

CPGF

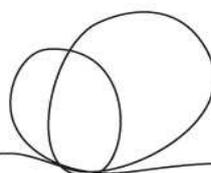
Collège Professionnel
des Gériatres Français

Evaluation des Pratiques Professionnelles

Réalisation de l'EPP à partir de l'utilisation des outils du programme de santé publique MobiQual

Douleur – Soins palliatifs – Bientraitance- Dépression

« EPP Douleur ».....	page 2
« EPP Soins palliatifs ».....	page 7
« EPP Bientraitance » :.....	page 15
« EPP Dépression ».....	page 20



« EPP Douleur »

Evaluation des Pratiques Professionnelles à partir de l'utilisation de l'outil relatif à la prise en charge de la douleur chez la personne âgée

PROTOCOLE GENERAL

Préambule

L'évaluation des pratiques professionnelles relative à la prise en charge de la douleur chez la personne âgée s'envisage à partir de trois audits cliniques ciblés. Les thèmes de ces trois audits sont les suivants :

- 1 - l'évaluation de la douleur ;
- 2 - la prise en charge de la douleur ;
- 3 - le suivi de la douleur.

Ces trois audits peuvent constituer un seul et même audit.

L'objectif général est de rendre systématique l'évaluation, la prise en charge ainsi que le suivi de la douleur chez les personnes hébergées en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Un outil dénommé « kit Douleur » peut favoriser l'atteinte de cet objectif s'inscrivant dans le cadre du programme pluriannuel de lutte contre la douleur 2006-2010. Il est progressivement mis à disposition des professionnels de santé s'inscrivant dans une perspective d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes hébergées en EHPAD. Cet outil est intégré à une démarche de santé publique visant l'amélioration des pratiques professionnelles (MobiQual : Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles.)

Ce « kit Douleur » a été initié par la Direction générale de la Santé et élaboré par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, en collaboration avec la Société Française d'Evaluation et de Traitement de la Douleur. Il comprend :

- les principes généraux de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée
- un arbre décisionnel présentant l'économie générale de la recherche systématique de l'existence d'une douleur (avec notamment l'identification des mécanismes impliqués ainsi que le(s) traitement(s) médicamenteux adapté(s) au(x) mécanisme(s) en cause)
- des outils d'auto-évaluation, sous forme de réglettes :
 - o échelle verbale simple (EVS)
 - o échelle numérique
- des outils d'hétéro-évaluation :
 - o échelle comportementale ECPA
 - o échelle Doloplus®
- des blocs de suivi de la douleur
- un CD de fichiers imprimables reprenant l'ensemble des informations disponibles dans le kit

Champ d'application

Les trois audits cliniques ciblés s'adressent aux médecins coordonnateurs d'EHPAD, aux médecins traitants de personnes hébergées en EHPAD ainsi qu'aux médecins d'unités de soins de longue durée.

Critères d'inclusion

Tout établissement hébergeant et soignant des personnes âgées dépendantes.

Type de l'étude

Chaque audit clinique peut s'envisager selon les modalités suivantes :

1 – une étude transversale un jour donné de la semaine

Cette étude reprend l'ensemble des critères faisant l'objet de l'audit choisi : 1,2 ou 3

2 – une étude de cas

L'étude de cas comprend l'analyse de dossier de résidents. Le nombre de dossiers à analyser ainsi que la périodicité de leur examen sont définis par le médecin coordonnateur.

3 – un suivi d'indicateurs

Les indicateurs, issus des critères des grilles d'audit sont choisis par le médecin coordonnateur, en relation le cas échéant avec les référents sur la thématique de la douleur faisant partie ou non de l'établissement, et les infirmiers(ères) de l'établissement.

Par exemple, cela peut être le suivi de la présence de l'item douleur dans les dossiers patients, réalisé au moins une fois par trimestre, avec discussion des résultats en équipe pluridisciplinaire.

Sources d'information

Les informations sont recueillies à partir :

- des différents dossiers des résidents et, en particulier, du dossier patient
- d'interviews d'acteurs professionnels de l'établissement en contact direct avec les résidents
- s'ils existent, des comptes rendus des réunions tenus au sein de l'établissement

Taille de l'échantillon

Etant donné l'objectif général à atteindre – une évaluation, une prise en charge et un suivi systématique de la douleur -, la taille de l'échantillon correspond idéalement au nombre de résidents de l'EHPAD. Toutefois, il paraît difficile de passer en revue l'ensemble des actions conduites sur cette thématique pour chaque résident. Il serait souhaitable que la taille de l'échantillon soit au moins égale à 20 % de la capacité d'accueil de l'établissement. Cette taille peut être définie, précisée et justifiée par le médecin coordonnateur. Elle dépend en partie du type d'étude choisie : par exemple : une vingtaine de dossier pour l'audit, quelques dossier approfondis pour l'étude de cas.

Période d'évaluation

Une période globale comprise entre six mois et un an est souhaitable. Elle comprend une ou plusieurs évaluations intermédiaires permettant d'apprécier l'efficacité des actions d'amélioration mises en place. Les évaluations successives peuvent ne porter que sur les critères déficitaires.

GRILLES DE RECUEIL DE DONNEES

I – Audit clinique ciblé sur l'évaluation de la douleur

		Commentaire(s)
1.1)	La lutte contre la douleur est inscrite dans le projet d'établissement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
1.2)	La douleur est recherchée systématiquement et de manière active dans les 48 heures suivant l'entrée dans l'établissement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
1.3)	La douleur est recherchée systématiquement devant tout changement de comportement, toute pathologie potentiellement douloureuse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
1.4)	L'autoévaluation est privilégiée lorsque la personne est communicante et coopérante : les outils EVS et EN sont adaptés (l'EVA est peu adaptée à la personne âgée)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
1.5)	L'hétéro-évaluation est réalisée chez les personnes non communicantes à l'aide d'échelles DOLOPLUS® ou ECPA	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
1.6)	L'évaluation se fait en équipe pluridisciplinaire (> 2) formée à la passation de l'outil choisi, avec l'aide de l'entourage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
1.7)	Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
1.8)	Etiologie(s) et mécanisme(s) sont recherchés systématiquement et notés dans le dossier du patient	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

II – Audit clinique ciblé sur la prise en charge de la douleur

- Commentaire(s)
- 2.1) Le traitement médicamenteux de la douleur est adapté au(x) mécanisme(s) en cause Oui Non
- 2.2) Le traitement non médicamenteux est de règle Oui Non
- 2.3) Le traitement peut faire l'objet d'une prescription anticipée, personnalisée, notamment lors d'un geste potentiellement douloureux Oui Non
- 2.4) Les effets indésirables des traitements sont systématiquement anticipés et recherchés Oui Non
- 2.5) Le traitement des effets indésirables fait l'objet d'une prescription anticipée Oui Non

3 – Audit clinique ciblé sur le suivi de la douleur

- Commentaire(s)
- 3.1) La réévaluation de la douleur est régulière jusqu'au soulagement optimal de la douleur Oui Non
- 3.2) Le suivi de la douleur est inscrit dans le dossier patient Oui Non

Guide d'utilisation de la grille de recueil de données

Le guide d'utilisation de la grille de recueil pour chacun de ces trois audits se réfère, pour l'essentiel, à l'audit clinique ciblé appliqué à la prise en charge de la douleur de la personne âgée élaborée par la Haute Autorité de Santé (HAS, Service évaluation des pratiques professionnelles, juin 2006).

1.1) Il s'agit d'un critère organisationnel auquel l'institution répond au début de la démarche.

1.2) La recherche systématique des signes de la douleur est effectuée lors de l'entrée en établissement, au moment de l'admission ou dans les 48 heures suivant l'admission. Cette recherche peut être effectuée lors d'un examen clinique ou par simple interrogation, par un professionnel formé à l'évaluation de la douleur. Elle doit être notée dans le dossier patient.

