

# Master en Pharmacie

## Travail Personnel de Recherche

### Devenir des prescriptions de médicaments psychotropes off-label chez les patients âgés atteints de démence

Présenté à la

Faculté des sciences de  
L'Université de Genève

Par

**Charlène Collaudin**

**Unité de Pharmacie Clinique  
Service de pharmacie du CHUV  
SUPAA**

**Directeur de l'unité :**  
Prof. Farshid Sadeghipour

**Investigatrice principale :**  
Dre. Isabella de Giorgi Salamun

**Autres responsables :**

Prof. Armin von Gunten

Dre. Montserrat Mendez

Dr. Jean-Pierre Schuster

Dr. Mehdi Djafar

Dre. Tatiana Baltag

Genève

Année académique 2019-2020

## Remerciements

Je remercie tout particulièrement ma superviseuse, *Dre. Isabella De Giorgi Salamun*, qui a été encourageante, investie et disponible tout au long de ce projet. Merci également de m'avoir donné cette confiance en moi, nécessaire à l'aboutissement de ce TPR. J'ai éprouvé un véritable plaisir à travailler avec toi durant ces 20 semaines, tu m'as beaucoup appris.

Merci à mon responsable *Prof. Farshid Sadeghipour*, qui malgré ses nombreuses obligations, a toujours trouvé le temps de suivre l'avancement de mon projet et de me conseiller. Nos entrevues finissant toujours sur une note gratifiante ne pouvaient que me permettre d'avancer.

Ce projet n'aurait pas eu lieu sans l'aide de la *Prof. Marie-Paule Schneider Voirol*, qui coûte que coûte m'a soutenue et permis de trouver un sujet en pharmacie clinique lorsque les réponses à mes postulations s'avéraient négatives. Merci à vous encore une fois.

Je tiens à remercier le *Dr. Pierre Voirol* pour son aide en amont concernant la réflexion qu'a nécessité la mise en place de ce projet.

Merci au *Prof. Armin von Gunten*, sans qui ce projet n'aurait pas pris forme. Votre confiance dédiée à la *Dre Isabella De Giorgi Salamun* durant vos années de collaboration de R&D en psychogériatrie, m'a permis de travailler sur un sujet auquel j'ai porté beaucoup d'intérêt.

Un grand merci à *toute l'équipe des co-superviseurs* de ce projet pour votre soutien et votre présence hebdomadaire consacrés aux débriefings. Ces rencontres m'ont permis de découvrir d'une part les relations interprofessionnelles et d'autres part de recueillir différents avis relatifs à vos expériences dans le domaine. Ce travail n'aurait pas pu aboutir sans vous, merci de m'avoir consacré de votre temps tout au long de ce projet.

Je remercie mille fois *Prof. Henk Verloo*, qui m'a apporté toute l'aide nécessaire à la réalisation de ce travail. Nos rencontres ont été très enrichissantes et m'ont permis d'acquérir les connaissances exigibles, notamment à la mise en place d'une bonne méthodologie.

Les *infirmiers des unités Glycine et Lilas* ont joué un rôle conséquent dans ce travail. Leurs disponibilités pour les interviews, pour la participation à la saisie de mon outil ainsi qu'à l'enquête de satisfaction ne peuvent qu'être soulignées. Les ICUS de ces unités, *Mr Jose-Luis Ribeiro* et *Mme Margarida Simoes* ont été d'une aide considérable concernant les diverses organisations avec leurs équipes en faveur de ce projet. Il en est de même pour les *cadres infirmiers* et pour *Mme Isabelle Bohren*, infirmière clinicienne. Merci à tous.

Merci à *Eliane, Mélanie, Dyanie* et *Fabienne*, assistantes en pharmacie du SUPAA, pour votre gentillesse et pour mon intégration au sein de l'équipe.

Je suis également reconnaissante envers *Mme Susanna Gerber*, pharmacienne responsable du contrôle qualité de la pharmacie centrale du CHUV, m'ayant permis de développer mon diagramme de flux dans son bureau le temps d'une journée.

Merci infiniment à *Mr Etienne Angrand*, informaticien du CHUV ayant rapidement traité et mis sur pied notre demande concernant le développement de la base de données.

Merci à *Dylan Guyot* d'avoir créé la vidéo de ma soutenance, à *Natasa Simic* pour son temps dédié à la correction de ce manuscrit et à *Lucile Maréchal* pour ses quelques relectures.

Je tiens à remercier également *la team du 5ème* pour tous ces bons moments et pour avoir répondu à mes questions qui n'étaient pas toujours pertinentes... !

Mes derniers remerciements vont aux membres de ma famille ainsi qu'à mes amis qui m'apportent le soutien nécessaire dans mon quotidien dont ces études font partie.

## Abstract

### But et contexte

Le but de ce travail de recherche consiste au développement d'un outil permettant de suivre l'évolution des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) ainsi que l'efficacité et les effets indésirables (EI) relatifs aux traitements prescrits pour contrer ces symptômes. En effet, une précédente étude (Mosimann *et al.* 2014) a permis de mettre en évidence les hauts taux de prescriptions off-label pour traiter les SCPD. La littérature montre les risques considérables auxquels sont exposées les personnes âgées atteintes de démence sous ce constat. Le suivi de ces traitements mérite ainsi d'être plus serré et sécurisé, d'autant plus à la vue des autres risques qu'encourt cette population vulnérable (effets indésirables, interactions, chutes/fractures...).

Le développement d'un tel outil aurait ainsi un intérêt considérable face à ces risques mais également pour les éléments qui suivent : les SCPD sont des symptômes fluctuants, peu de traitements utilisés pour les contrer ont une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) et ces derniers doivent être retirés dès la disparition du SCPD.

### Méthode

Premièrement, une analyse documentaire a été effectuée dans le but de prendre connaissance du sujet : définitions (démence, SCPD), épidémiologie, traitements et outils utilisés (pour les dépistages et suivis), EI liés à l'utilisation de psychotropes, informations concernant la création d'interviews et d'enquêtes de satisfaction (ES) etc. Par la suite, des questionnaires ont été créés pour l'élaboration d'interviews qualitatives dirigées du personnel médico-infirmier afin de recueillir des informations concernant le suivi actuel des patients déments. Cette stratégie a également permis d'obtenir points de vue, ressentis et demandes de la part des différents collaborateurs. Une base de données (Bdd) Access® a été développée pour répondre au mieux aux demandes et besoins recueillis lors de ces interviews. Une phase pilote de 25 jours a été lancée après les formations en groupe pour permettre aux utilisateurs (médecins ; infirmiers ; pharmacienne) de tester la Bdd. Durant la première semaine d'implémentation, un soutien était mis à profit lors des saisies. Un mode d'emploi concernant la saisie de l'outil ainsi qu'un logigramme ont été élaborés parallèlement à la Bdd. Finalement, une ES a été éditée via Google Form pour obtenir les avis et ressentis des soignants.

### Résultats

Les résultats des interviews qualitatives dirigées ont mis en avant un besoin de révision (9/9 (100%) infirmiers et 5/6 (83%) médecins) du suivi actuel des patients déments manifestant des SCPD. De ce fait, la Bdd SCPD-PharmaSuivi a été développée et implémentée en phase pilote dans des unités de soins, puis évaluée par la suite au travers d'une ES. Bien que l'outil déployé ait été perçu comme apportant une plus-value dans 6/7 (86%) réponses, il nécessite toutefois, selon ce même pourcentage, de subir des modifications afin d'être optimisé. 5/7 (71%) collaborateurs verraient cet instrument de suivi remplacer les existants si des modifications étaient apportées et 6/7 (86%) le verraient dans leur logiciel informatique actuel.

### Conclusion

Malgré les limitations reportées face à ce projet et les modifications à apporter pour améliorer cette phase pilote, les buts et objectifs sembleraient avoir été atteints avec l'apport de cette Bdd. De nombreuses perspectives sont envisageables en vue d'offrir un futur à cette dernière. En effet, la reprise d'un outil tel que celui-là mérite d'être considérée à la vue des difficultés rencontrées pour effectuer le suivi de symptômes fluctuants comme les SCPD.

## Abréviations

<b>ADP</b>	Antidépresseurs
<b>AMM</b>	Autorisation de mise sur le marché
<b>ANNSER</b>	Antipsychotic Non-Neurological Side Effects
<b>AP</b>	Antipsychotiques
<b>API</b>	Association Psychogériatrique Internationale
<b>ASC</b>	Approaches to Schizophrenia Communication
<b>Bdd</b>	Base de données
<b>BEHAVE-AD</b>	Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale
<b>BZD</b>	Benzodiazépines
<b>CERAD-BRSD</b>	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease - Behavioral Rating Scale for Dementia
<b>CDC</b>	Chef de Clinique
<b>CDR</b>	Clinical Dementia Rating
<b>CGI</b>	Clinical Global Impression
<b>CHUV</b>	Centre hospitalier universitaire Vaudois
<b>CMAI</b>	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>ECA</b>	État confusionnel aigu
<b>EI</b>	Effet indésirable
<b>ES</b>	Enquête de satisfaction
<b>GASS</b>	Glasgow Antipsychotic Side Effect Scale
<b>IAChe</b>	Inhibiteur de la cholinestérase
<b>LUNSERS</b>	Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale
<b>MMSE</b>	Mini-Mental State Examination
<b>MOSES</b>	Monitoring Of Side Effect Scale
<b>NCD</b>	Neurocognitive disorders (TNC en anglais)
<b>NPI</b>	NeuroPsychiatric Inventory
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>SCPD</b>	Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence
<b>SMARTS</b>	Systematic Monitoring of Adverse events Related to TreatmentS
<b>SSRI</b>	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
<b>SUPAA</b>	Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé
<b>TC</b>	Temps cliniques
<b>TNC</b>	Trouble neurocognitif (NCD en français)
<b>TNCM</b>	Trouble neurocognitif majeur
<b>TTT</b>	Traitement
<b>UKU-SERS</b>	Udvalg for Kliniske Undersøgelser Side Effects Rating Scale for Clinicians
<b>UTAP</b>	Unité des troubles affectifs et psychotiques
<b>UTPO</b>	Unité des troubles de psychiatrie organique

## Table des matières

Abstract.....	2
Abréviations .....	3
Table des matières.....	4
1. Introduction .....	6
1.1. Contexte .....	6
1.2. Démence.....	6
1.2.1. Définition.....	6
1.2.2. Types & Étiologies .....	6
1.2.3. Épidémiologie et facteurs de risque .....	7
1.2.4. Outils utilisés pour les diagnostics et suivis de la démence.....	7
1.3. Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence.....	8
1.3.1. Définition des SCPD .....	8
1.3.2. Description et classification des SCPD .....	8
1.3.3. Approches non pharmacologiques des SCPD .....	9
1.3.4. Traitements pharmacologiques des SCPD .....	9
1.3.4.1. Inhibiteurs de la cholinestérase (IChE) .....	10
1.3.4.2. Mémantine .....	10
1.3.4.3. Neuroleptiques.....	10
1.3.4.3.1. Neuroleptiques typiques ou conventionnels .....	11
1.3.4.3.2. Neuroleptiques atypiques.....	11
1.3.4.4. Antidépresseurs.....	12
1.3.4.5. Benzodiazépines et substances associées .....	12
1.3.4.6. Anticonvulsivants .....	12
1.3.4.7. Autres substances médicamenteuses.....	13
1.3.5. Outils utilisés pour les suivis des EI liés aux psychotropes .....	13
1.3.6. Outils utilisés pour les diagnostics et suivis des SCPD .....	14
1.4. Buts et objectifs spécifiques.....	15
2. Méthode .....	16
2.1. Design .....	16
2.2. Population et milieu Clinique.....	16
2.2.1. Milieu .....	16
2.2.2. Participants.....	17
2.3. Déroulement et collectes de données.....	17
2.3.1. Déroulement .....	17
2.3.2. Collectes de données .....	17
2.4. Instruments.....	18

2.4.1. Analyse documentaire, sélections des outils validés et d'effets indésirables .....	18
2.4.2. Interview .....	18
2.4.3. Base de données .....	19
2.4.3.1. Onglet « SCPD » .....	19
2.4.3.2. Onglet « Effets indésirables » .....	20
2.4.3.3. Développement des requêtes .....	20
2.4.4. Instructions de travail, logigramme, formation et soutien durant la phase pilote ..	21
2.4.5. Enquête de satisfaction.....	21
2.5. Analyses.....	22
2.5.1. Entretiens .....	22
2.5.2. Enquête de satisfaction.....	22
2.6. Résumé de la méthodologie .....	23
3. Résultats .....	24
3.1. Taux de participation .....	24
3.2. Résultats des entretiens .....	24
3.3. Résultats de l'enquête de satisfaction.....	27
Informations relevées dans l'ES pour le thème « Informations vous concernant » :.....	27
4. Discussion.....	32
4.1. Interviews .....	32
4.2. Enquête de satisfaction .....	33
4.3. Mise en place de SCPD-PharmaSuivi : interviews VS enquête de satisfaction .....	34
4.4. Forces du projet.....	35
4.5. Limitations du projet.....	35
5. Conclusion et perspectives.....	38
6. Bibliographie.....	39
7. Annexes .....	43

## 1. Introduction

### 1.1. Contexte

Ce travail découle de l'étude « Utilisation off-label des médicaments psychotropes chez les patients âgés atteints de démence dans une unité de psychogériatrie d'un hôpital universitaire » (Mosimann *et al.* 2014). Cette dernière a permis de mettre en évidence, d'une part, l'importante polymédication chez les sujets âgés déments et, d'autre part, le haut taux de prescriptions off-label dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées souffrant de démence avec des SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence). Ces prescriptions hors indication concernent majoritairement les psychotropes, médicaments classifiés N dans le code ATC (notamment les neuroleptiques). Cette classe médicamenteuse est connue pour augmenter le risque de mortalité chez les patients déments. Le suivi de ces traitements mérite ainsi d'être plus serré et plus sécurisé, d'autant plus à la vue des autres risques qu'encourt cette population vulnérable (effets indésirables (EI), interactions, chutes/fractures...). De plus, il n'existe que peu d'essais cliniques au sein de la littérature permettant d'obtenir des données officielles pour traiter les SCPD.

### 1.2. Démence

#### 1.2.1. Définition

Il n'existe pas une définition authentique permettant de caractériser la démence : « Une démence est caractérisée par des déficits cognitifs multiples, parmi lesquels une altération de la mémoire » <sup>(1)</sup>, « La démence est un syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes » <sup>(2)</sup> ou encore « Dementia is a clinical syndrome that results from acquired brain disease » <sup>(3)</sup> par exemple. Les définitions employées pour décrire ce qu'est la démence restent relativement larges et ne sont pas figées. En effet, elles ont évolué au cours du temps <sup>(3)</sup>. Il en est de même concernant l'appellation même du terme « démence ». Depuis peu, la dénomination « neurocognitive disorders » (NCD) soit « troubles neurocognitifs » (TNC) en français, englobant démence, amnésie et autres désordres cognitifs est aussi utilisée. Pour parler de démence, on parle désormais de « major neurocognitive disorder » soit « trouble neurocognitif majeur » (TNCM) avec cette nouvelle caractérisation utilisée dans le DSM-5 <sup>(4)</sup>. Ce changement est en partie dû au fait que cette pathologie ne concerne pas uniquement les personnes âgées, mais également des individus plus jeunes bien que la proportion soit plus faible (*cf.* 1.1.3. *Épidémiologie*). On peut également parler de syndrome démentiel pour énoncer une démence <sup>(5)</sup>. Le spectre de troubles que représente la démence ne comporte pas uniquement des symptômes cognitifs, mais peut également présenter des symptômes non cognitifs psychiatriques que sont les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) <sup>(5)</sup>. Ces derniers sont développés dans la partie 1.3.

#### 1.2.2. Types & Étiologies

Les troubles qu'incluent la démence ou encore les TNCM peuvent être dus « aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale, aux effets persistants d'une substance, ou à des étiologies multiples » (ces dernières sont définies comme étant des combinaisons de maladies causales). Ce sont leurs origines qui permettent de distinguer ces TNC <sup>(1)</sup>. Les troubles neurocognitifs sont subdivisés en sous-types considérant chacun différentes étiologies possibles : TNCM dus à la maladie d'Alzheimer, à des maladies vasculaires, à des maladies à corps de Lewy comme la maladie de Parkinson, à des maladies liées à des problèmes frontotemporaires, à des traumatismes / blessures cérébrales, à des infections telles que le VIH, à des substances, à d'autres pathologies (Maladie de Prion,

Huntington), à d'autres conditions médicales ou encore à des étiologies multiples comme citées précédemment <sup>(1,4,5)</sup>. Les démences liées à la maladie d'Alzheimer dépassent de loin toutes les étiologies confondues (60%-70% des cas environ), bien que le pourcentage de cas diminue compte tenu des diagnostics différentiels plus performants et discriminatifs concernant les origines des TNCM <sup>(2,5)</sup>. D'autres formes sont également considérablement répandues : les démences vasculaires, à corps de Lewy et frontotemporales <sup>(2,3,6)</sup>.

### 1.2.3. Épidémiologie et facteurs de risque

La démence touche majoritairement les personnes âgées bien que de jeunes individus puissent également être concernés. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), entre 5 et 8% des personnes âgées de 60 ans et plus sont atteints de démence à un moment donné. En vue du vieillissement de la population actuelle, le nombre de personnes atteintes de ce TNCM ne peut qu'augmenter dans les années à venir <sup>(7)</sup>. En effet, actuellement environ 50 millions de personnes sont concernées par ce trouble au niveau mondial et 82 à 152 millions sont attendus respectivement pour les années 2030 et 2050 <sup>(2)</sup>. La prévalence de cette pathologie augmente exponentiellement avec l'âge <sup>(3)</sup>. Dans la littérature, elle est la plupart du temps représentée par tranche d'âge. L'accroissement de ces pourcentages est importante entre 75 et 85 ans et d'autant plus les 85 ans passés <sup>(3,5)</sup>. Hormis l'âge, considéré comme le plus important de tous, d'autres facteurs de risque ont pu être identifiés. En effet, selon l'OMS, il y aurait une corrélation entre le développement d'une démence et les facteurs suivants : sédentarité, obésité, mauvaise alimentation, tabagisme, consommation excessive d'alcool, diabète sucré et hypertension en ce qui concerne les maladies non transmissibles. Il existe également d'autres facteurs cités par cette même source sur lesquels il est possible d'agir : dépression, niveau d'instruction faible, isolement social ou encore un manque d'activité visant la stimulation cognitive. La démence représente ainsi un problème majeur en termes de santé publique et aura des impacts sociétaux et économiques importants dans les années à venir aussi bien en Suisse que dans le monde entier <sup>(6-8)</sup>.

En effet, les coûts annuels globaux de la démence représentent plusieurs milliards de francs. Nonante pourcent de ces coûts sont liés aux soins et à la prise en charge des personnes atteintes de démence <sup>(8)</sup>.

### 1.2.4. Outils utilisés pour les diagnostics et suivis de la démence

Les patients suspectés de présenter une démence doivent réaliser une évaluation de leur fonction cognitive avant qu'un diagnostic ne soit posé. C'est pourquoi des tests cognitifs rapides sont recommandés pour déterminer la sévérité de l'atteinte à la mémoire et des déficits cognitifs s'il y en a <sup>(9)</sup>. D'après le CDR (Clinical Dementia Rating), les démences sont caractérisées selon les 5 niveaux qui suivent : 0 = pas de démence, 1 = questionnable, 2 = légère, 3 = modérée et 4 = sévère <sup>(10)</sup>.

Le mini-mental state examination (MMSE) est l'échelle la plus connue et utilisée pour évaluer le niveau cognitif ainsi que leurs variations chez une personne âgée <sup>(11)</sup>. Cet instrument se présente sous forme de questions et d'instructions à suivre. Ce test peut aider au diagnostic d'une démence ou non selon le score attribué. Cette échelle peut donner des scores allant de 30 à 0. Plus le score total s'approche de 0, plus le patient concerné est sévèrement atteint <sup>(9)</sup>. En effet des scores de 18-26 (sur 30) démontrent une démence légère, des scores de 10 à 18 caractérisent une démence modérée et finalement, un score inférieur à 10 décrit une personne sévèrement atteinte de démence <sup>(9)</sup>. Différents domaines sont testés avec cet outil : l'orientation spatiotemporelle, le langage et l'écriture, la mémoire à court terme, l'attention ou encore la visuo-construction <sup>(3,9,12)</sup>. Cet instrument a de grandes sensibilité et spécificité pour différencier une démence modérée d'une cognition normale, toutefois, il est peu sensible aux

déficits mineurs<sup>(9)</sup>. En Suisse, le MMSE n'est plus tellement recommandé, c'est plutôt le MoCA (Montreal Cognitive Assessment) qui est utilisé. Cette échelle permet le dépistage de personnes souffrant d'une atteinte neurocognitive légère à sévère. Les scores de ce questionnaire varient entre 30 et 0 (comme le MMSE) et la cognition est considérée comme normale jusqu'à 26. Le MoCA est composé de différentes questions et tâches à accomplir et permet d'évaluer les caractéristiques suivantes : mémoire à court terme, habiletés visuospatiales, fonctions exécutives, attention, concentration, mémoire de travail, langage et orientation dans le temps et l'espace<sup>(13)</sup>.

En plus de ce type d'évaluation clinique, des procédures supplémentaires sont nécessaires au diagnostic de la démence. Des examens physiques, neuropsychologiques, de la neuro-imagerie ou encore la mesure de biomarqueurs doivent être réalisés pour poser un diagnostic de démence. L'historique du patient est également retracé et sa famille interrogée pour collecter un maximum d'informations<sup>(9)</sup>. Par conséquent, le MMSE ou autres échelles ne suffisent pas à eux seuls pour définir un tel TNCM. Le MMSE ne peut ainsi pas être utilisé en tant qu'outil diagnostique mais plutôt comme une aide, ou un outil sur lequel s'appuyer pour dépister<sup>(9,12)</sup>. Beaucoup d'autres échelles existent pour tester rapidement le statut mental d'une personne, tel que le test de l'horloge. Ce dernier apporte des informations complémentaires à celles obtenues par le MMSE<sup>(9,12)</sup>. Le test de l'horloge permet d'évaluer les fonctions exécutives ainsi que la visuo-construction, notamment les capacités visuospatiales<sup>(9,12,14)</sup>.

### **1.3. Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence**

#### **1.3.1. Définition des SCPD**

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sont définis comme étant des manifestations cliniques non cognitives associées à la démence<sup>(5)</sup>. L'Association Psychogériatrique Internationale (API) donne la définition suivante pour les SCPD : « signes et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence » définis comme les signes et les symptômes évocateurs de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur et des comportements<sup>(15)</sup>.

#### **1.3.2. Description et classification des SCPD**

Parmi les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, les manifestations cliniques suivantes figurent le plus souvent : dépression, hallucinations, agitation, agression, délires, apathie, perturbation du sommeil / du rythme circadien, et désinhibition<sup>(3,5,6,16)</sup>. Les SCPD sont des symptômes particuliers, car ils fluctuent au cours du temps. Autrement dit, ils apparaissent, puis disparaissent, laissant possiblement place à d'autres manifestations<sup>(5)</sup>. Selon les sources consultées, les SCPD sont cités et classifiés de différentes manières. Le guide<sup>(15)</sup> par exemple, différencie et classe ces SCPD en deux catégories. D'une part, il y a les symptômes comportementaux comprenant agressions/agitations, errances, désinhibitions sexuelles, résistance aux soins, réactions catastrophiques ou encore les sundowning (manifestation(s) tardive(s) d'un ou des symptôme(s) dans la journée). D'autre part, il décrit les symptômes psychologiques contenant les psychoses, les délires, les hallucinations, les erreurs d'identification, la dépression, l'anxiété ou encore l'apathie<sup>(15,17)</sup>. Les outils qui sont discutés au point 1.3.6. *Outils utilisés pour le diagnostic et suivis des SCPD*, ont pour la plupart également leur propre classification des SCPD. C'est notamment le cas du Neuropsychiatric Inventory (NPI), outil qualifié comme une référence décrivant les 12 SCPD suivant : délires, hallucinations, agitation/agression, dépression/dysphorie, anxiété, allégresse/euphorie,

apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité/instabilité, comportements moteurs, sommeil et troubles de l'appétit <sup>(18,19)</sup>.

Les symptômes décrits dans cet outil peuvent être catégorisés en 3 groupes : 1) « hyperactivité » comprenant les manifestations suivantes : agitation/agression, allégresse/euphorie, irritabilité/instabilité, comportements moteurs et désinhibition, 2) « Mood / apathie » contenant les symptômes de dépression/dysphorie, apathie/indifférence, sommeil et troubles de l'appétit et 3) « Psychoses » avec délires, hallucinations et anxiété <sup>(6)</sup>. Les SCPD font partie intégrante du processus de la maladie et sont qualifiés comme étant une source de problèmes pour les patients, leurs familles, les soignants et plus largement pour la société<sup>(15)</sup>. Ces symptômes sont responsables d'institutionnalisations précoces des personnes atteintes entraînant ainsi des coûts importants. Ils provoquent également une diminution de la qualité de vie des personnes démentes, de leurs proches et de leurs soignants.

Ces symptômes ont une prévalence relativement importante puisqu'ils seraient présents dans 97% de ces situations cliniques <sup>(17)</sup>.

### 1.3.3. Approches non pharmacologiques des SCPD

Des médications sont fréquemment utilisées pour traiter les SCPD, toutefois elles ne font pas partie de la première ligne en termes d'interventions sauf exception. Ce fait s'explique par les nombreux effets indésirables qu'elles peuvent causer (ce point sera discuté en 1.3.4). Effectivement ce sont les traitements non pharmacologiques qu'il faut considérer comme première intention au niveau de la pratique clinique <sup>(20)</sup>.

La thérapie musicale fait partie d'un des traitements non pharmacologiques les plus cités et utilisés pour agir positivement sur les SCPD. Elle est caractérisée comme étant une intervention psychosociale et est connue notamment pour diminuer l'agitation chez les patients déments <sup>(3,15,20,21)</sup>. Ce type de thérapie se fait la plupart du temps en groupe, ce qui permet aux patients de bénéficier d'une interaction sociale <sup>(3)</sup>. Les activités en groupe, étant également des interventions psychosociales, sont réputées pour améliorer la qualité de vie, réduire l'agitation et améliorer l'humeur des patients <sup>(15,20,21)</sup>. L'aromathérapie utilisant les huiles de lavande et de mélisse aurait une efficacité sur l'agitation, tandis que les activités physiques augmenteraient le bien être des patients et par conséquent diminuerait la détresse des soignants face aux SCPD <sup>(15,20,21)</sup>.

La luminothérapie a montré des résultats positifs ; elle améliorerait le temps de sommeil (moins de fluctuations diurnes) ainsi que les performances cognitives et diminuerait l'agitation. Les stimulations cognitives et les exercices physiques auraient aussi des impacts sur les SCPD <sup>(3,20,21)</sup>. L'ergothérapie et la physiothérapie (massages, touchers) seraient également des interventions efficaces <sup>(3)</sup>. Les interventions non pharmacologiques semblent être des alternatives efficaces pour les SCPD en règle générale (malgré une prédominance pour l'agitation), bien qu'il y ait un manque de preuves concernant leurs efficacités <sup>(3,20)</sup>. Malgré ce manque de preuves évident, ces approches figurent au sein du Praxis comme ayant de bonnes évidences (classifications par catégories d'évidence) <sup>(21)</sup>.

### 1.3.4. Traitements pharmacologiques des SCPD

Bien que la démence en elle-même soit incurable, les SCPD quant à eux le sont. C'est pourquoi les thérapies symptomatiques ont une importance élevée. Quand les traitements non pharmacologiques ne sont pas assez efficaces, des traitements pharmacologiques s'imposent. Ces derniers peuvent dans certains cas être utilisés en première intention. En effet, il existe des situations d'urgence par exemple lorsqu'un patient a un comportement nocif pour lui-même ou envers d'autres personnes <sup>(15,20)</sup>.

D'après l'étude Mosimann *et al.* 2014, les neuroleptiques sont les médicaments les plus prescrits au SUPAA, soit dans 41,6% des prescriptions, suivis des antidépresseurs (21%), des anxiolytiques/hypnotiques (29,1%), des procognitifs (6,1%) et des antiépileptiques (2,2%). Ces derniers (mis à part les procognitifs) sont des psychotropes, médicaments prescrits hors AMM (autorisation de mise sur le marché), on parle ainsi d'utilisation off-label <sup>(22)</sup>.

Chacune des classes médicamenteuses citées précédemment (de l'étude Mosimann *et al.* 2014) sont détaillées dans les points 1.3.4.1 à 1.3.4.7.

Tout patient ou proche-aidant du patient (selon le degré de discernement du patient) doit être informé des risques potentiels qu'il encourt lorsqu'un traitement contre les SCPD est envisagé. Chez les populations âgées, les dosages utilisés sont inférieurs à ceux utilisés pour des personnes moins fragiles <sup>(15)</sup>. Les traitements doivent être initiés avec une petite dose qui sera ensuite augmentée très lentement (notion de titration) <sup>(8,23)</sup>. Les réponses étant interindividuelles et n'ayant pas de consensus pour les traitements off-label, les plans thérapeutiques doivent être individualisés <sup>(8,23)</sup>. Les traitements mis en place devraient être monitorés dans une routine de base afin de suivre leurs efficacités et la potentielle survenue d'effets indésirables (EI) <sup>(15)</sup>.

#### 1.3.4.1. Inhibiteurs de la cholinestérase (IACHÉ)

En Suisse, les molécules enregistrées et autorisées pour traiter les démences de type Alzheimer légères à modérées sont les suivantes : le donépézil, la galantamine, la rivastigmine (correspondant à des inhibiteurs de la cholinestérase (IACHÉ)) <sup>(8,22,24,25)</sup>. Ces molécules sont toutefois utilisées en off-label pour traiter les symptômes associés (SCPD) et possèdent un certain effet préventif (SCPD) <sup>(15,22)</sup>, (Mosimann *et al.* 2014). Les IACHÉ sont qualifiées de procognitifs ou de médicaments « antidémence ». Ils agissent sur le système nerveux central en empêchant la dégradation de l'acétylcholine, renforçant ainsi la neurotransmission cholinergique. Il a été démontré que ces substances médicamenteuses ont un effet positif sur la cognition, sur l'indépendance des personnes dans leur quotidien ainsi que sur les SCPD <sup>(5,8,15)</sup>. Aucune preuve significative n'a toutefois démontré une différence d'efficacité entre ces trois IACHÉ concernant l'apports d'effets positifs qu'ils procurent sur les SCPD <sup>(8,21,24)</sup>. Ces molécules sont relativement bien tolérées malgré le fait que des EI peuvent survenir (majoritairement gastro-intestinaux : diarrhées, nausées et vomissements) en raison de la présence d'acétylcholine dans d'autres parties du corps que le cerveau <sup>(8,23,25)</sup>. Afin d'éviter ces apparitions, il est recommandé d'augmenter la dose progressivement sur plusieurs semaines <sup>(8)</sup>. Le donépézil est la molécule portant sur le plus d'étude et vise plusieurs SCPD : l'apathie, la dépression, l'anxiété et l'irritabilité <sup>(21)</sup>.

