à la fac, à Madagascar, au CHA et maintenant aux différents mariages avec la chorale, se sont des moments précieux de vie ensemble.

Merci à Anthéa, Julie et Romane pour notre longue amitié qui se maintient au fil des années, merci pour votre présence à mes côtés durant le collège, le lycée, puis les vacances à Carqueiranne, le ski, et bien sûr toutes ces longues années de médecine.

Merci à Fatou, Maxou, Théo pour les aventures de l'externat, vous avez été de vrais rayons de soleil durant toutes ces années d'études ! 

Merci à l'internat Grobid-19 pour cette émulsion dans la découverte alpine. Le 1^{er} confinement en colocation à 40 a été une sacrée expérience, merci à tous ceux qui ont fait de cette 1^{ère} année d'internat une petite pépite !

Merci Jonathan pour la création du dessin sur la confusion intégré dans la diapositive de la formation et de ce soir, tu as un vrai talent !!

Merci à toi Aline pour la traduction du DKQ 😊

Enfin, merci à tous les autres amis que j'ai pu croiser durant mes années à la fac de Lyon Sud puis maintenant à Grenoble, Chambéry... Si vous êtes ici aujourd'hui c'est que vous comptez à mes yeux et que vous y êtes pour quelque chose dans l'aboutissement de ces (longues) années d'études !

ABSTRACT

Titre : Amélioration des connaissances des soignants et des médecins d'une unité d'hospitalisation non gériatrique, sur la confusion des patients de 75 ans et plus : étude avant – après une intervention pédagogique multimodale.

Introduction La confusion est un syndrome gériatrique fréquent (18 à 35% dans les services de médecine) mais sous diagnostiqué et de mauvais pronostic s'il n'est pas pris en charge rapidement. Notre objectif principal était d'améliorer les connaissances d'une équipe de soin non gériatrique sur la confusion du sujet âgé grâce à une intervention pédagogique multimodale dans le service d'Infectiologie du Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS) de Chambéry.

Matériels & Méthodes : Etude de cohorte descriptive monocentrique au sein de l'unité d'infectiologie du CHMS avec une phase rétrospective (Mars à Mai 2021) et une phase prospective (Octobre à Décembre 2021). Nous avons réalisé une intervention pédagogique multimodale autour du thème de la confusion dans le service au mois de Septembre 2021. Le critère de jugement principal était la différence de réponses correctes issues du questionnaire DKQ (*Delirium Knowledge Questionnaire*) exprimées en pourcentage avant – après intervention pédagogique, des soignants de l'unité. Les objectifs secondaires concernaient l'évolution des connaissances de l'outil CAM et des formes de confusion, les pratiques professionnelles sur la population de patients avec une évaluation de l'impact de l'intervention sur la fréquence du diagnostic de confusion, sur le parcours de soin et la qualité de la prise en soins.

Résultats : Le taux de réponses correctes au questionnaire DKQ des 24 soignants inclus était amélioré de + 4.5% (p=0.02). Les progrès étaient significatifs sur les connaissances des causes et facteurs de risque de confusion (+4.5%, p=0.04). Il existait une amélioration non significative des connaissances de la définition, des symptômes et des conséquences de la confusion (+2.5%, p=0.33) et de la prévention et des différentes stratégies de prise en charge (+6.0%, p=0.06). Moins d'1 soignant sur 10 connaissait les 3 formes de confusion versus plus de 50% après la formation. L'outil CAM était connu par 1/5^{ème} des soignants en pré-intervention puis 4/5 après. La fréquence du diagnostic de confusion n'était pas modifiée après l'intervention. Les prescriptions de kinésithérapie étaient plus fréquentes (+ 19%) alors

que le recours à l'UMG ou la programmation de consultation gériatrique à distance n'étaient pas modifiés.

Conclusion: Notre intervention pédagogique multimodale a permis une amélioration des connaissances des soignants sur le thème de la confusion. Les pratiques cliniques n'ont pas toutes été modifiées mais le design de l'étude n'était pas adapté à cette question. Compte tenu de la fréquence de ce diagnostic, de la gravité et des coûts liés à la survenue d'une confusion, il semble d'un intérêt majeur d'intégrer une formation initiale et continue pour les soignants sur la confusion et plus largement sur les thématiques gériatriques, sans négliger l'apprentissage du savoir-faire clinique. En effet, les études concernant les formations professionnelles pour améliorer le dépistage/diagnostic de la confusion ont particulièrement montré leur efficacité si la formation était interactive et combinée à des stratégies de renforcement au long cours.

Mots clés: Confusion, personnes âgées, intervention pédagogique, DKQ, connaissances théoriques

Title: Improving caregivers' and physicians' knowledge of delirium in patients 75 years and older on a non-geriatric inpatient unit: a before-after study of a multimodal educational intervention.

Introduction: Delirium is a common geriatric syndrome (18 to 35% in medical unit) but is under-diagnosed and has a poor prognosis if not managed promptly. Our main objective was to improve the knowledge of a non-geriatric care team on delirium in the elderly through a multimodal educational intervention in the Infectious Diseases Department of the Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS) in Chambéry.

Materials & Methods: Monocentric descriptive cohort study in the CHMS infectious diseases unit with a retrospective phase (March to May 2021) and a prospective phase (October to December 2021). We conducted a multimodal educational intervention around the theme of delirium in the unit in September 2021. The primary outcome was the difference in correct responses from the Delirium Knowledge Questionnaire (DKQ) expressed as a percentage before and after the educational intervention by the unit's caregivers. The secondary outcome were the evolution of the knowledge of the CAM tool and the forms of delirium, the professional practices on the patient population with an evaluation of the impact of the intervention on the frequency of the diagnosis of delirium, on the care pathway and the quality of the care.

Results: The rate of correct answers to the DKQ questionnaire of the 24 caregivers included was significantly improved by +4.5% ($p=0.02$). There was significant improvement in the knowledge of the causes and risk factors of delirium (+4.5%, $p=0.04$). On the other hand, there was an improvement, but not significant, in knowledge of the definition, symptoms and consequences of delirium (+2.5%, $p=0.33$) and in knowledge of prevention and the different management strategies (+6.0%, $p=0.06$). The frequency of delirium diagnosis was not modified after the intervention. Less than 1/10th of the caregivers knew the 3 forms of delirium versus more than half after the training. The CAM tool was known by 1/5th of the caregivers before the intervention and increased to 4 out of 5 caregivers after the training. Physiotherapy prescriptions were more frequent (+19%), while the use of the UMG or the scheduling of remote geriatric consultations did not change.

Conclusion: The rate of correct answers to the DKQ questionnaire of the 24 caregivers included was improved by +4.5% ($p=0.02$). There was a significant improvement in knowledge of the causes and risk factors of delirium (+4.5%, $p=0.04$). There was a non-

significant improvement in knowledge of the definition, symptoms and consequences of delirium (+2.5%, $p=0.33$) and of prevention and different management strategies (+6.0%, $p=0.06$). Less than 1 in 10 caregivers knew about the 3 forms of delirium versus more than 50% after training. The CAM tool was known by 1/5th of the caregivers before and 4/5 after the intervention. The frequency of delirium diagnosis was not modified after the intervention. Physiotherapy prescriptions were more frequent (+19%), while the use of the UMG or the scheduling of remote geriatric consultations did not change.