1.3) Les modifications dont il s'agit sont celles pouvant faire évoquer la douleur, par exemple : le repli sur soi, le refus alimentaire, le refus de soins, l'agitation, etc. Si le patient est nouvellement admis dans l'établissement, ces modifications sont à rechercher auprès de membres de la famille ou de l'entourage. Si le résident est accueilli depuis plusieurs jours, ces modifications sont recherchées par l'équipe soignante.

1.7) Le résultat de l'évaluation est exprimé sous forme de score ou de qualificatif selon l'échelle utilisée.

2.2) La kinésithérapie, l'ergothérapie, la physiothérapie à visée antalgique comprennent le chaud, le froid, les installations, les mobilisations, les massages, l'électrothérapie d'ionisation, l'électro-neurostimulation transcutanée (TENS), ...

La dimension psychologique de la douleur est appréhendée à l'aide de la relaxation, du soutien psychologique de la psychothérapie, de la sophrologie...

2.4) Répondre oui si on retrouve dans le dossier du résident la recherche systématique des effets secondaires possibles, la recherche des effets indésirables possibles et la prescription de la surveillance. Comme par exemple la somnolence, la constipation, la rétention urinaire, les vomissements, les hallucinations...

2.5) Les effets indésirables recherchés sont la constipation, la sécheresse buccale, ...

« EPP Soins palliatifs »

Evaluation des Pratiques Professionnelles à partir de l'utilisation de l'outil relatif aux soins palliatifs

PROTOCOLE GENERAL

Préambule

L'évaluation des pratiques professionnelles relative aux soins palliatifs s'envisage à partir de l'une ou de plusieurs modalités suivantes :

- un audit organisationnel
- deux audits de pratiques
- une revue de cas entre médecins ou en équipe.

L'objectif général est de mieux prendre en compte la dimension palliative des soins chez les personnes hébergées en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Ces établissements doivent notamment répondre aux obligations fixées par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie : mettre en place un volet soins palliatifs dans le projet d'établissement, ceci avec les moyens qui sont les leurs et avec le soutien des professionnels extérieurs compétents dans ce domaine.

Un outil dénommé « kit Soins palliatifs » peut favoriser l'atteinte de cet objectif général. Il est progressivement mis à disposition des professionnels de santé s'inscrivant dans une perspective d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes hébergées en EHPAD. Cet outil est intégré à une démarche de santé publique visant l'amélioration des pratiques professionnelles (MobiQual : Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles.)

Ce « kit Soins palliatifs » a été initié par la Direction générale de la Santé et élaboré par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, en collaboration avec la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Il comprend :

- des documents imprimés
- un CD-Rom incluant notamment une session destinée aux actions de sensibilisation collective

A partir de ces deux types de supports, trois entrées principales sont proposées pour répondre aux besoins de connaissances et d'amélioration des pratiques :

- les concepts : définitions des soins palliatifs, législation, spécificités gériatriques, les derniers instants de vie, la mort, à travers les gestes et rites culturels ou religieux
- les principaux thèmes ayant trait au patient en fin de vie : les symptômes en fin de vie, la prise en charge de la douleur, la prise de décision et l'anticipation, les aidants
- les modalités générales d'organisation : en institution, les partenaires indispensables, les structures spécialisées, l'équipe pluridisciplinaire, les bénévoles, l'élaboration d'un protocole, avec des exemples concrets

Des cas cliniques, conçus autour de situations fréquentes, sont également proposés afin de lancer les échanges entre professionnels de santé. De même, des exemples de convention entre EHPAD et équipe mobile de soins palliatifs sont à disposition.

Champ d'application

L'audit organisationnel, les deux audits de pratiques, la revue de cas entre médecins ou en équipe s'adressent aux médecins coordonnateurs d'EHPAD, aux médecins traitants de personnes hébergées en EHPAD ainsi qu'aux médecins d'unités de soins de longue durée.

Critères d'inclusion

Tout établissement hébergeant et soignant des personnes âgées dépendantes.

Types de l'étude

L'audit organisationnel

L'audit organisationnel nécessite l'implication du directeur, du médecin coordonnateur et des autres professionnels impliqués en fonction des spécificités de la structure.

L'audit organisationnel s'effectue un jour donné.

Les audits de pratiques

Les audits de pratiques nécessitent au moins l'implication du directeur et du médecin coordonnateur.

Les audits de pratiques peuvent être réalisés selon une périodicité régulière, définie et justifiée par le médecin coordonnateur.

La revue de cas entre médecins ou en équipe

La revue de cas comprend l'analyse de dossier de résidents. Le nombre de dossiers à analyser ainsi que la périodicité de leur examen sont définis par le médecin coordonnateur.

Sources d'information

Les informations sont recueillies à partir :

- des différents dossiers des résidents et, en particulier, du dossier patient
- d'interviews d'acteurs professionnels de l'établissement en contact direct avec les résidents
- de documents écrits : projet d'établissement, convention tripartite, autres...
- des comptes rendus des réunions tenus au sein de l'établissement

Taille de l'échantillon

Etant donné l'objectif générale à atteindre – une évaluation, une prise en charge et un suivi systématique de la douleur -, la taille de l'échantillon correspond idéalement au nombre de résidents de l'EHPAD. Toutefois, il paraît difficile de passer en revue l'ensemble des actions conduites sur cette thématique pour chaque résident. Il serait souhaitable que la taille de l'échantillon soit au moins égale à 20% de la capacité d'accueil de l'établissement. Cette taille peut être définie, précisée et justifiée par le médecin coordonnateur. Elle dépend en partie du type d'étude choisie : par exemple une vingtaine de dossiers pour l'audit, quelques dossiers approfondis pour l'étude de cas.

Période d'évaluation

Une période globale comprise entre six mois et un an est souhaitable. Elle comprend une ou plusieurs évaluations intermédiaires permettant d'apprécier l'efficacité des actions d'amélioration mises en place. Les évaluations successives peuvent ne porter que sur les critères déficitaires.

GRILLES DE RECUEIL DES DONNEES

I- Grille de recueil des données de l'audit organisationnel portant sur les soins palliatifs

L'audit organisationnel comprend des données relatives à l'existence du volet soins palliatifs dans l'établissement, au plan de formation ainsi qu'aux liens avec les structures ressources.

1) Existence du volet soins palliatifs dans l'établissement

Commentaire(s)

- 1.1) Il existe un volet SP dans le projet d'établissement Oui Non
- 1.2) Ce volet est écrit dans le projet d'établissement Oui Non
- 1.3) Ce volet est à disposition de l'ensemble des professionnels Oui Non

2) Plan de formation

- 2.1) La formation aux SP est inscrite dans le plan de formation Oui Non Commentaire(s)
- 2.2) La formation est organisée en interne Oui Non
- 2.3) La participation des libéraux à la formation est organisée Oui Non
N.A.

3.2) Une structure ou personne ressource extérieure à l'établissement est une structure ou une personne dont le nom et/ou le prénom et le numéro de téléphone sont affichées au sein de l'établissement.

N.A. : s'il n'existe pas de structure proche de soins palliatifs.

II – Grille de recueil de données du premier audit de pratiques portant sur les soins palliatifs

Cet audit de pratiques porte, d'une part, sur la personne de confiance et, d'autre part, sur le respect des droits spécifiques des malades en fin de vie.

Important : la notion de directive anticipée est entendue dans son acception juridique, définie dans l'article 7 de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. (cf. grille d'utilisation de la grille de recueil de données).