#### 1.3.4.2. Mémantine

La mémantine, un antagoniste du récepteur NMDA (N-méthyl-D-aspartique), est, tout comme les IACHÉ, autorisée pour traiter les démences ayant comme étiologie la maladie d'Alzheimer. La mémantine a une efficacité démontrée sur la cognition, les fonctions de la vie quotidienne et sur le comportement chez les patients ayant un stade modéré à sévère de la maladie d'Alzheimer <sup>(8,26,27)</sup>. En effet, cette substance a des effets positifs sur les états de délire, d'hallucinations, d'agressivité et d'agitation majoritairement <sup>(3,8,15,23,26)</sup>. La fixation de la mémantine sur le récepteur NMDA empêche la fixation du glutamate, neurotransmetteur excitateur du cerveau pouvant provoquer l'endommagement des neurones en cas de surstimulation <sup>(8)</sup>.

#### 1.3.4.3. Neuroleptiques

Les neuroleptiques, aussi appelés antipsychotiques (AP), représentent la classe de psychotropes la plus prescrite pour traiter les SCPD chez les patients déments <sup>(5,28)</sup>.

Cette catégorie de médicaments est subdivisée en deux : elle comporte les neuroleptiques typiques et atypiques (ces derniers ayant été développés pour pallier les EI relatifs à la première génération de ces molécules) <sup>(3)</sup>. Leurs utilisations off-label sont souvent inappropriées. En effet, les bénéfices des neuroleptiques ont des limites sur le long terme car ces derniers ont des EI importants et une utilisation de longue durée augmente le risque de mortalité des patients atteints de démence <sup>(15,28)</sup>. Pour ces raisons, les prescriptions de ces médicaments doivent être réfléchies, discutées vis-à-vis de la balance bénéfices/risques et réévaluées fréquemment <sup>(15,28)</sup>. Les antipsychotiques doivent être utilisés à court terme, réévalués régulièrement et être arrêtés aussitôt les SCPD disparus pour ne pas faire encourir plus de risques et d'effets indésirables au patient. Leur arrêt doit passer par une diminution progressive des doses jusqu'à l'arrêt complet du traitement <sup>(15)</sup>. Les neuroleptiques visent les SCPD suivants : psychoses, agitation et agressivité <sup>(3,5,15,28)</sup>.

#### 1.3.4.3.1. Neuroleptiques typiques ou conventionnels

Les neuroleptiques typiques (également appelés neuroleptiques conventionnels), notamment l'halopéridol (médicament autorisé pour le traitement des démences de type Alzheimer modérée à sévère), ont une efficacité démontrée sur la réduction de l'agressivité. Cette efficacité est néanmoins limitée par leur profil de toxicité. En effet, les EI qui peuvent survenir sont significatifs et les plus communs sont les suivants : symptômes extrapyramidaux (EPS), hypotension posturale, risque élevé de dyskinésie tardive, défauts de conduction cardiaque, chutes, sédation et autres effets anticholinergiques <sup>(3,15)</sup>. Les traitements avec l'halopéridol se font ainsi au cas par cas avec un suivi étroit du profil d'EI <sup>(3)</sup>. Les efficacités des antipsychotiques typiques et atypiques étant similaires, la moindre prévalence d'EPS liés aux nouveaux neuroleptiques permet de les distinguer.

Pour cette raison, les antipsychotiques typiques qui étaient parmi les psychotropes les plus prescrits pour contrer l'agressivité passent après les prescriptions d'antipsychotiques atypiques pour leur meilleure tolérance <sup>(3,15,23)</sup>.

#### 1.3.4.3.2. Neuroleptiques atypiques

Les neuroleptiques atypiques comprennent entre autres les molécules qui suivent : risperidone (médicament autorisé pour le traitement des démences de type Alzheimer accompagnées d'agressivité ou psychoses sévères), olanzapine, clozapine, aripiprazole et quetiapine.

Compte tenu d'une action non pas seulement dopaminergique comme les antipsychotiques typiques, mais également sérotoninergique, la proportion de survenues d'EPS est plus faible. Bien que ce risque soit moindre, d'autres EI caractérisent les neuroleptiques atypiques expliquant ainsi la nécessité de réaliser un monitoring au cours de ces traitements. La plupart de ces AP de deuxième génération (seul l'aripiprazole n'en fait pas partie puisqu'il s'agit d'un AP de 3<sup>ème</sup> génération) peuvent causer des cas de dyslipidémie, une tolérance au glucose diminuée, une prise de poids (notamment olanzapine et quetiapine), de la somnolence et un risque élevé de chutes et fractures. Des hypotensions posturales ont également été répertoriées lors de traitement avec de la clozapine et risperidone. D'autres EI ayant des conséquences plus graves peuvent survenir : agranulocytose (clozapine) et augmentation du QT (quetiapine) par exemple <sup>(3,15)</sup>. La rispéridone et l'olanzapine sembleraient avoir des effets sur l'agressivité et les psychoses <sup>(15,23,29)</sup>. La clozapine, quetiapine et l'aripiprazole auraient des effets sur l'agitation et les psychoses <sup>(3,5,15)</sup>. Les neuroleptiques atypiques sont mieux tolérés que les typiques bien qu'ils soient tout autant efficaces et qu'ils présentent tout de même des EI. Néanmoins, cette classe de médicament doit être utilisée judicieusement d'autant plus que peu de substances ne semblent pouvoir les remplacer en termes d'efficacité selon les SCPD à traiter <sup>(3,30)</sup>.

#### 1.3.4.4. Antidépresseurs

Les antidépresseurs (ADP) sont utilisés pour traiter les dépressions associées à la démence bien que leur efficacité ne soit pas clairement démontrée <sup>(31)</sup>. Cette classe médicamenteuse a toutefois des effets positifs qui ont été prouvés sur d'autres SCPD. Parmi les antidépresseurs, les molécules suivantes sont les plus citées au sein de la littérature : citalopram, sertraline, fluoxétine, paroxétine (il s'agit de quatre SSRI : selective serotonin reuptake inhibitors), venlafaxine, trazodone ou encore mirtazapine. Les ADP sont des molécules qui restent relativement bien tolérées, mis à part les tricycliques à la vue de leur profil d'EI importants et fréquents chez les patients (hypotension posturale, EI cholinergiques, vision floue, problèmes cardiaques et urinaires, etc.) <sup>(15,23)</sup>. Les SSRI peuvent présenter quant à eux les EI suivants : problèmes gastro-intestinaux, perte d'appétit et de poids, sédation, insomnie, dysfonctions sexuelles, agitation paradoxale, hyponatrémie, risques de saignement, chutes et fractures, etc. <sup>(3,15)</sup>. Puisque les SSRI présentent une activité cholinergique moindre, ils sont préférés pour traiter des personnes âgées ayant des TNCM. Comme pour tout traitement utilisé dans cette population fragile, les doses doivent être augmentées graduellement : des petites doses doivent être initiées et augmentées lentement. Concernant le traitement des SCPD avec les ADP, certains d'entre eux agiraient sur les symptômes d'agitation ainsi que sur les troubles du sommeil. En effet, la trazodone semblerait avoir un effet modeste sur l'agitation, toutefois de par ses propriétés sédatives, elle jouerait un rôle sur les patients ayant des troubles du sommeil <sup>(3,15)</sup>. Les SSRI, notamment la sertraline et le citalopram diminueraient les symptômes d'agitation <sup>(3,23,32)</sup>.

#### 1.3.4.5. Benzodiazépines et substances associées

Les benzodiazépines (BZD) sont connues pour fournir un panel d'EI relativement important : sédation, ataxie, amnésie antérograde, confusion, risques de chutes et fractures augmentés, agitations paradoxales ainsi que symptômes de tolérance et de dépendance <sup>(3,15,23)</sup>. C'est pourquoi ces substances doivent être utilisées en derniers recours. Il en est de même pour les substances associées à ces BZD, les Z-drugs. Ce sont des molécules ayant les mêmes propriétés en termes d'activité, mais pas en termes de chimie, ce qui permet justement de les distinguer. Les Z-drugs comportent notamment le zolpidem et le zopiclone <sup>(23)</sup>.

Les BZD employées dans le cadre des SCPD sont celles présentant des demi-vies courtes, autrement dit majoritairement le lorazepam et l'oxazepam <sup>(3,15)</sup>. Ces dernières doivent être utilisées sur du court terme pour éviter d'apparition d'effet secondaire comme cité précédemment. Les BZD sont ainsi prescrites à faible dose et sur une courte période pour contrer les symptômes tels que l'agitation et les troubles du sommeil sur lesquels leurs efficacités sont justifiées <sup>(3,5,15,23)</sup>.

#### 1.3.4.6. Anticonvulsivants

Les anticonvulsivants ou antiépileptiques peuvent être utilisés comme une alternative thérapeutique lorsque les autres médications se sont avérées inefficaces pour pallier les SCPD <sup>(3,15)</sup>. Les évidences concernant leurs efficacités sont limitées ; en effet, seules les anciennes molécules telles que la carbamazépine et l'acide valproïque sembleraient avoir une modeste évidence dans cette utilisation off-label pour les SCPD <sup>(3,15)</sup>. Ces dernières auraient des effets positifs sur l'agitation et l'agressivité <sup>(3,5,15)</sup>.

En plus du fait que les évidences concernant l'efficacité des anticonvulsivants soient faibles, ces substances doivent être limitées étant donné les EI et interactions médicamenteuses (CYP450) qu'elles pourraient causer. Le risque de mortalité lié à cet usage est toutefois moins important qu'avec les AP. La carbamazépine peut provoquer des rashes cutanés, de la sédation, des perturbations hématologiques, des dysfonctions hépatiques ainsi que des

troubles électrolytiques. Le valproate quant à lui peut engendrer des troubles gastro-intestinaux, de la somnolence ou encore des phénomènes d'ataxie <sup>(3,15,23)</sup>.

#### 1.3.4.7. Autres substances médicamenteuses

Le lithium aurait une action sur l'agitation. Toutefois, peu d'études ont été réalisées sur ce fait, d'une part, à cause des faibles bénéfices obtenus avec son utilisation et, d'autre part, à cause de sa faible marge thérapeutique <sup>(3,15)</sup>.

Des bêtabloquants tels que le propranolol ou encore la prazosine apporteraient également des bénéfices significatifs sur l'agitation et l'agressivité même si leurs rôles exacts dans ces améliorations ne sont pas clairs <sup>(3,15)</sup>. La séléginine (MAO-B : inhibiteur de la monoamine oxydase de type B) utilisée initialement dans le traitement de la maladie de Parkinson ainsi que les opioïdes seraient également des options pour lutter contre l'agitation, bien que les preuves d'efficacité manquent <sup>(3,15,33)</sup>. L'androcure® (cyprotérone) est un antiandrogène qui peut être utilisé dans des cas de désinhibitions <sup>(34)</sup>.

#### 1.3.5. Outils utilisés pour les suivis des EI liés aux psychotropes

En vue de la fluctuation des SCPD, de la particularité des traitements prescrits pour les gérer et des risques encourus par ces patients, un suivi pointu doit être envisagé.

Dans la littérature, on ne compte que peu d'échelles permettant de suivre les EI relatifs à l'utilisation de psychotropes au sens large. Néanmoins, beaucoup d'instruments existent pour mesurer l'apparition d'EI en lien avec l'utilisation de neuroleptiques ou servant à répertorier des EI spécifiques, tels que les EPS ou les dysfonctions sexuelles par exemple <sup>(35)</sup>.

Parmi les outils qui sont employés pour les EI liés à la prise d'antipsychotiques, figurent notamment : LUNSERS (Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale), ANNSERS (antipsychotic Non-Neurological Side Effect Rating Scale), ASC (Approaches to Schizophrenia Communication), GASS (Glasgow Antipsychotic Side effect Scale) et SMARTS (Systematic Monitoring of Adverse events Related to TreatmentS) <sup>(35-41)</sup>. Ces 5 outils ont en commun l'évaluation d'EI relatifs aux neuroleptiques mais diffèrent en termes d'items et de cotations.

Après avoir effectué la revue de la littérature, il semblerait qu'aucun autre outil que l'UKU-SERS (Udvalg for Kliniske Undersøgelser Side Effects Rating Scale) n'ait été développé pour suivre les EI de la classe des psychotropes. Étant donné que les psychotropes sont très utilisés contre les SCPD, il est important d'englober les EI relatifs à cette classe médicamenteuse et non pas seulement qu'aux AP.

L'UKU-SERS ordonne et liste les EI par catégories : les EI psychiques (10 items), neurologiques (8 items), autonomes (11 items) et autres (19 items). Ainsi, cet instrument décrit 48 effets indésirables possiblement observables avec la prise de psychotropes. Ces symptômes sont cotés selon 4 degrés : 0 = pas d'EI, 1 = EI moyens qui n'interfèrent pas avec les performances du patient, 2 = EI qui interfèrent modérément avec les performances du patient et 3 = EI qui interfèrent de manière marquée avec les performances du patient. S'il n'est pas possible d'évaluer la présence ou la sévérité d'un EI, la case « Not assessed » est cochée. Cet outil présente également une colonne « causal relationship » afin de faire le lien ou non avec le médicament concerné et la survenue de l'EI. Cette relation causale peut être « improbable », « possible » ou encore « probable ». Une partie est dédiée aux conséquences cliniques ; elle est complétée par le médecin pour savoir s'il est nécessaire d'agir face aux événements survenus ou non. Toutefois, la grille en elle-même peut être complétée par le personnel médico-infirmier. La fiabilité et validité de cette échelle ont été mesurées et confirmées dans différentes études. La version originale de l'UKU <sup>(42)</sup> date des années 1980, mais celle-ci a été reprise de maintes fois depuis et peut présenter des designs différents.

Au CHUV (en psychiatrie de l'âge avancé), la grille MOSES (Monitoring Of Side Effect Scale) est utilisée (cf. *Annexe 1*) pour retracer les EI de tout médicament qui surviennent chez les patients qui y sont hospitalisés <sup>(43)</sup>. Elle a été, tout comme l'UKU-SERS, développée dans les années 1980 et a été reprise plusieurs fois depuis cette date. La version de MOSES utilisée au CHUV date de 2016. C'est un médecin du SUPAA (J-F Mall) qui l'a désignée en se basant sur une ancienne version. En effet, d'après J-F Mall, la grille MOSES est un outil qui permet à des personnes sans formation spécifique d'évaluer des effets secondaires. Comme les infirmiers en psychiatrie avaient parfois assez peu de souvenirs des aspects somatiques de leur formation ou que les symptômes rapportés étaient trop flous, il a souhaité systématiser cela : améliorer la communication entre infirmiers et médecins et augmenter la réactivité face à des effets secondaires.

Les 73 EI que l'on retrouve dans MOSES sont cotées comme suit : 0 = non présent, 1 = minime, 2 = moyen, 3 = modéré, 4 = sévère ou NE = non évaluable. Ces différents items sont classés en 9 catégories : Oreille / Yeux / Tête, Bouche, Nez / Gorge / Poitrine, Gastro-intestinal, musculo-squelettique / Neurologique, Peau, Urinaire / Génital, Psychologique et Mesures (la tension artérielle, le pouls, le poids et la température corporelle peuvent être notifiés). En plus de ces items, la grille MOSES comporte des parties vierges pour écrire de potentiels commentaires, puis deux types d'évaluations : celles du chef de clinique (CDC) et celles du pharmacien ou pharmacologue en charge.

Les instructions et explications concernant le déroulement de l'évaluation et de la cotation des symptômes figurent également <sup>(43)</sup>.

### 1.3.6. Outils utilisés pour les diagnostics et suivis des SCPD

Tout comme il est possible d'évaluer le statut cognitif en guise d'aide au diagnostic de la démence, il existe des outils permettant d'évaluer les SCPD. En effet, quand les SCPD ont été reconnus comme étant importants, des mesures fiables et valides de ces symptômes ont été nécessaires pour la recherche ainsi que pour la pratique clinique <sup>(44)</sup>. La plupart de échelles sont d'ailleurs utilisées indépendamment du TNCM et de sa sévérité<sup>(17)</sup>. En 2014, pas moins de 83 outils utilisés chez les personnes âgées ou dans la démence ont été recensés pour être expertisés <sup>(44)</sup>. Les plus connus et les plus employés d'entre eux ont été développés entre les années 1986 et 1995 <sup>(15)</sup>. Certains permettent d'évaluer tous les SCPD à la fois, d'autres sont des instruments spécifiques et singularisés à un seul SCPD (en se basant sur les 83 outils cités préalablement, 38 seraient généraux et 45 seraient axés sur un ou deux SCPD) <sup>(44)</sup>.

Ces outils ont en commun l'évaluation des SCPD (généraux ou spécifiques) mais diffèrent en termes d'items et de cotations. Leur choix d'utilisation est décidé par le clinicien de par son expérience avec telle ou telle échelle, mais également pour leur accessibilité, le temps nécessaire à l'évaluation ainsi que pour les comportements qu'elles permettent d'examiner <sup>(17,44)</sup>. Ces échelles d'évaluations sont généralement utilisées pour mesurer la fréquence ou l'intensité d'un comportement spécifique de manière rétrospective sur une période donnée <sup>(17)</sup>. L'analyse de ces paramètres permet de mesurer les outcomes des interventions thérapeutiques mises en place pour contrer les SCPD <sup>(3)</sup>. L'outil le plus communément utilisé est le Neuropsychiatric Inventory (NPI), considéré comme étant le gold standard de par l'obtention de la meilleure validité de ces échelles <sup>(3,17)</sup>. Ce dernier permet de mesurer 10 domaines comportementaux : délires, hallucinations, agitation/agressivité, dépression/dysphorie, apathie/indifférence, allégresse/euphorie, anxiété, désinhibition, irritabilité/labilité et comportements moteurs aberrants <sup>(44,45)</sup>. Deux versions ont été ajoutées au NPI décrit précédemment : les NPI-Q (NPI-Questionnaire) et NPI-C (NPI-Clinician). Le NPI-Q est la version la plus utilisée et permet notamment de coter la sévérité des SCPD. Dans

cette version, les troubles du sommeil et de l'appétit peuvent être mesurés en plus des 10 autres SCPD cités auparavant. La différence avec le NPI-C est qu'il distingue agitation et agressivité en deux items et non en un seul comme dans les NPI et le NPI-Q<sup>(17)</sup>.

Une autre échelle est souvent citée au sein de la littérature, le BEHAVE-AD (Behavioural Pathology in Alzheimer Disease Rating Scale) qui permet, tout comme le NPI de suivre divers SCPD, notamment les délires, les hallucinations, les perturbations d'activité, l'agressivité, la perturbation du rythme diurne, les perturbations affectives ou encore l'anxiété et les phobies<sup>(17,44,46)</sup>. Ces différents domaines sont subdivisés en items ; au total, 25 items sont décrits dans cet instrument et sont cotés sur 4 points : 0 = non présent, 1 = présent, 2 = présent avec une composante émotionnelle et 3 = présent généralement avec des composantes émotionnelles et physiques. Le but de ce développement était de pouvoir mesurer de manière fiable les perturbations comportementales de la démence ayant comme étiologie la maladie d'Alzheimer<sup>(46)</sup>.

Le CERAD-BRSD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease-Behavior Rating Scale for Dementia) a également été désigné dans le but de mesurer l'étendue et la sévérité de ces symptômes non cognitifs chez les patients déments<sup>(15,44,47,48)</sup>. Cet instrument composé initialement de 48 items a été révisé et en contient désormais 46<sup>(47)</sup>. Les items de l'échelle BRSD sont cotés selon les fréquences d'occurrence qui suivent : 0 = pas d'apparition depuis le début de la maladie, 1 = a eu lieu 1-2 jours durant le mois passé, 2 = a eu lieu entre 3 et 8 jours durant le mois passé (jusqu'à deux fois par semaine), 3 = a eu lieu entre 9 et 15 jours durant le mois passé (jusqu'à un jour sur deux), 4 = a eu lieu 16 jours ou plus durant le mois passé (plus de la moitié du mois)<sup>(48)</sup>. Ces trois outils, existants parmi d'autres, possèdent un large spectre en termes de SCPD possiblement évaluables. Néanmoins, comme expliqué auparavant, il existe aussi des outils plus spécifiques permettant d'évaluer un ou deux SCPD précisément. C'est le cas du CMAI (Cohen-Mansfield agitation Inventory), instrument focalisé sur la fréquence de manifestation des comportements relatifs à l'agitation<sup>(15,44,49)</sup>. Vingt-neuf items sont décrits dans cette échelle et sont cotés sur 7 points de fréquence dans la version longue du CMAI : 1 = jamais, 2 = moins d'une fois par semaine, mais se produit, 3 = une ou deux fois par semaine, 4 = plusieurs fois par semaine, 5 = une ou deux fois par jour, 6 = plusieurs fois par jour et 7 = plusieurs fois par heure<sup>(49)</sup>.

#### 1.4. Buts et objectifs spécifiques

L'objectif primaire de cette étude est de développer un outil qui réponde au plus près aux besoins des unités de soins du service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) du CHUV et de le tester pendant une phase pilote dans le but de suivre :

- L'évolution des SCPD au cours du temps,
- L'efficacité des traitements prescrits pour agir sur ces symptômes (et la gestion de leurs modifications),
- Les EI qui peuvent survenir avec ces médicaments.

Les objectifs secondaires découlent de l'outil développé et de sa saisie : des analyses médicales et pharmaceutiques des médicaments prescrits (suivi de l'efficacité et des effets indésirables), l'élaboration d'une instruction de travail, la mise en place d'une formation de groupe et un soutien continu durant la phase pilote, l'analyse de l'impact de l'outil à l'aide d'une enquête de satisfaction développée spécifiquement pour l'étude puis l'élaboration de recommandations pour la sortie des patients.

## 2. Méthode

### 2.1. Design

Cette étude à la fois qualitative et quantitative est passée par différentes étapes. Ces dernières sont représentées dans la figure ci-dessous.

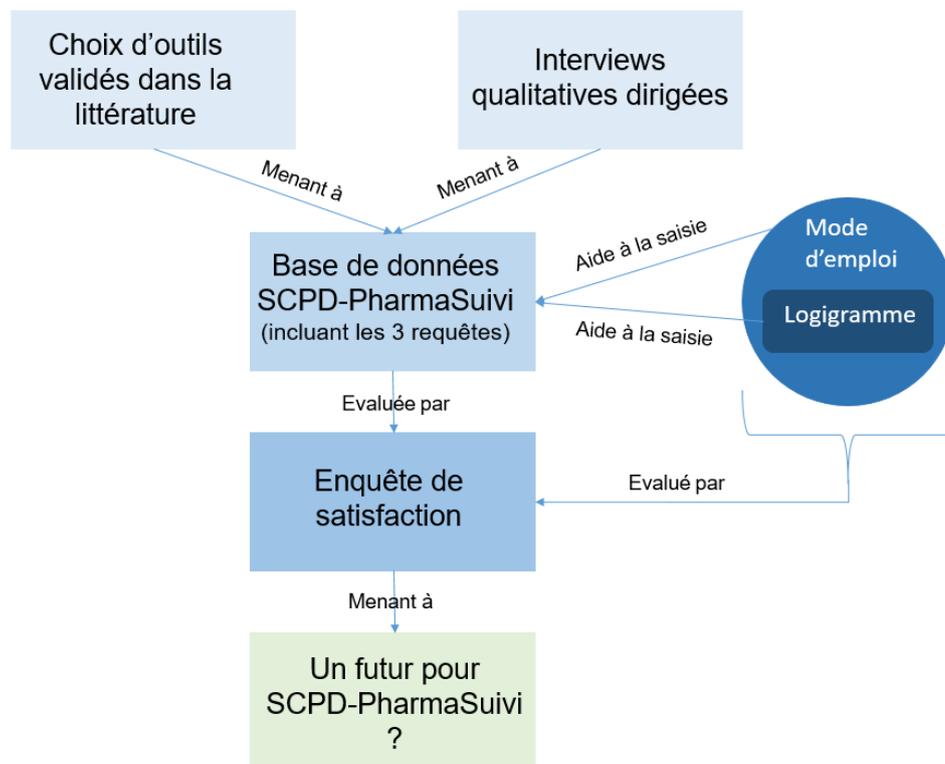


Figure 1 : Schéma représentant la méthode utilisée durant ce projet

### 2.2. Population et milieu Clinique

#### 2.2.1. Milieu

Ce projet s'est déroulé sur le site de Cery, hôpital psychiatrique des adultes et de l'âge avancé. Cet établissement localisé à Prilly appartient au département psychiatrique du CHUV, plus particulièrement au service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) composé de l'UTAP (Unités des troubles affectifs et psychotiques) et de l'UTPO (Unités des troubles de psychiatrie organique). Ces deux unités sont subdivisées en sous-unités, chacune d'entre elles occupant une aile de l'étage :

- L'UTAP est composé des unités Lilas et Mélèze ;
- L'UTPO est composé des unités Glycine et Jasmin.

Les patients déments qui développent des SCPD et qui sont hospitalisés, se trouvent à l'UTPO au sein du SUPAA, et parfois à l'UTAP (en cas de sureffectif à l'UTPO ou lorsque le trouble pour lequel le patient est hospitalisé n'est pas clairement identifié).

La phase pilote a été menée à Glycine et à Lila.

### 2.2.2. Participants

**Tableau 1 :** Présentation des participants éligibles par corps de métier et unité

	UTPO	UTAP	UTPO et UTAP
	Unité Glycine	Unité Lilas	Unités Glycine et Lilas
<b>Infirmiers diplômés</b>	7	6	-
<b>Infirmier clinicien</b>	-	-	1
<b>ICUS (Infirmier chef unité de soin)</b>	1	1	-
<b>ASSC (Assistant en soin et santé communautaire)</b>	1	-	-
<b>Aides-soignants</b>	2	-	-
<b>Médecins (cadres, CDC et assistants)</b>	3 + 2*	4	-
<b>Gériatre</b>	-	-	1
<b>Pharmaciens</b>	-	-	2
<b>Total des participants</b>	16	11	4

\* 2 médecins de l'unité Jasmin ont été intégrés en tant que remplaçants ; ils sont comptés dans l'effectif de Glycine tout au long du travail.

Le rôle du pharmacien clinicien est de réviser au sein de la psychogériatrie les prescriptions qui sont ensuite discutées durant les temps cliniques (TC) en équipe multidisciplinaire. Ces réunions hebdomadaires ont lieu pour chaque unité, et visent un suivi étroit des patients.

Le critère d'inclusion majeur à l'étude et à l'utilisation de l'outil durant la phase pilote a été la participation aux TC. Ainsi, sur les 31 personnes citées dans le tableau 1, seules 26 ont été incluses dans cette étude puisque les ASSC ou aides-soignants n'étaient pas concernés.

Le gériatre décrit dans le tableau 1 n'a pas non plus été inclus dans le projet. Il a en effet été décidé de l'exclure pour ne pas surcharger son travail et parce qu'il s'occupe avant tout des manifestations somatiques et très peu des traitements médicamenteux. S'occuper des traitements médicamenteux prescrits correspond au second critère d'inclusion du projet.

Une des deux pharmaciennes n'a également pas été incluses dans l'étude afin d'éviter un biais qualitatif, puisqu'elle est l'initiatrice de ce projet.

## 2.3. Déroulement et collectes de données

### 2.3.1. Déroulement

Ce projet s'est déroulé sur 20 semaines, soit du 19 août 2019 au 03 janvier 2020. Avant l'initiation de ce travail personnel de recherche, une rencontre a eu lieu avec l'investigatrice principale afin de présenter le projet et de discuter de son déroulement et de ses perspectives. Elle m'a ensuite présentée à quelques collaborateurs du SUPAA en guise d'introduction.

### 2.3.2. Collectes de données

Au cours de ce projet, plusieurs phases de collectes de données ont été nécessaires. En effet, la première partie de ce projet consistait à recueillir des informations, demandes, avis et ressentis concernant la prise en charge actuelle des patients ayant des TNCM dans le but de l'améliorer. Cela a pu se faire en menant des interviews qualitatives dirigées (ou structurées) sur 2 semaines pour infirmiers et médecins. Pour cela, des questionnaires ont été préalablement réalisés, des prises de rendez-vous ont été planifiées et des accords de consentements oraux ont été demandés individuellement aux personnes interviewées afin de pouvoir enregistrer ces entretiens. Ensuite, une base de données a été créée pour répondre aux demandes et a été complétée par les membres du personnel concernés. La mise en place de cet outil a ainsi permis son approvisionnement par une partie des collaborateurs afin qu'ils se fassent une idée sur celui-ci.

Dans la semaine qui a suivi la fin de la phase pilote de l'outil, une enquête de satisfaction (ES) a été développée sur Google Form et mise à disposition pour recueillir avis et ressentis des collaborateurs.

Les données récoltées ont été stockées en duplicata, à savoir dans des dossiers personnels (informatiques), ainsi qu'en copie sur Google Drive en partie.

## 2.4. Instruments

### 2.4.1. Analyse documentaire, sélections des outils validés et d'effets indésirables

Une revue de la littérature a été réalisée en premier lieu afin de prendre connaissance du sujet. En effet, il a été nécessaire de se familiariser avec le domaine de la psychogériatrie, afin d'appréhender les termes de « démence » et « SCPD » ainsi que les notions relatives à cette pathologie. Cette partie préliminaire du projet a permis d'assimiler l'utilité et le développement de ce dernier. Cette analyse documentaire a été essentielle pour comprendre et découvrir les éléments qui suivent : ce qu'est ce trouble neurocognitif, les symptômes qui lui sont associés, les traitements (TTT) utilisés pour essayer de contrer ces derniers ainsi que leurs EI, puis les outils actuels existants et utilisés dans le but de suivre la prise en charge des patients concernés. Des recherches ont également été faites concernant les réalisations d'interviews et de l'enquête de satisfaction (ES).

La majorité du temps utilisé pour réaliser l'analyse documentaire a été dédié à la recherche et à la sélection d'outils au sein de la littérature. En effet, l'outil développé est basé sur des instruments qui sont validés et utilisés par des experts. Les outils suivants (décrits respectivement dans les *points 1.3.5 et 1.3.6 de l'introduction*) ont été choisis pour le développement de la Bdd : UKU-SERS, MOSES et NPI. Les détails concernant le développement de SCPD-PharmaSuivi sont présentés dans le *point 2.4.3. Base de données*.