Key words: Delirium, elderly, educational intervention, DKQ, theoretical knowledge

TABLE DES MATIERES

Listes des abréviations, signes et acronymes.....	p.14
Introduction.....	p.15
Matériels & Méthodes.....	p.16
1) Design de l'étude.....	p.16
2) Lieu de l'étude.....	p.18
3) Population.....	p.18
4) Intervention.....	p.19
5) Recueil de données.....	p.20
6) Ethique et Réglementaire.....	p.20
7) Analyses Statistiques.....	p.20
Résultats.....	p.22
1) Caractéristiques des soignants interrogés.....	p.22
2) Critère de jugement principal.....	p.23
3) Critères de jugement secondaires.....	p.26
Discussion.....	p.28
Conclusion.....	p.31
Bibliographie.....	p.32
Annexes.....	p.34
1) Questionnaire posé aux soignants avec le DKQ intégré.....	p.34
2) Codage CIM 10 considéré pour le diagnostic de confusion.....	p.38
3) Arbre d'aide à la prise en charge médicamenteuse de la confusion.....	p.39
4) Outil CAM (Confusion Assesement Method).....	p.40
5) Modèle PRECEDE-PROCEED.....	p.41

LISTES DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CAM : Confusion Assessment Method

CHMS : Centre Hospitalier Métropole Savoie

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies 10

DRCI : Directions de Recherche Clinique et d'Innovation

DKQ : Delirium Knowledge Questionnaire

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EP : Embolie Pulmonaire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

ISFI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

PEC : Prise En Charge

RAU : Rétention Aiguë d'Urine

SAD : Sonde A Demeure

SHI : Séjour Hospitalier Index

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

UMG : Unité Mobile de Gériatrie

INTRODUCTION

La confusion est un syndrome gériatrique qui affecte entre 18 et 35% des patients hospitalisés en unité médicale et entre 13 et 50% des patients en contexte post opératoire (1). Les prévisions démographiques montrent que la proportion des sujets de 65 ans et plus va se majorer en passant de 9.0% en 2020 à 16.4% en 2050 (2). La confusion constitue un facteur indépendant de mortalité (HR = 1.95 IC à 95% [1.51-2.52]) chez les patients avec ou sans troubles neuro-cognitifs sous-jacents, un facteur de risque d'institutionnalisation (OR=2.41 IC à 95% [1.77-3.29]) et d'aggravation ou de révélation de troubles neuro-cognitifs (OR=12.5 IC à 95% [1.86-84.21]) (3). Il s'agit d'un événement de santé grave et de mauvais pronostic s'il n'est pas pris en charge rapidement. Plusieurs facteurs précipitants existent avec notamment les pathologies infectieuses, une méta-analyse l'a récemment montré avec l'infection à la COVID-19 (4). La physiopathologie de la confusion n'est pas encore parfaitement comprise mais il semblerait y avoir un rôle important des neurotransmetteurs avec une diminution de l'acétylcholine au niveau cérébral (5) et une majoration de la sécrétion dopaminergique. Le diagnostic positif de confusion est clinique et correspond à une perturbation brutale et fluctuante de l'état de conscience avec une modification aiguë du fonctionnement cognitif. Elle peut se présenter sous une forme d'agitation (dite hyperactive), de somnolence (dite hypoactive) ou mixte. Ces différents masques rendent la confusion difficile à reconnaître par un non expert. Les patients de plus de 80 ans, les déficients visuels et les patients présentant des troubles neuro-cognitifs sont particulièrement concernés par un sous-diagnostic de la confusion (6). L'identification et la reconnaissance de la confusion est la première étape de la prise en charge. Aussi, comparativement aux unités médicales non gériatriques, l'incidence du syndrome confusionnel en unité gériatrique est inférieure (RR=0.39 IC à 95% [0.007-0.214]) (7). Compte tenu de l'évolution démographique, les unités d'hospitalisation gériatriques ne pourront être en capacité d'admettre tous les patients âgés, conduisant à une grande proportion d'hospitalisations en unités non gériatriques. Les formations professionnelles seraient efficaces pour améliorer la reconnaissance de la confusion, particulièrement si la formation est interactive et combinée à des stratégies de renforcement au long cours (8).

L'objectif principal de notre étude était d'améliorer les connaissances d'une équipe de soin non gériatrique sur la confusion du sujet âgé grâce à une intervention pédagogique multimodale dans le service d'infectiologie du Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS) de Chambéry.

MATERIELS & METHODES

1) Design de l'étude

Notre étude de cohorte descriptive était monocentrique sur le CHMS de Chambéry avec une phase rétrospective (pré-interventionnelle) et phase prospective (post-interventionnelle). Le déroulement de l'intervention est présenté dans le Flowchart (Figure1) ci-dessous.

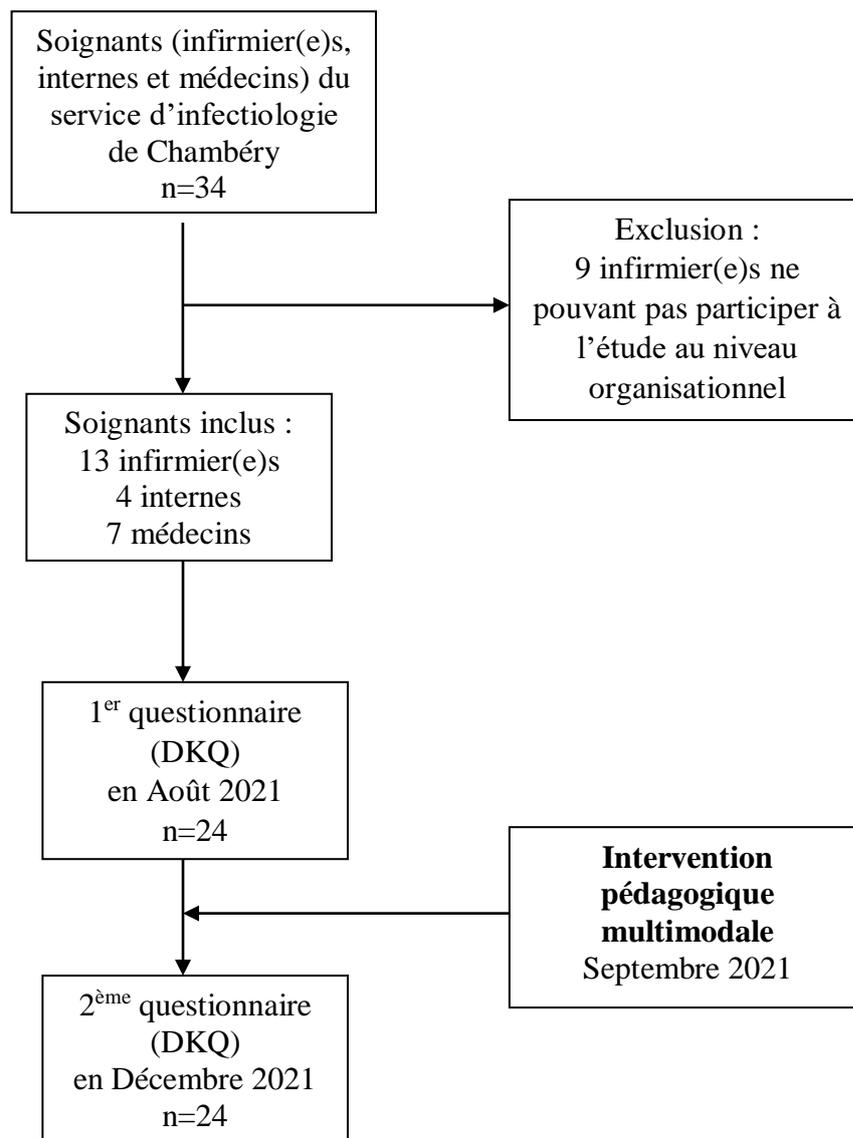


Figure 1. Flowchart des soignants

L'objectif principal de cette étude était d'améliorer les connaissances d'une équipe de soin non gériatrique sur la confusion du sujet âgé grâce à une intervention pédagogique multimodale dans le service d'infectiologie du CHMS de Chambéry.

Le critère de jugement principal était la différence de réponses correctes issues du questionnaire DKQ (*Delirium Knowledge Questionnaire*) exprimée en pourcentage avant – après intervention pédagogique, des soignants de l'unité.

Le premier objectif secondaire était d'évaluer l'évolution de la connaissance de l'outil diagnostic de la confusion par les soignants et leur ressenti vis-à-vis de leurs connaissances autour de la confusion. Les autres objectifs secondaires concernaient les pratiques professionnelles et étaient évalués sur la population de patients. Nous avons étudié l'impact de l'intervention sur les pratiques dans l'unité comme la fréquence du diagnostic de confusion, le parcours de soin du patient et la qualité de la prise en soins.

Le premier critère de jugement secondaire se basait sur un questionnaire complémentaire des soignants. Puis, les autres critères de jugement secondaires se basaient sur une cohorte de patients dont le recrutement est détaillé dans un second Flowchart (Figure 2). Nous avons étudié la prévalence du diagnostic de confusion notée dans le CRH. Le codage CIM 10 par les médecins du service dans le dossier patient était utilisé pour déterminer le diagnostic de confusion, d'agitation (pour la forme hyperactive) et de la somnolence (pour la forme hypoactive) (Annexe 2). L'évaluation du parcours se basait sur la fréquence de prescription de kinésithérapie, la fréquence de sollicitation d'un avis auprès de l'Unité Mobile de Gériatrie (UMG) et la fréquence de programmation d'une consultation gériatrique à distance du séjour hospitalier index. Enfin, nous avons étudié l'effet de l'intervention sur la qualité de prise en charge des patients en comparant avant – après intervention, la quantité totale de psychotropes type benzodiazépines introduits en milligrammes au cours du séjour. Le nombre de complications per hospitalières était comparé pour : les pneumopathies d'inhalation, le nombre et stade d'escarres, les rétentions aiguës d'urine (RAU) nécessitant un sondage (> 400ml), l'agitation ayant aboutie à une contention physique, les thromboses veineuses profondes ou embolies pulmonaires symptomatiques et authentifiées par un test diagnostique de référence, l'hypernatrémie > 145 mmol/L, le décès toutes causes confondues pendant le séjour hospitalier index (SHI) et la durée du SHI en jours.