1) Procédures d'identification de la personne de confiance

- | | Commentaire(s) |
|---|---|
| 1.1) Le médecin coordonnateur ou le médecin traitant a noté les coordonnées de la personne de confiance ou s'est assuré que ces coordonnées sont notées dans le dossier du résident | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 1.2) En l'absence de personne désignée, la notion de personne de confiance est expliquée à chaque résident et à son entourage lors de son admission par le médecin coordonnateur ou le médecin traitant | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 1.3) En l'absence de personne de confiance, les coordonnées des proches sont notées par le médecin coordonnateur ou le médecin traitant | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 1.4) Pour les majeurs protégés, les coordonnées du tuteur sont notées par le médecin coordonnateur ou le médecin traitant dans le dossier médical | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 1.5) Un entretien avec la personne de confiance ou avec les proches est systématiquement pratiqué par le médecin coordonnateur ou le médecin traitant lorsque l'état de santé du résident s'aggrave | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

2) Respect des droits spécifiques des malades en fin de vie

			Commentaire(s)	
2.1)	Le refus de traitement par le patient conscient est suivi d'explications claires sur les conséquences par le médecin, le tout étant noté dans le dossier	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
2.2)	L'existence de directives anticipées est systématiquement recherchée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
2.3)	La notion et les modalités de directives anticipées sont expliquées aux résidents à leur admission dans l'établissement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/>	

Guide d'utilisation de la grille de recueil de données

1.2) et 1.5) Répondre oui si cette explication est comprise dans le dossier ou fait partie d'une grille d'entretien d'accueil

2) Respect des droits spécifiques des malades en fin de vie

2.1) L'argumentaire de toute décision doit être développé dans le dossier, quel que soit le niveau cognitif des résidents

2.2) La recherche des directives anticipées est effectuée à tout moment et en particulier à l'entrée en établissement, de la part du médecin coordonnateur ou du médecin traitant. Elle comprend, d'une part, une recherche par questionnaire oral et, d'autre part, une recherche de l'inscription de directives anticipées dans les différents dossiers relatifs au patient

La notion de directive anticipée est entendue dans son acception juridique, définie dans l'article 7 de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie :

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. »

Le décret en question (n° 2006-119 du 6 février 2006) précise l'expression de la volonté relative à la fin de vie :

« Les directives anticipées [...] s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée [...], d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

Les directives anticipées peuvent, à tout moment, être soit modifiées, partiellement ou totalement, [...], soit révoquées sans formalité.

Leur durée de validité de trois ans est renouvelable par simple décision de confirmation signée par leur auteur sur le document ou, en cas d'impossibilité d'écrire et de signer [...]. Toute modification intervenue dans le respect de ces conditions vaut confirmation et fait courir une nouvelle période de trois ans.

Dès lors qu'elles ont été établies dans le délai de trois ans, précédant soit l'état d'inconscience de la personne, soit le jour où elle s'est avérée hors d'état d'en effectuer le renouvellement, ces directives demeurent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte.

Les directives anticipées doivent être conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la procédure collégiale [...].

A cette fin, elles sont conservées dans le dossier de la personne constitué par un médecin de ville, qu'il s'agisse du médecin traitant ou d'un autre médecin choisi par elle, ou, en cas d'hospitalisation, dans le dossier médical [...].

Toutefois, les directives anticipées peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance [...] ou, à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans ce cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier constitué par le médecin de ville ou dans le dossier médical [...].

Toute personne admise dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social peut signaler l'existence de directives anticipées ; cette mention ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont portées dans le dossier médical [...].

Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement [...], et à moins que les directives anticipées ne figurent déjà dans le dossier en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle de celles-ci auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, de la famille ou, à défaut, des proches ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade ou du médecin qui la lui a adressée.

Le médecin s'assure que les conditions prévues aux articles R. 1111-17 et R. 1111-18 sont réunies. »

L'article 2 de ce même décret précise que le dossier médical du patient peut contenir « les directives anticipées [...] ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice. »

2.3) N.A. : lorsqu'il est estimé que la capacité cognitive des nouveaux résidents ne permet pas d'entendre et de comprendre de telles explications

III – Grille de recueil de données du deuxième audit de pratiques portant sur les soins palliatifs

Cet audit de pratiques porte sur la décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

- | | Commentaire(s) |
|--|---|
| 1) Des réunions pluridisciplinaires sont organisées pour recueillir l'avis des professionnels afin d'éclairer la décision médicale de limiter ou non les traitements dispensés | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 2) Les éléments de discussion sont notifiés dans le dossier du résident | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Guide d'utilisation de la grille de recueil de données

- 1) Répondre « oui » si le médecin traitant ou le médecin coordonnateur s'est assuré de l'organisation de ces réunions multidisciplinaires et peut s'appuyer sur des éléments écrits (planning de réunions, compte-rendu dans les dossiers des résidents, etc...)
- 2) Répondre « oui » si le médecin traitant ou le médecin coordonnateur s'est assuré que les éléments de discussion et la décision sont notifiés dans le dossier du résident

IV – Grille de recueil de données de la revue de cas entre médecins ou en équipe portant sur les soins palliatifs

La revue de cas entre médecins ou en équipe s'appuie sur les questions posées dans le cadre du deuxième audit de pratiques ainsi que sur d'autres critères médicaux et culturels, comme par exemple le respect des religions et l'alimentation en fin de vie.

			Commentaire(s)	
1)	Les souhaits du résident ou de ses proches concernant le respect de leur religion au moment du décès ont été recherchés et notés dans le dossier du résident	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
2)	S'ils étaient connus, ces souhaits ont été respectés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/>	
3)	Le mode d'alimentation en cours au moment de l'aggravation de l'état de santé, y compris une éventuelle gastrostomie, a été réévalué	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
4)	Le mode d'hydratation en cours au moment de la phase d'agonie a été réévalué	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
5)	Outre la douleur, les autres symptômes inconfortables ont été systématiquement recherchés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
6)	Une prise en charge adaptée de ces symptômes a été mise en place	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/>	

Guide d'utilisation de la grille de recueil de données

1) Il s'agit des indications à recueillir auprès de la personne ou de ses proches au sujet des rites relatifs à la phase d'agonie, la toilette mortuaire, les funérailles qui varient selon les cultures et les religions

2) Il est parfois difficile de respecter ces souhaits pour des raisons organisationnelles, culturelles, ...

N.A. : lorsque les souhaits des résidents ne sont pas connus.

3) et 4) Répondre « Oui » si un argumentaire est retrouvé dans le dossier du résident.

4) Modes d'hydratation : par voie orale ou injectable (intra-veineuse ou sous-cutanée).

5) Les symptômes inconfortables les plus fréquents sont la dyspnée, la sécheresse buccale, le fécalome, la rétention d'urine, l'anxiété, les hallucinations.

6) Il s'agit de retrouver une prise en charge pour chaque symptôme existant.

N.A. : en l'absence de symptôme.

« EPP Bienveillance »

Evaluation des Pratiques Professionnelles à partir de l'utilisation de l'outil relatif à la bienveillance

PROTOCOLE GENERAL

Préambule

L'évaluation des pratiques professionnelles relative à la bienveillance s'envisage à partir de la méthode dite du chemin clinique. Elle consiste en la mise en place d'une démarche par étapes successives visant une réflexion sur les pratiques professionnelles à partir du concept de bienveillance.

L'objectif principal est de faire émerger une vision commune du sens du travail réalisé en équipe pluriprofessionnelle dans l'établissement, avec les moyens qui sont les siens et à partir des convictions intimes de chaque professionnel.

Un outil dénommé « trousse de bienveillance » peut aider à l'atteinte de cet objectif.

Il est progressivement mis à disposition des professionnels de santé s'inscrivant dans une perspective d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes hébergées en EHPAD. Cet outil est intégré à une démarche de santé publique visant l'amélioration des pratiques professionnelles (MobiQual : Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles.)

Cet outil se compose :

- d'une plaquette de présentation générale : pourquoi une trousse de bienveillance ? Bienveillance, de quoi parle-t-on ?
- d'un DVD contenant :
 - o un film *Vingt-quatre heures de la vie d'un EHPAD* ;
 - o des séquences annexes spécifiques : des interviews des acteurs professionnels, une toilette et des soins du corps, un trouble du comportement ;
 - o des documents imprimables : principaux axes du Plan Solidarité Grand Age, rapport des études ethnologiques *L'EHPAD – Pour finir de Vieillir...*
- d'un poster-éphéméride permettant d'inscrire des objectifs d'amélioration définis en équipe ;
- d'un poster éphéméride mettant en valeur des recommandations – sur le lever, la toilette, l'habillement, le repas, la place des familles, les animations, l'attente, l'environnement sonore, la liberté et la sécurité – et laissant de la place pour inscrire des petits bonheurs chaque jour ;
- des outils d'évaluation, avec un tableau des objectifs ainsi qu'une « boîte à rêves » (permettant de recueillir les souhaits de chacun) ;
- d'un guide de l'animateur.