### 2.4.2. Interview

Pour recueillir de l'information, il est tout d'abord fondamental de savoir quelle(s) information(s) on souhaite obtenir. Il existe différentes stratégies pour parvenir à récolter des renseignements : la réalisation d'interviews, d'observations, de questionnaires ou encore l'étude de documents. Les interviews sont perçues comme des éléments méthodologiques d'une démarche scientifique bilatérale. En effet, il s'agit d'une technique à double sens dans laquelle l'échange d'informations est direct. On parle d'interview pour désigner de la méthode en elle-même, mais plutôt d'entretiens pour qualifier les entrevues en lien avec cette méthode<sup>(50)</sup>. Les interviews peuvent être définies comme des méthodes de recherches qualitatives visant à comprendre le monde avec l'obtention de différents point de vue et d'expériences<sup>(51)</sup> ou encore comme un recueil d'informations apportant de riches sources de données qu'elles soient positives ou négatives<sup>(52)</sup>. Elles sont considérées comme étant des méthodes relativement économiques en termes de temps et de ressources<sup>(52)</sup>. On compte différents types d'interviews : les interviews libres (dans lesquels aucune structure n'est mise en place), les interviews semi-dirigées (quelques questions préalablement réfléchies sont posées servant à avoir un point de repère pour garder le fil conducteur) et les interviews dirigées (toutes les questions sont rédigées auparavant et l'entretien consiste à des questions-réponses)<sup>(50)</sup>.

Dans le cadre de ce projet, ce sont des interviews qualitatives dirigées qui ont été mises à exécution pour interroger les collaborateurs. En effet, les objectifs étant bien prédéfinis et le contexte connu, recueillir des informations à la fois générales et ciblées était d'un intérêt majeur. Le fait d'avoir utilisé cette stratégie directive a permis d'éviter d'omettre le moins de points à soulever et de ne pas dévier des objectifs fixés. Pour aboutir au recueil d'informations, il est nécessaire de suivre différentes phases.

Effectivement, toute investigation passe par ces quelques points :

- Définir la problématique de départ ;
- Définir les hypothèses ou objectifs ;
- Élaborer un outil pour la récolte des données obtenues\* ;
- Constituer la base de données déterminée au point précédent\* ;
- Mettre au point une démarche de traitement de l'information\* ;
- Formuler des conclusions et les communiquer\*.

\*de manière pertinente, valide et fiable

Concernant l'élaboration de l'outil pour la récolte de données, il peut s'agir d'une grille d'observation, d'un questionnaire, d'un guide d'interview ou encore d'une grille d'évaluation<sup>(50)</sup>. Ainsi, différents questionnaires ont été développés, chacun d'entre eux étant individualisé pour tel ou tel corps de métier auxquels il était destiné : médecins cadre, médecins CDC, médecins assistants ou encore infirmiers. En effet, leurs fonctions et activités étant divergentes, différents points de vue étaient à recueillir. En plus d'avoir une diversité au sein des métiers, il y a également une diversité concernant les deux unités interviewées (Glycine et Lilas) étant donné qu'elles n'ont pas les mêmes cadres ni les mêmes pratiques, ni la même patientèle. C'est pourquoi les questionnaires des infirmiers et médecins (de Glycine et de Lilas) diffèrent. Au total, six questionnaires ont été rédigés et complétés lors des interviews. Ces derniers sont présentés dans les *annexes 2 à 7*. Les listes résumées de toutes les questions posées, triées par infirmiers et médecins sont présentes dans *l'Annexe 8*.

L'échantillonnage est un point important lors de la création des interviews. Cependant, il n'y a pas vraiment de nombre empirique d'interviews à réaliser pour obtenir des résultats significatifs. En effet, c'est la notion de « saturation » qui compte. On parle de saturation lorsque les informations obtenues sont relativement semblables en termes de contenu. Lorsque celle-ci est atteinte, le nombre d'interviews est considéré comme suffisant <sup>(53,54)</sup>.

#### 2.4.3. Base de données

Une base de données (Bdd) Access© a été développée. En effet, se former sur ce support de Microsoft Office est tout à fait abordable pour une compréhension globale du logiciel. C'est pourquoi une formation sur « Lynda.com » a été suivie pour obtenir et comprendre les bases d'Access©. Cependant, pour arriver à la création de l'outil, des connaissances plus spécifiques étaient essentielles, notamment en vue du temps imparti. Il a ainsi été nécessaire de faire recours à un informaticien du CHUV. L'outil développé est multidisciplinaire puisque les saisies peuvent être réalisées par des infirmiers, médecins et pharmaciens. Il a été baptisé « SCPD-PharmaSuivi ». La phase pilote a été menée dans les unités Glycine et Lilas pour une durée de 25 jours (07/10/19-31/10/19) : Pour des raisons de sécurité, SCPD-PharmaSuivi a été dupliqué et les bases de données ont été déposées dans des dossiers propres à chacune des deux unités de soins, et les accès ont été restreints par des mots de passe individuels.

Pour cette étude, le contenu introduit dans les Bdd, à savoir les données des patients, n'a pas été analysé. L'outil est présenté dans *l'Annexe 9*. Ce dernier est composé de deux onglets principaux (« SCPD » et « Effets indésirables »), mais également de 3 requêtes. Cela est détaillé dans les trois points qui suivent.

##### 2.4.3.1. Onglet « SCPD »

Comme cité dans la *partie 2.4.1 Analyse documentaire, sélections des outils validés et d'effets indésirables*, les outils UKU-SERS, MOSES et NPI ont été choisis d'une part parce qu'ils sont validés et utilisés par des experts, d'autre part parce qu'ils couvrent nos besoins pour ce projet. Ces choix ont été effectués au cours des séances hebdomadaires programmées avec les co-superviseurs, visant le bon avancement du projet.

Dans cet onglet, chaque SCPD (ceux du NPI) a été évalué et coté chaque jour (cotation selon le NPI, soit de 1 à 3). Ces symptômes sont présentés sous forme de menu déroulant.

Une partie de cet onglet a été dédié aux anamnèses médicamenteuses des patients permettant ainsi la retranscription d'informations (historique médicamenteux du patient concernant les SCPD) précieuses lors du choix des traitements à prescrire. Cette dernière figure dans la base de données sous le nom « Anamnèse ».

Les différents traitements possiblement mis en place pour gérer ces symptômes se trouvent également au sein de la Bdd dans le sous-onglet « Prescription ». Le catalogue des médicaments (*cf. Annexe 10*) inséré a été réalisé à partir des données de la littérature des traitements utilisés pour gérer les SCPD parmi lesquels les psychotropes représentent la majorité, ainsi que d'autres médicaments non psychotropes (*cf. Introduction, point 1.3*). Ce sous-sous-onglet « Médicament » se présente sous forme de menu déroulant comprenant les principes actifs par ordre alphabétique, suivi de leur code ATC complet. Les efficacités sur les SCPD des prescriptions insérées ont pu être cotées selon le menu déroulant, « efficacité ». Trois choix sont possibles : oui (efficace), non (non efficace) ou NE (efficacité non évaluable). Finalement, les évaluations médicales et pharmaceutiques relatives à ces médications représentent les deux derniers sous-onglets de l'onglet « SCPD ». Ces évaluations permettent notamment de prendre des décisions (tirées de l'évaluation du chef de clinique dans le verso de la grille MOSES (*Annexe 1*)) concernant les prescriptions au cours du temps et de rédiger des commentaires. Ces évaluations se distinguent par les instructions données lors de la mise en place de la phase pilote : le sous-onglet « évaluation pharmaceutique » est complétée en guise d'aide pour les médecins et pour les discussions au cours des TC.

#### 2.4.3.2. Onglet « Effets indésirables »

L'onglet « Effets indésirables » permet de recueillir les EI qui ont pu être notifiés lors des observations cliniques. Une fois sélectionnés dans le menu déroulant, ces EI ont été cotés chaque jour (tout comme les SCPD) : léger (EI léger), moyen (EI moyen) ou sévère (EI sévère). Ces recensements d'EI sont validés ou non comme étant des EI au sein des évaluations médicales et pharmaceutiques grâce au sous-onglet « Validation iatrogénie ». Cette possibilité de validation ainsi que le sous-sous-onglet « Pharmacovigilance » (tirées de l'évaluation du pharmacien dans le verso de MOSES (*Annexe 1*)) permettent de se distinguer des sous-onglets évaluations médicales et pharmaceutiques figurant dans l'onglet SCPD.

Le catalogue des EI chargé par ordre alphabétique dans la Bdd (*cf. Annexe 11*) a été créé afin de couvrir la plupart des EI des médicaments sélectionnés dans le catalogue « Médicaments », en intégrant les données de la littérature, les outils MOSES et UKU, ainsi que l'ajout d'EI biologiques et médicaux décidés par brainstorming avec les co-investigateurs au cours des débriefing hebdomadaires (Atteintes cognitives, hépatiques et rénales, augmentation de la tension oculaire, dysfonction thyroïdienne, hypokinésie, hypotension, rétention urinaire, toxidermie et troubles de l'accommodation visuelle). Afin d'être exhaustif et cohérent dans le choix des EI, un lexique décrivant différents synonymes a été développé (suite à un accord avec les co-investigateurs) au sein des instructions de travail (ou mode d'emploi) décrit dans le point 2.4.4.

#### 2.4.3.3. Développement des requêtes

Trois requêtes ont été développées pour apporter une plus-value grâce à l'informatique, par rapport aux outils papiers existants et utilisés :

1) un bouton graphique permettant de suivre l'évolution de la sévérité des SCPD au cours du temps (ce bouton figure sous l'onglet « SCPD »),

2) un bouton permettant de mettre en parallèle le listing des EI et celui des traitements afin de faciliter l'analyse d'une relation de cause à effet entre ces deux paramètres et sa chronologie, 3) un bouton résumé permettant d'extraire les informations nécessaires et sélectionnées\* pour le suivi ambulatoire du patient (en glissant ce document dans les lettres de sortie).

\*Ces informations sont les suivantes : nom, prénom, date de naissance et d'admission du patient, SCPD observés avec leur date d'apparition et de disparition et prescriptions réalisées pour les gérer (date de début, dosage employé, efficacité et décisions prises lors du séjour). Ces informations ont également été choisies sur accord lors des séances hebdomadaires.

Les requêtes 2) et 3) figurent dans le bandeau de l'outil contenant le nom « SCPD-PharmaSuivi » et les informations permettant d'identifier le patient.

Ces trois options peuvent être extraites d'Access© en format PDF et insérées dans les lettres de sorties des patients. Elles sont présentées dans les *Annexes 12, 13 et 14 respectivement*.

#### 2.4.4. Instructions de travail, logigramme, formation et soutien durant la phase pilote

Une instruction de travail « phase pilote » (ou mode d'emploi) a été développée selon des modèles d'instructions qualité de la pharmacie centrale du CHUV (*cf Annexe 15*). Ce guide a été rédigé dans le but d'aider les collaborateurs à compléter l'outil SCPD-PharmaSuivi selon des instructions précises pour chaque champ et onglet de la Bdd. En effet, l'instruction de travail décrit une certaine stratégie à suivre, notamment : le déroulement de la prise en charge du patient à son arrivée (mode d'accès, fréquence des saisies, explications des différentes saisies à réaliser par onglet et champ et utilisation du logigramme) jusqu'à sa sortie (partie recommandation), la validation des informations saisies au sein de l'outil ainsi que l'utilisation du glossaire. Les insertions de glossaire/lexique, des abréviations et des citations (EI / SCPD) ont été conçues pour apporter un langage commun aux collaborateurs. L'instruction de travail comprend en particulier un diagramme de flux ou logigramme. Le point d'entrée est l'inclusion des patients ayant des SPCD dans l'outil SCPD-PharmaSuivi. Des patients présentant des SCPD dans le cadre d'un état confusionnel aigu (ECA) pouvaient être inclus tout en précisant le diagnostic différentiel. Il renseigne ensuite sur le comment saisir des informations dans cet instrument pour tous les champs développés et les questions qu'il faut se poser. Afin de développer ce logigramme, une formation a été suivie sur « Lynda.com » pour se familiariser avec le logiciel Visio2016©. Il a été créé au sein des bureaux de l'assurance qualité de la pharmacie centrale du CHUV et validé dans l'ensemble par la pharmacienne en charge de ce secteur. Ce schéma explicatif est présenté dans *l'Annexe 16*. Ce support, ainsi que le contexte, les objectifs et le déroulement de l'étude ont été présentés lors de formations de groupes à tous les utilisateurs inclus dans la phase pilote. Un soutien a été proposé sur appel tout au long de la phase pilote de l'outil.

#### 2.4.5. Enquête de satisfaction

Une enquête de satisfaction (ES) a été établie afin de récolter avis et ressentis des collaborateurs suite à la saisie de SCPD-PharmaSuivi durant la phase pilote. La création de cette ES a été rendue possible d'une part en reprenant les besoins recueillis lors des entretiens individuels et d'autre part avec des questionnements concernant la contribution de la Bdd.

Il est important que les enquêtes développées, quelles qu'elles soient, permettent de refléter d'une part les points positifs, mais également les aspects négatifs de ce qui est évalué. En effet, cela permet d'avoir un esprit critique.

Il existe différentes méthodes pour construire une enquête de satisfaction valable. Les efficacités des stratégies suivantes ont été prouvées : mail, téléphone, cassette vidéo, acheteurs professionnels / clients mystères ou encore les audits par téléphone <sup>(55)</sup>.

L'ES de ce projet a été créée avec Google Form (support de questionnaires informatisés en ligne) et son lien mis à disposition par email aux 22 collaborateurs concernés leur laissant 10 jours de délai pour la compléter (01/11/19-11/11/19). Elle contient 25 questions dont 8 sont des questions ouvertes, 11 questions sont à choix multiple\* (p.ex. oui/non), 4 à échelle linéaire\* (4 possibilités de réponse) et 2 sont des grilles à choix multiple\* (4 niveaux de satisfaction possibles) (cf. *Annexe 17*). Les 3 premières questions servent à identifier le personnel afin de classer les réponses par corps de métier (infirmier, médecin ou pharmacien) et à trier les personnes pouvant répondre ou non au questionnaire. En effet, il est possible que des personnes ayant eu un login pour accéder à la Bdd n'aient ni eu l'occasion d'assister à une saisie, ni d'y procéder directement, ce qui par conséquent, exclue ces dernières de la suite de l'ES. Ça serait également le cas si aucun patient avec SCPD n'était hospitalisé à l'UTAP lors de la phase pilote. Les questions fermées ont été rendues obligatoires (les collaborateurs doivent fournir une réponse), contrairement aux questions ouvertes. Le fait d'avoir alterné les questions ouvertes et fermées permet d'obtenir différents types de réponses. Effectivement, les questions ouvertes servent à s'exprimer, développer des idées, avis ou ressentis, tandis que les questions fermées donnent des réponses claires et précises sur le sujet. Le contenu de l'ES ainsi que les photographies l'illustrant sont visibles dans *les Annexes 17 et 18 respectivement*.

\*une seule réponse par question est possible

## 2.5. Analyses

### 2.5.1. Entretiens

Les interviews n'ont pas été retranscrites selon la méthode du verbatim, mais les dits ont été repris dans les grandes lignes. En effet, des notes ont été prises tout au long des entretiens de chaque collaborateur sur le questionnaire adéquat, puis ont été reprises pour former des phrases ayant une syntaxe appropriée et pour corriger les fautes d'orthographe qui s'étaient glissées lors des saisies. Cela peut s'expliquer par les manques de moyen et de temps, représentant ainsi des limitations pour cette récolte d'information. Les questionnaires créés sont composés de questions à la fois fermées et ouvertes. Les analyses des réponses à ces interrogations ont donc été différentes. Concernant les questions fermées, les résultats sont présentés sous forme de statistiques simples, soit sous forme de pourcentages. Toutefois, concernant les questions ouvertes, les réponses ont été étudiées individuellement dans un premier temps, puis résumées et regroupées pour présenter les résultats de manière significative. Ces interviews ont permis de récolter des informations qualitatives et quantitatives. Effectivement, une part des informations recueillies sont qualitatives puisque les dits des personnes interrogées ne sont non pas interprétés, mais décrits et résumés. D'autre part, les informations reçues sont aussi perçues comme étant quantitatives dans le sens où une analyse de contenu a été faite et des pourcentages calculés pour les questions fermées. Toutes les questions développées ont été regroupées par thèmes afin d'apporter du sens aux analyses et une meilleure compréhension. Un résumé condensé des questions les plus pertinentes est présenté dans la partie 3.2. *Résultats des entretiens*. Pour les questions fermées de type oui/non présentées dans cette condensation, des graphiques en barres à deux sens ont été insérés pour donner aux lecteurs un aperçu d'ensemble de ces catégorisations au sein de cette partie <sup>(51)</sup>.

### 2.5.2. Enquête de satisfaction

Le questionnaire créé étant composé de différents types de questions, les réponses à ces interrogations ont donc été analysées différemment. Concernant les questions fermées, les résultats sont présentés sous forme de statistiques simples (pourcentages).

Tout comme pour les questions fermées, de simples pourcentages ont été calculés pour représenter les résultats des questions à échelles linéaires.

Les intitulées et réponses aux questions ouvertes ont été représentés dans des tableaux. Toutes les questions développées ont été regroupées par type afin de faciliter les analyses au sein des tableaux. Un résumé condensé de toutes les réponses par thème est présenté dans la partie résultat 3.3 *Résultats de l'enquête de satisfaction*. Ces réponses permettent de récolter des informations qualitatives et quantitatives. Effectivement, une part des informations recueillies est qualitative puisque les dires des personnes interrogées ne sont non pas interprétés, mais décrits et résumés. D'autre part, les informations reçues sont aussi perçues comme étant quantitatives dans le sens où une analyse de contenu a été faite et des pourcentages calculés pour certaines questions. Des graphiques en barres sont présentés dans la partie 3.3 *Résultats de l'enquête de satisfaction* afin d'avoir un aspect visuel des niveaux de satisfaction des collaborateurs. Ces niveaux de satisfaction sont regroupés en deux grandes catégories dans la présentation des résultats : « satisfait » et « insatisfait » regroupant respectivement les réponses « tout à fait satisfait » / « plutôt satisfait » et « pas du tout satisfait » / « plutôt pas satisfait ». Il en est de même pour les échelles d'utilité (3.3 *Résultats de l'enquête de satisfaction*).

## 2.6. Résumé de la méthodologie

Tableau 2 : Résumé de la méthodologie

	But	Support	Contenu	Analyse / Type d'analyse
<b>Revue de la littérature</b>	Familiarisation du sujet et sélection d'outils de suivi d'EI et SCPD validés et utilisés	Internet	Articles, livres, formulaires etc.	Qualitative et accord avec les co-superviseur
<b>Interviews</b>	Recueillir le besoin	Questionnaires en document Word	X questions selon le modèle	Qualitative et quantitative
<b>Base de données SCPD-PharmaSuivi</b>	Répondre au besoin	Document Access©	SCPD, TTT, efficacité, EI, évaluations	À travers l'ES
<b>Instruction de travail</b>	Aide à la saisie de SCPD-PharmaSuivi	Document Word	Instructions écrites pour tous les champs	À travers l'ES
<b>Logigramme</b>	Aide à la saisie de SCPD-PharmaSuivi	Document initial Visio2016© inséré dans Word	Déroulement prise en charge patients	À travers l'ES
<b>Enquête de satisfaction</b>	Recueillir les ressentis et avis	Questionnaire Google Form	25 questions	Qualitative et quantitative

### 3. Résultats

La partie qui suit consiste en la présentation des résultats bruts, soient des entretiens individuels menés en début de projet ainsi qu'à ceux de l'enquête de satisfaction permettant de le clôturer. Ces résultats étant à la fois qualitatifs et quantitatifs sont résumés, condensés et organisés par thèmes pour chacune des deux méthodes employées. Des graphiques sont insérés pour certaines questions afin de donner au lecteur une perception plus visuelle des réponses qui en découlent.

#### 3.1. Taux de participation

Tableau 3 : Taux de participation des unités par corps de métier aux interviews et à l'ES

	Interviews			Enquête de satisfaction		
	Unité Glycine	Unité Lilas	Unités Glycine et Lilas	Unité Glycine	Unité Lilas	Unités Glycine et Lilas
<b>Infirmiers</b>	6	3	-	2	1	1
<b>Médecins</b>	3	3	1	3	3	-
<b>Pharmaciens</b>	-	-	-	-	-	1
<b>Nombre de participants</b>	16 (soit 62% des participants attendus)			11 (soit 50% des participants attendus)		
<b>nTOT (nombre de collaborateurs inclus)</b>	26			22		

#### 3.2. Résultats des entretiens

Au total, 16 interviews ont été réalisées, mais seulement 15 d'entre elles ont été analysées. En effet, une interview a été exclue de l'étude : il s'agissait de la première interview réalisée et n'a pas apporté de bons résultats. Elle a ainsi servi d'essai et a permis de réajuster certains points pour les prochaines entrevues. Sur ces 15 entretiens, 9 d'entre eux concernent les infirmiers (6 de Glycine et 3 de Lilas) et les 6 autres sont des médecins de toutes hiérarchies (cadres, CDC ou encore médecins assistants). Deux médecins de l'unité Lilas ont été interrogés, un de Glycine, le cadre chapotant les unités Glycine et Jasmin, ainsi que deux médecins de Jasmin.

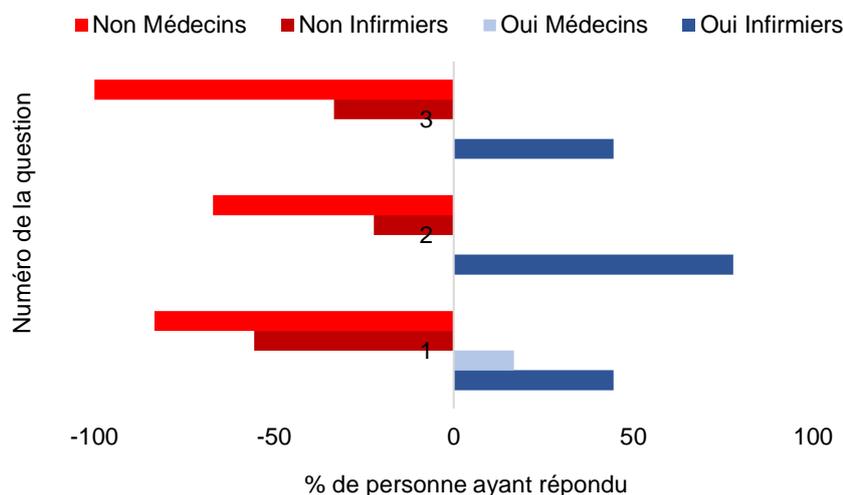
Les résultats bruts des interviews sont présentés dans les *Annexes 19 et 20* pour infirmiers et médecins respectivement. Les questions fermées sont présentées sous forme de tableaux dans les *Annexe 21 et 22*, et les questions ouvertes sous formes de paragraphes résumés dans les *Annexe 23 et 24* à chaque fois pour infirmiers et médecins respectivement également. Les réponses médecins versus infirmiers ont ensuite été croisées (*Annexe 25*) afin de comprendre au mieux les différentes perceptions et pour vérifier ou non la divergence des résultats selon le métier exercé. Seule une condensation des questions les plus pertinentes par thème (*Annexe 26*) est présentée ci-dessous.

#### *Informations relevées dans les entretiens sur les ressentis de la situation avant l'étude pilote :*

La majorité des personnes, 5/9 infirmiers (56%) et 5/6 médecins (83%), ne sont pas satisfaites de la situation actuelle en ce qui concerne la récolte des informations sur l'évolution de la présence des SCPD, de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations (*Question 1 de la Figure 1*).

7/9 (78%) infirmiers ont pourtant le sentiment de transmettre de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à leurs collègues, les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer leur progression / régression chez les patients hospitalisés.

Cependant, 4/6 (67%) médecins disent que l'on ne leur transmet pas les informations de cette façon et qu'il y a justement une variation selon les infirmiers en charge du suivi (*Question 2 de la Figure 1*). Les médecins interrogés ne se sentent pas bien outillés pour pouvoir transmettre leurs observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers. Cette observation n'est pas perçue de la même manière chez les infirmiers : 4/9 (44%) infirmiers se sentent bien outillés (*Question 3 de la Figure 1*).



1. Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ? / Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?
2. Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ? / Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?
3. Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?

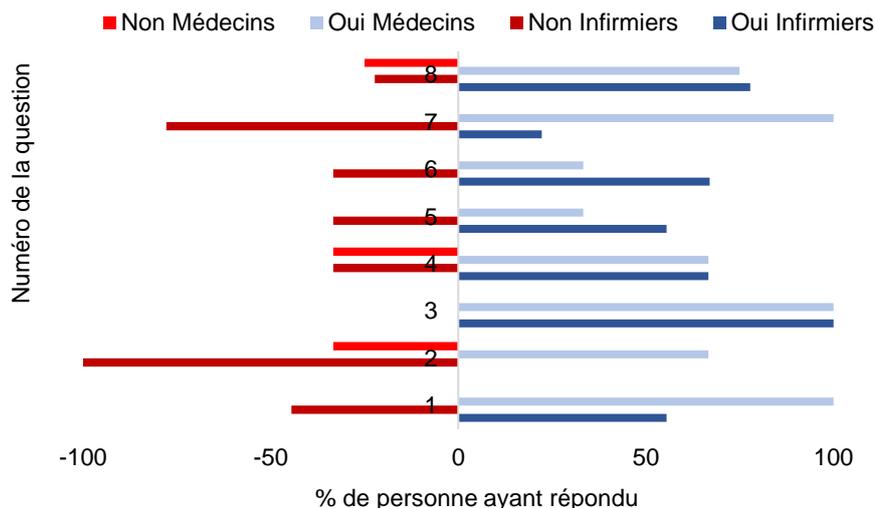
Figure 1 : Résultats concernant les ressentis sur la situation actuelle

#### Informations relevées dans les entretiens sur les outils utilisés :

Le NPI, est connu de tous les médecins interviewés contrairement aux infirmiers, dont un peu plus de la moitié (5/9 soit 56%) seulement le connaissent, mais la plupart du temps que « de nom » (*Question 1 de la Figure 2*).

Il en découle de cette observation, que seuls les médecins ont répondu « oui » quant au questionnement sur son utilisation même si elle n'est de loin pas systématique (*Question 2 de la Figure 2*). La grille MOSES, connue de tous (15/15 soit 100%) (*Question 3 de la Figure 2*), est une grille de suivi utilisée hebdomadairement (*Question 4 de la Figure 2*) par certains infirmiers. 5/9 (56%) soignants confient que cet outil est toujours aussi bien complété que lors de son implémentation. Ce n'est toutefois pas le cas pour les médecins (*Question 5 de la Figure 2*). Effectivement, la majorité d'entre eux (4/6 soit 67%) n'ont répondu ni oui ni non à cette question (question 7 de la partie « outils utilisés actuellement » de l'Annexe 22). Ces points sont ressortis chez les médecins : « les infirmiers se forcent de remplir la grille MOSES et ce n'est pas bien ». Cette grille n'est pas exhaustive et la saisie dépend des soignants qui la complètent. Un des médecins confie également qu'il y a un manque d'investissement de la part des médecins assistants. 4/6 (67%) infirmiers sont satisfaits de la grille MOSES (*Question 6 de la Figure 2*). Cette même proportion du côté des médecins s'est exprimée sous forme de réponse ouverte : ces grilles peuvent convenir, mais elles auraient besoin d'améliorations afin que les troubles soient distingués d'une autre maladie et que les effets indésirables soient bien attribués.

De plus, la saisie devrait être plus rapide et ces outils doivent être utilisés à bon escient. Tous les médecins interrogés (2/2, soit 100%) indiquent l'utilisation d'autres outils mis à part MOSES et le NPI (par exemple, des échelles de comportement sont utilisées au cas par cas), contrairement aux infirmiers (7/9 soit 78%) qui n'en font pas allusion (*Question 7 de la Figure 2*). Malgré le fait que les infirmiers soient satisfaits de la grille MOSES, une grande majorité d'entre eux (7/9 soit 78%) sollicite une aide complémentaire (*Question 8 de la Figure 2*) pour le suivi des patients ayant des SCPD. 3/4 (75%) médecins sont du même avis ; deux d'entre eux ont développé leurs idées (cf. question 11 de « Résumés des questions ouvertes de la partie « Outils utilisés actuellement », *Annexe 22*).



1. Connaissez-vous le NPI ?, 2. Le NPI est-il utilisé ?, 3. Connaissez-vous la grille MOSES ?, 4. A quelle fréquence est-elle utilisée ?, 5. Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?, 6. Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?, 7. Utilisez-vous d'autres outils ?, 8. Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

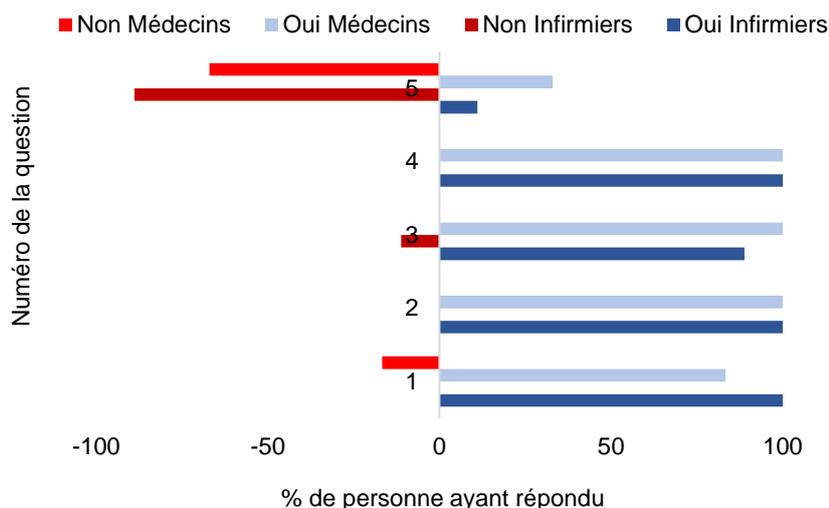
Figure 2 : Résultats concernant les outils utilisés actuellement

#### Informations relevées dans les entretiens sur le suivi actuel et le futur outil :

Infirmiers (9/9 soit 100%) et médecins (5/6 soit 83%) sont en accord sur le fait qu'un suivi étroit de l'évolution des SCPD, des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil (*Question 1 de la Figure 3*). Ces deux corps de métiers sont également en accord pour l'obtention d'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité qui ne pourrait être que bénéfique (*Question 2 de la Figure 3*). Concernant le développement du nouvel outil, les infirmiers et les médecins ont confié être intéressés par un format ergonomique informatique accompagné d'un algorithme clair, de recommandations et de formations continues quant à son utilisation (*Questions 3 et 4 de la Figure 3*).

Pour la plupart du personnel interviewé (8/9 (89%) infirmiers ; 4/6 (67%) médecins), les EI qui devraient être introduits dans la base de données sont ceux relatifs à la prise de psychotropes pour ne pas avoir une liste exhaustive, mais plutôt spécifique (*Question 5 de la Figure 3*).

Les collaborateurs interrogés seraient intéressés par l'inclusion des ECA (états confusionnels aigus) au sein de l'outil afin d'être au clair sur le diagnostic différentiel ECA / démence avec SCPD.



1. Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfiques des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?

2. Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ?

3. Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?