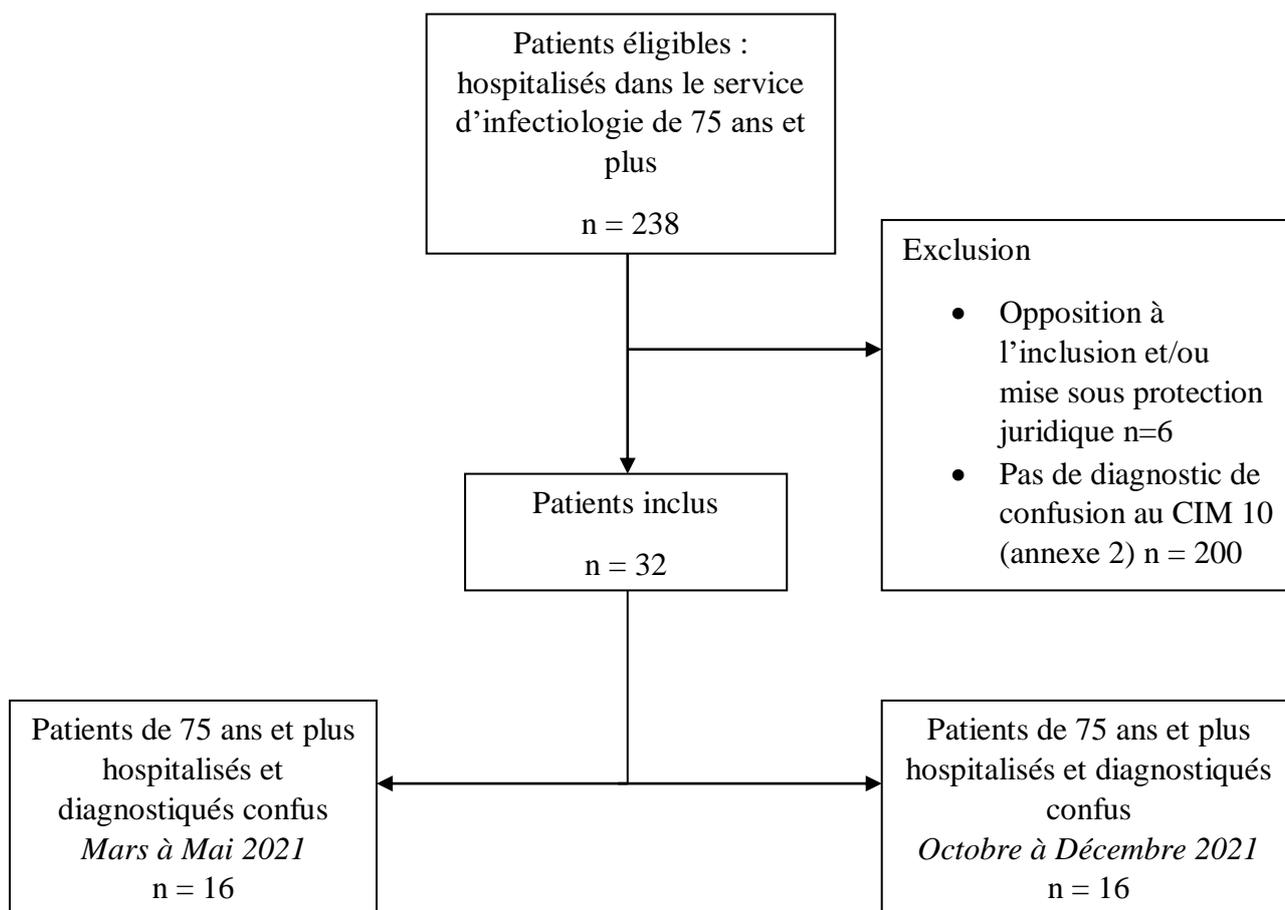


Figure 2. Flowchart des patients

2) Lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le service d'infectiologie du CHMS de Chambéry d'Août 2021 à Janvier 2022. La collection des données patients était rétrospective pour la période de Mars à Mai 2021 puis prospective pour la période d'Octobre à Décembre 2021.

3) Population

L'étude concernait deux populations distinctes. La population étudiée pour l'objectif principal était composée des soignants de l'unité comprenant les infirmier(e)s, les internes et les médecins du service. Cette population se composait de soignants volontaires acceptant de répondre aux questionnaires de façon anonyme. Nous avons exclu les soignants étant indisponibles dans le temps imparti pour la réalisation de l'étude : horaires de nuit, repos de sécurité, congés. Les objectifs secondaires évaluaient une population de patients dont les critères d'inclusion étaient l'âge de 75 ans et plus, être hospitalisé dans le service

d'infectiologie du CHMS de Chambéry et ne s'étant pas opposés à l'extraction de données de leur dossier médical. Les patients sous tutelle ou les sujets privés de liberté ont été exclus.

4) Intervention

En Août 2021, une première série de questionnaires a été hétéro-administrée par l'intervenante, interne en DES de gériatrie. Les soignants participants à l'étude se sont portés volontaires. Le questionnaire intitulé « *Delirium Knowledge Questionnaire* » (DKQ) (Annexe 1) a été utilisé. Celui-ci a été développé en Belgique en 2016 grâce à une étude pilote (9) qui visait à étudier l'amélioration des compétences des IDE sur le thème de la confusion avant et après la réalisation de sessions de e-learning. Il se compose d'une série de 35 questions fermées avec une possibilité de réponse binaire par oui ou non. Nous avons traduit ce questionnaire à posteriori depuis sa version anglaise et avons éliminé toute faute de traduction par une retraduction inverse. Au-delà du questionnaire, nous avons complété l'entretien par l'interrogation sur la connaissance de l'outil CAM, les différentes formes de confusion et par le ressenti des soignants vis-à-vis de la prise en charge de la confusion des patients âgés dans leur service.

En septembre 2021, une formation dédiée était réalisée au sein du service par l'intervenant. Il s'agissait d'un cours interactif reprenant les points essentiels sur la thématique de la confusion à savoir : sa fréquence et sa gravité (1), sa définition d'après le DSM V (2013). L'outil CAM permettant de poser le diagnostic clinique était enseigné afin de permettre une optimisation de son utilisation comme le suggère une méta-analyse américaine de 2008 (10). Les principales étiologies à rechercher ainsi que le traitement non médicamenteux approprié ont été expliqués (11). Un protocole de prise en charge médicamenteuse a été réalisé grâce aux connaissances actuelles et à l'aide de l'équipe médicale de gériatrie du CHMS (Annexe 3). Le cours a enfin précisé le suivi en consultation à prévoir à distance dans le but de dépister les troubles neuro-cognitifs. Cette présentation permettait d'insister sur les points importants qui étaient ensuite évalués dans les critères de jugements secondaires (données mises en avant dans les diapositives). A la fin de l'intervention, un outil plastifié format poche était distribué individuellement aux soignants. Cet outil comprenait un rappel des trois formes de confusion et une version française de la *Confusion Assessment Method* (CAM) (Annexe 4).

En décembre 2021, nous avons réalisé une nouvelle série de questionnaires (DKQ) hétéro-administrée par l'intervenante.

5) Recueil de données

Le recueil de données concernant les soignants comprenait le résultat du DKQ sous format papier conservé de façon sécurisée. Une information par encadré précédent le questionnaire a été transmis aux soignants à propos de la nature de l'exploitation de données.

Le recueil de données concernant les patients comprenait les données cliniques via le logiciel patient Crossway du CHMS. Dans le cas où le patient était décédé, il a été procédé à la vérification préalable dans le dossier médical de sa « non opposition » à l'utilisation de ses données de santé pour la recherche. Les données ont été pseudonymisées par un codage numérique.