Le film *Vingt-quatre heures de la vie d'un EHPAD* permet de suivre, en entier (40 minutes) ou par parties (repères horaires), les temps forts de la vie d'un établissement d'hébergement. Son visionnage a vocation à susciter une réflexion sur les comportements et pratiques des professionnels dans le but d'identifier des problématiques spécifiques de l'établissement puis, dans un second temps, d'inciter à des changements jugés bénéfiques, tant pour les résidents que pour les professionnels. A cette fin, une aide pour mener le débat est disponible dans le guide de l'animateur, document essentiel d'accompagnement du film.

Le choix du ou des objectif(s) visant l'amélioration de la qualité de la prise en charge est établi lors d'un temps transversal commun à l'ensemble des acteurs de l'EHPAD. Il peut s'envisager à partir de la « boîte à rêves » et émaner autant des professionnels que des résidents ou des familles.

Champ d'application

Le chemin clinique s'adresse aux médecins coordonnateurs d'EHPAD ainsi qu'aux médecins d'unités de soins de longue durée.

Critères d'inclusion

Tout établissement hébergeant et soignant des personnes âgées dépendantes.

Type de l'étude

Le chemin clinique nécessite l'implication du plus grand nombre de professionnels impliqués dans la vie de l'établissement.

L'élaboration de ce type d'étude ainsi que les modalités de sa mise en œuvre dépendent en premier lieu de l'implication du directeur et du médecin coordonnateur.

Sources d'information

Les informations sont recueillies à partir :

- des plannings des réunions ayant lieu dans l'établissement
- d'interviews d'acteurs professionnels de l'établissement en contact direct avec les résidents
- des temps d'échanges entre médecins et personnels d'aide et de soins
- d'observations des comportements des professionnels
- s'ils existent, des comptes rendus des réunions relatifs à la thématique de la bientraitance

Taille de l'échantillon

Pour le chemin clinique, la taille de l'échantillon est idéalement l'ensemble des professionnels de la structure. En pratique, la taille de l'échantillon correspond au nombre de professionnels participant aux réunions organisées sur la thématique de la bientraitance.

Période d'évaluation

Une période globale comprise entre six mois et un an est souhaitable. Elle comprend une ou plusieurs évaluations intermédiaires permettant d'apprécier l'efficacité des actions d'amélioration mises en place. Les évaluations successives peuvent ne porter que sur les critères déficitaires.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES

Grille de recueil des données du chemin clinique portant sur la bientraitance

Le chemin clinique s'envisage selon les étapes successives suivantes :

- | | Commentaire(s) |
|--|---|
| 1) Une réunion associant le médecin coordonnateur, le directeur de l'établissement ainsi que, le cas échéant, un intervenant externe est tenue afin de fixer les modalités de mise en œuvre de la démarche visant à réfléchir sur la bientraitance au sein de l'établissement | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 2) A l'issue de cette première réunion, un cahier des charges est rédigé. Il comprend quatre parties principales : 1/la planification de la démarche 2/la mise en œuvre de la démarche 3/l'analyse de l'impact de la mise en œuvre 4/les perspectives d'amélioration. Il précise en particulier les modalités d'utilisation du DVD <i>24 heures dans la vie d'un EHPAD</i> . | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 3) Une ou plusieurs réunions de visionnage d'au moins une séquence du DVD « 24 heures de la vie d'un EHPAD » sont organisées | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 4) Un débat animé par le médecin coordonnateur et/ou l'intervenant externe suit chaque visionnage | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 5) Un ou des objectifs sont fixés pour les équipes soignantes après les réunions de sensibilisation | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 6) Au moins une réunion visant l'analyse de l'impact de la mise en œuvre du cahier des charges est organisée | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Guide d'utilisation de la grille de recueil de données

1) Préciser les personnes participant à la réunion.

2) Le cahier des charges permet de préciser le contenu de chaque étape principale du chemin clinique dans la perspective d'améliorer les pratiques professionnelles. Il est composé de quatre parties correspondant aux étapes successives visant l'amélioration de la démarche :

1 : la planification : préciser les éléments de définition (ce qui amène à envisager un tel exercice) et de programmation (planning prévisionnel) de la démarche envisagée, en particulier l'utilisation des éléments que contient le kit de bienveillance (posters, film, documents imprimables disponibles sur le DVD, boîte à rêves...).

Préciser s'il est fait appel à un animateur/formateur externe reconnu, le cas échéant agréé par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) lors de formations de formateurs.

2 : la mise en œuvre : préciser les modalités de mise en œuvre (une ou plusieurs réunions de visionnage, pour une partie ou pour tous les personnels, déroulement d'une journée permettant de toucher le plus grand nombre de professionnels ...)

3 : l'analyse de l'impact de la mise en œuvre : cette analyse est effectuée suivant les objectifs fixés. Préciser les modalités d'analyse pour évaluer le degré de réalisation des objectifs fixés.

4 : les perspectives d'amélioration : à partir d'éléments de bilan issus de l'analyse de l'impact de la mise en œuvre, préciser, le cas échéant, l'actualisation du cahier des charges.

Le cahier des charges comprend également la période de mise en œuvre du chemin clinique.

Il mentionne par ailleurs la participation obligatoire du directeur et du médecin coordonnateur ou infirmier(ère) coordonnateur(rice) ainsi que l'inscription des actions sur la thématique de la bienveillance dans le projet d'établissement et/ou le projet de soins.

3) Préciser le nombre de réunions ainsi que, le cas échéant, les séquences visionnées.

4) On peut s'inspirer des dix recommandations que contient la trousse de bienveillance :

- 1 – le choix des résidents est repéré et respecté autant que possible
- 2 – un environnement olfactif agréable est maintenu
- 3 – un environnement sonore signifiant est favorisé
- 4 – les personnels font sortir les résidents en extérieur au moins une demi-heure par semaine
- 5 – la liberté de circuler de chacun est respecté
- 6 – le délai entre le repas du soir et le petit-déjeuner est limité à douze heures maximum
- 7 – en cas d'appel, un délai est annoncé et respecté
- 8 – un temps minimal pour la toilette est défini
- 9 – le degré de satisfaction des familles et des résidents est évalué régulièrement
- 10 – un professionnel référent pour chaque résident est désigné. Ce professionnel est chargé du recueil des plaintes, de leur transmission et de leur suivi

5) Les objectifs en question sont ceux qui ont été précisés dans le cahier des charges. Toutefois, ces objectifs peuvent être adaptés en fonction de la dynamique à l'œuvre au cours des débats suivant le visionnage d'au moins une partie du film. Préciser, le cas échéant, si ces objectifs ont été adaptés.

6) Préciser les modalités d'organisation de la réunion ainsi que les enseignements tirés pour les prochaines actions d'amélioration des pratiques professionnelles.

*

« EPP Dépression »

Evaluation des Pratiques Professionnelles à partir de l'utilisation de la mallette Dépression chez la personne âgée en EHPAD

PROTOCOLE GENERAL

Préambule

L'évaluation des pratiques professionnelles relative à la prise en charge de la dépression chez la personne âgée s'envisage à partir de quatre audits cliniques ciblés. Les thèmes de ces quatre audits sont les suivants :

- 1 le repérage et le diagnostic de la dépression ;
- 2 le repérage et le diagnostic de la dépression en cas de maladie d'Alzheimer ou apparentée ;
- 3 la prise en charge de la dépression ;
- 4 le suivi de la dépression.

Ces quatre audits peuvent constituer un seul et même audit.