4. S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?

5. Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ?

Figure 3 : Résultats concernant le suivi actuel et le nouvel outil

#### Informations relevées dans les entretiens sur la fréquence de saisie :

Le sujet de la fréquence de saisie a également été abordé. Actuellement, la grille MOSES est utilisée une fois par semaine dans le but de notifier les observations relatives aux EI pour les temps cliniques qui réunissent médecins, infirmiers et pharmaciens. Toutes les personnes interrogées (15/15 soit 100%) sont d'avis qu'il serait préférable d'utiliser cet outil non seulement pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient.

### 3.3. Résultats de l'enquête de satisfaction

#### Informations relevées dans l'ES pour le thème « Informations vous concernant » :

Six médecins, 4 infirmiers ainsi qu'un pharmacien ont participé, soient 11 personnes au total. Sur ces 11 personnes, 5 d'entre elles travaillent au sein de l'unité glycine, 4 dans l'unité Lilas et 2 se partagent entre ces deux unités. Seulement 7 personnes sur 11 se sont exprimées à travers l'enquête de satisfaction, les autres ayant été exclues à la 3<sup>ème</sup> question. Sur les 22 réponses attendues, cela représente un taux de participation de 32% environ (ou de 50% si les 11 personnes sont considérées). Les résultats des questions fermées sont présentés sous forme dans le *tableau 1 de l'Annexe 27*, celles des questions à échelles linéaires dans le *tableau 2 de l'Annexe 27*. Les intitulées et réponses aux questions ouvertes sont représentées dans les *tableaux 3 et 4 de l'Annexe 27*. Un résumé de l'analyse générale des réponses à cette enquête de satisfaction figure ci-dessous par thème.

#### Informations relevées dans l'ES pour le thème « Votre avis général sur SCPD-PharmaSuivi » :

Sur les personnes ayant participé entièrement à l'ES, la majorité (5/7 soit 72%) d'entre elles sont satisfaites de l'outil développé concernant les suivis des évolutions des SCPD et des effets bénéfiques des traitements mis en place pour les contrer. 6/7 (86%) participants sont également satisfaits du suivi des EI relatifs ou non aux traitements médicamenteux prescrits. En résumé, les participants sont satisfaits de l'outil vis-à-vis des objectifs posés initialement (cf. Figure 4).

En comparaison aux outils actuellement utilisés (MOSES, NPI, échelles de comportement, notes de suivi ...), 6/7 (86%) collaborateurs sont d'accord sur le fait que l'instrument SCPD-PharmaSuivi apporte une plus-value aux outils actuellement utilisés. Cette plus-value a été décrite par différents éléments que l'outil a pu apporter en supplément malgré le peu de temps à disposition pour apprivoiser ce développement. Ce qui revient le plus souvent est le fait que cette base de données permet de condenser plusieurs outils en un seul. Le fait qu'il soit possible de suivre l'évolution des SCPD dans le temps est une composante positive qui est revenue plusieurs fois également. Il a aussi été mentionné que l'outil permet de faire un lien direct entre le SCPD et le(s) traitement(s) prescrit(s) pour ce symptôme, que la visibilité est bonne et que différencier les EI liés aux psychotropes des maladies préexistantes font aussi partie de la plus-value procurée. La personne en désaccord avec cet apport de plus-value a confié que les objectifs initiaux n'avaient pas été atteints puisque l'outil ne permet pas de refléter ce qui est restitué durant les TC. Cependant, ce même participant a stipulé que si « son utilisation était plus coutumière et plus précise », une plus-value serait alors perçue.

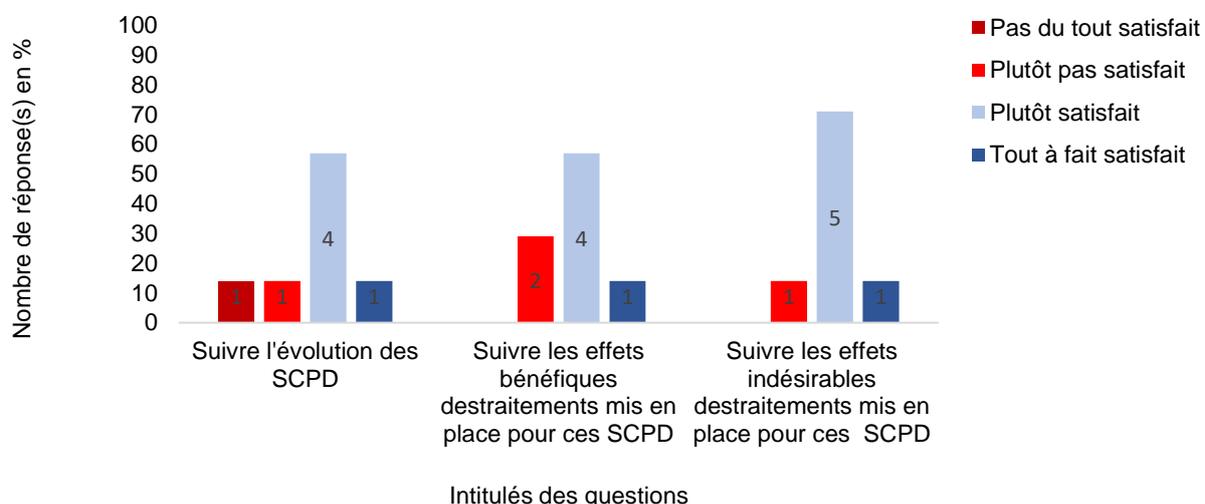


Figure 4 : Résultats démontrant le niveau de satisfaction vis-à-vis des buts fixés

#### Informations relevées dans l'ES pour le thème « Notion de temps » :

Une diminution du temps de saisie par patient avec l'habitude a été perçue lors de cette phase pilote par 4/7 (57%) participants. Cependant, la majorité (5/7 soit 72%) des collaborateurs n'est pas satisfaite du temps par patient qui leur est nécessaire pour compléter l'outil par rapport à ce qui se faisait auparavant.

Les fréquences de saisie de l'évolution de la sévérité des SCPD ainsi que celles des prescriptions sont dans 72% des cas (5/7 personnes) considérées comme étant satisfaisantes. Huitante-cinq pourcent des réponses (6/7) décrivent que la fréquence de saisie de l'évolution de l'efficacité des traitements est satisfaisante. Bien qu'au total 4/7 (57%) personnes soient satisfaites (3/7 soit 43% de non satisfaits), les mêmes proportions de répondants (3/7 soit 43%) considèrent que la fréquence de saisie de l'évolution des EI est soit plutôt pas satisfaisante, soit plutôt satisfaisante. Une divergence est perçue sur ce point (cf. Figure 5).

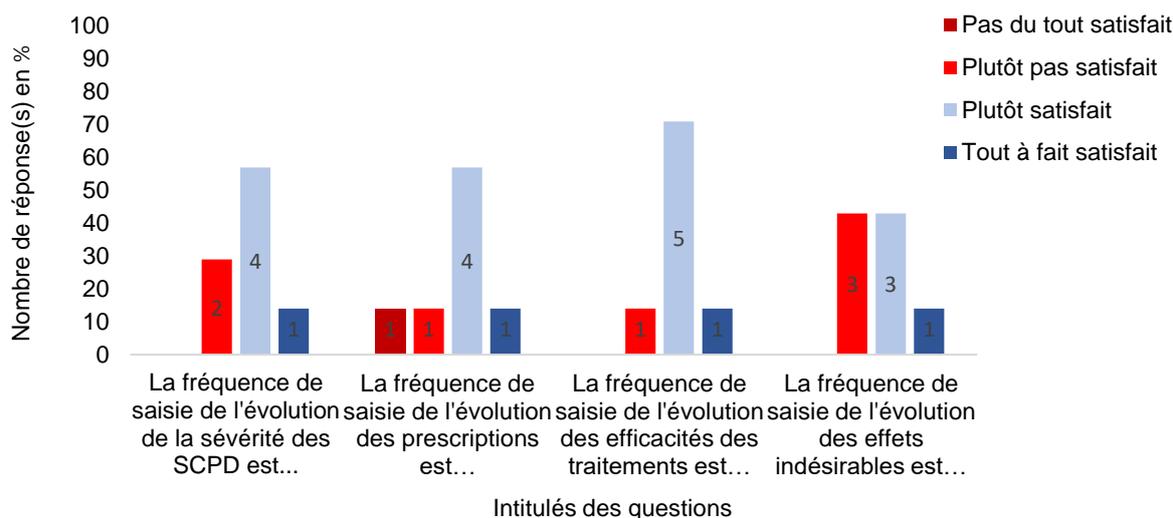


Figure 5 : Résultats démontrant le niveau de satisfaction de différentes fréquences de saisie

#### Informations relevées dans l'ES pour le thème « Aides complémentaires et requêtes » :

L'intégralité (7/7 soit 100%) des participants est d'avis que le mode d'emploi mis à disposition pour les aider lors des saisies de SCPD-PharmaSuivi est utile. La quasi-totalité (6/7 soit 86%) a certifié que le logigramme développé leur a permis de clarifier le sens de l'outil et de son utilisation.

Septante-deux pourcent des collaborateurs (5/7) ayant répondu, trouvent que le graphique montrant l'évolution de la sévérité des SPCD (requête 1)) est utile. Cependant, 29% (2/7) le trouvent inutile.

La requête 3) (générant le résumé) des saisies par patient est décrite comme étant utile dans (4/7) 57% des cas et inutile chez 3/7 (43%) répondants.

Il a été explicité que les collaborateurs ont manqué de temps pour mettre en valeur tout le potentiel de cet outil, notamment en ce qui concerne les requêtes 3) (résumé) et 1) (graphique). Les développements des ressentis face à ces requêtes sont relativement divergents. En effet, certaines personnes les trouvent utiles, d'autres les trouveraient utiles si elles étaient plus ergonomiques ou encore « une fois l'outil amélioré et son utilisation plus coutumière, ces synthèses pourraient s'avérer particulièrement intéressantes ». Un des participants a confié qu'il n'avait pas perçu l'utilité des requêtes 3) et 1) puisqu'elles n'étaient pas utilisées de manière qualitative à ce stade du projet. Il a toutefois été mentionné qu'elles permettent tout de même d'avoir une meilleure visibilité et une sécurité supplémentaire. La deuxième requête développée permet d'obtenir en parallèle les EI survenus et les prescriptions en cours. Plus de la moitié (5/7 soit 72%) des intervenants ont affirmé l'apport d'un meilleur angle de vue du suivi avec ce développement contrairement aux 29% (2/7) restant. Il a été précisé que le fait d'avoir les EI et les médicaments regroupés permet « d'être plus sensible et de réagir plus rapidement » et « de se questionner sur l'imputabilité des effets indésirables dus à chaque traitement ». Les cotations chronologiques de la sévérité des EI sont également perçues comme étant des éléments apportant un meilleur angle de vue. Deux personnes n'ont respectivement « pas assez d'expérience pour répondre » ou « pas eu l'opportunité de l'observer » pour donner leur avis sur les requêtes EI et prescription. Une personne a toutefois mentionné que l'outil SCPD-PharmaSuivi serait un avantage s'il pouvait être déployé dans Soarian étant donné que les prescriptions dans ce logiciel « n'ont pas une excellente visibilité malheureusement » et qu'« il faut régulièrement retourner dans l'historique pour accéder au suivi pharma ».

### *Informations relevées dans l'ES pour le thème « Ressentis » :*

La plupart des intervenants (5/7 soit 72%) estiment que le fait d'avoir combiné en un seul et même outil les différents objectifs leur apporte du sens concernant la prise en charge et le suivi de ces patients. Ce point a d'ailleurs été cité comme étant un des avantages apportés par SCPD-PharmaSuivi.

Les points forts engendrés par cette implantation sont nombreux. L'apport d'un suivi temporel des SCPD et de pouvoir faire facilement des liens entre traitements et symptômes sont vus comme des avantages de l'instrument développé.

Il a plusieurs fois été cité que les communications et collaborations médico-infirmières et entre soignants sont meilleures de par le langage commun mis en place au sein de l'outil. SCPD-PharmaSuivi est décrit comme étant complet puisqu'il regroupe prescriptions, effets bénéfiques et indésirables. Le fait que l'outil soit maniable aussi bien par les soignants que les médecins est un point qui a également plu. Un participant a communiqué que « lorsque le potentiel de l'outil sera pleinement exploité, la vision synthétique du séjour en termes d'effets indésirables, d'efficacité d'un traitement pour un symptôme donné pourrait s'avérer être un outil précieux, également pour la prise en charge du patient après l'hospitalisation ».

Une certaine quantité de limitations a été exposée au sein de cette enquête de satisfaction. Le fait que la sortie ou l'admission d'un patient dans le système SCPD-PharmaSuivi ne soit pas prévue représente une limitation pour un des collaborateurs. Cette même personne a confié que les dates apparentes au sein de l'outil ne sont pas chronologiquement classées ce qui rend la compréhension difficile. L'ergonomie de la Bdd est également un facteur limitant. En effet, beaucoup de sous-fenêtres sont à compléter. Ce manque d'ergonomie est aussi reflété lors des changements ou modifications au niveau des traitements. Quand de telles décisions sont prises, de nouvelles fenêtres doivent être recrées pour mettre les informations à jour. Le temps de saisie est décrit comme étant chronophage dans la pratique clinique et ne permet donc pas de tout retranscrire systématiquement dans SCPD-PharmaSuivi.

Il y a également un manque de différenciation concernant les sous-chapitres de l'instrument. La non-disponibilité de cet outil dans Soarian est aussi un point négatif concernant ce développement. Un participant a en outre expliqué que « SCPD-PharmaSuivi répertorie des données cliniques pertinentes qui devraient également figurer dans Soarian ».

La dernière limitation recueillie concerne la partie pharmacie clinique, soit l'onglet « évaluation pharmaceutique ». Cette dernière ne devrait pas dépendre de ce qui a été documenté ou non au sein de la partie médicale et ne devrait pas non plus concerner « exclusivement la médication » puisque « les interventions peuvent s'étendre au-delà » de cela.

Dans les limitations citées ci-dessus, l'ergonomie et la non-inclusion de SCPD-PharmaSuivi dans le logiciel Soarian représentent les facteurs limitants les plus cités qui sont à améliorer. L'ergonomie présentée par SCPD-PharmaSuivi implique un temps de saisie important qui est par conséquent perçu par le personnel comme une tâche chronophage.

Une autre limitation qui a été décrite dans le but d'être optimisée est la différenciation des sous-chapitres (onglets) de l'outil. Un collaborateur décrit l'optimisation des limitations comme étant complexe et explique que « la mise en place d'un outil est peut-être trop ambitieuse ». Cette même personne conseille d'avoir une équipe de développement sur plusieurs mois avec un maximum d'autorisations pour obtenir un outil intuitif, efficient et dont l'usage serait acceptable.

La cotation de la sévérité des SCPD qui a été définie comme subjective par un des collaborateurs pourrait également être optimisée. Les données servant à évaluer cette caractéristique doivent ainsi être plus claires. Sur les 7 avis recueillis, 6 d'entre eux ressortent comme étant des avis généraux favorables face à cette proposition de stratégie de suivi.

L'outil est apprécié pour sa concentration d'observations, pour les liens pharmacologiques-SCPD qu'il permet de démontrer, pour la meilleure visibilité des EI ainsi que pour le fait de rendre le personnel médico-infirmiers co-acteurs dans la saisie des informations. Bien que l'instrument soit intéressant et qu'il puisse aider dans la pratique quotidienne, il peut être amélioré pour rendre son utilisation facile, ergonomique et plus représentative sur certains points. Effectivement, une personne a confié par exemple que « juger de l'efficacité réelle du psychotrope sans tenir compte des autres paramètres n'est pas tout à fait représentatif ». Le collaborateur en désaccord avec ce développement confie que SCPD-PharmaSuivi est une base de données « incompatible avec la réalité du suivi clinique » et qu'elle « n'a pas vraiment d'avantages par rapport à l'existant ».

*Informations relevées dans l'ES pour le thème « Un futur pour SCPD-PharmaSuivi ? » :*

Afin que les participants donnent leurs réponses sur cette partie, il leur a été demandé de s'imaginer l'outil SCPD-PharmaSuivi dans une version améliorée (selon les besoins qui auraient été récoltés) et les outils actuels (MOSES, NPI...) comme étant informatisés. Pour la plupart des collaborateurs ayant participé à l'enquête de satisfaction, il pourrait y avoir un futur pour SCPD-PharmaSuivi.

En effet, 5/7 (72%) personnes voient cet outil remplacer les grilles actuelles de suivi (MOSES, NPI...) et 6/7 (86%) verraient un intérêt à inclure cet instrument dans Soarian et le conseilleraient dans un futur projet d'hôpital au sein d'une unité de soin.

## 4. Discussion

### 4.1. Interviews

Les interviews dirigées qualitatives initialement mises en place ont, d'une part, servi à comprendre le suivi actuel des patients ayant un TNCM, et d'autre part, à relever la demande du personnel médico-infirmier interrogé vis-à-vis des instruments existants. La rencontre de ces derniers lors des entretiens a de ce fait permis une collaboration tout au long de ce travail de recherche.

Bien que des divergences aient été constatées tout au long des interviews selon la profession exercée, tous les collaborateurs étaient d'avis que la situation actuelle ne les satisfaisait plus. Cela est vrai notamment pour le suivi des SCPD contrairement à la transmission d'informations, perçue différemment chez infirmiers et médecins. Ce dernier point soulève la variabilité interindividuelle et le manque de langage commun pour une collaboration optimale. En effet, plusieurs collaborateurs ont fait part de problèmes de communication durant les entretiens.

La difficulté d'avoir un vocabulaire homogène au sein du personnel médico-soignant renforce l'importance de bien sensibiliser les équipes à suivre une formation continue, déjà en place (*cf point 5) de l'instruction de travail « Documents et textes de référence »*) mais peu fréquentée, sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, ainsi que pour la gradation de leur sévérité. Ainsi, dans la stratégie élaborée dans l'instruction de travail, il est rappelé la formation continue et l'hyperlien vers la présentation concernée.

Durant cette phase exploratoire pré-phase pilote, les observations cliniques (qu'il s'agisse de l'évolution des SCPD, des bénéfiques ou encore des EI relatifs aux TTT), retranscrites au travers d'outils tels que MOSES ou encore Soarian, donnent l'impression aux infirmiers d'être suffisamment outillés en opposition aux médecins. L'utilisation de MOSES, souvent décrite comme étant hétérogène et sa fréquence trop systématique pour les TC, a étonnamment été soutenue par tous les collaborateurs. De plus, il est ressorti qu'un outil tel que celui-là devrait également être complété dès l'apparition d'un EI. Cela permettrait probablement d'obtenir une traçabilité continue et constante des observations. Il est vraisemblablement inévitable de rendre obligatoire la saisie d'instruments tels que MOSES pour avoir un suivi dans le temps malgré le fait que cette tâche soit chronophage et peu attrayante.

Paradoxalement à la satisfaction des infirmiers vis-à-vis de la grille MOSES, ces derniers ont sollicité une aide supplémentaire durant les entretiens individuels lorsque la question s'est posée concernant le suivi des SCPD des patients déments. Les trois quarts des médecins interviewés ont partagé ce propos. Le fait que cette grille ne soit pas cliniquement spécifique à la population cible peut justifier cette sollicitation.

Ce point pourrait également expliquer leur accord commun sur le fait qu'un suivi étroit de l'évolution des SCPD, des bénéfiques et des éventuels EI des traitements médicamenteux mérite d'être plus sécurisé qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil.

Le développement et la mise en place d'un outil informatisé et ergonomique accompagné d'aides (algorithmes, recommandations ou encore des formations) a semblé être, à l'unanimité, une option d'amélioration du suivi actuel. Pour la plupart du personnel, les EI relatifs à la prise de psychotropes devaient être inclus dans la Bdd plutôt qu'une liste exhaustive comme dans MOSES. Ce choix pourrait s'apparenter une fois encore à la non-spécificité de la grille actuellement utilisée. Un des problèmes de la grille MOSES concerne la distinction entre les symptômes qui peuvent être considérés comme étant des EI ou plutôt comme des manifestations cliniques en lien avec l'évolution de la maladie.

Ce point explique certainement la raison pour laquelle les infirmiers et médecins voudraient inclure des ECA dans l'outil afin de poser et d'être au clair sur le diagnostic différentiel ECA / démence avec SCPD.

La réalisation d'entretiens visant la récolte de ces informations a ainsi permis à ce projet de recherche de prendre un tournant considérable concernant le développement de la Bdd.

#### **4.2. Enquête de satisfaction**

L'élaboration de l'enquête de satisfaction a permis aux collaborateurs de s'exprimer face à l'implémentation de la base de données SCPD-PharmaSuivi.

Bien que peu de réponses aient été récoltées, la majorité des participants apportent des avis favorables face à ce développement compte tenu des buts et objectifs fixés.

Une plus-value a été décrite à travers différents points par les collaborateurs bien que le temps d'acclimatement ait été de courte durée.

La plus grande force de cet instrument est représentée par sa combinaison 3 outils en 1. Cela peut expliquer la récurrence concernant la facilité à tisser des liens (notamment pharmacologie/SCPD et pharmacologie/EI) dans les réponses obtenues.

En effet, les 3 requêtes (Graphique décrivant l'évolution des SCPD, EI/Prescription et Résumé) développées rendent certains aspects cliniques plus visibles, spécifiques et suscitant probablement une réflexion plus aisée. La requête graphique décrivant l'évolution de la sévérité des SCPD au cours du temps est la plus citée dans cette ES. Cet apport de visuel concernant l'évolution des symptômes ainsi que la cotation quotidienne de leur sévérité dans l'onglet « SCPD » représentent un autre point fort selon le corps médical. Cette fréquence de saisie imposée aux infirmiers n'a pas été désapprouvée bien que ça leur ait demandé du temps. Le profit apporté pour le suivi de ces symptômes est possiblement supérieur à la perte de temps que nécessite la saisie. Les fréquences de saisie relatives aux TTT et à leur efficacité n'ont de même pas été réprimandées. Une divergence est toutefois notable concernant la fréquence de saisie de l'évolution des EI.

Avec l'habitude, une diminution du temps de saisie par patient a été observée par la majorité du corps médical. Malgré cette observation, les collaborateurs ont confié être non satisfaits de ce temps par patient en comparaison à ce qui se faisait avant. Ce point peut être justifié par l'utilisation parallèle de MOSES et le peu de temps que les participants ont eu pour découvrir et s'habituer à SCPD-PharmaSuivi.

La distinction des EI liés à l'utilisation de psychotropes fait également partie intégrante de la plus-value observée lors de cette phase pilote. Cela souligne la spécificité apportée malgré le fait qu'un des collaborateurs ait une opinion divergente à ce sujet. Selon le point de vue sur lequel on se positionne, cette restriction aux psychotropes peut être vue comme étant non représentative puisque toutes les médications prescrites ne sont pas prises en compte.

L'insertion d'un vocabulaire commun pour infirmiers et médecins au sein de l'outil et des aides complémentaires l'accompagnant fait partie des avantages de cette Bdd. Ce langage commun uniformisé illustre plausiblement le fait qu'une meilleure communication / collaboration ait été ressentie par les participants. Cette amélioration est peut-être aussi due en partie à la responsabilisation des médecins face au suivi des patients avec cet instrument médico-infirmier. Les éléments décrits précédemment pour appuyer l'apport d'une plus-value sont aussi cités comme des avantages.

En dépit des avantages mentionnés précédemment, des limitations ont été reportées par les collaborateurs au sein de l'ES concernant l'outil. Avant même l'initiation de la phase pilote de SCPD-PharmaSuivi dans les unités de soins, l'insuffisance d'ergonomie de ce dernier avait été discutée au cours des formations de groupe.

Cela a aussi été discuté la première semaine de phase pilote, dans le cadre du soutien apporté lors des saisies quotidiennes.

Le manque d'ergonomie est notamment mis en avant par les collaborateurs lors des modifications de prescriptions par exemple, nécessitant ainsi la création de nouveaux onglets. Ce point pourrait être amélioré en associant les informations pharmacologiques extraites de Soarian aux SCPD, au sein d'une rubrique créée désignant ces symptômes. L'inclusion de cette Bdd après amélioration dans Soarian pourrait éviter la redondance d'informations cliniques. Une telle implantation nécessiterait de passer par une demande au service informatique (*ces améliorations concernant l'ergonomie sont tirées des dits des collaborateurs au sein de l'ES*). Ce problème d'ergonomie souligné dans l'ES, influence directement le temps de saisie défini comme chronophage. En plus du temps nécessaire pour compléter l'outil, des risques de doublons seraient à envisager si cet instrument était mené à être utilisé en dehors de Soarian. Cette non-disponibilité de SCPD-PharmaSuivi dans ce logiciel représente une autre limitation souvent exprimée.

Les sous-chapitres des onglets développés (SCPD et Effets indésirables) ayant le même design ne sont pas aisément différenciables. Cette limitation concernant l'outil pourrait être reprise par exemple en choisissant différents coloris pour retrouver plus facilement ces différents chapitres. Ce phénomène impacte une fois encore le temps de saisie des différentes caractéristiques cliniques d'autant plus que certaines parties sont restreintes à un corps de métier particulier. La mise en place d'aides complémentaires, à savoir le diagramme de flux (logigramme) et l'instruction de travail (mode d'emploi), a respectivement été vue comme apportant du sens et étant utile pour la prise en charge des patients.

L'analyse de cette enquête de satisfaction a mis en évidence le fait que SCPD-PharmaSuivi est un outil ayant un potentiel futur à condition d'être optimisé sur les différents points discutés. Les collaborateurs ont d'ailleurs confié voir cet instrument remplacer les actuels et le conseiller sous ces mêmes conditions.

#### **4.3. Mise en place de SCPD-PharmaSuivi : interviews VS enquête de satisfaction**

La mise en place d'un outil tel que SCPD-PharmaSuivi semble avoir répondu à certaines demandes relevées lors des entretiens individuels malgré la courte période d'essai.

Les soucis relatifs à la non-homogénéité du langage médico-infirmier paraissent, d'après l'ES, résolus. Cette introduction de vocabulaire commun répond peut-être aussi en partie à une diminution de la subjectivité décrite, encore une fois, durant les interviews. Toutefois, cette notion perdure malgré cela. C'était notamment le cas lors de la cotation quotidienne de la sévérité des SCPD réalisée par les soignants. Bien que cette échelle provienne du NPI, un des six collaborateurs a éprouvé de la peine à coter les symptômes lorsqu'il y en avait. Une composante horaire manque probablement dans cette Bdd pour optimiser ce fait et apporter plus de précision pour le suivi : un patient peut présenter un symptôme durant la nuit et non pas pendant la journée et vice versa. Il faudrait ainsi apporter un champ sous forme de déroulant permettant de sélectionner le moment opportun de l'observation tel que « matin », « midi », « après-midi », « soir », ou encore « nuit ». Le manque de spécificité de la grille MOSES décrite en début de projet semble également s'être amélioré avec l'implémentation de SCPD-PharmaSuivi. Ce changement s'explique probablement par l'insertion d'EI relatifs à l'utilisation de psychotropes et à l'introduction sélective de cette classe médicamenteuse.

Un autre problème qui avait été relevé concernant cette même grille était la non-distinction des symptômes cliniques liés à l'évolution de la maladie et la survenue d'EI. Ce point négatif a été comblé au sein de la Bdd par le champ « validation iatrogénie », permettant aux médecins et pharmaciens d'évaluer cela afin d'exclure ou non des causes médicamenteuses.

Une question a été posée lors des entretiens individuels qualitatifs afin de considérer l'intérêt que portent les collaborateurs face au diagnostic différentiel ECA / démence.

Leurs réponses s'étaient révélées positives pour l'apport d'un champ permettant cette distinction dans un nouvel outil. Cependant, cela n'a pas été réalisé. En effet, le critère d'inclusion premier des patients au sein de l'outil était la présence de SCPD clairement identifié(s) chez des patients déments. Néanmoins, des personnes présentant des SCPD dans le cadre d'ECA auraient pu être incluses dans l'essai si le cas s'était présenté. Ce procédé de décision concernant la prise en charge des patients a été décrit au sein des aides complémentaires, soit le logigramme et l'instruction de travail.

Deux des trois requêtes développées répondent à elles seules à 2 des objectifs fixés, soient le graphique (requête 1)) permettant de suivre l'évolution des SCPD et le bouton générant la mise en parallèle des traitements prescrits et des EI survenus (requête 2)). Ces points (les suivis des SCPD et des EI) avaient été décrits comme étant à améliorer lors des entretiens individuels. En ce qui concerne le résumé, la principale limitation est représentée par le temps d'essai de l'outil, n'ayant pas permis son utilisation pour l'ambulatorio.

En résumé, une tendance favorable concernant l'utilisation de SCPD-PharmaSuivi a été relevée suite à cette phase pilote bien que des modifications soient à apporter.

#### **4.4. Forces du projet**

L'apport d'un nouvel outil de suivi inexistant d'après la revue de littérature, est la principale force de ce travail personnel de recherche bien que son informatisation soit encore à améliorer sur certains points. De plus, ce développement donne lieu à un suivi multi caractéristiques : suivi des SCPD, des EI relatifs aux psychotropes, des prescriptions et de leurs efficacités au cours du temps.

Le fait d'avoir eu recours à deux méthodes de recueil différentes (interviews et enquête de satisfaction) représente également une originalité dans ce travail. Les interviews ont permis de façonner l'outil au plus près des besoins du terrain, en plus d'être nourri de grilles validées dans la littérature et ayant déjà faits leurs preuves. L'ES, ayant permis l'obtention du niveau de satisfaction des collaborateurs sur la phase pilote, a également représenté un gain de temps pour tous les participants avec le support de collecte choisi (Google Form).

Ce projet pluridisciplinaire a ainsi contribué à créer SCPD-PharmaSuivi, un instrument pouvant être complété par le corps médical : infirmiers, médecins et pharmaciens.

La mise en place d'aides complémentaires tels que le logigramme et l'instruction de travail détaillant respectivement la prise en charge des patients et la saisie de l'outil construisent ainsi la stratégie élaborée pour permettre un suivi serré et plus sécurisé des patients avec SCPD ainsi que l'apport d'un langage commun pour le personnel médical en charge d'un tel suivi.

Les séances hebdomadaires avec les co-superviseurs de ce projet, destinées à échanger et à prendre du recul sur l'avancement de l'étude, ont également été d'une grande importance pour mener à bien ce développement.

#### **4.5. Limitations du projet**

La principale limitation de ce projet de recherche est le manque de temps, perçu presque à toutes les étapes du travail. En effet, n'ayant qu'une vingtaine de semaines à disposition pour aboutir au but fixé, un planning de travail a dû être esquissé et respecté.

Suite à une intense revue de la littérature, la création des questionnaires d'interviews a eu lieu, certainement trop rapidement. En effet, après coup il a été facile de se rendre compte de la non-homogénéité de certaines questions.