6) Ethique et réglementaire

Les Directions de Recherche Clinique et d'Innovation (DRCI) de Grenoble et de Chambéry se sont mis en lien afin de valider le protocole de recherche et de permettre l'exploitation des données patients sur le logiciel de Chambéry. Une convention entre les sites a été établie. Les patients ont été informés de façon complète et loyale, en des termes compréhensibles, des objectifs de l'étude, de la nature des informations recueillies, et de leur droit à s'opposer à tout moment à l'exploitation des données recueillies. Un courrier individualisé a été adressé à chaque patient et un délai d'un mois a été respecté entre l'envoi de la lettre d'information avec possibilité d'opposition et le début du recueil et d'exploitation des données. Bien que ce type d'étude sur données historiques ne réclame pas l'avis d'un CPP, le protocole d'étude et les documents d'information des patients seront soumis pour avis au Comité d'Ethique des Centres d'Investigation Clinique de l'inter-région Rhône-Alpes-Auvergne (CECIC) avant toute publication.

7) Analyses statistiques

L'étude a inclus les soignants, internes et médecins de l'unité d'hospitalisation volontaire pour participer à l'étude. Le but était d'inclure un maximum de soignants en fonction de la faisabilité dans le service (nombre prévisionnel entre 20 et 25 soignants). Nous avons réalisé des analyses descriptives : les données qualitatives étaient décrites en effectifs et pourcentages. Les données quantitatives étaient exprimées en moyennes, médianes et écarts types. Les comparaisons de moyenne étaient faites par un test T de Student. Les 2

séries de données ont été considérées avec une distribution unilatérale avec des données par paires (mêmes sujets interrogés et mêmes questions posées avant/après l'intervention).

Devant l'absence de groupe contrôle à cette étude quasi-expérimentale et devant la possible saisonnalité dans la survenue de notre premier critère de jugement secondaire, nous avons comparé nos données à la prévalence de confusion des patients de plus de 75 ans enregistrée dans l'unité sur les trois années précédentes.

RESULTATS

1) Caractéristiques des soignants interrogés

Au total, 24 soignants ont été inclus dans l'étude : 13 infirmier(e)s, 4 internes et 7 médecins. L'effectif correspondait à 100% (11/11) des internes et des médecins, et à 59% (13/22) de l'effectif global d'infirmier(e)s de l'unité. Il s'agissait des mêmes soignants avant et après intervention, aucun soignant n'a été perdu de vue et il n'y a pas eu de perte de données. Les caractéristiques de la population de soignants sont détaillées dans la Table 1.

	IDE (%)	Internes (%)	Médecins(%)	Total (%)
Effectif	n = 13	n = 4	n = 7	n = 24
Femme (%)	76.9%	75%	71.4%	75%
Age < 30 ans (%)	53.8%	100%	28.6%	54.2%
Entre 30 et 40 ans (%)	7.7%	0%	42.9%	16.7%
> 41 ans (%)	38.5%	0%	28.6%	29.2%
Ancienneté d'exercice dans le service	6 ans	1 mois	7.8 ans	5.5 ans
Moyenne	4 ans	1 mois	3 ans	2.8 ans
Médiane				
Ancienneté du diplôme <5 ans (%)	38.5%	100%	42.9%	50%
Ancienneté du diplôme 5 - 10 ans (%)	30.8%	0%	28.6%	25%
Ancienneté du diplôme > 10 ans (%)	30.8%	0%	28.6%	25%
Expérience en gériatrie (%)	46.2%	25%	28.6%	37.5%
Formation antérieure sur le syndrome confusionnel (%)	15.4%	50%	0%	16.7%
Estimation de connaissances suffisantes (%)	0%	0%	0%	0%
Utilité d'une formation (%)	100%	100%	100%	100%

Table 1. Caractéristiques des soignants inclus dans l'étude. Effectif en nombre de personnes interrogées (n), résultats exprimés en pourcentages (%), ancienneté de l'exercice exprimé en mois et années.

2) Critère de jugement principal

Les résultats issus du DKQ avant et après intervention sont résumés dans la Table 2. Trois mois après l'intervention, les connaissances des soignants sont globalement améliorées de +4.5% de manière significative (p=0.02).

Item du DKQ	Score pré-intervention (% de réponses correctes)	Score post - intervention (%de réponses correctes)	Différence entre pré et post intervention (%)	p-value
A) Questions portant sur la connaissance de la définition, des symptômes et des conséquences de la confusion				
1. L'alternance de phase d'orientation et désorientation est typique de la confusion (V)	87.5%	95.8%	+8.3%	
2. Les symptômes de la dépression peuvent être confondus à ceux de la confusion (V)	62.5%	91.7%	+29.2%	
3. Les patients n'ont aucun souvenir de leur épisode de confusion (F)	95.8%	75%	-20.8%	
4. La confusion ne dure jamais plus de quelques heures(F)	100%	70.8%	-29.2%	
5. Un patient léthargique et difficile à stimuler n'est probablement pas atteint de confusion (F)	83.3%	83.3%	0%	
6. Les patients atteints de confusion sont toujours agressifs physiquement et/ou verbalement (F)	100%	100%	0%	
7. Le taux de mortalité est plus élevé chez les patients atteint de confusion (V)	79.2%	95.8%	+16.7%	
8. Des changements de comportement au cours de la journée sont typiques du syndrome confusionnel (V)	91.3%	91.7%	+0.4%	
9. Un patient atteint de confusion est susceptible d'être facilement distrait et/ou d'avoir des difficultés à suivre une conversation (V)	87.5%	100%	+12.5%	
10. Les patients atteints de confusion présentent souvent des troubles de la perception (ex. des hallucinations visuelles et/ou auditives) (V)	66.7%	75%	+8.3%	
Score totale de la section A	85.4%	87.9%	+2.5%	p=0.33

B) Questions portant sur la connaissance des causes et des facteurs de risques de la confusion				
11. Un patient hospitalisé pour une pneumonie, diabétique et présentant des troubles visuels et auditifs risque autant de développer une confusion qu'un patient hospitalisé pour une pneumonie sans comorbidités (F)	83.3%	87.5%	+4.2%	
12. Le risque de développer une confusion augmente avec l'âge (V)	100%	100%	0%	
13. Un patient atteint d'une déficience visuelle présente un risque accru de confusion (V)	75%	91.7%	+16.7%	
14. Plus le patient prend de médicaments, plus il risque de développer une confusion (V)	100%	100%	0%	
15. Le port d'une SAD réduit le risque de confusion (F)	58.3%	75%	+16.7%	
16. La dénutrition augmente le risque de confusion (V)	95.8%	100%	+4.2%	
17. La démence constitue un facteur de risque important de confusion (V)	83.3%	83.3%	0%	
18. Le diabète constitue un facteur de risque important de confusion (F)	45.8%	58.3%	+12.5%	
19. La déshydratation peut être un facteur de risque de confusion (V)	100%	100%	0%	
20. Le sevrage alcoolique engendre généralement une confusion (F)	87.5%	91.7%	+4.2%	
21. Des antécédents familiaux de démence prédisposent au développement d'une confusion (F)	79.2%	70.8%	-8.3%	
Score total de la section B	82.6%	87.1%	+4.5%	p=0.04
C) Questions portant sur la connaissance de la prévention de la confusion et sur les différentes stratégies de prise en charge				
22. Le traitement de la confusion passe toujours par la sédation (F)	95.8%	100%	+4.2%	
23. Le recours quotidien au Mini-Mental State Examination (MMSE) est le meilleur moyen de diagnostiquer la confusion (F)	65.2%	70.8%	+5.6%	
24. La présence du plus grand nombre de soignants possible aux côtés des patients est une stratégie importante de prévention de la confusion (V)	83.3%	91.7%	+8.3%	

25. Recourir à la contention physique est la meilleure manière de garantir la sécurité de patients présentant une confusion (F)	95.8%	100%	+4.2%	
26. Inciter les patients à porter (correctement) leurs appareils visuels et auditifs est nécessaire dans la prévention de la confusion (V)	91.7%	95.8%	+4.2%	
27. Une bonne hydratation est une stratégie importante de prévention de la confusion (V)	100%	100%	0%	
28. Un cycle de sommeil normal (ex. en évitant les interruptions) est une stratégie importante dans la prévention de la confusion (V)	100%	100%	0%	
29. Avant une opération chirurgicale pour une fracture, donner de l'halopéridol (HALDOL) au patient est une manière de prévenir la confusion (F)	87.5%	87.5%	0%	
30. Stimuler les patients en les incitant à effectuer plusieurs activités en même temps est une manière de prévenir la confusion (F)	25%	75%	+50%	
31. Donner au patient les instructions les plus claires possibles est important dans la prévention de la confusion (V)	91.7%	95.8%	+4.2%	
32. La marche précoce (par exemple, sortir les patients du lit dès que possible) des patients est une stratégie importante dans la prévention de la confusion (V)	83.3%	95.8%	+12.5%	
33. Permettre aux patients de conserver des objets familiers (ex. photos, montre, journaux) est important pour éviter la privation sensorielle (V)	100%	100%	0%	
34. Dans la prévention de la confusion, il convient d'éviter le contact visuel qui peut être perçu comme une menace (F)	87.5%	73.9%	-13.6%	
35. Maintenir un contact oral avec le patient est une stratégie importante de prévention de la confusion (V)	95.8%	100%	+4.2%	
Score totale de la section C	85.9%	91.9%	+6.0%	p=0.06
Score totale du DKQ	84.7%	89.3%	+4.5%	p=0.02

Table 2. Critère de jugement principal : statistique descriptive des réponses issues du Delirium Knowledge Questionnaire (DKQ) avant et après intervention multimodale. Résultats en pourcentage (%) de réponses correcte et p-value associée.