L'objectif général est de rendre systématique le repérage, le diagnostic, la prise en charge ainsi que le suivi de la dépression chez le sujet âgé atteint ou non de troubles cognitifs sévères, hébergé en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Un outil dénommé « **Dépression et symptômes dépressifs chez le sujet âgé** » peut favoriser l'atteinte de cet objectif, s'inscrivant dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

Il est progressivement mis à disposition des professionnels de santé s'inscrivant dans une perspective d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes hébergées en EHPAD. Cet outil est intégré à une démarche de santé publique visant l'amélioration des pratiques professionnelles (MobiQual : Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles.)

Cet outil « Dépression et symptômes dépressifs chez le sujet âgé » a été initié par la Direction générale de la Santé et élaboré par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, en collaboration avec la Fédération française de psychiatrie (section personnes âgées), la Société de Psychogériatrie de Langue Française (SPLF), les URML et la FFAMCO.

Il comprend :

- les principes généraux de repérage, démarche diagnostique, identification des signes d'alerte et stratégie de prise en charge de la dépression chez la personne âgée ;
- un arbre décisionnel présentant l'économie générale de la recherche systématique de l'existence d'une dépression, des signes de gravité, ainsi que les modalités de traitement et de suivi ;
- des outils de repérage :
 - o mini GDS
 - o Inventaire neuropsychiatrique (NPI) : domaine dépression du NPI-ES
 - o Inventaire apathie :
 - o Version patient
 - o Version accompagnant
 - o Version soignant (ambulatoire)
 - o Version soignant (institution)
 - o MMSE
 - o Fiches de repérage et démarche diagnostique
 - o Chez le sujet âgé
 - o en cas de maladie d'Alzheimer ou apparentée (notamment en EHPAD)
 - o Un CD de fichiers imprimables comprenant l'ensemble des informations disponibles et Des fiches de suivi adaptées à chaque outil de repérage

Champ d'application

Les quatre audits cliniques ciblés s'adressent aux médecins coordonnateurs d'EHPAD, aux médecins traitants de personnes hébergées en EHPAD ainsi qu'aux médecins d'unités de soins de longue durée.

Critères d'inclusion

Tout établissement hébergeant et soignant des personnes âgées dépendantes.

Type de l'étude

Chaque audit clinique peut s'envisager selon les modalités suivantes :

1 – une étude transversale un jour donné de la semaine

Cette étude reprend l'ensemble des critères faisant l'objet de l'audit choisi : 1, 2 , 3 ou 4

2 – une étude de cas

L'étude de cas comprend l'analyse de dossier de résidents. Le nombre de dossiers à analyser ainsi que la périodicité de leur examen sont définis par le médecin coordonnateur.

3 – un suivi d'indicateurs

Les indicateurs, issus des critères des grilles d'audit sont choisis par le médecin coordonnateur, en relation le cas échéant avec les référents sur la thématique de la dépression faisant partie ou non de l'établissement, et les infirmiers(ères) de l'établissement, réalisé au moins une fois par trimestre, avec discussion des résultats en équipe pluridisciplinaire.

Sources d'information

Les informations sont recueillies à partir :

- des différents dossiers des résidents et, en particulier, du dossier patient
- d'interviews d'acteurs professionnels de l'établissement en contact direct avec les résidents
- s'ils existent, des comptes rendus des réunions tenus au sein de l'établissement

Taille de l'échantillon

Etant donné l'objectif général à atteindre – un repérage, un diagnostic, une prise en charge et un suivi systématique de la dépression -, la taille de l'échantillon correspond idéalement au nombre de résidents de l'EHPAD. Toutefois, il paraît difficile de passer en revue l'ensemble des actions conduites sur cette thématique pour chaque résident. Il serait souhaitable que la taille de l'échantillon soit au moins égale à 20 % de la capacité d'accueil de l'établissement. Cette taille peut être définie, précisée et justifiée par le médecin coordonnateur. Elle dépend en partie du type d'étude choisie : par exemple : une vingtaine de dossier pour l'audit, quelques dossiers approfondis pour l'étude de cas.

Période d'évaluation

Une période globale comprise entre six mois et un an est souhaitable. Elle comprend une ou plusieurs évaluations intermédiaires permettant d'apprécier l'efficacité des actions d'amélioration mises en place. Les évaluations successives peuvent ne porter que sur les critères déficitaires.

GRILLES DE RECUEIL DE DONNEES

I – Audit clinique ciblé sur le repérage et le diagnostic de la dépression en l’absence de troubles cognitifs sévères

Commentaire(s)

- 1.1) Une symptomatologie dépressive est recherchée systématiquement et de manière active chez tout résident dans le premier mois suivant l’entrée dans l’établissement et cette recherche notée dans le dossier du patient Oui Non
- 1.2) Une symptomatologie dépressive est recherchée systématiquement en présence de signes d’appel d’apparition récente (changements par rapport à l’état antérieur) Oui Non
- 1.3) Le repérage de la dépression est réalisé à l’aide d’outils validés : mini GDS ou GDS en l’absence de troubles cognitifs sévères, le score est noté dans le dossier du patient Oui Non
- 1.4) En présence d’apathie, une évaluation parallèle est réalisée à l’aide de l’inventaire apathie(IA) et le score noté dans le dossier du patient Oui Non
- 1.5) l’évaluation se fait en équipe pluridisciplinaire (> 2) formée à la passation des outils choisis, avec l’aide de l’entourage Oui Non
- 1.6) le diagnostic de dépression ou d’apathie est établi au terme d’un repérage détaillé des symptômes dépressifs (DSMIV) et apathiques (critères diagnostiques) Oui Non
- 1.7) les pathologies associées sont recherchées Oui Non
- 1.8) les signes de gravité psychologiques et physiques sont recherchés Oui Non
- 1.9) le patient et l’entourage sont informés sur l’état dépressif et sur les soins requis (6 à 12 mois) Oui Non

II – Audit clinique ciblé sur le repérage et le diagnostic de la dépression en cas de maladie d’Alzheimer ou apparentée

- Commentaire(s)
- 2.1) Une symptomatologie dépressive est recherchée systématiquement et de manière active chez tout résident dans les premiers mois suivant l’entrée dans l’établissement Oui Non
- 2.2) Une symptomatologie dépressive est recherchée systématiquement en présence de signes d’appel d’apparition récente (changements par rapport à l’état antérieur) Oui Non
- 2.3) le repérage de la dépression est réalisé à l’aide d’outils validés : NPI-ES domaine dépression en présence de troubles cognitifs sévères et le score inscrit dans le dossier du patient. Oui Non
- 2.4) en présence d’apathie, une évaluation parallèle est réalisée à l’aide de l’inventaire apathie (IA) ou le NPI. Oui Non
- 2.5) l’évaluation se fait en équipe pluridisciplinaire (> 2) formée à la passation des outils choisis, avec l’aide de l’entourage Oui Non
- 2.6) En complément du diagnostic de démence le diagnostic de dépression ou d’apathie est établi au terme d’un repérage détaillé des symptômes dépressifs (DSM IV) et des symptômes apathiques (critères diagnostiques) Oui Non
- 2.7) les performances cognitives sont évaluées à l’aide d’outils validés (MMSE au minimum) Oui Non
- 2.8) les pathologies associées sont recherchées Oui Non
- 2.9) les signes de gravité sont recherchés et le risque suicidaire évalué Oui Non
- 2.10) le patient et l’entourage sont informés sur l’état dépressif et sur les soins requis (6 à 12 mois) Oui Non

III – Audit clinique ciblé sur la prise en charge de la dépression

- Commentaire(s)
- 3.1) Le bilan pré thérapeutique est effectué avec l'aide de l'entourage, avec l'accord du patient, et implique les soignants antérieurs et actuels Oui Non
- 3.2) la nécessité d'un recours au spécialiste ou à une hospitalisation est évaluée en cas d'incertitude diagnostique, de gravité de l'état dépressif, de contexte d'urgence Oui Non
- 3.3) L'ensemble des comorbidités et des co-prescriptions, le statut fonctionnel du patient, les risques à surveiller ont été pris en compte dans les choix thérapeutiques et ces données sont mentionnées par écrit dans le dossier Oui Non
- 3.4) La prise en charge est pluridisciplinaire. Les trois volets de la prise en charge ont été préparés : traitement médicamenteux, soutien psychologique, actions aux niveaux social et familial Oui Non

4 – Audit clinique ciblé sur le suivi de la dépression

- Commentaire(s)
- 4.1) Un plan d'adaptation progressive du traitement a été prévu après la mise en route, avec une évaluation au minimum hebdomadaire de son efficacité et de sa tolérance durant les 4 à 6 premières semaines Oui Non
- 4.2) des consultations de suivi rapprochées sont programmées pour le suivi à moyen et long terme Oui Non
- 4.3) un recours au spécialiste est envisagé en cas de gravité de l'état ou d'inefficacité du traitement. Oui Non
- 4.4) Une surveillance de l'état général, nutritionnel et cognitif est organisée. Oui Non
- 4.5) le patient et l'entourage ont été informés des modalités de suivi et ont été motivés pour faciliter ce suivi. L'avis du patient est recueilli pour l'information de son entourage. Oui Non

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES

Ce guide a pour objectif de souligner les points les plus importants ou nouveaux. Il complète ou précise l'utilisation des documents de la mallette.