La mise en place des 16 entretiens a demandé une certaine organisation au sein du personnel puisque ces derniers duraient entre 15 et 25 minutes selon l'investissement des personnes interrogées.

De plus, ces entretiens, ayant été réalisés pour développer l'outil, ont rapidement été analysés. C'est pourquoi la méthode du verbatim n'a pas été utilisée pour leur retranscription. Les interviews ayant eu lieu début septembre, toutes les personnes visées n'ont pas pu être interrogées. C'est notamment le cas pour les pharmaciens et professionnels de santé malheureusement pas disponibles durant la période prévue.

Concernant la création de la Bdd et sa phase pilote, le manque de temps destiné à l'appropriation de l'outil justifie certaines abstentions dans les questions ouvertes de l'ES ainsi que des bugs relevés dans la chronologie des saisies quotidiennes.

Quant à la base de données Access®, bien que son accès ait été restreint à certains membres du personnel, un connaisseur du logiciel aurait eu la possibilité d'accéder aux tables et de modifier des champs s'il le voulait. Autrement dit, un manque de sécurité non pas des données patients mais plutôt de l'outil lui-même est à noter.

L'aide amenée par le service informatique a fait en sorte que l'expression des besoins puissent être réalisée dans le temps limité mais le manque d'ergonomie reproché à la Bdd dans l'ES s'explique aussi à cause de cela.

Bien que les idées du contenu de l'outil aient été discutées à maintes reprises au début du projet avec les co-investigateurs, pour certaines d'entre elles (bien qu'elles aient été mentionnées), il a été décidé de ne pas les mettre en place à la vue du temps imparti. C'est notamment le cas pour les sorties d'hôpital de patients. Aucun historique n'a été prévu et avec le manque d'ergonomie discuté avec certains collaborateurs, les 2 patients sortis durant la phase pilote ont été supprimés de la Bdd sur demandes, générant ainsi une perte de données patients au sein de SCPD-PharmaSuivi.

Il en est de même pour la traçabilité interprofessionnelle : il n'est pas possible de relier toutes les informations saisies au login de l'utilisateur les ayant inscrites. Sur cette même thématique, il serait préférable que l'on ne puisse pas modifier ce qui a été saisi, mais de pouvoir faire des corrections signées et visibles par tous ou de mettre à jour les informations.

Il est indéniable que l'implémentation de la phase pilote de SCPD-PharmaSuivi au sein de la routine des soignants et médecins a représenté pour ces derniers un travail supplémentaire conséquent et demandant une certaine automatisation. Bien que toutes les facettes de cet instrument n'aient pas pu être découvertes ou encore utilisées par faute de temps, des données de patients ont été insérées. Cependant, le but du travail n'étant pas d'analyser le contenu de l'outil, mais plutôt d'obtenir les avis des collaborateurs face à son utilisation, il n'est pas possible de savoir si tous les onglets ont été exploités.

Le diagramme de flux et l'instruction de travail ayant été rédigé parallèlement au développement de la Bdd et leurs versions finales mises en place au sein d'un dossier sécurisé le même jour, ces documents n'ont pas pu être lus en avance par le personnel médico-infirmier si tel était le souhait. Toutefois, les deux documents ont été présentés lors de la formation et ont permis une clarification exprimée par l'assemblée.

Des limitations sont également perceptibles en ce qui concerne l'enquête de satisfaction. Les réponses aux questions ouvertes n'ont pas toujours été rédigées clairement, ce qui explique parfois le fait que certaines d'entre elles n'aient pas été prises en compte pour éviter l'interprétation des dires. Les échelles choisies pour coter les niveaux de satisfaction et d'utilité (allant de 0 à 3) ont pu paraître subjectives pour certains participants et fausser leur jugement dans les réponses. Selon les collaborateurs, il est possible que l'intérêt porté face à ce projet diverge et influence ainsi les réponses.

Le fait que cette ES ait été mise en place début novembre, soit durant le changement des médecins et les vacances scolaires, représente une autre limitation.

Outre les taux de participation limités (*cf. tableau 3*), la population d'étude initiale est mince. Un échantillonnage de cette ampleur ne permet pas l'obtention de résultats significatifs après l'emploi de statistiques plus poussées que des pourcentages.

Une hétérogénéité des participants dans les deux méthodes de recueil employées est également perçue. Cela est valable en termes de nombre, mais également en termes de corps médical. Plusieurs personnes n'ayant pas pu être interviewées ont néanmoins pu s'exprimer à travers l'enquête de satisfaction.

Ce travail de recherche s'étant déroulé au sein de deux unités de soins seulement (dont une seule active lors de la phase pilote) et avec la précédente description de l'échantillon, il est impossible d'extrapoler les résultats de cette étude à toutes les équipes médicales en charge du suivi des SCPD de patients déments, que ça soit au niveau fédéral ou à échelle supérieure. Il en est de même pour l'utilisation de l'outil SCPD-PharmaSuivi, qui n'est pour l'heure, pas optimal.

## 5. Conclusion et perspectives

D'après la majorité des participants de l'enquête de satisfaction, l'outil SCPD-PharmaSuivi répond d'une part aux besoins exprimés lors des entretiens individuels et d'autre part aux buts et objectifs imposés par ce travail de recherche.

Malgré le fait que des modifications doivent être apportées au développement de cette Bdd pour l'optimiser et que le taux de participants ne soit pas représentatif, le personnel médico-soignant imagine un futur pour cet instrument.

SCPD-PharmaSuivi est un outil qui a du potentiel et qui mériterait d'être optimisé selon tous les points discutés précédemment, qu'il s'agisse de l'ergonomie de cette Bdd, de sa sécurité, de l'instauration d'un historique, etc. Effectivement, la plus-value perçue par les collaborateurs s'explique très certainement par le fait que le suivi de ces patients ayant des symptômes fluctuants très fréquemment est loin d'être aisé.

Suite à ces modifications, une seconde phase pilote devrait être mise en place, mais cette fois, sur une plus longue période, englobant plus de personnel et de patients à gérer.

Le fait d'utiliser une période d'essai plus étendue permettrait aux utilisateurs de s'habituer à l'outil, de découvrir tous ses aspects et surtout, de développer une sorte d'automatisation avec le temps. Cela donnerait également l'opportunité d'obtenir du recul sur la manière de réaliser le suivi et de former plus de personnes qui seraient aptes à réaliser cette saisie.

Dans cette étude, seuls infirmiers, médecins et pharmaciens ont été conviés à la saisie de cet outil. En effet, les personnes choisies pour cet essai sont celles étant en charge des patients déments ayant des SCPD et ayant une régression sur la situation de suivi actuelle. Toutefois, il serait intéressant, une fois l'outil amélioré et testé à nouveau au SUPAA, de l'expérimenter par exemple dans d'autres hôpitaux universitaires de Suisse romande pour standardiser l'utilisation de cet instrument (toujours en phase pilote). Il est plus que probable que dans d'autres institutions le suivi se fasse différemment et que certains corps de métier ne travaillent pas avec cette population de patients ou, au contraire, que des aides-soignants par exemple (exclus de ce projet) y soient confrontés au quotidien. Cela nécessiterait de nouvelles formations du personnel au sein des autres établissements et l'instauration de recommandations avant son utilisation en routine (de même lors des changements de personnel médical). Il faudrait également insister sur les 3 requêtes développées qui n'ont malheureusement pas toutes été pleinement exploitées dans cette étude. Une telle mise en place permettrait l'obtention d'avantage d'avis d'experts.

Étant donné qu'il n'existe pas vraiment de consensus quant au suivi de tels patients, une mise en place de cette stratégie en routine permettrait une meilleure standardisation.

En effet, tous les établissements n'utilisent probablement pas cette liste de médicaments, ces EI (UKU, MOSES) ou encore ces SCPD intitulés tels quels (NPI). La Bdd pourrait ainsi être adaptée aux besoins des différents centres qui voudraient l'utiliser.

Les aides complémentaires développées (logigramme et mode d'emploi) définies comme utiles par la majorité des collaborateurs de l'étude seraient également mises à disposition.

Une insertion dans Soarian pour éviter toutes redondances au niveau des informations concernant le suivi patient est inévitable si cet outil est mené à être réutilisé post-optimisation. Cette inclusion dans le logiciel du CHUV consisterait en la reprise de SCPD-PharmaSuivi dans un nouvel onglet « SCPD » de Soarian par exemple, reprenant ainsi tous les champs développés et/ou modifiés.

## 6. Bibliographie

1. American psychiatric association. DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Quatrième édition. Paris: MASSON SA; 1996.
2. La démence [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. Ames D, Burns A, O'Brien J. Dementia. Fourth edition. Hodder Arnold; 2010.
4. American psychiatric association. DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. American psychiatric publishing; 2013.
5. Schulz P. Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et le CIM-10. Vol. III. Bruxelles: deboeck supérieur; 2016. 1395 p.
6. Husain M, M.Schott J. Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia. Oxford university press. Grande Bretagne: Christopher Kennard; 2016. 481 p.
7. OFSP O fédéral de la santé publique. Stratégie nationale en matière de démences 2014-2019 [Internet]. [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie.html>
8. Monsch, Büla, Hermelink, Kressig, Martensson, Mosimann, et al. Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement des patients atteints de démence en Suisse. Praxis. sept 2012;101(19):1240-51.
9. Feldman HH, Jacova C, Robillard A, Garcia A, Chow T, Borrie M, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. Canadian Medical Association Journal. 25 mars 2008;178(7):825-36.
10. Morris JC. Clinical Dementia Rating: A Reliable and Valid Diagnostic and Staging Measure for Dementia of the Alzheimer Type. Int Psychogeriatr. déc 1997;9(S1):173-6.
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". Journal of Psychiatric Research. nov 1975;12(3):189-98.
12. McDowell I. Measuring health : a guide to rating scales and questionnaires. Third edition. New York, NY: Oxford university press; 2006.
13. CNFS. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-etat-cognitif/montreal-cognitive-assessment-moca>
14. Chen P, Goedert KM. Clock drawing in spatial neglect: A comprehensive analysis of clock perimeter, placement, and accuracy: Clock drawing in spatial neglect. Journal of Neuropsychology. sept 2012;6(2):270-89.
15. The International Psychogeriatric Association (IPA). The IPA Complete Guide to BPSD - Specialists Guide [Internet]. The International Psychogeriatric Association (IPA); 2012. Disponible sur: <https://www.ipa-online.org/publications/guides-to-bpsd>
16. Tible OP, Riese F, Savaskan E, von Gunten A. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. Ther Adv Neurol Disord. août 2017;10(8):297-309.

17. Verdelho A, Gonçalves-Pereira M, éditeurs. Neuropsychiatric Symptoms of Cognitive Impairment and Dementia. Cham: Springer International Publishing; 2017. (Neuropsychiatric Symptoms of Neurological Disease).
18. Cummings JL, Kaufer D. npiTEST The Neuropsychiatric Inventory Questionnaire: Background and Administration. Cummings, Jeffrey.L; 1994.
19. Kaufer, Daniell, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, et al. Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000;233-9.
20. de Oliveira AM, Radanovic M, de Mello PCH, Buchain PC, Vizzotto ADB, Celestino DL, et al. Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. Biomed Res Int. 2015;2015.
21. Savaskan E, Bopp-Kistler I, Buerge M, Fischlin R, Georgescu D, Giardini U, et al. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). Praxis. janv 2014;103(3):135-48.
22. Association Alzheimer Suisse. Alzheimer et autres formes de démence : Diagnostic, traitement, prise en charge. Association Alzheimer Suisse; 2014.
23. Masopust J, Protopopová D, Vališ M, Pavelek Z, Klímová B. Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementias with psychopharmaceuticals: a review. Neuropsychiatric Disease and Treatment. mai 2018;Volume 14:1211-20.
24. Birks J. Les inhibiteurs de la cholinestérase (ICh), donépézil, galantamine et rivastigmine sont efficaces dans la maladie d'Alzheimer légère à modérée [Internet]. 2012 [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: /fr/CD005593/les-inhibiteurs-de-la-cholinesterase-ich-donepezil-galantamine-et-rivastigmine-sont-efficaces-dans-la-maladie-dalzheimer-legere-a-moderee
25. Birks J, Harvey R. Le donépézil pour les personnes atteintes de démence due à la maladie d'Alzheimer [Internet]. 2018 [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: /fr/CD001190/le-donepezil-pour-les-personnes-atteintes-de-demence-due-la-maladie-dalzheimer
26. McShane R, Westby MJ, Roberts E, Minakaran N, Schneider L, Farrimond LE, et al. Memantine for dementia. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. 20 mars 2019;
27. Compendium [Internet]. [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: <https://compendium.ch/product/1281747-memantine-sandoz-emb-d-7x5-7x10-7x15-7x20mg/MPro#Mpro7100>
28. Wetzels RB, Zuidema SU, de Jonghe JFM, Verhey FRJ, Koopmans RTCM. Prescribing pattern of psychotropic drugs in nursing home residents with dementia. Int Psychogeriatr. oct 2011;23(8):1249-59.
29. Ballard CG, Waite J, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. 25 janv 2006;
30. Gareri P, De Fazio P, Manfredi VGL, De Sarro G. Use and Safety of Antipsychotics in Behavioral Disorders in Elderly People With Dementia: Journal of Clinical Psychopharmacology. févr 2014;34(1):109-23.

31. Dudas R, Malouf R, McCleery J, Dening T. Antidepressants for treating depression in dementia. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. 31 août 2018;
32. Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. 16 févr 2011;
33. Brown R, Howard R, Candy B, Sampson EL. Opioids for agitation in dementia. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. 14 mai 2015;
34. Bazire S. Psychotropic drug directory 2014 : The professionals pocket handbook and aide memoire. UK: Lloyd-Reinhold Communication; 2014.
35. van Strien AM, Keijsers CJ, Derijks HJ, van Marum RJ. Rating scales to measure side effects of antipsychotic medication: A systematic review. *J Psychopharmacol.* août 2015;29(8):857-66.
36. Stomski NJ, Morrison P, Meyer A. Antipsychotic medication side effect assessment tools: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* mai 2016;50(5):399-409.
37. Day JC, Wood G, Dewey M, Bentall RP. A Self-Rating Scale for Measuring Neuroleptic Side-Effects Validation in a Group of Schizophrenic Patients. :4.
38. Ohlsen R, Williamson R, Yusufi B, Mullan J, Irving D, Mukherjee S, et al. Interrater reliability of the Antipsychotic Non-Neurological Side-Effects Rating Scale measured in patients treated with clozapine. *J Psychopharmacol.* mai 2008;22(3):323-9.
39. Dott SG, Weiden P, Hopwood P, Awad AG, Hellewell JSE, Knesevich J, et al. An Innovative Approach to Clinical Communication in Schizophrenia: The Approaches to Schizophrenia Communication Checklists. *CNS spectr.* nov 2001;6(4):333-8.
40. Waddell L, Taylor M. A new self-rating scale for detecting atypical or second-generation antipsychotic side effects. *J Psychopharmacol.* mai 2008;22(3):238-43.
41. Haddad PM, Fleischhacker WW, Peuskens J, Cavallaro R, Lean ME, Morozova M, et al. SMARTS (Systematic Monitoring of Adverse events Related to TreatmentS): The development of a pragmatic patient-completed checklist to assess antipsychotic drug side effects. *Therapeutic Advances in.* févr 2014;4(1):15-21.
42. Lingjaerde O, Ahfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale , A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta psychiatrica scandinavica.* 1987;76(334).
43. Kalachnik JE. Measuring side effects of psychopharmacologic medication in individuals with mental retardation and developmental disabilities. *MRDD Research Reviews.* 1999;12.
44. van der Linde RM, Stephan BCM, Dening T, Brayne C. Instruments to measure behavioural and psychological symptoms of dementia: BPSD instruments. *Int J Methods Psychiatr Res.* mars 2014;23(1):69-98.

45. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1 déc 1994;44(12):2308-2308.
46. Reisberg B, Auer SR, Monteiro IM. Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD) Rating Scale. *Int Psychogeriatr*. mai 1997;8(S3):301-8.
47. Tractenberg RE, Patterson M, Teri L, Grundman M, Thomas RG, Thal LJ. Prevalence of Symptoms on the CERAD Behavior Rating Scale for Dementia in Normal Elderly Subjects and Alzheimer's Disease Patients. *JAMA*. 2000;472-9.
48. Mack JL, Patterson MB, Tariot PN. Behavior Rating Scale for Dementia: Development of Test Scales and Presentation of Data for 555 Individuals with Alzheimer's Disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. déc 1999;12(4):211-23.
49. Cohen-Mansfield J. Instruction manual for the Cohen-Mansfield's Agitation Inventory (CMAI). The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington. 1991;37.
50. De Ketele J-M, Roegiers X. *Méthodologie du recueil d'information : Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents*. 4ème édition. De Boeck; 2009. 204 p.
51. Brinkmann S, Kvale S. *Interviews : Learning the craft of qualitative research interviewing*. Third edition. Los Angeles ; London ; New Dehli ; Singapore ; Washington DC: Sage; 2015.
52. Silverman D. *Interpreting qualitative data*. 5ème édition. Sage; 2014.
53. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough ? An experiment with data saturation and variability. *Sage*. 2006;59-82.
54. Robinson Olivier C. *Sampling in interview-based qualitative research : a theoretical and practical guide*. *Qualitative research in psychology*. Routledge Taylor & Francis Group. 2014;25-41.
55. Sommers PA. *Consumer satisfaction in medical practice*. Binghamton, NY: The Haworth Press; 1999.

## 7. Annexes

<i>Annexe 1</i>	<i>Grille MOSES Version CHUV</i>	<i>p. 44-45</i>
<i>Annexe 2</i>	<i>Modèle des questionnaires pour les interviews des infirmiers de Glycine</i>	<i>p. 46</i>
<i>Annexe 3</i>	<i>Modèle des questionnaires pour les infirmiers de Lilas</i>	<i>p. 47</i>
<i>Annexe 4</i>	<i>Modèle des questionnaires pour les médecins cadres</i>	<i>p. 48</i>
<i>Annexe 5</i>	<i>Modèle des questionnaires pour les médecins CDC de Glycine</i>	<i>p. 49</i>
<i>Annexe 6</i>	<i>Modèle des questionnaires pour les médecins CDC de Lilas</i>	<i>p. 50</i>
<i>Annexe 7</i>	<i>Modèle des questionnaires pour les médecins assistants</i>	<i>p. 51</i>
<i>Annexe 8</i>	<i>Listes résumées des questions posées pour infirmiers et médecins</i>	<i>p. 52-54</i>
<i>Annexe 9</i>	<i>Outil SCPD-PharmaSuivi</i>	<i>p. 55-60</i>
<i>Annexe 10</i>	<i>Médicaments introduits dans SCPD-PharmaSuivi</i>	<i>p. 61-63</i>
<i>Annexe 11</i>	<i>Effets indésirables introduits dans SCPD-PharmaSuivi</i>	<i>p. 64</i>
<i>Annexe 12</i>	<i>Requête « Graphique montrant l'évolution des SCPD »</i>	<i>p. 65</i>
<i>Annexe 13</i>	<i>Requête « Effets indésirables et prescriptions »</i>	<i>p. 66</i>
<i>Annexe 14</i>	<i>Requête « Résumé »</i>	<i>p. 67</i>
<i>Annexe 15</i>	<i>Instruction de travail (ou mode d'emploi)</i>	<i>p. 68-78</i>
<i>Annexe 16</i>	<i>Logigramme (ou diagramme de flux)</i>	<i>p. 79-80</i>
<i>Annexe 17</i>	<i>Contenu de l'enquête de satisfaction</i>	<i>p. 81-83</i>
<i>Annexe 18</i>	<i>Illustrations de l'enquête de satisfaction</i>	<i>p. 84-87</i>
<i>Annexe 19</i>	<i>Résultats brut des interviews des infirmiers</i>	<i>p. 88-101</i>
<i>Annexe 20</i>	<i>Résultats bruts des interviews des médecins</i>	<i>p. 102-113</i>
<i>Annexe 21</i>	<i>Analyses des questions fermées des interviews des infirmiers</i>	<i>p. 114-116</i>
<i>Annexe 22</i>	<i>Analyses des questions fermées des interviews des médecins</i>	<i>p. 117-121</i>
<i>Annexe 23</i>	<i>Analyses des questions ouvertes des interviews des infirmiers</i>	<i>p. 122</i>
<i>Annexe 24</i>	<i>Analyses des questions ouvertes des interviews des médecins</i>	<i>p. 123-124</i>
<i>Annexe 25</i>	<i>Comparaison des réponses infirmiers / médecins aux questions à présenter dans la partie résultats</i>	<i>p. 125-126</i>
<i>Annexe 26</i>	<i>Choix des questions à présenter dans la partie « résultats »</i>	<i>p. 127</i>
<i>Annexe 27</i>	<i>Résultats concernant l'enquête de satisfaction</i>	<i>p. 128-132</i>

**Annexe 1 : Grille MOSES version CHUV**



SUPAA – Service Universitaire de  
Psychiatrie de l'Age Avancé

**Surveillance des Effets Secondaires**

Monitoring Of Side Effects Scale (MOSES)

*Etiquette patient*

Date : .....

Les items en gras sont habituellement observables  
Les autres sont signalés par le patient, l'équipe ou par des résultats d'exams

0=absent                      1=Minimal (un peu)                      2=Léger (parfois)  
3=Modéré (souvent)      4=Sévère (tout le temps)              NE=Non Evalué

**Type d'examen**  
 Admission  
 Début de traitement  
 Augmentation de dose  
 Réévaluation hebdomadaire

	0	1	2	3	4	NE		0	1	2	3	4	NE		0	1	2	3	4	NE
<b>Oreilles/Yeux/Tête</b>							<b>Musculaire/Neurologique</b>							<b>Urinaire/Génital</b>						
1. Clignement des yeux : Diminué.....	<input type="checkbox"/>	31. Diminution du ballant des bras.....	<input type="checkbox"/>	61. Menstruations : absentes/irrégulières.....	<input type="checkbox"/>															
2. Yeux : Mouvements rapides verticaux/horizontaux.....	<input type="checkbox"/>	32. Contorsions/ Nuque/ Dos arqué.....	<input type="checkbox"/>	62. Activité sexuelle diminuée.....	<input type="checkbox"/>															
3. Yeux : révilés.....	<input type="checkbox"/>	33. Démarche déséquilibrée/instable	<input type="checkbox"/>	63. Activité sexuelle augmentée.....	<input type="checkbox"/>															
4. Visage : Inexpressif/ Masque.....	<input type="checkbox"/>	34. Démarche traînante...	<input type="checkbox"/>	64. Erection continue/priapisme.....	<input type="checkbox"/>															
5. Tics/grimaces.....	<input type="checkbox"/>	35. Saccades/secousses des membres.....	<input type="checkbox"/>	65. Troubles de l'érection.....	<input type="checkbox"/>															
6. Vision floue/double.....	<input type="checkbox"/>	36. Mouvements ralentis/pauvres.....	<input type="checkbox"/>	66. Troubles de l'éjaculation/Orgasme....	<input type="checkbox"/>															
7. Bourdonnements d'oreille.....	<input type="checkbox"/>	37. Mouvement d'émettement.....	<input type="checkbox"/>	67. Rétention urinaire.....	<input type="checkbox"/>															
8. Maux de tête.....	<input type="checkbox"/>	38. Impatience/Fait les cent pas/Ne peut pas rester assis.....	<input type="checkbox"/>	68. Miction diminuée.....	<input type="checkbox"/>															
<b>Bouche</b>							39. Rigidité/Plaintes de douleurs musculaires ou courbatures.....	<input type="checkbox"/>	69. Miction difficile/ douloureuse.....	<input type="checkbox"/>										
9. Sialorrhée.....	<input type="checkbox"/>	40. Tremor/tremblement	<input type="checkbox"/>	70. Incontinence urinaire/énurésie nocturne.....	<input type="checkbox"/>															
10. Bouche sèche.....	<input type="checkbox"/>	41. Agitation/ nervosité/ réactions de sursaut....	<input type="checkbox"/>	71. Miction augmentée.....	<input type="checkbox"/>															
11. Inflammation des gencives.....	<input type="checkbox"/>	42. Syncopes/Vertiges/ en position debout...	<input type="checkbox"/>	<b>Psychologique</b>																
12. Mouvements de la bouche/langue.....	<input type="checkbox"/>	43. Crises d'épilepsie (augmentées).....	<input type="checkbox"/>	72. Agitation.....	<input type="checkbox"/>															
13. Discours : dysarthrie/ difficile/ralenti.....	<input type="checkbox"/>	44. Picotements/ engourdissement.....	<input type="checkbox"/>	73. Confusion.....	<input type="checkbox"/>															
<b>Nez/Gorge/Poitrine</b>							45. Faiblesse/Fatigue.....	<input type="checkbox"/>	74. Pleurs/sentiments de tristesse.....	<input type="checkbox"/>										
14. Seins : écoulement mammaire.....	<input type="checkbox"/>	<b>Peau</b>							75. Somnolence/ léthargie/sédation.....	<input type="checkbox"/>										
15. Seins : gonflement.....	<input type="checkbox"/>	46. Acné.....	<input type="checkbox"/>	76. Irritabilité.....	<input type="checkbox"/>															
16. Respiration difficile.....	<input type="checkbox"/>	47. Echymoses faciles/ prononcées.....	<input type="checkbox"/>	77. Retrait.....	<input type="checkbox"/>															
17. Congestion nasale/écoulement.....	<input type="checkbox"/>	48. Couleur : bleue/froid	<input type="checkbox"/>	78. Troubles de l'attention/concentration..	<input type="checkbox"/>															
18. Mal de gorge/rougeur.....	<input type="checkbox"/>	49. Couleur : rougissement/chaleur au toucher.....	<input type="checkbox"/>	79. Sensation de « gueule de bois » matinale.....	<input type="checkbox"/>															
19. Trouble de la déglutition..	<input type="checkbox"/>	50. Couleur : pâle.....	<input type="checkbox"/>	80. Cauchemars/rêves d'apparence réelle.....	<input type="checkbox"/>															
<b>Gastrointestinal</b>							51. Couleur : photosensibilité/coups de soleil.....	<input type="checkbox"/>	81. Hallucinations/illusions....	<input type="checkbox"/>										
20. Douleur abdominale.....	<input type="checkbox"/>	52. Couleur : jaune.....	<input type="checkbox"/>	82. Hypersomnie.....	<input type="checkbox"/>															
21. Augmentation de l'appétit.....	<input type="checkbox"/>	53. Sèche/démangeaisons	<input type="checkbox"/>	83. Insomnie.....	<input type="checkbox"/>															
22. Diminution de l'appétit.....	<input type="checkbox"/>	54. Œdème.....	<input type="checkbox"/>																	
23. Constipation.....	<input type="checkbox"/>	55. Cheveux:croissance anormale.....	<input type="checkbox"/>	TA	T°C															
24. Diarrhée.....	<input type="checkbox"/>	56. Cheveux : pertes.....	<input type="checkbox"/>	Pouls	Poids															
25. Flatulences.....	<input type="checkbox"/>	57. Eruptions/urticaire....	<input type="checkbox"/>																	
26. Nausées/vomissements...	<input type="checkbox"/>	58. Sudation : augmentée	<input type="checkbox"/>																	
27. Dysgueusie (changement du goût/goût anormal).....	<input type="checkbox"/>	59. Sudation : diminuée	<input type="checkbox"/>																	
28. Soif augmentée.....	<input type="checkbox"/>	60. Frissons.....	<input type="checkbox"/>																	
29. Perte de poids.....	<input type="checkbox"/>																			
30. Prise de poids.....	<input type="checkbox"/>																			
Autres/commentaires : .....																				





SUPAA – Service Universitaire de  
Psychiatrie de l'Age Avancé

<p><b>Modifications récentes de traitement</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><b>Evaluation du chef de clinique</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'action nécessaire</p> <p><input type="checkbox"/> Prescription supplémentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Réduction de dose</p> <p><input type="checkbox"/> Changement de molécule</p> <p><input type="checkbox"/> Arrêt d'une molécule</p> <p><input type="checkbox"/> Mise en suspens d'une molécule</p> <p><input type="checkbox"/> Analyses de laboratoire ou examens complémentaires</p> <p>COMMENTAIRES : .....</p> <p>.....</p> <p>Date : ..... Signature : .....</p>	<p><b>Evaluation du pharmacien/pharmacologue</b></p> <p><b>Médicament suspecté</b> : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Effet secondaire certain</p> <p><input type="checkbox"/> Effet secondaire probable</p> <p><input type="checkbox"/> Effet secondaire possible</p> <p><input type="checkbox"/> Effet secondaire peu probable</p> <p><input type="checkbox"/> Non évaluable</p> <p>COMMENTAIRES : .....</p> <p>.....</p> <p>Date : ..... Signature : .....</p>
<p><b>Instructions :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Expliquer les motifs de l'examen. Observer et examiner le patient de 5 à 15 minutes dans un endroit tranquille.</li> <li>Adapter l'examen clinique aux items. Par exemple, fléchir le bras pour tester la rigidité, ouvrir la bouche pour examiner la gorge et la salive, observer le ballant des bras pendant la marche, etc. Si l'individu parle, poser les questions adéquates. Se renseigner auprès de l'équipe pour les items que vous ne pouvez pas observer pendant l'examen (appétit, sommeil, en particulier chez les individus qui ne parlent pas).</li> <li>Si un signe ou symptôme est présent, il doit être coté. Cela ne signifie pas qu'une manifestation clinique est un effet secondaire. S'il y a une raison pour expliquer cette manifestation, la préciser en bas de page. Par exemple, si un trémor sévère est relevé, mais qu'il fait partie d'une maladie de Parkinson.</li> <li>Remettre l'échelle MOSES au chef de clinique pour analyse et signature. En cas de doute ou de suspicion d'effet secondaire, contacter immédiatement le chef de clinique.</li> <li>Le chef de clinique analyse l'échelle MOSES, détermine s'il faut intervenir et de quelle manière, puis signe le formulaire.</li> <li>Si un effet secondaire est suspecté, le chef de clinique transmet l'échelle au pharmacien/pharmacologue.</li> <li>Mettre l'échelle MOSES signée dans le dossier du patient.</li> </ol>	<p><b>Cotation</b></p> <p><b>0 = ABSENT</b> : Non observé, ou, si observé, dans des proportions normales.</p> <p><b>1 = MINIMAL</b> : Difficile à détecter ou facile à détecter mais ne survenant qu'une ou deux fois de façon brève et peu intense (« un peu »). Le patient ne se plaint pas et ne fait pas spontanément de commentaires au sujet de l'item. Peut être incertain si l'item se situe dans les limites de la normalité.</p> <p><b>2 = LEGER</b> : Peu fréquent et facile à détecter (« parfois ») ou constituant une gêne pour le patient. L'item ne perturbe pas le fonctionnement normal du patient avant la mise en place du traitement et ne provoque pas de désagrément majeur, mais peut évoluer vers une aggravation ou d'autres difficultés s'il est ignoré.</p> <p><b>3 = MODERE</b> : Fréquent et facile à détecter (« souvent »), ou à l'origine d'une certaine altération du fonctionnement. Bien que ne constituant pas un danger pour la santé du patient, l'item est désagréable ou embarrassant pour le patient.</p> <p><b>4 = SEVERE</b> : Presque continu, intense et facile à détecter (« tout le temps ») ou provoquant une altération significative du fonctionnement ou un handicap. L'item constitue danger réel pour la santé ou le bien-être.</p> <p><b>NE = NON EVALUE</b></p>
<p><b>Sous-échelles</b></p> <p>Anticholinergique : items 6, 10, 23, 49, 67, 68, 73</p> <p>Dyskinésies : items 5, 12, 35</p> <p>Symptômes extrapyramidaux : items 1, 3, 4, 9, 31, 32, 34, 36 à 41</p> <p>Signalement à la pharmacovigilance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	



## Annexe 2 : Modèle des questionnaires pour les interviews des infirmiers de Glycine

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION INFIRMIER GLYCINE

Interview numéro :

Enregistrement (oui / non) :

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ?
- 2) Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?
- 3) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?
- 4) NPI :
  - 4.1 Connaissez-vous le NPI ?
  - 4.2 Le NPI est-il utilisé ?
  - 4.3 A quelle fréquence est-il utilisé ?
- 5) Grille MOSES :
  - 5.1 Connaissez-vous la grille MOSES ?
  - 5.2 Utilisez-vous cette grille ?
  - 5.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ?
  - 5.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?
  - 5.5 Est-ce que cet outil vous permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ?  
(Autrement dit, est-elle assez complète ?)
- 6) Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?
- 7) Utilisez-vous d'autres outils ?
- 8) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?
- 9) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?
- 10) Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ?
- 11) Nouvel outil :
  - 11.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?
  - 11.2 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?
  - 11.3 Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ?
  - 11.4 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ?
- 12) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :
  - 12.1 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?
  - 12.2 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?
- 13) Pensez-vous que vous rempliriez d'avantage ce questionnaire « 3 en 1 » ?
- 14) Pensez-vous que cette nouvelle implantation soit utile ?