3) Critères de jugement secondaires

La Table 3 rapporte les réponses aux questions supplémentaires sur les connaissances des soignants et le ressenti des soignants sur leur connaissances et les mises en pratiques cliniques devant un patient âgé confus. Les plus fortes progressions sont retrouvées pour la connaissance de l’outil de la CAM à + 62.5% (p <0.01) ainsi que les 3 formes de confusion à + 45.8% (p <0.01).

	Pré- intervention Août 2021	Post- intervention Décembre 2021	Différence pré et post interventionnel	p-value
Connaissance de l’outil de la CAM	20.8%	83.3%	+62.5%	p < 0.01
Connaissance des 3 types de confusion	4.2%	50%	+45.8%	p < 0.01
Croyance de reconnaissance du syndrome confusionnel	83.3%	100%	+16.7%	p=0.021
La confusion est-elle une urgence diagnostic ?	87.5%	100%	+12.5%	p=0.041
Avis UMG si confusion	78.3%	81.8%	+3.6%	p=0.5
Suspicion de confusion dans le service	30.4%	68.2%	+37.8%	p=0.041
Satisfaction de prise en charge des patients de > 75 ans dans le service sur une échelle de 0 à 10	6.6	7.4	+ 0.8pt	p=0.018
Attitude à l’aise face à un patient confus sur une échelle de 0 à 10	5.3	6.6	+1.3pt	p=0.02

Table 3. Question annexes au DKQ. Effectif en nombre de patients (n), résultats exprimés en pourcentages de réponses correctes (%). Echelle de 0 à 10 pour la satisfaction de prise en charge et la suspicion de confusion exprimée en points (pt).

L’intervention n’a pas eu d’impact sur la prévalence du diagnostic de confusion : 14.6% étaient diagnostiqués confus en pré-interventionnel versus 12.6% en post-interventionnel. Compte tenu de notre limite méthodologique avec l’absence de groupe contrôle, nous avons évalué la prévalence de la confusion sur les mêmes périodes des trois années précédentes.

Les résultats sont détaillés dans la Table 4.

Années	Prévalence de la confusion (%)	Prévalence de la confusion (%)
	Saison Mars à Mai	Saison Octobre à Décembre
2018	7.2%	13%
2019	8.3%	4.6%
2020	20.3%	12.8%
Intervention - 2021	14.8%	12.6%

Table 4. Prévalence de confusion diagnostiquée par les médecins au code CIM 10 chez les patients de 75ans et plus hospitalisés en service d'Infectiologie au CHMS. La prévalence de la confusion est exprimée en pourcentage (%).

Les autres critères de jugement secondaires étaient analysés sur 32 patients au total répartis en 16 patients en pré et 16 en post-interventionnel. Il s'agissait d'une population majoritairement composée de femmes (63%) en pré-interventionnel et avec une parité nette pour les patients en post intervention. La Table 5 détaille les critères de jugements secondaires.

	Avant intervention (n= 16)	Après intervention (n= 16)	Différence entre les 2
Âge (années)			
Moyenne	87.3 ans	86.6 ans	- 1.3 ans
1) Effet sur le parcours de soins du patient âgé confus			
Prescription kinésithérapie	44%	63%	+ 19%
Avis UMG	38%	38%	0%
Programmation d'une consultation mémoire à distance	19%	19%	0%
2) Effet de l'intervention sur la qualité de la prise en charge des patients au cours du SHI			
Quantité de psychotropes type benzodiazépines introduits en mg en moyenne	9.5mg	9.7mg	+ 0.2mg
Pneumopathie d'inhalation	13%	6%	-6%
Escarre et leur complication	0%	6%	+6%
RAU > 400 mL	50%	38%	-13%
Contention physique	0%	0%	0%
TVP ou EP	0%	6%	+6%
Hypernatrémie > 145mmol/L	6%	13%	+6%
Décès intra-hospitalier toute cause	31%	25%	- 6%
Durée du séjour (jours)	8.8 jours	13.3 jours	+ 4.5 jours

Table 5. Critères de jugement secondaire. Evaluation des pratiques professionnelles sur le parcours de soin et la qualité de prise en charge du sujet âgé diagnostiqué confus au cours du SHI. Effectif en nombre de patients (n), résultats exprimés en pourcentages (%), en mg pour la quantité de psychotrope et en jours pour la durée de séjour.

DISCUSSION

Notre intervention auprès des soignants et médecins d'une unité d'infectiologie non gériatrique a permis d'améliorer les connaissances sur la confusion du sujet âgé de +4.5% de manière significative sur le DKQ. Les progrès étaient significatifs pour les réponses sur les connaissances des causes et facteurs de risque de confusion. En revanche, il existait une amélioration non significative des connaissances de la définition, des symptômes et des conséquences de la confusion ainsi que des connaissances sur la prévention et les différentes stratégies de prise en charge. Nous constatons une franche amélioration de la connaissance de l'outil CAM de + 62.5% et des 3 formes de confusion. Concernant les données patients, la prévalence du diagnostic de confusion n'était pas modifiée par l'intervention. Les prescriptions de kinésithérapie étaient plus fréquentes alors que le recours à l'UMG ou la programmation de consultation gériatrique à distance n'étaient pas modifiés. Les taux de complications per hospitalières évoluaient avec une diminution des RAU, des décès toutes causes confondus et des PNP d'inhalation mais une majoration de la prescription des psychotropes, des TVP/EP, des escarres, de l'hypernatrémie > 145mmol/L avec allongement de la durée de séjour.

L'évolution des réponses au Delirium Knowledge Questionnaire (DKQ) montrait une amélioration de certaines connaissances mais répondait partiellement à notre objectif général d'amélioration des connaissances pour améliorer les pratiques. Les progrès étaient assez faibles en pourcentage. Le questionnaire quottait toutes les questions sans pondération particulière alors qu'en pratique clinique, elles n'ont pas toutes le même poids ou pertinence. Une étude britannique suggère que les jeunes médecins manquent principalement de connaissances théoriques notamment sur les outils de dépistage standard (type CAM) pour permettre un diagnostic approprié du syndrome confusionnel (12). Dans notre étude, nous avons particulièrement évalué cette acquisition de connaissance. En effet, moins d'1/10^{ème} des soignants connaissaient les 3 formes de confusion, versus plus de la moitié après la formation. L'outil CAM était connu par 1/5^{ème} des soignants en pré-intervention puis par 4 soignants sur 5 après la formation. Il existait alors une forte amélioration de la connaissance de l'outil diagnostic de la confusion : la CAM. Cette CAM se bâtit sur 4 items qui permettent un diagnostic clinique du syndrome confusionnel. En analysant les questions du DKQ qui se rapprochent des items de la CAM, seule la question 9 avait été améliorée de façon significative (p=0.041). Les questions 1 (p=0.164), 5 (p=0.5), 8 (p=0.287) et 23 (p=0.081) s'amélioraient mais de manière non significative. Donc il existait une amélioration nette de la

connaissance de l'outil CAM, mais l'acquisition des connaissances précises du contenu de l'outil était plus discutable.