I – Audit clinique ciblé sur le repérage et le diagnostic de la dépression en l'absence de troubles cognitifs sévères

- 1.1) La recherche systématique et active de symptomatologie dépressive est effectuée dans les semaines qui suivent l'admission, l'entrée en institution constituant un contexte à risque élevé de dépression. L'attention sera plus particulièrement portée aux personnes ayant des facteurs de risque (sexes féminin, antécédent d'épisode dépressif personnel ou familial, pathologie somatique, perte d'autonomie, fonction d'aidant d'une personne dépendante, poly médication). Cette recherche doit être effectuée par un professionnel formé à l'évaluation de la dépression. Elle doit être notée dans le dossier patient.
- 1.2) Les signes d'appel, représentant toute modification par rapport à l'état antérieur sont ceux pouvant faire évoquer une symptomatologie dépressive, par exemple :1) changements récents de l'humeur ou des comportements, 2) points d'appel somatique : douleurs récentes, intenses, multifocales, mal systématisées et envahissantes, amaigrissement et/ou troubles de l'appétit, asthénie, ralentissement moteur, troubles du sommeil, prurit généralisé. Si le patient est nouvellement admis dans l'établissement, ces modifications sont à rechercher auprès de membres de la famille ou de l'entourage. Si le résident est accueilli depuis plusieurs semaines, ces modifications sont recherchées par l'équipe soignante.
- 1.3) L'utilisation d'échelles peut apporter une aide dans la démarche diagnostique et dans l'évaluation de la dépression chez la personne âgée. La mini GDS est un bon outil de repérage si le patient est capable de remplir un auto-questionnaire. Le résultat de l'évaluation est exprimé sous forme de score et noté dans le dossier du patient.
- 1.4) L'apathie est un déficit de la motivation. Elle est caractérisée par un émoussement affectif, une perte d'initiative et une perte d'intérêt, et est associée à une symptomatologie dépressive dans environ la moitié des cas. La perte d'intérêt est d'ailleurs l'un des cinq symptômes retenus par le DSM-IV voir *tableau* pour le diagnostic de dépression. L'apathie peut donc être présente en même temps que des symptômes dépressifs, mais peut aussi exister d'une manière isolée. L'inventaire apathie permet une évaluation parallèle de l'apathie. Trois types d'évaluation sont possibles, par le soignant lui-même, auprès du patient par un auto-questionnaire, auprès de l'accompagnant. Les questions sont identiques. L'inventaire explore trois dimensions : pour chacune d'elle il est possible d'obtenir, à partir de l'accompagnant et du sujet. Le score est noté dans le dossier du patient.
- 1.5) Répondre oui, si les symptômes dépressifs répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV ont été identifiés, le contexte et la période de survenue précisés, les facteurs favorisants identifiés, l'ensemble noté dans le dossier.

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'EPISODE DEPRESSIF MAJEUR DU DSM IV

A Au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents pendant une période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur, parmi lesquels au moins un des symptômes de premier rang : soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

Symptômes de premier rang

- Humeur dépressive : humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple, se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple, pleurs).
- Perte d'intérêt ou de plaisir : diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

Symptômes de deuxième rang

- Perte ou gain de poids significatifs en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisodes mixtes (association de symptômes dépressifs et maniaques).

C Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à abus, un médicament), à une affection médicale générale (par exemple, hypothyroïdie), à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

E Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou de retentissement psychomoteur.

L'épisode dépressif majeur est défini comme majeur dans le sens d'une dépression caractérisée, indépendamment de sa sévérité.

- Selon les critères du DSM-IV, l'épisode dépressif majeur se définit par la présence persistante, pendant une période de deux semaines minimum, d'au moins 5 des symptômes décrits au tableau précédant, dont au moins un doit être de premier rang : humeur dépressive et/ou perte d'intérêt ou de plaisir, symptôme présent presque toute la journée et tous les jours durant cette période.
La dépression du sujet âgé répond aux mêmes critères, mais les signes d'appel et le poids de chaque symptôme peuvent être différents par rapport à l'adulte plus jeune.
- Le trouble dépressif mineur est une forme de dépression avec un nombre moins important de symptômes. Selon les critères du DSM-IV, il se définit par au moins deux symptômes de la dépression majeure et moins de cinq symptômes de deuxième rang.

- La dysthymie est un trouble dépressif qui ne répond ni aux critères de la dépression majeure ni à ceux du trouble dépressif mineur. Selon les critères du DSM-IV, elle est définie par la présence de deux des symptômes caractérisant la dépression majeure dont au moins un de premier rang, pendant une durée d'au moins deux ans.
- Pour l'apathie il existe maintenant des critères diagnostiques que l'on trouvera page suivante.

Pour un diagnostic d'apathie, le patient doit remplir les critères A, B, C et D.

	OUI	NON	NA*
A. Perte ou baisse de motivation comparativement à l'état antérieur ou au fonctionnement normal pour l'âge et le niveau culturel du patient. Ce changement est rapporté par le patient lui-même ou son entourage			
B. Présence la plupart du temps durant une période minimum de 4 semaines d'au moins 1 symptôme dans au moins 2 des trois domaines suivants :			
B1. Perte ou réduction des comportements dirigés vers un but, mises en évidence par au moins un des symptômes suivant :			
- Perte des comportements auto initiés (p.ex., entamer une conversation, réaliser des activités de la vie quotidienne, initier une activité sociale, communiquer des choix),			
- Perte des comportements en réponse aux sollicitations de l'environnement (p.ex.: répondre dans la conversation, participer à une activité sociale)			
B2. Perte ou réduction des activités cognitives orientées vers un but, mises en évidence par au moins un des symptômes suivant :			
- Perte de spontanéité ou de curiosité pour les événements nouveaux ou habituels (p.ex., initier des tâches complexes, s'intéresser aux événements récents, répondre aux opportunités sociales, manifester un intérêt pour les affaires personnelles, familiales ou sociales)			
- Perte de réactivité aux commentaires ou questions de l'entourage concernant les événements nouveaux ou habituels (p.ex. à propos de la résidence, du voisinage ou du quartier)			
B3. Perte ou diminution des émotions mises en évidence par au moins un des symptômes suivant			
- un manque de ressenti émotionnel (p.ex., sentiment subjectif d'un manque ou d'une absence d'émotion ou observation par autrui d'affects émoussés), rapporté par le sujet lui-même ou observé par les autres			
- Perte de réactivité émotionnelle aux événements positifs ou négatifs de l'environnement (p.ex., l'entourage rapporte une absence ou une faible réactivité émotionnelle face à des événements agréables, une épreuve personnelle, une maladie grave, des nouvelles bouleversantes)			
C. Les critères (A et B) sont à l'origine d'une souffrance et/ou interfèrent avec la vie sociale et occupationnelle.			
D. Les critères (A et B) ne s'expliquent pas exclusivement par un handicap physique (p.ex. cécité, surdité, etc.) ou des troubles moteurs, par une réduction du niveau de conscience ou par les effets physiologique directs d'une substance (p.ex. abus de toxique, médicaments) **			
DIAGNOSTIC APATHIE (selon critères A, B, C, D)			

* NA = non applicable

** La réponse OUI = A & B ne sont pas liés   un handicap. La réponse NON = A & B sont liés  ...

1.6) Répondre oui si le dossier de patient mentionne la recherche de comorbidités : pathologie démentielle, autres co morbidités, iatrogénie

L'examen clinique recherche les pathologies somatiques associées, en particulier douloureuses, chroniques et/ou invalidantes. Ces pathologies peuvent contribuer à l'apparition des symptômes dépressifs.