Remarques / commentaires ?

**Annexe 3 : Modèle des questionnaires pour les infirmiers de Lilas**

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION INFIRMIER LILA

Interview numéro : Infirmier

Enregistrement (oui / non) :

- 1) Avez-vous des patients déments ayant des SCPD ?
- 2) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ?
- 3) Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?
- 4) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?
- 5) NPI :
  - 5.1 Connaissez-vous le NPI ?
  - 5.2 Le NPI est-il utilisé ?
  - 5.3 A quelle fréquence est-il utilisé ?
- 6) Grille MOSES :
  - 6.1 Connaissez-vous la grille MOSES ?
  - 6.2 Utilisez-vous cette grille ?
  - 6.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ?
  - 6.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?
  - 6.5 Est-ce que cet outil vous permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ? (Autrement dit, est-elle assez complète ?)
- 7) Utilisez-vous d'autres outils ?
- 8) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?
- 9) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?
- 10) Nouvel outil :
  - 10.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?
  - 10.2 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?
  - 10.3 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ?
  - 10.4 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ?
- 11) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :
  - 11.1 Quelle est la fréquence actuelle du remplissage de vos outils de suivi ?
  - 11.2 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?
  - 11.3 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?
- 12) Pensez-vous que vous rempliriez d'avantage ce questionnaire « 3 en 1 » ?
- 13) Pensez-vous que cette nouvelle implantation soit utile ?

Remarques / commentaires ?

## Annexe 4 : Modèle des questionnaires pour les médecins cadres

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION MÉDECINS

Interview numéro :

Enregistrement (oui / non) :

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?
  - 2) Réussissez-vous facilement à retrouver dans le dossier médical les antécédents de traitement contre tel ou tel SCPD, si cela a été bénéfique ou au contraire ayant occasionné des effets indésirables et si oui lesquels ?
  - 3) Seriez-vous intéressés qu'un outil permette de pouvoir répertorier et organiser ces données d'anamnèse médicamenteuse de manière informatique, rassemblés dans un onglet précis et retrouvable régulièrement ?
  - 4) Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?
  - 5) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?
  - 6) NPI :
    - 6.1 Connaissez-vous le NPI ?
    - 6.2 Le NPI est-il utilisé ?
    - 6.3 A quelle fréquence est-il utilisé ?
  - 7) Grille MOSES :
    - 7.1 Connaissez-vous la grille MOSES ?
    - 7.2 Cette grille est-elle utilisée au sein de votre unité ?
    - 7.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ?
    - 7.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?
    - 7.5 Est-ce que cet outil permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ? (Autrement dit, est-elle assez complète ?)
  - 8) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?
  - 9) Nouvel outil :
    - 9.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement ?
    - 9.2 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?
    - 9.3 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil comme MOSES qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ?
    - 9.4 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ?
  - 10) Concernant l'évaluation des SCPD :
    - 10.1 Quels SCPD évaluer ? (Les mêmes que le NPI ?)
  - 11) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :
    - 11.1 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?
    - 11.2 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?
- Remarques / commentaires ?

## Annexe 5 : Modèle des questionnaires pour les médecins CDC de Glycine

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION MEDECINS CDC Glycine

Interview numéro :

Enregistrement (oui / non) :

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?
- 2) Réussissez-vous facilement à retrouver dans le dossier médical les antécédents de traitement contre tel ou tel SCPD, si cela a été bénéfique ou au contraire ayant occasionné des effets indésirables et si oui lesquels ?
- 3) Seriez-vous intéressés qu'un outil permette de pouvoir répertorier et organiser ces données d'anamnèse médicamenteuse de manière informatique, rassemblées dans un onglet précis et retrouvable régulièrement ?
- 4) Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?
- 5) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?
- 6) NPI :
  - 6.1 Connaissez-vous le NPI ?
  - 6.2 Le NPI est-il utilisé ?
  - 6.3 A quelle fréquence est-il utilisé ?
- 7) Grille MOSES :
  - 7.1 Connaissez-vous la grille MOSES ?
  - 7.2 Cette grille est-elle utilisée au sein de votre unité ?
  - 7.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ?
  - 7.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?
- 8) Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?
- 9) En utilisez-vous d'autres ?
- 10) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?
- 11) Nouvel outil :
  - 11.1 Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?
  - 11.2 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement ?
  - 11.3 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?
  - 11.4 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil comme MOSES qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ?
  - 11.5 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ?
- 12) Concernant l'évaluation des SCPD :
  - 12.1 Quels SCPD évaluer ? (Les mêmes que le NPI ?)
- 13) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :
  - 13.1 La fréquence est hebdomadaire pour les temps cliniques, la jugez-vous pertinente ?
  - 13.2 Elle permet au moins d'être systématique, mais l'optimiserez-vous et si oui comment ?
  - 13.3 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?
  - 13.4 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

Remarques / commentaires ?

## Annexe 6 : Modèle des questionnaires pour les médecins CDC de Lilas

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION MÉDECINS CDC LILA

Interview numéro :

Enregistrement (oui / non) :

- 1) Avez-vous des patients déments ayant des SCPD ?
- 2) Comment se passe la prise en charge de ces patients lorsque vous en avez ?
- 3) Concernant les patients déments ayant des SCPD dans votre unité :
  - 3.1 Y-a-t-il un suivi de ces patients ?
  - 3.2 Avez-vous déjà réalisé un suivi de patient dément avec des SCPD ?
  - 3.3 Qui réalise le suivi ?

Si oui :

- 3.4 Comment est-il réalisé ?
- 3.5 Etes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?
- 3.6 Réussissez-vous facilement à retrouver dans le dossier médical les antécédents de traitement contre tel ou tel SCPD, si cela a été bénéfique ou au contraire ayant occasionné des effets indésirables et si oui lesquels ?
- 3.7 Seriez-vous intéressés si un outil permette de pouvoir répertorier et organiser ces données d'anamnèse médicamenteuse de manière informatique, rassemblés dans un onglet précis et retrouvable régulièrement ?
- 3.8 Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?
- 3.9 Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?
- 4) Vous sentez-vous concerné par des questions relatives aux patients déments ayant des SCPD ?
- 5) Auriez-vous besoin d'une aide pour effectuer un suivi de ces patients ?
- 6) NPI :
  - 6.1 Connaissez-vous le NPI ?
  - 6.2 Le NPI est-il utilisé ?
  - 6.3 A quelle fréquence est-il utilisé ?
- 7) Grille MOSES :
  - 7.1 Connaissez-vous la grille MOSES ?
  - 7.2 Cette grille est-elle utilisée au sein de votre unité ?
  - 7.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ?
  - 7.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?
- 8) Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?
- 9) Nouvel outil :
  - 9.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement ?
  - 9.2 Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?
  - 9.3 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?
  - 9.4 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil comme MOSES qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ?
  - 9.5 Que penseriez-vous d'inclure les ÉCA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ?
- 10) Concernant l'évaluation des SCPD :
  - 10.1 Quels SCPD évaluer ? (Les mêmes que le NPI ?)
- 11) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :
  - 11.1 Elle permet au moins d'être systématique, mais l'optimiserez-vous et si oui comment ?
  - 11.2 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?
  - 11.3 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

Remarques / commentaires ?

## Annexe 7 : Modèle des questionnaires pour les médecins assistants

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION MÉDECINS ASSISTANTS

Interview numéro :

Enregistrement (oui / non) :

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?
- 2) Réussissez-vous facilement à retrouver dans le dossier médical les antécédents de traitement contre tel ou tel SCPD, si cela a été bénéfique ou au contraire ayant occasionné des effets indésirables et si oui lesquels ?
- 3) Seriez-vous intéressés qu'un outil permette de pouvoir répertorier et organiser ces données d'anamnèse médicamenteuse de manière informatique, rassemblés dans un onglet précis et retrouvable régulièrement ?
- 4) Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?
- 5) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?
- 6) NPI :
  - 6.1 Connaissez-vous le NPI ?
  - 6.2 Le NPI est-il utilisé ?
  - 6.3 A quelle fréquence est-il utilisé ?
- 7) Grille MOSES :
  - 7.1 Connaissez-vous la grille MOSES ?
  - 7.2 Cette grille est-elle utilisée au sein de votre unité ?
  - 7.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ?
  - 7.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?
- 8) Actuellement validés par les chefs de clinique, pensez-vous que ces grilles pourraient aussi vous aider pour le suivi de SCPD, de leurs traitements et des effets indésirables ?
- 9) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?
- 10) Nouvel outil :
  - 10.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement ?
  - 10.2 Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?
  - 10.3 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?
  - 10.4 Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ?  
Si oui, à quelle fréquence, annuelle ?  
La voudriez-vous conjointe avec les infirmiers, pour avoir tout le même langage ?
  - 10.5 Dans les messages de vos lettres de sorties, avez-vous l'impression que vos prescriptions concernant les SCPD seront correctement réévaluées dans un temps relativement proche ?
  - 10.6 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil comme MOSES qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ?
  - 10.7 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ?
- 11) Concernant l'évaluation des SCPD :
  - 11.1 Quels SCPD évaluer ? (Les mêmes que le NPI ?)
- 12) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :
  - 12.1 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?
  - 12.2 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?
- 13) Que pensez-vous d'harmoniser et systématiser ce point afin qu'une réévaluation du traitement contre les SCPD soit faite par les médecins qui prennent le relais de vos prescriptions (médecin traitant à domicile ; médecin EM, etc.) ?
- 14) Auriez-vous besoin de la contribution systématique du pharmacien clinicien pour vous aider dans cette analyse, et si oui à quel niveau, sans qu'il se substitue à votre travail évidemment : confirmation du lien de certains effets indésirables et les traitements pharmacologiques ? Anamnèse médicamenteuse ? Autre ?

Remarques / commentaires ?

## **Annexe 8 : Listes résumées des questions posées pour infirmiers et médecins**

### **Liste des questions posées pour les infirmiers :**

#### **Ressenti sur la situation actuelle :**

- 1) Avez-vous des patients déments ayant des SCPD ?
- 2) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ?
- 3) Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?
- 4) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?

#### **Outils utilisés actuellement :**

1. NPI :
  - 1.1. Connaissez-vous le NPI ?
  - 1.2. Le NPI est-il utilisé ?
  - 1.3. A quelle fréquence est-il utilisé ?
2. Grille MOSES :
  - 2.1. Connaissez-vous la grille MOSES ?
  - 2.2. Utilisez-vous cette grille ?
  - 2.3. A quelle fréquence est-elle utilisée ?
  - 2.4. Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?
  - 2.5. Est-ce que cet outil vous permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ? (Autrement dit, est-elle assez complète ?)
3. Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?
4. Utilisez-vous d'autres outils ?
5. Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

#### **Concernant le suivi actuel :**

1. Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ?
2. Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?

#### **Concernant le nouvel outil en soi :**

1. Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?
2. S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?
3. Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ?
4. Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ?

#### **Concernant la fréquence de saisie du nouvel outil :**

1. Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?
2. Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?
3. Pensez-vous que vous rempliriez d'avantage ce questionnaire « 3 en 1 » ?
4. Pensez-vous que cette nouvelle implantation soit utile ?

Remarques / commentaires ?

**Liste des questions posées pour les médecins :****Situation actuelle :**

1. Avez-vous des patients déments ayant des SCPD ?
2. Comment se passe la prise en charge de ces patients lorsque vous en avez ?
3. Concernant les patients déments ayant des SCPD dans votre unité :
  - 3.1 Y a-t-il un suivi de ces patients ?
  - 3.2 Avez-vous déjà réalisé un suivi de patient dément avec des SCPD ?
  - 3.3 Qui réalise le suivi ?
  - 3.4 Comment est-il réalisé ?

**Ressenti sur la situation actuelle :**

1. Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?
2. Réussissez-vous facilement à retrouver dans le dossier médical les antécédents de traitement contre tel ou tel SCPD, si cela a été bénéfique ou au contraire ayant occasionné des effets indésirables et si oui lesquels ?
3. Seriez-vous intéressés qu'un outil permette de pouvoir répertorier et organiser ces données d'anamnèse médicamenteuse de manière informatique, rassemblés dans un onglet précis et retrouvable régulièrement ?
4. Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?
5. Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?
6. Vous sentez-vous concerné par des questions relatives aux patients déments ayant des SCPD ?
7. Auriez-vous besoin d'une aide pour effectuer un suivi de ces patients ?

**Outils utilisés actuellement :**

1. NPI :
  - 1.1 Connaissez-vous le NPI ?
  - 1.2 Le NPI est-il utilisé ?
  - 1.3 A quelle fréquence est-il utilisé ?
2. Grille MOSES :
  - 2.1 Connaissez-vous la grille MOSES ?
  - 2.2 Utilisez-vous cette grille ?
  - 2.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ?
  - 2.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?
3. Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?
4. Utilisez-vous d'autres outils ?
5. Actuellement validés par les chefs de clinique, pensez-vous que ces grilles pourraient aussi vous aider pour le suivi de SCPD, de leurs traitements et des effets indésirables ?
6. Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

**Concernant le suivi actuel :**

1. Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?
2. Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ?  
Si oui, à quelle fréquence, annuelle ?  
La voudriez-vous conjointe avec les infirmiers, pour avoir tout le même langage ?
3. Dans les messages de vos lettres de sorties, avez-vous l'impression que vos prescriptions concernant les SCPD seront correctement réévaluées dans un temps relativement proche ?
4. Que pensez-vous d'harmoniser et systématiser ce point afin qu'une réévaluation du traitement contre les SCPD soit faite par les médecins qui prennent le relais de vos prescriptions (médecin traitant à domicile ; médecin EM, etc.) ?

5. Auriez-vous besoin de la contribution systématique du pharmacien clinicien pour vous aider dans cette analyse, et si oui à quel niveau, sans qu'il se substitue à votre travail évidemment : confirmation du lien de certains effets indésirables et les traitements pharmacologiques ? Anamnèse médicamenteuse ? Autre ?

**Concernant le nouvel outil en soi :**

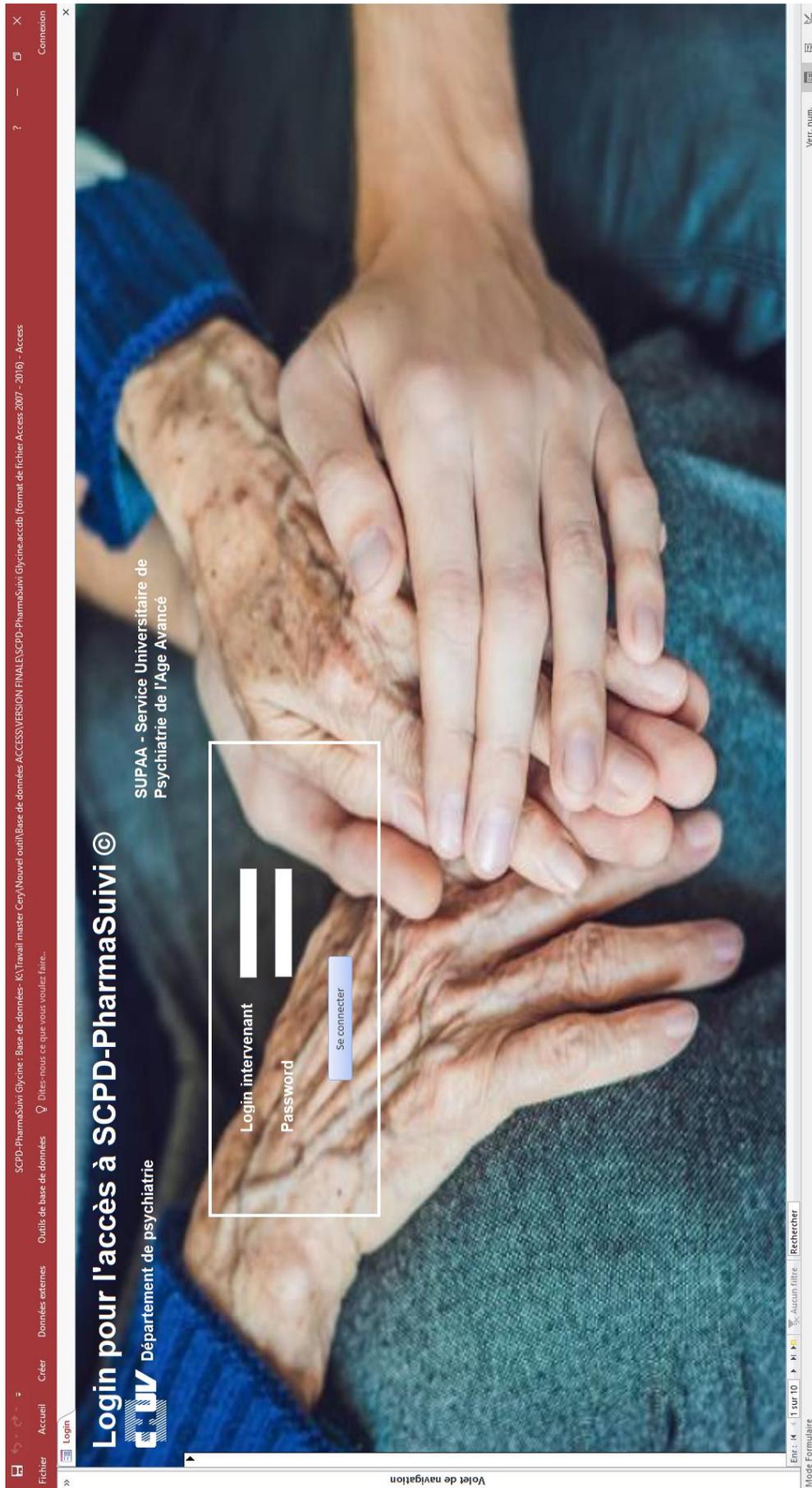
1. Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?
2. S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?
3. Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ?
4. Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ?
5. Quels SCPD évaluer ? (Les mêmes que le NPI ?)

**Concernant la fréquence de saisie du nouvel outil :**

1. Elle permet au moins d'être systématique, mais l'optimiseriez-vous et si oui comment ?
2. La fréquence est hebdomadaire pour les temps cliniques, la jugez-vous pertinente ?
3. Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?
4. Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

Remarques / commentaires ?

Annexe 9 : Outil SCPD-PharmaSuivi



The screenshot displays the SCPD-PharmaSuivi software interface. At the top, a navigation bar includes 'Fichier', 'Accueil', 'Créer', 'Données externes', 'Outils de base de données', and 'Dites-moi ce que vous voulez faire'. The main header shows 'SCPD-PharmaSuivi Glycine: Base de données- K:\Travail master Cery\Nouvel outil\Base de données- ACCESS\VERSION FINALE\SCPD-PharmaSuivi Glycine.acdb (format de fichier Access 2007-2010) - Access' and 'Communion'.

The interface is divided into several sections:

- Patient Information:** Fields for 'Numéro JPP', 'Nom du patient', 'Prénom patient', 'Date de naissance du patient', and 'Date d'admission du patient' (11.11.2019). Buttons for 'Effets indésirables et Prescriptions' and 'Résumé' are present.
- SCPD Intervention:** A table with columns 'Date' and 'Severite'. A button 'Graphique montrant l'évolution des SCPD' is located below the table.
- Prescription Anamnèse:** Fields for 'Médicament', 'Dose (mg) du médicament', 'Date de début de la prescription', and 'Date de fin de prescription'. A dropdown menu for 'Efficacité sur le(s) SCPD ?' is also included.
- Evaluation Médicale Evaluation Pharmaceutique:** A section for 'Commentaire(s)' and 'Date de décision' (11.11.2019).
- Intervenant:** A dropdown menu for selecting the 'Intervenant'.

Navigation and search controls are located at the bottom of the interface, including 'Enr.: 1 sur 1', 'Aucun filtre', and 'Rechercher' buttons.

Volet de navigation

SCPD-PharmaSuivi ©

qiv

SCPD Effets indésirables

Prescription

Médicament

Date de début de la prescription

Dose (mg) du médicament

Date de fin de prescription

Efficacité sur le(s) SCPD ?

Commentaire(s) sur l'efficacité

Pharmacovigilance

Validation iatrogène

Médicament(s) suspecté(s)

Proposition de décision

Commentaire(s)

Intervenant

Graphique montrant l'évolution des SCPD

Rechercher

Emr.: 14 | 11 sur 11

Médicament suspecté

The screenshot displays the SCPD-PharmaSuivi software interface. At the top, a navigation bar includes 'Fichier', 'Accueil', 'Créer', 'Données externes', 'Outils de base de données', and 'SCPD-PharmaSuivi Glycine: Base de données - K:\Travail master Cey\Nouvel outil\Base de données ACCESS\VERSION FINALE\SCPD-PharmaSuivi Glycine.accdb (format de fichier Access 2007 - 2019) - Access'. The main content area is divided into several sections:

- Patient Information:** Fields for 'Numéro jpp', 'Nom du patient', 'Prénom patient', 'Date de naissance du patient', and 'Date d'admission du patient' (11.11.2019). Buttons for 'Effets indésirables et Prescriptions' and 'Résumé' are present.
- SCPD Intervenant:** A table with columns for 'Date' and 'Severite'. A button 'Graphique montrant l'évolution des SCPD' is located below the table.
- Prescriptions:** Fields for 'Médicament', 'Dose (mg) du médicament', 'Date de début de la prescription', and 'Date de fin de prescription'. A 'Rechercher' button is at the bottom right.
- Anamnèse:** Fields for 'Date d'apparition du SCPD' and 'Date de disparition du SCPD'. A 'Rechercher' button is at the bottom right.

The interface also features a 'Volet de navigation' at the bottom and a 'Verr. num.' indicator at the top right.

The screenshot displays the SPCD-PharmaSuivi software interface. At the top, a navigation bar includes 'Fichier', 'Accueil', 'Créer', 'Données externes', 'Outils de base de données', and 'Patients'. The main header area contains the application name 'SCPD-PharmaSuivi ©' and the 'q.u.v.' logo. Below this, there are input fields for 'Numéro IPP', 'Date de naissance du patient', 'Nom du patient', 'Prénom patient', and 'Date d'admission du patient' (with the value '11.11.2019'). Buttons for 'Effets Indésirables et Prescriptions' and 'Résumé' are also visible.

The central part of the screen is divided into two main sections. The left section, titled 'Effet indésirable', features a table with columns for 'Date' and 'Severite'. Below the table is a search bar with 'Entr: K' and a 'Rechercher' button. The right section, titled 'Evaluation Médicale', contains several form fields: 'Date d'apparition', 'Validation iatrogénie', 'Médicament(s) suspecté(s)', 'Décision', 'Commentaire(s)', and 'Date de décision' (with the value '11.11.2019'). There are also dropdown menus for 'Intervenant' and 'Intervenant'. Search bars with 'Entr: K' and 'Rechercher' buttons are present at the bottom of both sections.

At the bottom of the window, a status bar shows 'Mode Formulaire' and 'Verr. num.'.



**Annexe 10 : Médicaments introduits dans SCPD-PharmaSuivi**

Acamprosate N07BB03	Clozapine N05AH02
Acétylsalicylique acide N02BA01	Codéine avec paracétamol N02AJ06
Acide hydroxybutyrique N07XX04	Codeine en association N02AA59
Agomélatine N06AX22	Cyproterone G03HA01
Almotriptan N02CC05	Dexmedetomidine N05CM18
Alprazolam N05BA12	Dexmethylphenidate N06BA11
Amantadine N04BB01	Diamorphine (diacétylmorphine, héroïne) N07BC06
Amifampridine N07XX05	Diazepam N05BA01
Amisulpride N05AL05	Dibenzepine N06AA08
Amitriptyline N06AA09	Dihydrocodeine N02AA08
Amitriptyline et psycholeptiques N06CA01	Dihydroergotamine N02CA01
Apomorphine N04BC07	Distigmine N07AA03
Aripiprazole N05AX12	Disulfiram N07BB01
Asénapine N05AH05	Donépézil N06DA02
Atomoxétine N06BA09	Doxepine N06AA12
Barbexaclone N03AA04	Droperidol N05AD08
Betahistine N07CA01	Duloxétine N06AX21
Bethanechol N07AB02	Eletriptan N02CC06
Biperidene N04AA02	Entacapone N04BX02
Brexiprazole N05AX16	Érénumab N02CX07
Brivaracétam N03AX23	Ergotamine en association avec des psycholeptiques N02CA72
Bromazepam N05BA08	Ergotamine en association sauf aux psycholeptiques N02CA52
Buprenorphine N02AE01	Escitalopram N06AB10
Buprenorphine N07BC01	Eslicarbazépine N03AF04
Bupropion N06AX12	Ethosuximide N03AD01
Buspirone N05BE01	Felbamate N03AX10
Cabergoline N04BC06	Fentanyl N02AB03
Cafeine N06BC01	Flunarizine N07CA03
Carbachol N07AB01	Flunitrazepam N05CD03
Carbamazépine N03AF01	Fluoxétine N06AB03
Carbasalate calcique N02BA15	Flupentixol N05AF01
Cariprazine N05AX15	Fluphenazine N05AB02
Chloral hydrate N05CC01	Flurazepam N05CD01
Chlorpromazine N05AA01	Fluvoxamine N06AB08
Chlorprothixene N05AF03	Frovatriptan N02CC07
Cinnarizine N07CA02	
Cinnarizine en association N07CA52	
Citalopram N06AB04	
Clobazam N05BA09	
Clomethiazole N05CM02	
Clomipramine N06AA04	
Clonazepam N03AE01	
Clorazepate potassique N05BA05	
Clotiapine N05AH06	

Gabapentine N03AX12  
Galantamine N06DA04  
Ginkgo biloba N06DX02  
Haloperidol N05AD01  
Hydromorphone N02AA03  
Hydroxyzine N05BB01  
Hypnotiques et sédatifs en association, barbituriques exclus N05CX  
Idebenone N06BX13  
Imipramine N06AA02  
Ketazolam N05BA10  
Lacosamide N03AX18  
Lamotrigine N03AX09  
Lévétiracetam N03AX14  
Levodopa et inhibiteur de la decarboxylase N04BA02  
Levodopa, inhibiteur de la decarboxylase et inhibiteur de la comt N04BA03  
Levomepromazine N05AA02  
Lévométhadone N07BC05  
Lisdexamfétamine N06BA12  
Lithium N05AN01  
Lorazepam N05BA06  
Lorazepam en association N05BA56  
Lormetazepam N05CD06  
Lurasidone N05AE05  
Maprotiline N06AA21  
Mélatonine N05CH01  
Melitracen et psycholeptiques N06CA02  
Mémantine N06DX01  
Meprobamate N05BC01  
Métamizole sodique N02BB02  
Methadone N07BC02  
Methylphenidate N06BA04  
Mianserine N06AX03  
Midazolam N05CD08  
Millepertuis N06AX25  
Mirtazapine N06AX11  
Moclobemide N06AG02  
Modafinil N06BA07  
Morphine N02AA01  
Nabiximols N02BG10  
Nalbufine N02AF02  
Nalméfène N07BB05  
Naltrexone N07BB04  
Nefopam N02BG06  
Neostigmine N07AA01  
Neostigmine en association N07AA51  
Nicotine N07BA01  
Nitrazepam N05CD02  
Nortriptyline N06AA10  
Olanzapine N05AH03  
Opi Pramol N06AA05  
Oxazepam N05BA04  
Oxcarbazépine N03AF02  
Oxitriptan N06AX01  
Oxycodone N02AA05  
Oxycodone, préparations composées N02AA55  
Palipéridone N05AX13  
Paracetamol N02BE01  
Paracetamol en association sauf aux psycholeptiques N02BE51  
Paroxétine N06AB05  
Penfluridol N05AG03  
Pérampanel N03AX22  
Pergolide N04BC02  
Pethidine N02AB02  
Phenobarbital N03AA02  
Phénytoïne N03AB02  
Pilocarpine N07AX01  
Pimozide N05AG02  
Pipamperone N05AD05  
Piracetam N06BX03  
Pizotifène N02CX01  
Pramipexole N04BC05  
Prazepam N05BA11  
Prégabaline N03AX16  
Primidone N03AA03  
Procyclidine N04AA04  
Promazine N05AA03  
Pyridostigmine N07AA02  
Quétiapine N05AH04  
Rasagiline N04BD02  
Reboxétine N06AX18  
Rétigabine N03AX21  
Riluzole N07XX02  
Risperidone N05AX08  
Rivastigmine N06DA03  
Rizatriptan N02CC04  
Ropinirole N04BC04  
Rotigotine N04BC09