La force de l'étude était d'avoir pu interroger les mêmes soignants sans rotation dans les effectifs avant et après l'intervention. Notre étude ciblait un public large, incluant les soignants et les médecins du service. L'approche auprès de plusieurs catégories professionnelles est plus rare dans la littérature mais montre bien son efficacité (13). L'impact se voulait donc plus puissant en impliquant tous les acteurs du processus de soins. Par ailleurs, nous faisons appel au volontariat des soignants et il a été suggéré qu'une formation volontaire sur la confusion permettait d'obtenir une meilleure participation ainsi qu'une meilleure reconnaissance clinique par rapport à une formation qui était imposée (14). Cette intervention pédagogique d'une heure avec des messages clés et la distribution d'un outil CAM plastifié, a été accueillie de façon très positive avec une motivation intrinsèque des soignants importante. Ceux-ci étaient globalement plus satisfaits de leur prise en charge après la formation. Nos résultats étaient en accord avec la littérature (15). Nous pourrions cependant être étonnés du positionnement des soignants sur leur capacité à diagnostiquer une confusion qui s'élève à 100% en post-test. Dans d'autres thématiques, il a déjà été montré qu'il existait un écart entre la perception du soignant sur sa pratique et ce qui se déroule dans la réalité (16).

L'amélioration des connaissances des soignants de notre étude avait des limites en termes de pratique clinique. Le design de notre étude n'était pas conçu pour évaluer les pratiques des professionnelles et le faible effectif de patients limitait clairement l'interprétation des données et leur extrapolation. Nous pouvions tout de même évoquer plusieurs éléments de réflexion. Les actes paraissant simples, comme la prescription de kinésithérapie, était significativement majorée en post-intervention. En revanche, la sollicitation de l'UMG ou la programmation d'une consultation gériatrique ne semblait pas évoluer et il paraîtrait intéressant de s'interroger sur les freins potentiels. La gériatrie est une spécialité médicale récente, ayant émergée dans les années 70. L'atypie sémiologique de la personne âgée nécessite un apprentissage à la fois théorique mais aussi l'acquisition d'un savoir-faire pratique. Que ce soit en formation initiale (ISFI pour les IDE, externat et internat pour les médecins) ou en formation continue, il semble y avoir une insuffisance de temps dédié à des thèmes gériatriques dont la confusion fait partie. Les bonnes pratiques gériatriques semblent encore trop peu intégrées dans les unités d'hospitalisation non gériatriques. Avec 115 Professeurs de gériatrie, le *Dr. Simpson* a élaboré une liste des différents rôles du gériatre dans la coordination des soins de la personne âgée pour 2025 (17). Ce groupe d'experts insiste

sur l'implication nécessaire des gériatres dans la formation des médecins spécialistes et généralistes pour l'apprentissage d'un socle commun de connaissance gériatrique. Au-delà, le manque de compréhension, de culture gériatrique et les difficultés à l'orientation des patients âgés dans des parcours de soins gériatriques par les autres spécialités, pourraient être des éléments à considérer.

L'amélioration du processus de soin est un parcours complexe où de nombreux biais peuvent interférer le lien de cause à effet entre les formations et les répercussions cliniques (18). Le soutien de la direction de l'hôpital (ou son absence) serait considéré comme le facteur le plus important pour déterminer si un programme d'intervention mis en œuvre apporterait un progrès de façon prolongée dans le temps (8). Le modèle PRECEDE-PROCEED a été introduit dans les années 1970 par Green et Kreuter pour planifier des programmes de promotion de la santé, ancrés dans les milieux de vie dans lesquels ils seront implantés. Il s'agit d'un modèle complexe détaillé en annexe 5 qui se base sur le postulat que les changements de pratiques s'effectuent avant tout sur un comportement volontaire des acteurs impliqués. Ce modèle apparaîtrait principalement utile pour le dépistage des pathologies (19). Suite à notre étude, nous pourrions imaginer à plus grande échelle la mise en place d'un programme dédié pour le dépistage systématique de la confusion chez les patients de plus de 75 ans hospitalisés en unité médicale.

Les faibles effectifs de nos populations constituaient une limite à notre étude mais nos résultats étaient similaires à ceux de la littérature, permettant de ne pas totalement remettre en question la validité externe de ce travail. Il faudrait élargir cette étude à différents services de médecine et hôpitaux pour confirmer nos résultats. Nous disposons d'une validité écologique forte puisque les questionnaires et le temps de formation étaient réalisés en condition de vie réelle, au sein du service d'infectiologie lors des journées de travail des soignants. Nous pouvons émettre une réserve quant à l'interprétation de l'absence d'effet sur la prévalence du diagnostic de confusion. En effet, la pandémie de COVID 19 a probablement créé un biais de confusion avec la présentation neurologique atypique de la personne âgée (20).

CONCLUSION

La confusion est un syndrome gériatrique fréquent au pronostic sombre s'il n'est pas pris précocement et correctement en charge. Notre étude a permis d'améliorer les connaissances des soignants d'une unité non gériatrique sur le thème de la confusion grâce à une intervention multimodale par une intervenante interne en DES de gériatrie. Cette progression a particulièrement eu lieu sur les causes et facteurs de risque de confusion. Plus de 50% des soignants connaissaient les 3 formes de confusion après la formation et 4/5 connaissaient l'outil diagnostique de la CAM. L'intervention visait un public large composé de soignants et de médecins. La motivation intrinsèque de l'équipe de soignants a probablement été un facteur de réussite dans cette démarche d'amélioration des connaissances. En revanche, les pratiques cliniques n'ont pas toutes été modifiées mais le design de l'étude n'était pas adapté à cette question. Les formations auprès de plusieurs catégories professionnelles sont plus rares dans la littérature mais concorde avec notre étude pour montrer son efficacité (13). Compte tenu de la fréquence du diagnostic de confusion, de sa gravité et des coûts liés à sa survenue, il semble d'un intérêt majeur d'intégrer une formation initiale et continue sur la confusion et plus largement sur les thématiques gériatriques, sans négliger l'apprentissage du savoir-faire clinique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *The Lancet*. mars 2014;383(9920):911-22.
2. ined.cpr.septembre.2021.fr.pdf [Internet]. [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/31978/ined.cpr.septembre.2021.fr.pdf
3. Witlox J, Eurelings LSM, de Jonghe JFM, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia: A Meta-analysis. *JAMA*. 28 juill 2010;304(4):443.
4. Pranata R, Huang I, Lim MA, Yonas E, Vania R, Kuswardhani RAT. Delirium and Mortality in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) – A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch GerontolGeriatr*. juill2021;95:104388.
5. Hshieh TT, Fong TG, Marcantonio ER, Inouye SK. Cholinergic Deficiency Hypothesis in Delirium: A Synthesis of Current Evidence. *J Gerontol Ser A*. 1 juill 2008;63(7):764-72.
6. Inouye SK. Nurses' Recognition of Delirium and Its Symptoms: Comparison of Nurse and Researcher Ratings. *Arch Intern Med*. 12 nov 2001;161(20):2467.
7. Bo M, Martini B, Ruatta C, Massaia M, Ricauda NA, Varetto A, et al. Geriatric Ward Hospitalization Reduced Incidence Delirium Among Older Medical Inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*. sept 2009;17(9):760-8.
8. Yanamadala M, Wieland D, Heflin MT. Educational Interventions to Improve Recognition of Delirium: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(11):1983-93.
9. Detroyer E, Dobbels F, Debonnaire D, Irving K, Teodorczuk A, Fick DM, et al. The effect of an interactive delirium e-learning tool on healthcare workers' delirium recognition, knowledge and strain in caring for delirious patients: a pilot pre-test/post-test study. *BMC Med Educ*. 15 janv 2016;16(1):17.
10. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: A Systematic Review of Current Usage. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(5):823-30.
11. Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Trivison T, et al. Effectiveness of multi-component non-pharmacologic delirium interventions: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 1 avr 2015;175(4):512-20.
12. Davis D, MacLulich A. Understanding barriers to delirium care: a multicentre survey of knowledge and attitudes amongst UK junior doctors. *Age Ageing*. sept 2009;38(5):559-63.
13. Lee SY, Fisher J, Wand APF, Milisen K, Detroyer E, Sockalingam S, et al. Developing delirium best practice: a systematic review of education interventions for healthcare professionals working in inpatient settings. *Eur Geriatr Med*. 1 févr 2020;11(1):1-32.
14. van Velthuijsen EL, Zwakhalen SMG, Warnier RMJ, Ambergen T, Mulder WJ, Verhey FRJ, et al. Can education improve clinical practice concerning delirium in older

hospitalised patients? Results of a pre-test post-test study on an educational intervention for nursing staff. *BMC Med Educ.* déc 2018;18(1):59.