Les changements de niveau d'autonomie doivent être précisés, pour les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales, au besoin par les échelles ADL (Activities of Daily Living) et IADL (Instrumental Activities of Daily Living).

Le statut nutritionnel doit être évalué, en notant en particulier les difficultés d'alimentation. On prendra également en compte les déficits sensoriels et l'adaptation du sujet et sa dépendance à l'environnement. Il faut souligner que les patients dépressifs avec une perte d'autonomie ont moins tendance à exprimer leurs idées dépressives. L'existence de troubles anxieux antérieurs ou survenant avec l'âge favorise la survenue. La dépendance à l'alcool et/ou les abus d'alcool sont souvent associés à un état dépressif, et peuvent en modifier ou masquer certains symptômes.

Le tableau dépressif peut être favorisé par certains traitements médicamenteux. Les médicaments les plus souvent incriminés sont les corticoïdes et les neuroleptiques.

Beaucoup d'autres peuvent être à l'origine d'un ralentissement, d'une asthénie, d'une sédation qui peuvent évoquer de prime abord une dépression.

TABLEAU DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX
– ANAES 2003

A – Antihypertenseurs

Béta-bloquants
Méthyldopa
Résérpine
Clonidine
Inhibiteurs calciques
Digoxine

B – Corticoïdes

C – Antalgiques

Codéine
Opioides
Indométacine
Inhibiteur de la COX 2

D - Antiparkinsoniens

L – DOPA
Amantadine

E – Psychotropes

Antipsychotiques
Benzodiazépines

1.7) Les signes de gravité psychologiques et physiques ont été recherchés.

La sévérité de l'état dépressif se juge sur :

- des *critères psychologiques* : tristesse intense non atténuée par les stimulations extérieures, idées de découragement, de désespoir, de dévalorisation, d'incurabilité, de suicide, de punition méritée ;
- des *critères somatiques* : sévérité de l'anorexie, refus alimentaire et hydrique, importance de l'amaigrissement ;
- des *critères fonctionnels* : degré de repli sur soi, de maintien au lit, perte de contact avec l'extérieur, négligence des besoins élémentaires.

La présence de symptômes psychotiques (délires, hallucinations), d'irritabilité, d'agressivité doit être recherchée

Une symptomatologie sévère avec prostration et mutisme ou au contraire agitation et troubles importants du caractère, voire un syndrome de Cotard, un syndrome de glissement, constituent une urgence thérapeutique.

Le risque suicidaire est évalué : l'évaluation de la crise suicidaire consiste à évaluer les facteurs de risque, l'urgence et la dangerosité suicidaire

ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE

- Abus d'alcool, de médicaments, dévalorisation, culpabilité, pessimisme, découragement désespoir ; pensées de mort, comportement de retrait, idées suicidaires, projet suicidaire, tentative de suicide ;
- Évaluer l'intensité des symptômes anxieux et de la tension psychique, qui facilitent le passage à l'acte.

ÉVALUATION DE LA DANGÉROSITÉ SUICIDAIRE

- Rechercher si la personne a envisagé d'utiliser des moyens dangereux et si ces moyens sont à sa portée.

1.8) L'information donnée au patient et à son entourage sur la nature de son trouble dépressif est notée dans le dossier.

L'information donnée au patient sur la nécessité de poursuivre le traitement médicamenteux 6 à 12 mois après rémission clinique est notée dans le dossier.

II- Audit clinique cible sur le repérage et le diagnostic de la dépression e cas de maladie d'Alzheimer ou apparentée.

- 2.1) La recherche systématique et active de symptomatologie dépressive est effectuée dans les semaines qui suivent l'admission, l'entrée en institution constituant un contexte à risque élevé de dépression.. Cette recherche doit être effectuée par un professionnel formé à l'évaluation de la dépression. Elle doit être notée dans le dossier patient.
- 2.2) Les signes d'appel, représentant toute modification par rapport à l'état antérieur sont ceux pouvant faire évoquer une symptomatologie dépressive, par exemple :
 - 1)changements récents de l'humeur ou des comportements,
 - 2)points d'appel somatique : douleurs récentes, intenses, multifocales, mal systématisées et envahissantes, anorexie, amaigrissement, asthénie, ralentissement psycho moteur, baisse de l'expression verbale, troubles du sommeil, anxiété et/ou troubles du caractère (irritabilité, colère, impatience), cris et/ou délire, apathie, perte d'initiative, d'intérêt et /ou de l'expression des émotions.

Si le patient est nouvellement admis dans l'établissement, ces modifications sont à rechercher auprès de membres de la famille ou de l'entourage. Si le résident est accueilli depuis plusieurs semaines, ces modifications sont recherchées par l'équipe soignante.

- 2.3) L'utilisation d'échelles peut apporter une aide dans la démarche diagnostique et dans l'évaluation de la dépression chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs.

Si le sujet présente une détérioration d'intensité modérée ou sévère et qu'il est impossible d'utiliser un auto-questionnaire, il est souhaitable d'utiliser un instrument spécifique des symptômes dépressifs dans le cadre d'une pathologie démentielle.

L'inventaire neuropsychiatrique (NPI, Neuropsychiatric Inventory) dans sa version destinée aux équipes soignantes (NPI-ES) est l'outil le plus utilisé. Son objectif est de recueillir des informations sur la présence des troubles du comportement chez les patients souffrant de démence. La version pour équipe soignante a été développée pour évaluer les patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe, mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Il évalue douze symptômes neuropsychiatriques dont la dépression et l'apathie. Si les réponses sont en faveur d'un état dépressif, la fréquence (F) et la gravité (G) de cet état seront déterminés et un score global (F*G) obtenu.

L'évaluation du retentissement du trouble dépressif sur les occupations professionnelles du soignant permet d'adapter le plan d'aide. Le résultat de l'évaluation est noté dans le dossier du patient.

- 2.4) L'apathie est un déficit de la motivation. Elle est caractérisée par un émoussement affectif, une perte d'initiative et une perte d'intérêt, et est associée à une symptomatologie dépressive dans environ la moitié des cas.

La perte d'intérêt est d'ailleurs l'un des cinq symptômes retenus par le DSM-IV *voir tableau* pour le diagnostic de dépression. L'apathie peut donc être présente en même temps que des symptômes dépressifs, mais peut aussi exister d'une manière isolée.

L'inventaire apathie permet une évaluation parallèle de l'apathie. Trois types d'évaluation sont possibles, par le soignant lui-même, auprès du patient par un auto-questionnaire, auprès de l'accompagnant. Les questions sont identiques. L'inventaire explore trois dimensions : pour chacune d'elle il est possible d'obtenir, à partir de l'accompagnant et du sujet. Le score est noté dans le dossier du patient. D'une manière alternative il est aussi possible d'utiliser l'item apathie du NPI.

- 2.5) Répondre oui, si les symptômes dépressifs répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV ont été identifiés, le contexte et la période de survenue précisés, les facteurs favorisants identifiés, l'ensemble noté dans le dossier.
- 2.6) La démarche diagnostique pour ce type de patient justifie une évaluation des fonctions cognitives. Elles sont évaluées à l'aide du MMSE et notées dans le dossier du patient. Les domaines suivants sont explorés : orientation temporo-spatiale, capacités de compréhension et de jugement du contexte, mémoire à court terme, aptitude à comprendre le langage verbal et à s'exprimer.