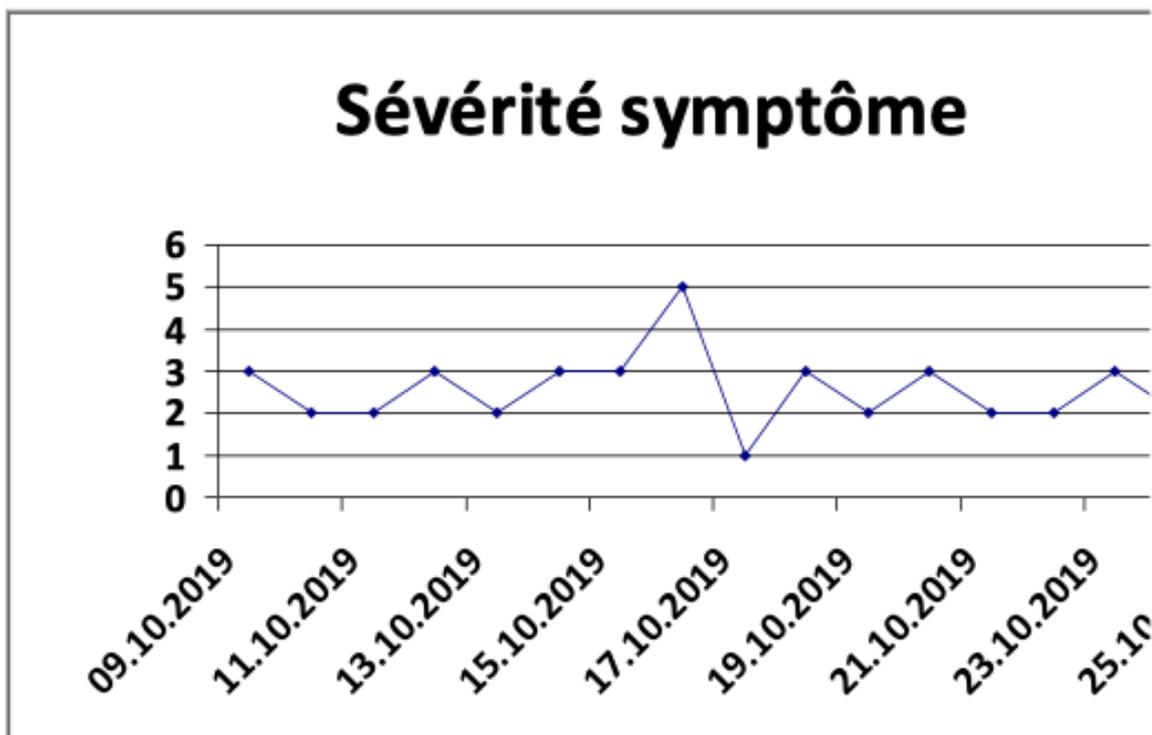
Rufinamide N03AF03	Vigabatrin N03AG04
Safinamide N04BD03	Vortioxétine N06AX26
Selegiline N04BD01	Zaleplon N05CF03
Sertindole N05AE03	Zolmitriptan N02CC03
Sertraline N06AB06	Zolpidem N05CF02
Stiripentol N03AX17	Zopiclone N05CF01
Sulpiride N05AL01	Zonisamide N03AX15
Sultiame N03AX03	Zuclophenthixol N05AF05
Sumatriptan N02CC01	
Tapentadol N02AX06	
Temazepam N05CD07	
Tétrabénazine N07XX06	
Thioridazine N05AC02	
Tiapride N05AL03	
Tilidine N02AX01	
Tolcapone N04BX01	
Topiramate N03AX11	
Tramadol N02AX02	
Tramadol avec paracétamol N02AJ13	
Trazodone N06AX05	
Triazolam N05CD05	
Trihexyphénidyle N04AA01	
Trimipramine N06AA06	
Valériane N05CM09	
Valproïque acide N03AG01	
Varénicline N07BA03	
Venlafaxine N06AX16	

**Annexe 11 : Effets indésirables introduits dans SCPD-PharmaSuivi**

Acné	Œdème
Activité sexuelle augmentée	Pancytopenie
Akathisie	Perte de cheveux
Aménorrhée	Perte de mémoire
Anémie	Perte de poids
Asthénie	Photopigmentation
Atteinte cognitive	Photosensibilité
Atteinte hépatique	Picotements
Atteinte rénale	Priapisme
Augmentation de la tension oculaire	Prise de poids
Bouche sèche	Prurit
Constipation	Psoriasis
Crises d'épilepsies	QT long
Diarrhée	Rétention urinaire
Diminution libido	Rigidité
Dysfonction thyroïdienne	Sédation
Dysfonctions plaquettaires	Tachycardie
Dystonie	Thrombocytopenie
Énurésie nocturne	Tics
Éosinophilie	Toxidermie
Exaltation de l'humeur	Tremblements
Faiblesse	Trouble de l'accommodation visuelle
Galactorrhée	Troubles de l'éjaculation
Gonflement mammaire	Troubles de l'érection
Hyper sudation	Urticaire
Hypercalcémie	Vertiges
Hyperglycémie	
Hyperlipidémie	
Hypersalivation	
Hypersomnie	
Hypertension	
Hypokinésie	
Hyponatrémie	
Hypotension	
Incontinence urinaire	
Insomnie	
Leucocytose	
Leucopénie	
Maux de tête	
Ménorragie	
Menstruations irrégulières	
Miction augmentée	
Miction difficile	
Miction diminuée	
Nausées et vomissements	

Annexe 12 : Requête « Graphique montrant l'évolution des SCPD »

Numéro IPP XXXXXXXXX  
SCPD Agitation / Agressivité



Numéro IPP XXXXXXXXX  
SCPD Agitation / Agressivité

**Annexe 13 : Requête « Effets indésirables et prescriptions »**

## Effets Indésirables

Libellé	Date Apparition	Numero IPP
Sédation		

## Prescriptions

Médicament	Date de début de	Numéro IPP
Autres		
Aripiprazole N05AX12	30.07.2019	
Clomethiazole N05CM02	23.08.2019	
Clomethiazole N05CM02	27.08.2019	
Mirtazapine N06AX11	28.08.2019	



**Annexe 15 : Instruction de travail (ou mode d'emploi)**

07/10/2019  
Mode d'emploi

### Suivi des SCPD et de leur traitement avec SCPD-PharmaSuivi©

#### 1) OBJET

Le but de ce mode d'emploi est de guider les utilisateurs à l'emploi de l'outil développé pour suivre étroitement l'évolution des SCPD, l'évaluation de l'efficacité des traitements médicamenteux sur les SCPD et de détecter puis suivre les éventuels effets indésirables. Il s'agit d'une phase pilote qui se déroule sur 4 semaines : du 7 octobre au 31 octobre 2019 (25 jours de saisie).

#### 2) DOMAINE D'APPLICATION

Le mode d'emploi décrit les champs à compléter dans l'outil ainsi que les conditions de son utilisation.

#### 3) RESPONSABILITÉ

Ce mode d'emploi est sous la responsabilité de la pharmacie du département de psychiatrie du CHUV.

#### 4) ABRÉVIATIONS / DÉFINITION-DESCRIPTION / COTATIONS

##### 4.1 Abréviations

ECA : état confusionnel aigu

EI : effets indésirables

NE : non évaluable

SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence

TTT : traitement

##### 4.2 Définition - Description de l'outil

Cet outil vise à optimiser les suivis des SCPD et des traitements médicamenteux mise en place pour ces symptômes, leurs efficacités ainsi que leurs effets indésirables potentiels. Le développement de ce dernier a été basé sur les documents cités en 5).

L'outil se présente sous format informatique et a été créé à partir d'une base de donnée Access©. Il est disponible dans le dossier des unités de soins sous L/PCG/SCPD-PharmaSuivi. L'accès à l'outil est sécurisé par un mot de passe personnel (l'identifiant est celui du CHUV).

Le but de cet outil est d'une part de répertorier, pour chaque patient ayant des SCPD, l'évolution de ces symptômes au cours du temps ainsi que leurs sévérités, l'anamnèse médicamenteuse et le(s) traitement(s) médicamenteux actuel(s) en lien avec les SCPD et leur(s) efficacité(s) ainsi que les évaluations médicales et pharmaceutiques relatives à ces traitements. D'autre part, SCPD-PharmaSuivi© donne la possibilité de saisir directement les effets indésirables et de les coter indépendamment des traitements permettant ensuite les évaluations médicales et pharmaceutiques pouvant les mettre en relation avec les traitements en cours.

L'outil peut être rempli par des infirmiers et/ou médecins des unités Glycine & Lilas du département de psychogériatrie du CHUV, durant la phase pilote de 4 semaines.

L'anamnèse médicamenteuse doit être complétée idéalement à l'entrée du patient, ou dès que les informations sont connues si tel n'est pas le cas.

Les champs concernant les traitements en cours sont remplis dès le moment où ils débutent. L'évaluation de l'efficacité de ces traitements est saisie au moins une fois par semaine durant les temps cliniques ou lorsqu'elle survient. Les effets indésirables doivent être notifiés dès qu'ils surviennent.

Le suivi des SCPD doit être saisi quotidiennement afin d'avoir une évaluation étroite de leur évolution.

##### 4.3 Cotations

Cotation de la sévérité des EI :

Léger

Moyen

Grave

Cotation de la sévérité des SCPD :

1 : Léger

2 : Moyen

3 : Important

## 5) DOCUMENTS ET TEXTES DE RÉFÉRENCE

- MOSES : Monitoring Of Side Effects Scale
- NPI-Q: The Neuropsychiatric Inventory Questionnaire
- UKU Side Effects Rating Scale: Udvalg for Kliniske Undersøgelser Side Effects Rating Scale
- Lien du cours annuel sur les SCPD: SPC-SUPG-COMMUN-COURS DE BASE PSY de l'âge avancé- cours 2018-2019 : SCPD.pdf
- Annamalai A. Medical management of psychotropic side effects. New York, NY: Springer Science+Business Media; 2016.
- Bazire, Stephen. Psychotropic drug directory 2014 : The professionals pocket handbook and aide memoire. UK: Lloyd-Reinhold Communication, 2014.

## 6) ROLES & FORMATION CONTINUE

L'outil SCPD-PharmaSuivi© est composé de différentes parties et peut être complété par trois corps de métiers différents : infirmiers, médecins et pharmaciens. En effet, selon la fonction des utilisateurs, la saisie du programme varie.

Concernant les infirmiers, ils ne peuvent remplir que les champs suivants (détaillés en 6.2) :

- Les données d'identification patient
- L'onglet des SCPD : la date de cotation du SCPD et sa sévérité\*
- L'onglet des effets indésirables

L'outil peut toutefois être complété dans son entièreté par tous les médecins des deux unités concernées. Des parties ne sont d'ailleurs réservées qu'aux médecins (médecins cadres, chef de clinique ou assistants) : le libellé du SCPD (diagnostic), l'anamnèse médicamenteuse, la prescription au cours du séjour ainsi que les évaluations médicales.

Les évaluations pharmaceutiques concernant l'efficacité des traitements et des EI sont remplies par le pharmacien clinicien.

Afin d'optimiser la compréhension et la saisie de cet outil de suivi, il est recommandé à tous (infirmiers et médecins confondus) d'assister aux cours annuels (cf lien du cours point 5)) concernant les SCPD afin d'harmoniser les évaluations.

\*Le médecin chargé de diagnostiquer le SCPD incriminé, signe via le menu déroulant « intervenant »

## 7) DÉROULEMENT

### 7.1 Mode d'accès, sauvegarde et confidentialité

Pour avoir accès à l'outil, l'utilisateur doit cliquer sur la bonne base de données Access© se trouvant dans le dossier de son unité de soins sous L/PCG/SCPD-PharmaSuivi. En effet, deux documents seront disponibles "SCPD-PharmaSuivi© Glycine" et "SCPD-PharmaSuivi© Lilas". Il faut que l'utilisateur choisisse la base de données "SCPD-PharmaSuivi© + nom unité concernée". Pour accéder à ce document, l'utilisateur commence par se connecter avec son login personnel. Cet accès restreint permet de maintenir une certaine confidentialité vis-à-vis des informations patients apportées.

Quatre des six onglets de l'outil sont à compléter par les infirmiers/médecins et sont signés automatiquement au nom de la personne concernée grâce à son login. Cette signature permet une traçabilité des reports des informations patients. Il est ainsi possible de relier directement les données patients aux soignants qui les ont notifiées. Il en est de même pour les 2 autres onglets de l'outil « évaluation médicale » qui est réservé aux médecins, et « évaluation pharmaceutique » qui est accessible aux pharmaciens.

Les informations reportées sont sauvegardées dans la base de données (L/PCG/SCPD-PharmaSuivi) et sont donc consultables lorsque l'on se connecte de nouveau sur la page du patient concerné. Lorsqu'une information est saisie, une icône "crayon" apparaît ; ceci signifie une sauvegarde automatique.

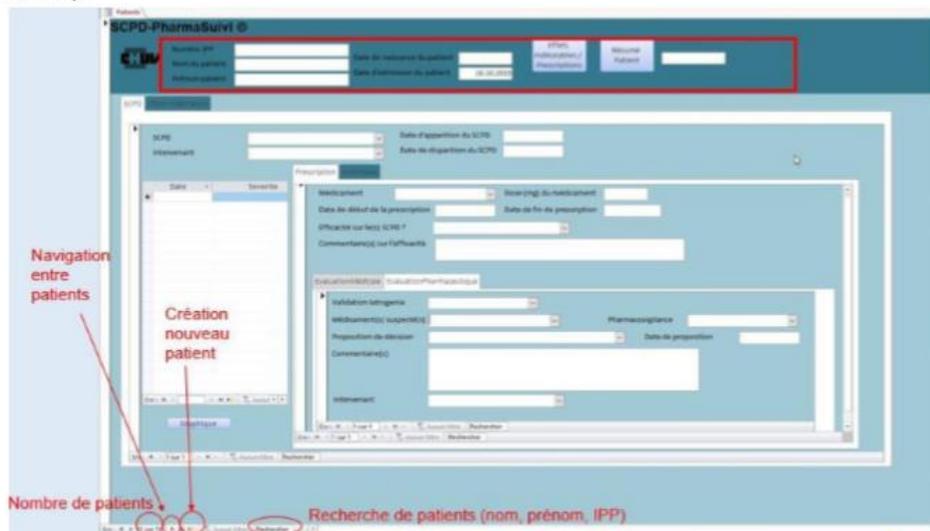
### 7.2 Fréquence de saisie

Le suivi des SCPD doit être évalué chaque jour y compris le week-end dans le but d'avoir une bonne évaluation de l'évolution des symptômes. On peut extraire cette évolution sous forme d'un graphique représentant la sévérité des symptômes en fonction du temps dans l'onglet « SCPD ».

L'efficacité du traitement médicamenteux doit être évaluée au moins avant chaque temps cliniques (1 à 2 fois par semaine) ou dès qu'elle apparaît. Tout effet indésirable qui apparaît doit être saisi et être évalué dans sa sévérité dès qu'il survient puis chaque jour jusqu'à sa disparition.

### 7.3 Saisie d'un patient

Une fois logué, l'utilisateur recherche le patient à l'aide de barre recherche (par son nom, prénom ou numéro IPP).



**Image 1.** Explications concernant les créations de nouvelles données patients, leurs recherches ainsi que la navigation entre ces dernières

Soit le patient recherché est une nouvelle personne, soit il s'agit d'un patient déjà connu de l'unité.

*Cas où le patient est nouveau :*

Une fois le patient accueilli et le diagnostic différentiel avec les ECA posé, saisir les champs suivant de l'onglet « **Données d'identification du patient** » de l'outil afin de créer le dossier de ce patient :

- Nom du patient
- Prénom du patient
- Numéro IPP du patient
- Date de naissance du patient
- Date d'admission du patient

*- Cas où le patient est déjà connu de l'unité :*

Se loguer, rechercher le patient par son numéro IPP ou ses nom/prénom et mettre à jour les données des différents onglets décrits dans le point qui précède.

### 7.4 Saisie d'un SCPD

Afin de suivre, traiter ou encore optimiser le traitement du patient, il est essentiel de remplir les champs de l'onglet « **SCPD** » pour savoir quel(s) symptôme(s) est/sont ciblé(s) et donc sur le(s)quel(s) il faut se focaliser durant l'hospitalisation.

Veuillez compléter les champs suivants :

- Sélectionner dans le menu déroulant le SCPD apparent chez le patient
- Validation de cette entrée par la signature d'un médecin sous « intervenant »
- Coter la sévérité du SCPD précédemment sélectionné selon le point 4.3
- Renseigner la date d'apparition du SCPD ou la date d'admission si pas connue
- Renseigner la date de disparition du SCPD : ceci mènera le médecin à stopper le TTT associé au SCPD

→ Réaliser ces étapes à nouveau si plusieurs SCPD sont présents chez le patient

Afin de suivre l'évolution du SCPD et de sa sévérité au cours du temps, les données saisies peuvent être extraites sous forme de graphique, consultable à l'aide du bouton correspondant (« Graphique »). Pour obtenir ce graphique en PDF aller sous :

Données externes / Exporter / PDF ou XPS puis l'enregistrer à l'endroit souhaité sur l'ordinateur. Pour retourner sur la partie « SCPD » de l'outil depuis la fenêtre du graphique, il suffit de cliquer en haut à gauche sur l'onglet « Patient » déjà ouvert.

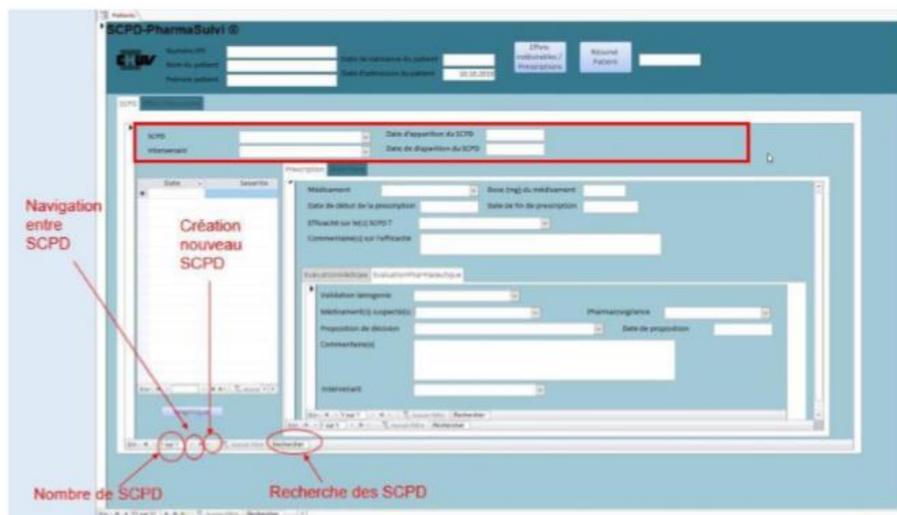


Image 2 : Explications concernant les créations de nouveaux SCPD, leurs recherches ainsi que la navigation entre ces derniers

## 7.5 Traitement du SCPD

L'onglet complété précédemment est subdivisé en deux autres onglets, l'anamnèse médicamenteuse en lien avec ce symptôme et la prescription concernant le séjour.

### 7.5.1 Anamnèse médicamenteuse en lien avec le SCPD

Il est ainsi nécessaire de récolter un maximum d'informations concernant l'historique médicamenteux du patient.

Veuillez remplir l'onglet « **Anamnèse médicamenteuse** » en lien avec le SCPD répertorié:

- Renseigner la date de début du traitement si elle est connue
- Sélectionner dans le menu déroulant le médicament
- Noter la dose du médicament si elle est connue
- Evaluer l'efficacité du traitement essayé dans le menu déroulant : oui (efficace), partielle (efficacité partielle), non (non efficace ou pas connu) ou non évaluable (si pas connue)
- Commenter la réponse précédente en quelques mots si besoin
- Notifier à l'aide du menu déroulant « Effet(s) indésirable(s) » si un EI est survenu : oui (EI survenu), non (pas d'EI survenu), non évaluable (EI non évaluable)
- Si dans le champ précédent la réponse est « oui », sélectionner l'EI concerné\* (Cf point 10 « Glossaire » en cas d'incompréhension vocabulaire concernant les EI)
- Renseigner la date de fin du traitement si elle est connue
- Sélectionner la/les raison(s) de l'arrêt du/des traitement(s) si elle(s) est/sont connue(s)
  - ➔ Réaliser ces étapes à nouveau si plusieurs molécules ont été prescrites pour ce même SCPD

Les champs de cette partie ne sont pas obligatoires puisqu'il est possible de ne pas trouver les informations concernées. Toutefois, dès lors que c'est le cas, il est primordial de remplir ces champs afin de se baser sur ce qui a déjà pu être essayé pour l'implantation d'un nouveau traitement.

### 7.5.2 Prescription médicamenteuse et efficacité

L'onglet « **Prescription au cours du séjour** » est rempli à l'entrée du patient si un traitement est déjà mis en place pour tel SCPD, sinon, le remplir dès qu'un traitement est introduit, autrement dit, lorsque le TTT non pharmacologique ne s'est pas avéré efficace.

Cet onglet est complété à nouveau si un nouveau traitement apparaît ou si un ancien traitement est modifié. Veuillez remplir les champs suivants :

- Renseigner la date de début du traitement
- Sélectionner dans le menu déroulant le médicament prescrit
- Noter la dose du médicament
- Evaluer l'efficacité du traitement grâce au menu déroulant : oui (efficace), partielle (efficacité partielle) ou non (non efficace) dès qu'elle apparaît ou au moins pour les temps cliniques, 1 à 2 fois par semaine.
- Commenter la réponse précédente si besoin

➔ Réaliser ces étapes à nouveau si plusieurs molécules sont prescrites pour ce même SCPD

Un bouton « Effets indésirables / Prescription » se trouve au niveau du bandeau de la page principale de l'outil dans le but d'extraire ces données sous format PDF. En effet, cette requête Access© permet aux médecins et pharmaciens, lors des évaluations médicales et pharmaceutiques, de faire le lien (s'il existe) entre les EI survenus et les médicaments en cours d'utilisation. Pour retourner sur la partie « prescription » de l'outil depuis la fenêtre de cette requête, il suffit de cliquer en haut à gauche sur l'onglet « Patient » déjà ouvert. Afin d'obtenir ces informations en format PDF aller sous : Données externes / Exporter / PDF ou XPS puis enregistrer le document dans l'endroit souhaité dans l'ordinateur.

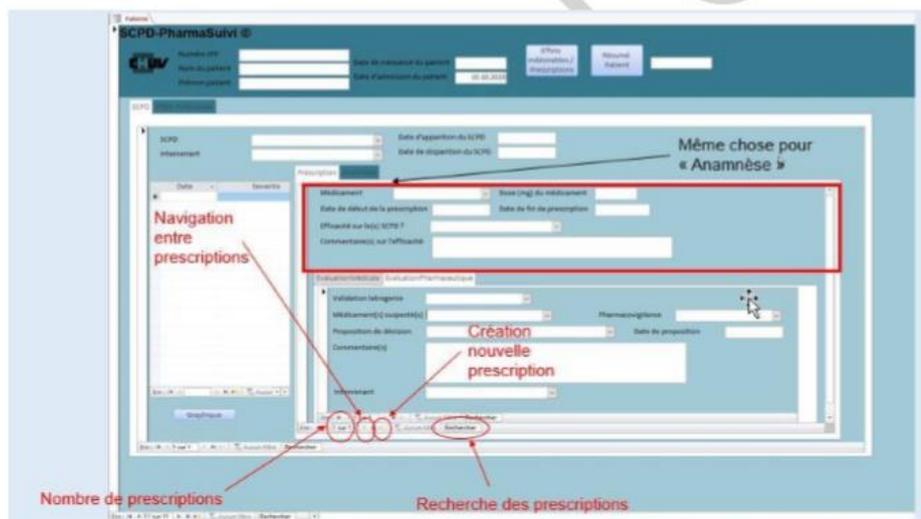


Image 3 : Explications concernant les créations de nouvelles prescriptions médicamenteuses, leurs recherches ainsi que la navigation entre ces dernières

### 7.6 Effets indésirables

Parallèlement à la partie SCPD, se trouve l'onglet « Effets indésirables ».

Dès qu'un symptôme apparaît pouvant potentiellement être un EI médicamenteux, remplir les champs suivant :

- Sélectionner l'EI concerné
  - Coter la sévérité de l'EI précédemment sélectionné selon le point 4.3 chaque jour dès son apparition
- ➔ Réaliser ces étapes à nouveau si plusieurs EI surviennent

Un bouton « Effets indésirables / Prescription » se trouve au niveau du bandeau de la page principale de l'outil dans le but d'extraire ces données sous format PDF.

En effet, cette requête Access© permet aux médecins et pharmaciens, lors des évaluations médicales et pharmaceutiques, de faire le lien (s'il existe) entre les EI survenus et les médicaments en cours d'utilisation. Pour retourner sur la partie « Effet indésirable » de l'outil depuis la fenêtre de cette requête, il suffit de cliquer en haut à gauche sur l'onglet « Patient » déjà ouvert. Afin d'obtenir ces informations en format PDF aller sous : Données externes / Exporter / PDF ou XPS puis enregistrer le document dans l'endroit souhaité dans l'ordinateur.

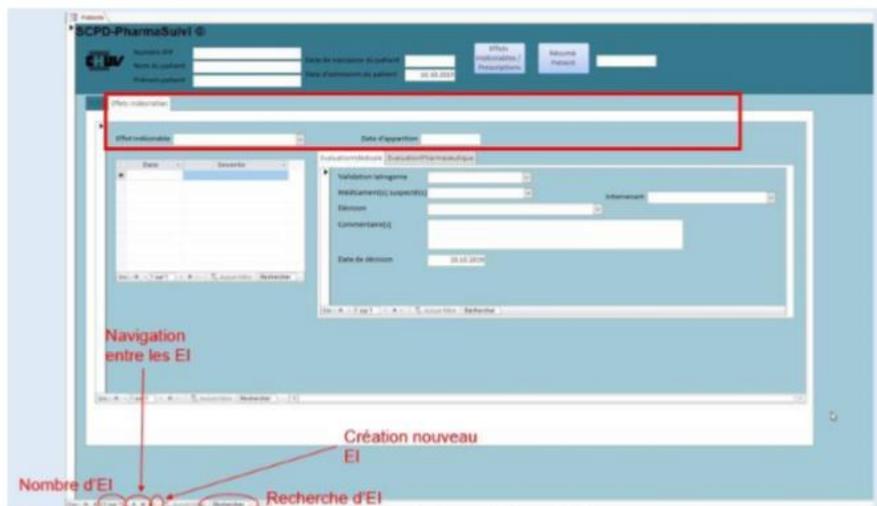


Image 4 : Explications concernant les créations de nouveaux effets indésirables, leurs recherches ainsi que la navigation entre ces derniers

### 7.7 Evaluation médicale

Une **évaluation médicale** est nécessaire à chaque fois que l'outil est complété dans les parties « Effets indésirables » et « Prescription au cours du séjour ». Elle consiste à décider d'une modification ou non du traitement pharmacologique en cours. Cette partie est complétée par un médecin.

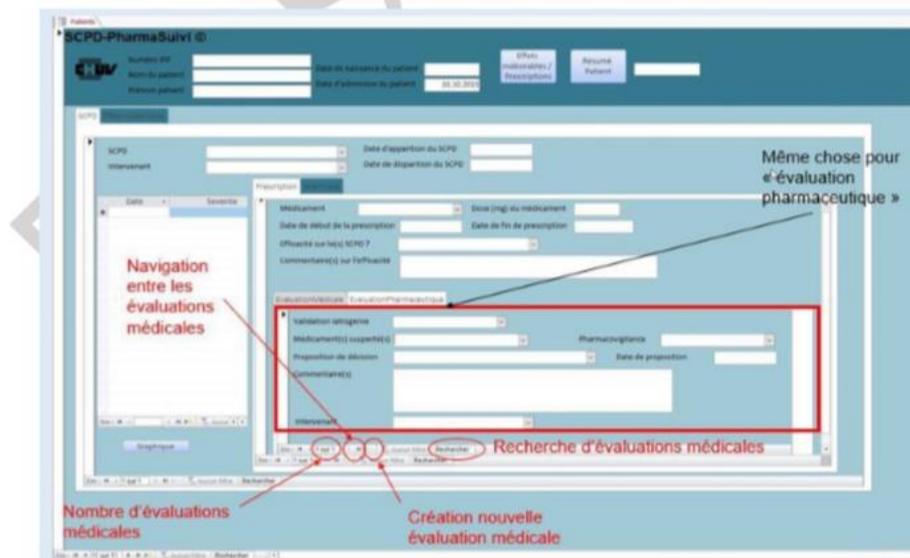


Image 5 : Explications concernant les créations de nouvelles évaluations médicales, leurs recherches ainsi que la navigation entre ces dernières

**7.7.1 Effets indésirables**

- Valider l'iatrogénie par « oui » ou « non » (s'il s'agit d'une manifestation clinique)
- Sélectionner dans le menu déroulant le médicament incriminé après analyse (champ présent uniquement dans l'évaluation médicale de l'onglet « Effet(s) indésirable(s) »)
- Choisir la décision selon le menu déroulant
- Signer à l'aide du menu déroulant « intervenant »
- Ajouter un commentaire si nécessaire
- Dater la prise de décision

Les éléments anamnestiques saisis peuvent aider à la décision. Pour cela, une requête a été créée mettant en parallèle, la date d'apparition de l'EI et son suivi avec la date d'introduction d'un traitement médicamenteux et de ses éventuelles modifications.

**7.7.2 Efficacité du traitement en cours**

Si le TTT est efficace il est poursuivi, sinon il est discuté lors des temps cliniques au plus tard.