15. Sinvani L, Kozikowski A, Pekmezaris R, Akerman M, Wolf-Klein G. Delirium: A Survey of Healthcare Professionals' Knowledge, Beliefs, and Practices. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(12):e297-303.
16. Dihle A, Bjølseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *J Clin Nurs.* 2006;15(4):469-79.
17. Simpson D, Leipzig RM, Sauvigné K, Collaborative DWRGE. The 2025 Big "G" Geriatrician: Defining Job Roles to Guide Fellowship Training. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(10):2308-12.
18. Nendaz M. Éducation et qualité de la décision médicale : un lien fondé sur des preuves existe-t-il ? *Rev Médecine Interne.* 1 juill 2011;32(7):436-42.
19. Saulle R, Sinopoli A, De Paula Baer A. The PRECEDE–PROCEED model as a tool in Public Health screening: a systematic review. *Clin Ter.* 20 févr 2020;(2):167-77.
20. Hawkins M, Sockalingam S, Bonato S, Rajaratnam T, Ravindran M, Gosse P, et al. A rapid review of the pathoetiology, presentation, and management of delirium in adults with COVID-19. *J PsychosomRes.* 1 févr 2021;141:110350.

ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire

Le syndrome confusionnel chez le sujet âgé

Mathilde SALAUN – Thèse de DES de Gériatrie

La thématique concerne la reconnaissance et le diagnostic de la confusion du sujet âgé de plus de 75 ans hospitalisé en service d'Infectiologie au CHMS.

Voici les étapes de la démarche :

- **Audit** : Recueil des données à l'aide d'un questionnaire auprès des IDE et des médecins du service. Toutes les données seront anonymisées et les réponses non obligatoires. Les réponses serviront exclusivement à des analyses statistiques.
- **Réalisation d'une intervention** au sein de l'unité : cours interactif par Mathilde SALAUN au sein de l'unité avec distribution d'échelles de la CAM, proposition d'un protocole de prise en charge en cas d'agitation du sujet âgé.
- **Audit à 2 mois** avec nouveau questionnaire transmis aux équipes.

Une fois le questionnaire réalisé, il ne sera plus possible de s'opposer à l'utilisation des données dans le cadre de ce projet de recherche.

Identité et formation

Homme Femme

Quel âge avez-vous ? < 30 ans entre 31 et 40 ans > 41 ans

Depuis combien de temps exercez-vous dans le service d'Infectiologie ? _____

Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ? < 5 ans 5 à 10 ans > 10 ans

Avez-vous exercé dans un service de gériatrie auparavant ? Oui Non

Si oui lequel ?

Avez-vous déjà reçu une formation sur le syndrome confusionnel ? Oui Non

Si oui, combien et il y a combien de temps ? _____

Vos connaissances sur la thématique de la confusion vous semblent –t-elles suffisantes ?

Oui Non

Jugez-vous utile de vous former sur le syndrome confusionnel de la personne âgée ?

Oui Non

Représentation

Pensez-vous savoir reconnaître un syndrome confusionnel ? Oui Non Ne sait pas

Pensez-vous que le syndrome confusionnel soit une urgence diagnostique et thérapeutique ? Oui Non Ne sait pas

Connaissances

Connaissez-vous l'outil de la CAM ? Oui Non

Connaissez-vous les 3 différentes formes de confusion ? Oui Non

Si oui, qu'elles sont elles ?

DKQ : (Delirium Knowledge Questionnaire)

Traduction de l'anglais du questionnaire DKQ par Aline Bourreau.

D) Questions portant sur la connaissance de la définition, des symptômes et des conséquences de la confusion

1. L'alternance de phase d'orientation et désorientation est typique de la confusion.

Oui Non

2. Les symptômes de la dépression peuvent être confondus à ceux de la confusion.

Oui Non

3. Les patients n'ont aucun souvenir de leur épisode de confusion. Oui Non

4. La confusion ne dure jamais plus de quelques heures. Oui Non

5. Un patient léthargique et difficile à stimuler, n'est probablement pas atteint de confusion.

Oui Non

6. Les patients atteints de confusion sont toujours agressifs physiquement et/ou verbalement. Oui Non

7. Le taux de mortalité est plus élevé chez les patients atteints de confusion. Oui Non

8. Des changements de comportement au cours de la journée sont typiques du syndrome confusionnel. Oui Non

9. Un patient atteint de confusion est susceptible d'être facilement distrait et/ou d'avoir des difficultés à suivre une conversation. Oui Non

10. Les patients atteints de confusion présentent souvent des troubles de la perception (ex. des hallucinations visuelles et/ou auditives). Oui Non

E) Questions portant sur la connaissance des causes et des facteurs de risques de la confusion

11. Un patient hospitalisé pour une pneumonie, diabétique et présentant des troubles visuels et auditifs risque autant de développer une confusion qu'un patient hospitalisé pour une pneumonie sans comorbidités. Oui Non
12. Le risque de développer une confusion augmente avec l'âge. Oui Non
13. Un patient atteint d'une déficience visuelle présente un risque accru de confusion. Oui Non
14. Plus le patient prend de médicaments, plus il risque de développer une confusion. Oui Non
15. Le port d'une SAD réduit le risque de confusion. Oui Non
16. La dénutrition augmente le risque de confusion. Oui Non
17. La démence constitue un facteur de risque important de confusion. Oui Non
18. Le diabète constitue un facteur de risque important de confusion. Oui Non
19. La déshydratation peut être un facteur de risque de confusion. Oui Non
20. Le sevrage alcoolique engendre généralement une confusion. Oui Non
21. Des antécédents familiaux de démence prédisposent au développement d'une confusion. Oui Non

F) Questions portant sur la connaissance de la prévention de la confusion et sur les différentes stratégies de prise en charge

22. Le traitement de la confusion passe toujours par la sédation. Oui Non
23. Le recours quotidien au Mini-Mental State Examination (MMSE) est le meilleur moyen de diagnostiquer la confusion. Oui Non
24. La présence du plus grand nombre de soignants possible aux côtés des patients est une stratégie importante de prévention de la confusion. Oui Non
25. Recourir à la contention physique est la meilleure manière de garantir la sécurité de patients présentant une confusion. Oui Non
26. Inciter les patients à porter (correctement) leurs appareils visuels et auditifs est nécessaire dans la prévention de la confusion. Oui Non
27. Une bonne hydratation est une stratégie importante de prévention de la confusion. Oui Non
28. Un cycle de sommeil normal (ex. en évitant les interruptions) est une stratégie importante dans la prévention de la confusion. Oui Non

29. Avant une opération chirurgicale pour une fracture, donner de l'halopéridol (HALDOL) au patient est une manière de prévenir la confusion. Oui Non

30. Stimuler les patients en les incitant à effectuer plusieurs activités en même temps est une manière de prévenir la confusion. Oui Non

31. Donner au patient les instructions les plus claires possibles est important dans la prévention de la confusion. Oui Non

32. La marche précoce (par exemple, sortir les patients du lit dès que possible) des patients est une stratégie importante dans la prévention de la confusion. Oui Non

33. Permettre au patients de conserver des objets familiers (ex. photos, montre, journaux) est important pour éviter la privation sensorielle. Oui Non

34. Dans la prévention de la confusion, il convient d'éviter le contact visuel qui peut être perçu comme une menace. Oui Non

35. Maintenir un contact oral avec le patient est une stratégie importante de prévention de la confusion. Oui Non

Matériel

Existe-t-il un protocole de reconnaissance et d'aide à la prise en charge de la confusion dans le service d'Infectiologie du CHMS ? Oui Non

Si non, jugeriez-vous utile d'en avoir un ? Oui Non

Pratique

Faites-vous appel à l'équipe mobile de gériatrie devant un syndrome confusionnel ? Oui Non

De manière globale, êtes-vous satisfait de la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans dans le service ? de 0 à 10 (0 = pas du tout satisfait à 10 = Entièrement satisfait)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si non, pourquoi ?