Le diagnostic de démence n'exclut pas la présence de symptômes dépressifs ou d'apathie, bien au contraire. Dans ce dernier cas les critères diagnostiques de l'apathie (cf. 1.6) peuvent aussi être utilisés

- 2.7) Répondre oui si le dossier de patient mentionne la recherche de comorbidités, de iatrogénie.

L'examen clinique recherche les pathologies somatiques associées, en particulier douloureuses, chroniques et/ou invalidantes. Les changements de niveau d'autonomie doivent être précisés, pour les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales, au besoin par les échelles ADL (Activities of Daily Living) et IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Le statut nutritionnel doit être évalué, en notant en particulier les difficultés d'alimentation. On prendra également en compte les déficits sensoriels et l'adaptation du sujet et sa dépendance à l'environnement.

2.8) La sévérité de l'état dépressif se juge sur :

- **des critères psychologiques** : tristesse intense non atténuée par les stimulations extérieures, idées de découragement, de désespoir, de dévalorisation, d'incurabilité, de suicide, de punition méritée ;
- **des critères somatiques** : sévérité de l'anorexie, refus alimentaire et hydrique, importance de l'amaigrissement ;
- **des critères fonctionnels** : degré de repli sur soi, de maintien au lit, perte de contact avec l'extérieur, négligence des besoins élémentaires.

La présence de symptômes psychotiques (délires, hallucinations), d'irritabilité, d'agressivité doit être recherchée.

Une symptomatologie sévère avec prostration et mutisme ou au contraire agitation et troubles importants du caractère, voire un syndrome de Cotard, un syndrome de glissement constituent une urgence thérapeutique.

2.9) L'information donnée au patient et à son entourage sur la nature de son trouble dépressif est notée dans le dossier. L'information donnée au patient sur la nécessité de poursuivre le traitement 6 à 12 mois après rémission clinique est notée dans le dossier.

III- Audit clinique ciblé sur la prise en charge de la dépression.

3.1) Le bilan pré thérapeutique est effectué avec l'aide de l'entourage et des soignants impliqués, passés et actuels. Le risque iatrogénique et les fréquentes comorbidités des personnes âgées doivent faire considérer d'emblée le rapport bénéfice/risque dans les modalités du traitement antidépresseur. Cela ne doit pas, sauf exception justifiée, faire différer la mise en route d'un traitement.

Répondre oui si les éléments suivants sont recherchés et consignés dans le dossier du patient : traitements antérieurs et traitements en cours, effets indésirables prévisibles, interactions médicamenteuses, effets symptomatiques souhaités.

3.2) **Le recours au spécialiste** se justifie :

- en cas de doute diagnostique ;
- en cas de suspicion d'un début de maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée ;
- en cas de signes de gravité de la dépression :
 - o dépression avec symptômes mélancoliques et/ou symptômes psychotiques (délires, hallucinations),
 - o risque, urgence et dangerosité suicidaires,
 - o risque somatique lié à la diminution d'alimentation ou d'hydratation,
 - o amaigrissement récent > 5% du poids total),
 - o risque fonctionnel.
- En cas de complexité du traitement (comorbidités)
- En cas d'échec du traitement de première intention,

Une hospitalisation est requise :

- lorsque le pronostic vital ou fonctionnel est engagé :
 - o risque, urgences, ou dangerosité suicidaires élevés ;
 - o dépression délirante ou mélancolique sévère ;
 - o amaigrissement (> 5%) et/ou déshydratation ;
 - o décompensation d'une pathologie somatique ;
 - o état régressif, syndrome de glissement.
 - en cas de refus de soins alors que le tableau dépressif est sévère
- 3.3) Le traitement est personnalisé dans son choix, dans l'adaptation de sa posologie tient compte des comorbidités et des co-prescriptions : répondre oui, si sont précisés dans le dossier : les objectifs thérapeutiques, la classe thérapeutique choisie en fonction des effets attendus, du profil pharmacologique, ...
- 3.4) La prise en charge est pluridisciplinaire, associe traitement médicamenteux, soutien psychologique et amélioration du soutien social et familial.

La prise en charge de la personne âgée dépressive doit être globale et pluridisciplinaire.

Un soutien psychologique précoce est toujours nécessaire. Il ne nécessite pas systématiquement d'être assuré par un spécialiste. Le patient doit pouvoir recevoir des informations sur sa maladie dépressive, sur les modalités de traitement, sur le suivi dont il va bénéficier.

Il est important, à chaque étape, de motiver le patient à prendre régulièrement son traitement.

Ces interventions sont particulièrement pertinentes dans les formes légères à modérées de dépression.

La famille et l'entourage du patient doivent être associés directement à cette démarche, avec l'accord du patient.

Des interventions sur l'environnement social du patient, visant à réduire les facteurs de risque de rechute et de récurrence, doivent être entreprises de façon personnalisée. Selon les cas, l'implication des soignants, des aidants professionnels, des travailleurs sociaux doit être recherchée. Un travail de collaboration interdisciplinaire est le garant de l'amélioration de la qualité de vie des malades.

IV- Audit clinique ciblé sur le suivi de la dépression

- 4.1) Il est le plus souvent recommandé de débiter à une posologie faible (de l'ordre de la moitié de la posologie optimale souhaitée) pendant quelques jours, afin de s'assurer de la bonne tolérance. On augmentera progressivement par paliers de quelques jours jusqu'à la posologie préconisée dans l'AMM du produit.
- 4.2) Des consultations de suivi sont programmées pour le suivi à plus long terme. Pour un premier épisode, le traitement devra être poursuivi aux mêmes doses pendant au moins six mois, afin de prévenir les rechutes.

Afin de prévenir les récurrences dépressives, en particulier chez les patients ayant présenté dans leurs antécédents d'autres épisodes dépressifs, le traitement, à condition qu'il soit bien toléré, sera poursuivi pendant au moins douze mois.

- 4.3) Un recours au spécialiste est envisagé en cas de gravité de l'état ou d'inefficacité du traitement.

En l'absence totale d'amélioration dans les quatre à six premières semaines de traitement, la prescription doit être réévaluée ou reconsidérée, avec l'avis d'un spécialiste.

Certains aspects nécessitent une surveillance particulière :

- l'état nutritionnel précaire ;
- la présence de facteurs de risque vasculaire ;
- la présence de troubles cognitifs associés.

- 4.4) Le patient et l'entourage ont été informés des modalités de suivi et ont été motivés par ce suivi.

*

Ce document est le fruit des travaux du Collège Professionnel des Gériatres Français, Organisme Agréé par la Haute Autorité de Santé pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles. Ont participé à ces travaux :

- **Michel BENOIT**, géronto-psychiatre, Centre Mémoire, de Ressources et de Recherches, CHU de Nice*
- **Sébastien DOUTRELIGNE**, coordonnateur du programme MobiQual*
- **Marie-Pierre HERVY**, chef de service de long et moyen séjour à l'hôpital Bicêtre, secrétaire générale de la SFGG, membre du comité national de suivi des soins palliatifs, responsable de l'intergroupe SFGG / SFAP, référente MobiQual sur la thématique Soins palliatifs*
- **Marie-Agnès MANCIAUX**, praticien hospitalier, chef de service long séjour du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, référente MobiQual sur la thématique Bienveillance*
- **Yves PASSADORI**, directeur médical du pôle de gérontologie clinique, Centre Hospitalier Général de Mulhouse, expert au service EPP de la HAS, membre du CPGF-OA*
- **Gisèle PICKERING**, praticien hospitalier, Centre de Pharmacologie Clinique, CHU de Clermont-Ferrand, membre de la SFETD, Référente MobiQual sur la thématique de la Douleur*
- **Philippe ROBERT**, psychiatre, responsable du Centre Mémoire, de Ressources et de Recherches, CHU de Nice*
- **Geneviève RUAULT**, déléguée générale de la SFGG et du CPGF, référente MobiQual sur la thématique de la Douleur*