Vous sentez vous à l'aise face à une personne âgée confuse ? De 0 à 10 (0 = pas du tout satisfait à 10 entièrement satisfait)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A ce moment de la journée, suspectez-vous un syndrome confusionnel chez une personne âgée du service ? Oui Non

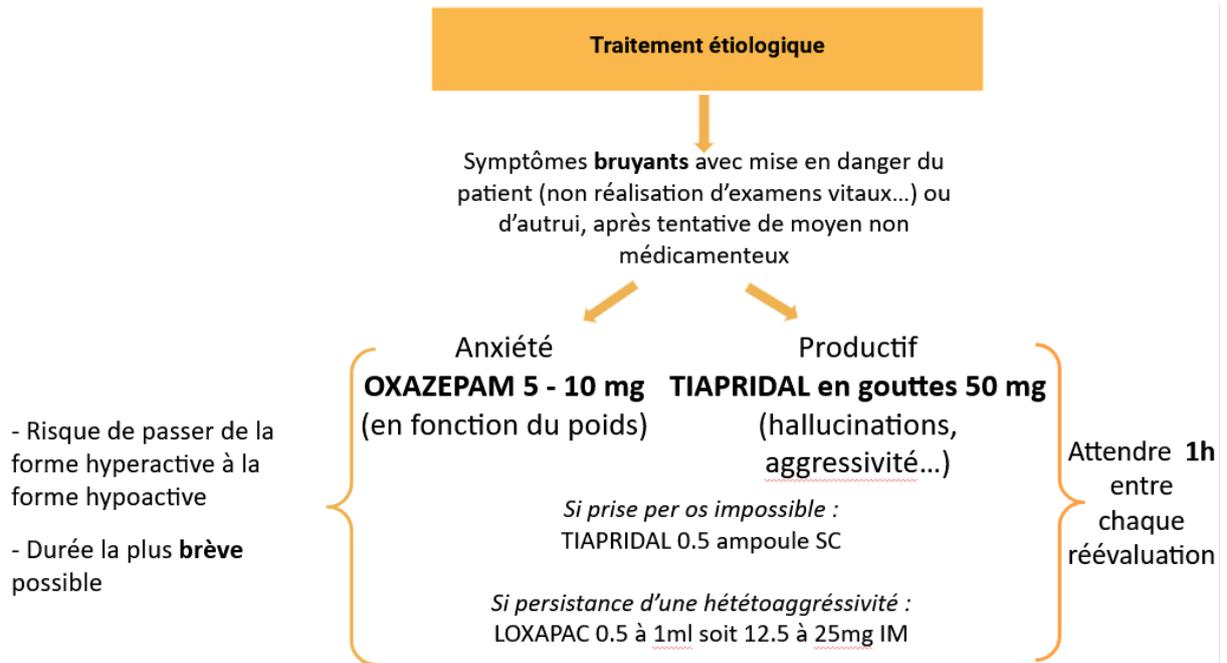
Annexe 2

Diagnostic CIM 10 pris en compte pour l'analyse statistique des patients hospitalisés pour syndrome confusionnel :

- R410 Désorientation, sans précision [Confusion]
- F448 Autres troubles dissociatifs [de conversion] [Confusion aiguë]
- F03 Démence, sans précision [Confusion sénile]
- R451 Agitation [Agitation]
- F229 Trouble délirant persistant, sans précision [Agitation délirante]
- G98 Autres affections du système nerveux, non classées ailleurs [Agitation neurologique]
- F443 États de transe et de possession [état agitation démentielle]
- R400 Somnolence [Somnolence]
- F511 Hypersomnie non organique [Somnolence iatrogène]
- G478 Autres troubles du sommeil [Somnolence périodique]
- R40 Somnolence, stupeur et coma
- G471 Troubles du sommeil par somnolence excessive [hypersomnies]
- G472 Troubles du cycle veille-sommeil [Inversion rythme veille-sommeil]

Annexe 3

Arbre d'aide à la prise en charge médicamenteuse



Annexe 4

Confusion Assesement Method (CAM)

1. Début soudain et fluctuations des symptômes

Changement soudain de l'état mental

2. Inattention

Difficultés à focaliser l'attention, distractibilité, difficultés à se rappeler les informations qui viennent d'être dites

3. Désorganisation de la pensée

Incohérence (logorrhée, propos inappropriés ou décousus, passage du « coq à l'âne »)

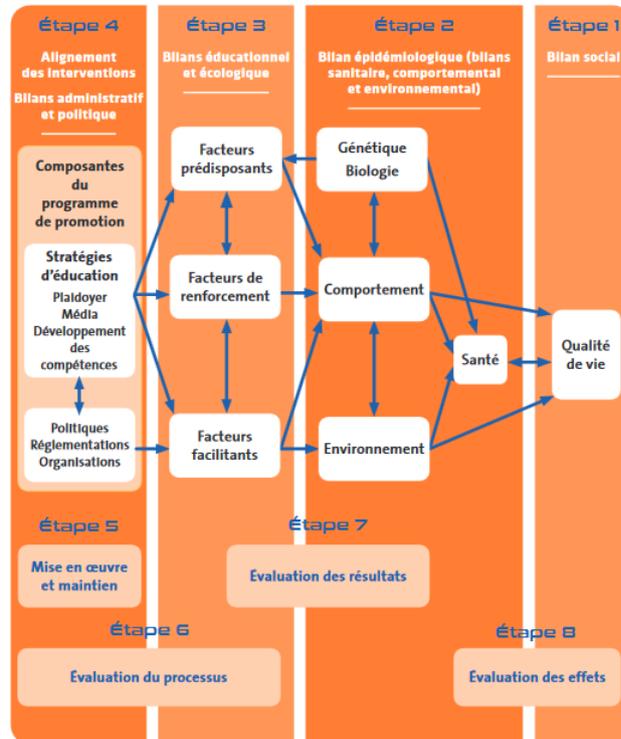
4. Altération de l'état de conscience

Hypervigilance, léthargie (sommolence, facilement réveillable), stupeur voir coma

1 + 2 + 3 ou 4 = **Syndrome confusionnel**

Annexe 5

Figure 1 | Modèle de planification PRECEDE/PROCEED



Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”

THÈSE SOUTENUE PAR : Mathilde SALAUN

TITRE :

Amélioration des connaissances des soignants et des médecins d'une unité d'hospitalisation non gériatrique, sur la confusion de patients de 75 ans et plus : étude avant – après une intervention pédagogique multimodale.

CONCLUSION :

Introduction : La confusion est un syndrome gériatrique fréquent (18 à 35% dans les services de médecine) mais sous diagnostiqué et de mauvais pronostic s'il n'est pas pris en charge rapidement. Notre objectif principal était d'améliorer les connaissances d'une équipe de soin non gériatrique sur la confusion du sujet âgé grâce à une intervention pédagogique multimodale dans le service d'Infectiologie du Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS) de Chambéry.

Matériels & Méthodes : Etude de cohorte descriptive monocentrique au sein de l'unité d'infectiologie du CHMS avec une phase rétrospective (Mars à Mai 2021) et une phase prospective (Octobre à Décembre 2021). Réalisation d'une intervention pédagogique multimodale autour du thème de la confusion dans le service au mois de Septembre 2021. Le critère de jugement principal était la différence de réponses correctes issues du questionnaire DKQ (Delirium Knowledge Questionnaire) exprimées en pourcentage avant – après intervention pédagogique, des soignants de l'unité. Les objectifs secondaires concernaient les pratiques professionnelles évaluées sur une analyse de la population de patients avec : 1/l'impact de l'intervention sur la fréquence du diagnostic de confusion, 2/ sur le parcours de soin du patient et 3/ sur la qualité de la prise en soins.

Résultats : Le taux de réponses correctes au questionnaire DKQ des 24 soignants inclus était amélioré de + 4.5% de manière significative ($p=0.02$). Les progrès sont significatifs pour les réponses sur les connaissances des causes et facteurs de risque de confusion (+4.5%, $p=0.04$). En revanche, il existe une amélioration mais non significative sur les connaissances de la définition, des symptômes et des conséquences de la confusion (+2.5%, $p=0.33$) et sur la connaissance de la prévention et les différentes stratégies de prise en charge (+6.0%, $p=0.06$). La fréquence du diagnostic de confusion n'était pas modifiée après l'intervention. Les prescriptions de kinésithérapie étaient plus fréquentes (+ 19%) alors que le recours à l'UMG ou la programmation de consultation gériatrique à distance n'étaient pas modifiés.

Conclusion : Notre intervention pédagogique multimodale a permis une amélioration des connaissances des soignants sur le thème de la confusion. Les pratiques cliniques n'ont pas toutes été modifiées mais le design de l'étude n'était pas adapté à cette question. Compte tenu de la fréquence de ce diagnostic, de la gravité et des coûts liés à la survenue d'une confusion, il semble d'un intérêt majeur d'intégrer une formation initiale et continue pour les soignants sur la confusion et plus largement sur les thématiques gériatriques, sans négliger l'apprentissage du savoir-faire clinique. En effet, les études concernant les formations professionnelles pour améliorer le dépistage/diagnostic de la confusion ont particulièrement montré leur efficacité si la formation était interactive et combinée à des stratégies de renforcement au long cours.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 22/03/22

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE

LE PRÉSIDENT DU JURY

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

Pr. Gaëtan GAVAZZI