- Valider ou non l'effet indésirable cité par l'infirmier
- Choisir la décision selon le menu déroulant
- Signer à l'aide du menu déroulant « intervenant »
- Ajouter un commentaire si nécessaire
- Dater la prise de décision

**7.8 Evaluation pharmaceutiques**

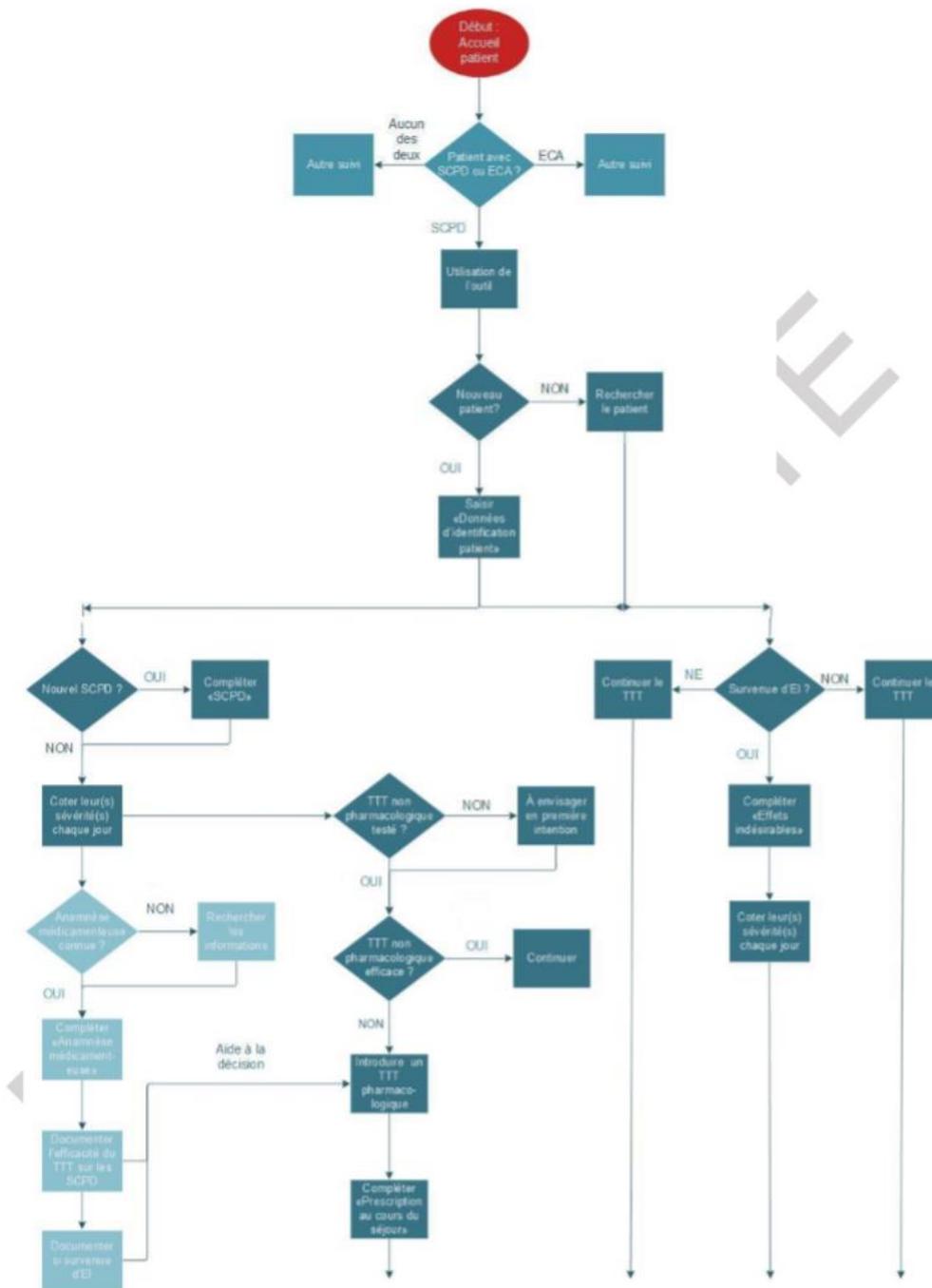
Une **évaluation pharmaceutique** est également possible à chaque fois que les parties « Effet(s) indésirable(s) » et « Prescription au cours du séjour » sont complétées. Elle consiste à proposer une intervention pharmaceutique concernant le traitement pharmacologique en cours. Cette partie sert aussi à incriminer un/des médicament(s) qui serai(en)t la cause d'un changement pharmacologique. Cet onglet est complété par un pharmacien.

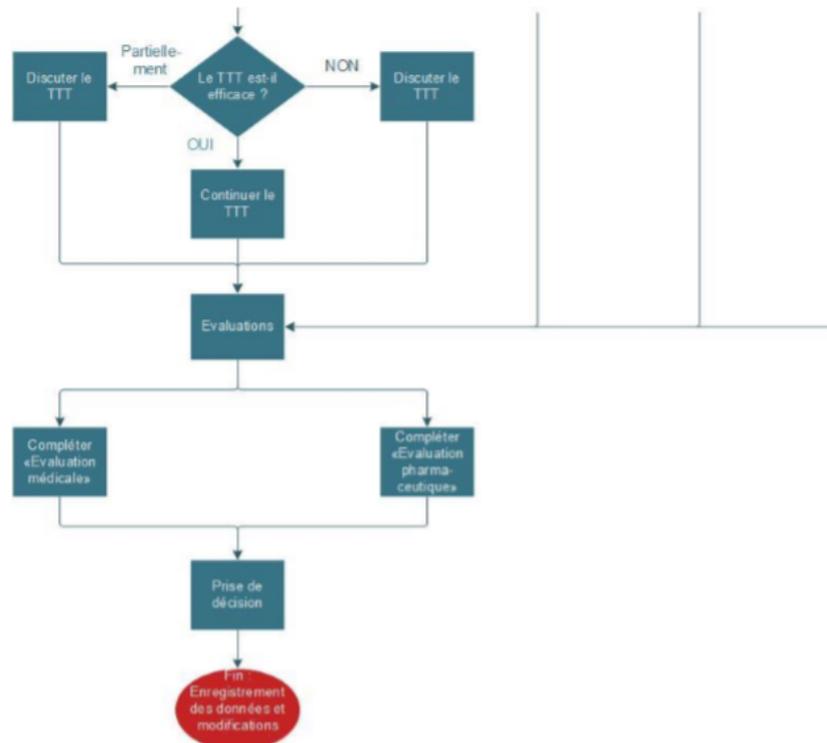
(Cf « *Image 5* : Explications concernant les créations de nouvelles évaluations médicales, leurs recherches ainsi que la navigation entres ces dernières » pour cette partie de l'outil ; même procédure)

**7.8.1 Effets indésirables**

- Valider l'iatrogénie par « oui » ou « non », s'il s'agit d'une manifestation clinique
- Sélectionner le(s) médicament(s) suspecté(s) grâce au menu déroulant
- Évaluer le niveau de la pharmacovigilance
- Choisir la proposition pharmaceutique selon le menu déroulant
- Dater la proposition pharmaceutique
- Ajouter un commentaire par écrit quel qu'il soit, si nécessaire
- Signer à l'aide du menu déroulant « intervenant »

Ce mode d'emploi est également décrit sous forme d'un logigramme (cf ci-dessous et en version PDF dans le même dossier que la base de données : L/PCG/SCPD-PharmaSuivi):





- Début / fin du processus
- Diagnostic différentiel ECA versus SCPD
- Anamnèse médicamenteuse (complétée par les médecins si connue)
- Marche à suivre concernant l'utilisation l'outil et champs obligatoires à remplir

### 8) RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES LETTRES DE SORTIES

Afin d'assurer un suivi des prescriptions des SCPD post-hospitalisation, il est nécessaire de rappeler l'importance des évaluations ambulatoires afin d'arrêter dès que possible ces TTT médicamenteux, une fois le SCPD disparu. Ceci est du ressort du médecin en charge du patient qui l'indiquera dans la lettre de sortie de manière systématique sous forme d'une phrase type : « Nous vous recommandons d'évaluer le devenir du traitement médicamenteux relatif au SCPD à un mois de la sortie de l'hôpital, afin de l'arrêter une fois le SCPD disparu ».

Le résumé du suivi patient au cours de son séjour est extractible de la base de données sous format PDF et est annexé à la lettre de sortie. Il s'agit en effet du bouton « Résumé Patient » présent dans le bandeau de la base de données. Afin de l'obtenir en format PDF aller sous : Données externes / Exporter / PDF ou XPS puis enregistrer le document dans l'endroit souhaité dans l'ordinateur.

Pour retourner sur la partie page principale de l'outil depuis la fenêtre de cette requête, il suffit de cliquer en haut à gauche sur l'onglet « Patient » déjà ouvert.

### 9) VALIDATION OUTIL

- Login
- Dates : de saisie, de décision et de proposition de décision
- Signatures : du médecin pour les SCPD et évaluations médicales, et du pharmacien pour les évaluations pharmaceutiques

### 10) DISTRIBUTION OUTIL

Intranet CHUV

**11) GLOSSAIRE OUTIL**

Ce glossaire est mis à disposition pour s'y référer en cas de doute sur la compréhension du vocabulaire médical concernant les EI. Il contient la liste des EI recensés dans l'outil ainsi que leurs synonymes et quelques informations.

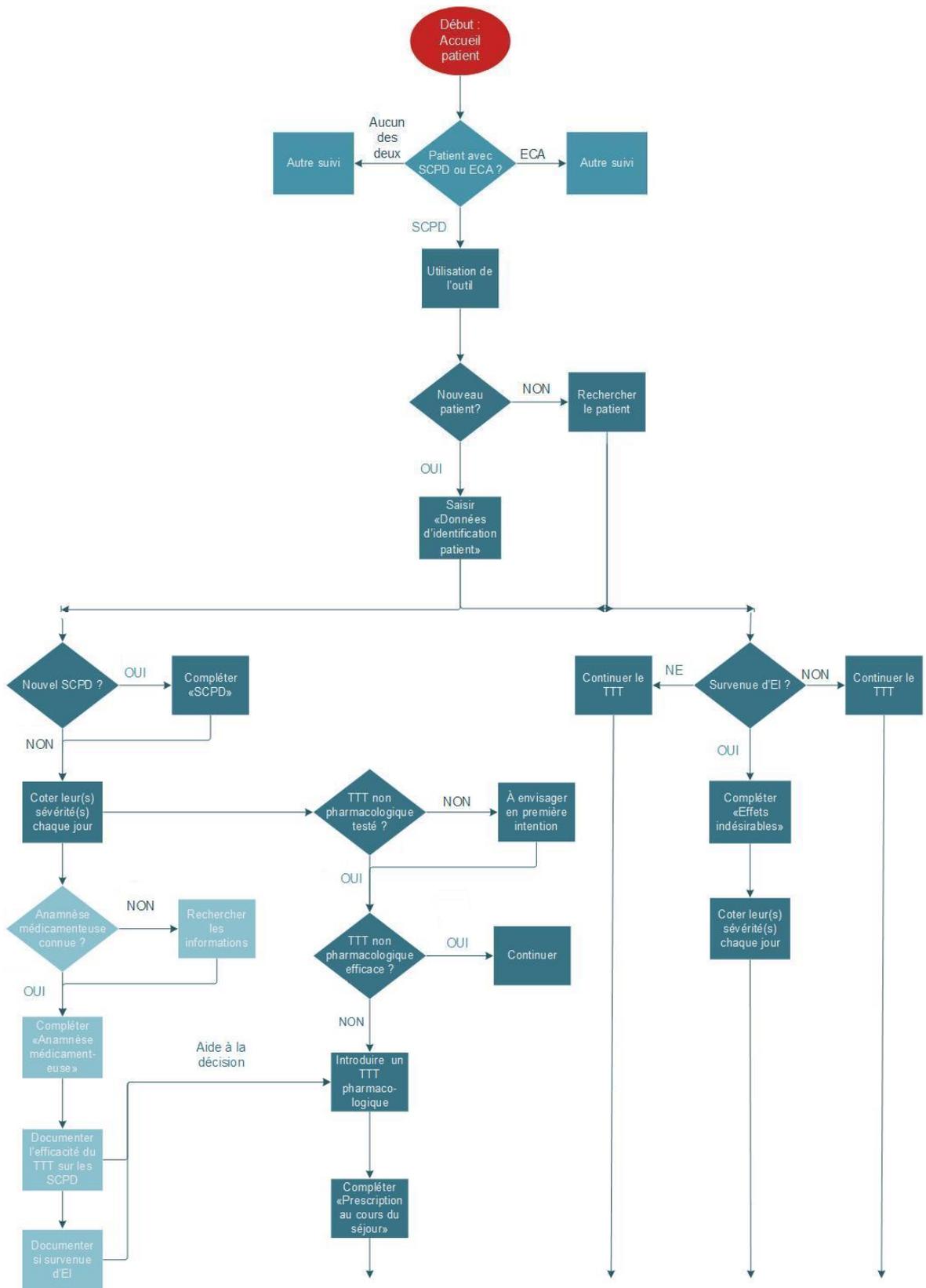
*Tableau 1 : tableau contenant la liste des EI libellés tels quels dans l'outil ainsi que leurs synonymes et certaines explications*

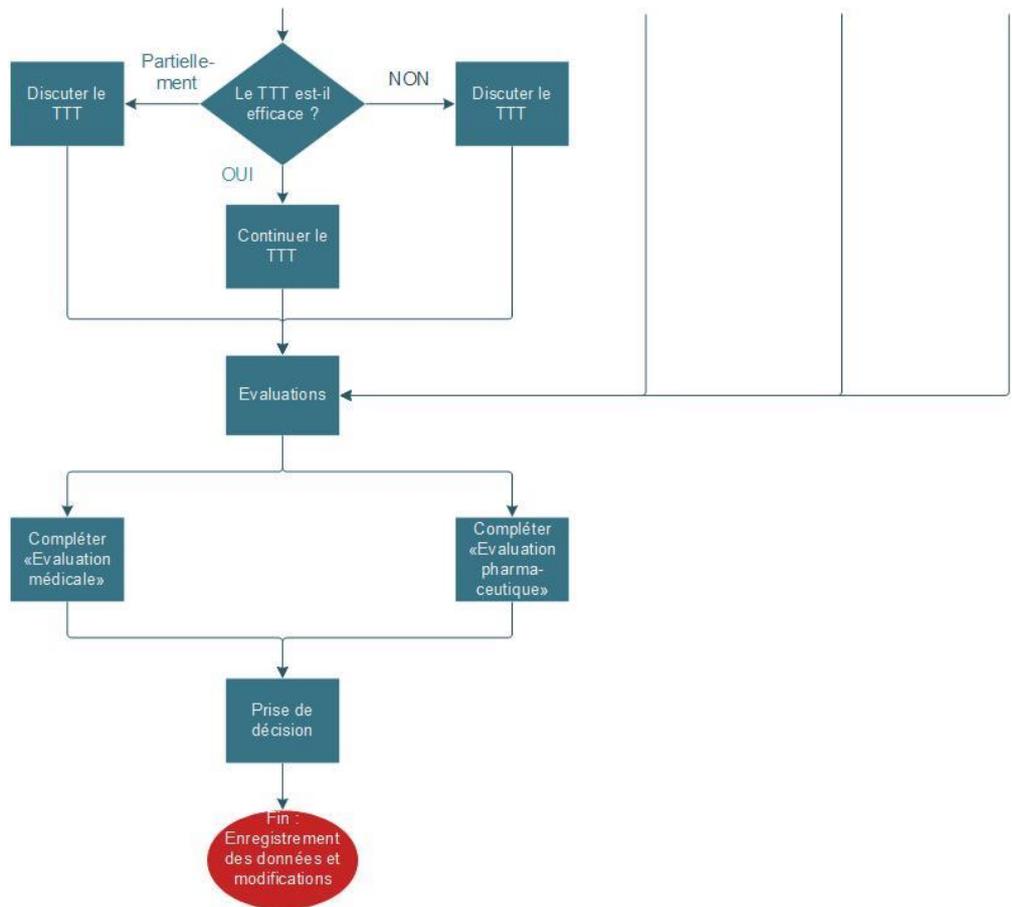
Libellé des EI dans l'outil	Synonymes des EI	Notes / Remarques
Acné		
Activité sexuelle augmentée		
Akathisie	Ne peut pas rester assis / Faire les cents pas	
Aménorrhée	Menstruations absentes	
Anémie		
Asthénie	Fatigue	
Atteinte cognitive		Il peut s'agir d'un trouble de l'attention, d'un trouble de la concentration mais encore de la perte de mémoire
Atteinte hépatique		
Atteinte rénale		
Augmentation de la tension oculaire		
Bouche sèche	Sécheresse buccale / xérostomie	
Constipation		
Crises d'épilepsies		
Prurit	Démangeaisons	
Diarrhée		
Diminution libido	Activité sexuelle diminuée	
Dysfonction thyroïdienne		
Dysfonctions plaquettaires		
Dystonie	Contorsion	
Énurésie nocturne		
Éosinophilie		
Exaltation de l'humeur		
Faiblesse		
Galactorrhée	Ecoulement mammaire	
Gonflement mammaire	Gynécomastie	
Hyper sudation	Hyperhidrose	
Hypercalcémie		
Hyperglycémie		
Hyperlipidémie		
Hyperprolactinémie		
Hyper salivation	Sialorrhée	
Hypersomnie		
Hypertension		
Hypokinésie*	Mouvements pauvres et ralentis	
Hyponatrémie		
Hypotension		
Incontinence urinaire		
Insomnie		
Leucocytose		
Leucopénie		
Maux de tête		
Ménorragie	Menstruations abondantes	
Menstruations irrégulières		

Miction augmentée		
Miction difficile		
Miction diminuée		
Nausées et vomissements		
Cedème		
Pancytopenie		
Perte de cheveux		
Perte de poids		
Photo Pigmentation	Changement couleur avec exposition / Augmentation pigmentation	
Photosensibilité		
Picotements	Paresthésie	
Priapisme	Erection continue	
Prise de poids		
Psoriasis		
QT long		
Rétention urinaire		
Rigidité*		
Sédation	Somnolence	
Tachycardie		
Thrombocytopenie		
Tics		
Toxidermie		
Tremblement*	Tremor	
Trouble de l'accommodation visuelle		
Troubles de l'éjaculation		
Troubles de l'érection		
Urticaire		
Vertiges		

\*Ces 3 symptômes font partie des SEP (symptômes extra-pyramidaux)

**Annexe 16 : Logigramme (ou diagramme de flux)**





**Annexe 17 : Contenu de l'enquête de satisfaction****Contenu de l'enquête de satisfaction :**

Support : Google Form

Contenu : 7 rubriques / thèmes et 25 questions :

- 17 questions fermées dont 11 sont à choix multiple, 4 sont à échelle linéaire et 2 sont détaillées / subdivisées non pas comme dans l'enquête de satisfaction online, où elles sont en « Grille à choix multiple »
- 8 questions ouvertes

**Thème 1 : Introduction de l'enquête de satisfaction**

Suite à la phase pilote de l'outil SCPD-PharmaSuivi, vous avez la possibilité d'exprimer vos avis et ressentis sur cet essai par rapport aux demandes et remarques recueillies lors de vos interviews. Veuillez répondre aux questions posées et développer vos idées dans les parties concernées afin d'améliorer ou non selon les besoins, cette base de données.

Merci d'avance de prendre de votre temps pour répondre à toutes les questions de ce questionnaire. Vos avis sont précieux et sont bien évidemment anonymes.

Rappel des objectifs du TPR :

Développer un outil permettant de :

- Suivre l'évolution des SCPD
- Suivre les effets bénéfiques des traitements mis en place pour ces SCPD
- Suivre les effets indésirables des traitements mis en place pour ces SCPD

Je reste à votre disposition pour d'éventuelles questions :

charlene.collaudin@chuv.ch

+41 78 681 28 42

Charlène Collaudin

(Étudiante en master 2 en sciences pharmaceutiques à l'ISPSO, uniGE)

Tableau 1 : Tableau correspondant au Thème 2 de l'ES « Informations vous concernant »

Question	Type de question	Possibilités de réponse
Vous êtes :	Choix multiple	Infirmier / Infirmière Médecin Pharmacien(ne)
Vous travaillez / êtes remplaçant au sein de(s) l'unité(s) :	Choix multiple	Glycine Lilas Glycine et Lilas
Avez-vous déjà complété ou assisté à la saisie de l'outil durant ces 25 derniers jours ?	Choix multiple	Oui Non*

\*Si la réponse est non, le formulaire est envoyé, la personne n'a ainsi pas répondu aux questions qui suivent

Tableau 2 : Tableau correspondant au Thème 3 de l'ES « Votre avis général sur SCPD-PharmaSuivi »

Question	Type de question	Possibilités de réponse
Êtes-vous satisfait(e) de cet outil par rapport aux suivis de l'évolution des SCPD ?	Grille à choix multiple	Pas du tout satisfait (0) Plutôt pas satisfait (1) Plutôt satisfait (2) Tout à fait satisfait (3)
Êtes-vous satisfait(e) de cet outil par rapport aux suivis des effets bénéfiques des traitements mis en place pour ces SCPD ?	Grille à choix multiple	Pas du tout satisfait (0) Plutôt pas satisfait (1) Plutôt satisfait (2) Tout à fait satisfait (3)
Êtes-vous satisfait(e) de cet outil par rapport aux suivis des effets indésirables des traitements mis en place pour ces SCPD ?	Grille à choix multiple	Pas du tout satisfait (0) Plutôt pas satisfait (1) Plutôt satisfait (2) Tout à fait satisfait (3)
Trouvez-vous que cet outil apporte une plus-value en comparaison aux outils actuels ? (MOSES, NPI, échelles de comportement, notes de suivi...)	Choix multiple	Oui Non
Expliquer votre réponse de la question précédente :	Paragraphe (réponse longue)	Développement des idées / avis

Tableau 3 : Tableau correspondant au Thème 4 de l'ES « Notion de temps »

Question	Type de question	Possibilités de réponse
Avez-vous perçu une diminution du temps de saisie par patient avec l'habitude lors de cette phase pilote ?	Choix multiple	Oui Non

Êtes-vous satisfait(e) du temps par patient qui vous est nécessaire pour compléter l'outil par rapport à ce qui se faisait avant ?	Échelle linéaire	Pas du tout satisfait (0) Plutôt pas satisfait (1) Plutôt satisfait (2) Tout à fait satisfait (3)
D'après vous, la fréquence de saisie de l'évolution de la sévérité des SCPD est...	Grille à choix multiple	Pas du tout satisfait (0) Plutôt pas satisfait (1) Plutôt satisfait (2) Tout à fait satisfait (3)
D'après vous, la fréquence de saisie de l'évolution des prescriptions est...	Grille à choix multiple	Pas du tout satisfait (0) Plutôt pas satisfait (1) Plutôt satisfait (2) Tout à fait satisfait (3)
D'après vous, la fréquence de saisie de l'évolution de l'efficacité des traitements est...	Grille à choix multiple	Pas du tout satisfait (0) Plutôt pas satisfait (1) Plutôt satisfait (2) Tout à fait satisfait (3)
D'après vous, la fréquence de saisie de l'évolution des effets indésirables est...	Grille à choix multiple	Pas du tout satisfait (0) Plutôt pas satisfait (1) Plutôt satisfait (2) Tout à fait satisfait (3)

Tableau 4 : Tableau correspondant au Thème 5 de l'ES « Aides complémentaires et Requêtes »

Question	Type de question	Possibilités de réponse
Avez-vous trouvé utile le mode d'emploi mis à disposition pour vous aider lors de la saisie de SCPD-PharmaSuivi ?	Choix multiple	Oui Non
Le logigramme vous a-t-il permis de clarifier le sens de l'outil et de son utilisation ?	Choix multiple	Oui Non
Avez-vous trouvé utile le graphique montrant l'évolution de la sévérité des SCPD ?	Échelle linéaire	Inutile (0) Peu utile (1) Utile (2) Très utile (3)
Avez-vous le sentiment de mieux sécuriser le suivi des patients sortis avec le résumé dans la lettre de sortie et/ou le cas échéant trouvez-vous utile la requête générant le résumé ?	Échelle linéaire	Inutile (0) Peu utile (1) Utile (2) Très utile (3)
Détaillez votre réponse :	Paragraphe (réponse longue)	Développement des idées / avis
Trouvez-vous que la requête montrant le lien entre les effets indésirables (MOSES, UKU, effets indésirables biologiques) et les prescriptions apporte un meilleur angle de vue ?	Échelle linéaire	Pas du tout (0) Plutôt non (1) Plutôt oui (2) Tout à fait (3)
Détaillez votre réponse :	Paragraphe (réponse longue)	Développement des idées / avis

Tableau 5 : Tableau correspondant au Thème 6 de l'ES « Ressentis »

Question	Type de question	Possibilités de réponse
Est-ce que le fait d'avoir combiner en un seul et même outil les différents objectifs vous apporte du sens concernant la prise en charge et le suivi de ces patients ?	Choix multiple	Oui Non
Citez les avantages apportés par SCPD-PharmaSuivi :	Paragraphe (réponse longue)	Développement des idées / avis
Citez les limitations de SCPD-PharmaSuivi :	Paragraphe (réponse longue)	Développement des idées / avis
Quelles limitations pourraient d'après vous être améliorées ?	Paragraphe (réponse longue)	Développement des idées / avis
Comment amélioreriez-vous les limitations identifiées à la question précédente ?	Paragraphe (réponse longue)	Développement des idées / avis
Quel est votre avis général face à cette proposition de stratégie de suivi ? Développez	Paragraphe (réponse longue)	Développement des idées / avis

Tableau 6 : Tableau correspondant au Thème 7 de l'ES « Un futur pour SCPD-PharmaSuivi ? »

Description notifiée pour répondre aux questions suivantes : « Afin de répondre aux questions qui suivent, imaginez-vous cet outil dans une version améliorée selon les besoins qui auraient été récoltés. Imaginez-vous également les outils actuels (MOSES, NPI...) comme étant informatisés. »

Question	Type de question	Possibilités de réponse
Voyez-vous cet outil remplacer les actuelles grilles de suivi (MOSES, NPI...)?	Choix multiple	Oui Non
Seriez-vous intéressé(e) d'avoir cet outil dans Soarian ?	Choix multiple	Oui Non
Conseilleriez-vous dans un futur projet d'hôpital l'utilisation de cet outil au sein d'une unité de soin ?	Choix multiple	Oui Non

**Annexe 18 : Illustrations de l'enquête de satisfaction**

### Enquête de satisfaction concernant l'outil SCPD-PharmaSuivi

Suite à la phase pilote de l'outil SCPD-PharmaSuivi, vous avez la possibilité d'exprimer vos avis et ressentis sur cet essai par rapport aux demandes et remarques recueillies lors de vos interviews. Veuillez répondre aux questions posées et développer vos idées dans les parties concernées afin d'améliorer ou non selon les besoins, cette base de données. Merci d'avance de prendre de votre temps pour répondre à toutes les questions de ce questionnaire. Vos avis sont précieux et sont bien évidemment anonymes.

Rappel des objectifs du TPR :  
 Développer un outil permettant de :  
 - Suivre l'évolution des SCPD  
 - Suivre les effets bénéfiques des traitements mis en place pour ces SCPD  
 - Suivre les effets indésirables des traitements mis en place pour ces SCPD

Je reste à votre disposition pour d'éventuelles questions :  
[charlene.collaudin@chuv.ch](mailto:charlene.collaudin@chuv.ch)  
 +41 78 681 28 42  
 Charlène Collaudin  
 (Étudiante en master 2 en sciences pharmaceutiques à l'ISPSO, uniGE)




Suivant Page 1 sur 7

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.  
 Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Règles de confidentialité](#)

Google Forms

### Enquête de satisfaction concernant l'outil SCPD-PharmaSuivi

**\*Obligatoire**

Informations vous concernant

Vous êtes :

+

Infirmier / Infirmière  
 Médecin  
 Pharmacien(ne)

Vous travaillez / êtes remplaçant au sein de(s) l'unité(s) :

+

Glycine  
 Lilas  
 Glycine et Lilas

Avez-vous déjà complété ou assisté à la saisie de l'outil durant ces 25 derniers jours ?

+

Oui  
 Non

Retour Suivant Page 2 sur 7

### Enquête de satisfaction concernant l'outil SCPD-PharmaSuivi

**\*Obligatoire**

#### Votre avis général sur SCPD-PharmaSuivi

Êtes-vous satisfait(e) de cet outil par rapport aux objectifs fixés initialement ?

**\***

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
Suivre l'évolution des SCPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suivre les effets bénéfiques des traitements mis en place pour ces SCPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suivre les effets indésirables des traitements mis en place pour ces SCPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Trouvez-vous que cet outil apporte une plus-value en comparaison aux outils actuels ? (MOSES, NPI, échelles de comportement, notes de suivi...)

**\***

Oui  
 Non

Expliquez votre réponse de la question précédente :

Votre réponse

[Retour](#) [Suivant](#) Page 3 sur 7

### Enquête de satisfaction concernant l'outil SCPD-PharmaSuivi

**\*Obligatoire**

#### Notion de temps

Avez-vous perçu une diminution du temps de saisie par patient avec l'habitude lors de cette phase pilote ?

**\***

Oui  
 Non

Êtes-vous satisfait(e) du temps par patient qui vous est nécessaire pour compléter l'outil par rapport à ce qui se faisait auparavant ?

**\***

Pas du tout satisfait (0), Plutôt pas satisfait (1), Plutôt satisfait (2), Tout à fait satisfait (3)

0 1 2 3

Pas du tout satisfait     Tout à fait satisfait

D'après vous, la fréquence de saisie de l'évolution de la /des... est...

**\***

	Pas du tout satisfaisante	Plutôt pas satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Tout à fait satisfaisante
Sévérité des SCPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescriptions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Efficacités des traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Effets indésirables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Retour](#) [Suivant](#) Page 4 sur 7

## Enquête de satisfaction concernant l'outil SCPD-PharmaSuivi

\*Obligatoire

### Aides complémentaires & Requêtes

Avez-vous trouvé utile le mode d'emploi mis à disposition pour vous aider lors de la saisie de SCPD-PharmaSuivi ?

\*

- Oui  
 Non

Le logigramme vous a-t-il permis de clarifier le sens de l'outil et de son utilisation ?

\*

- Oui  
 Non

Avez-vous trouvé utile le graphique montrant l'évolution de la sévérité des SCPD ?

\*

Inutile (0), Peu utile (1), Utile (2), Très utile (3)

Inutile 0 1 2 3 Très utile

Avez-vous le sentiment de mieux sécuriser le suivi des patients sortis avec le résumé dans la lettre de sortie et / ou le cas échéant trouvez-vous utile la requête générant le résumé ?

\*

Inutile (0), Peu utile (1), Utile (2), Très utile (3)

Inutile 0 1 2 3 Très utile

Détaillez votre réponse :

Votre réponse

Trouvez-vous que la requête montrant le lien entre les effets indésirables (MOSES, UKU, effets indésirables biologiques) et les prescriptions apporte un meilleur angle de vue ?

\*

Pas du tout (0), Plutôt non (1), Plutôt oui (2), Tout à fait (3)

Pas du tout 0 1 2 3 Tout à fait

Détaillez votre réponse :

Votre réponse

Retour

Suivant

Page 5 sur 7

## Enquête de satisfaction concernant l'outil SCPD-PharmaSuivi

\*Obligatoire

Ressentis

Est-ce que le fait d'avoir combiné en un seul et même outil les différents objectifs vous apporte du sens concernant la prise en charge et le suivi de ces patients ?

\*

Oui  
 Non

Citez les avantages apportés par SCPD-PharmaSuivi :

Votre réponse

Citez les limitations de SCPD-PharmaSuivi :

Votre réponse

Quelles limitations pourraient d'après vous être améliorées ?

Votre réponse

Comment amélioreriez-vous les limitations identifiées à la question précédente ?

Votre réponse

Quel est votre avis général face à cette proposition de stratégie de suivi ? Développez

Votre réponse

Page 6 sur 7

## Enquête de satisfaction concernant l'outil SCPD-PharmaSuivi

\*Obligatoire

Un futur pour SCPD-PharmaSuivi ?

Afin de répondre aux questions qui suivent, imaginez-vous cet outil dans une version améliorée selon les besoins qui auraient été récoltés. Imaginez-vous également les outils actuels (MOSES, NPI...) comme étant informatisés.

Voyez-vous cet outil remplacer les actuelles grilles de suivi (MOSES, NPI...) ?

\*

Oui  
 Non

Seriez-vous intéressé(e) d'avoir cet outil dans Soarian ?

\*

Oui  
 Non

Conseilleriez-vous dans un futur projet d'hôpital l'utilisation de cet outil au sein d'une unité de soin ?

\*

Oui  
 Non

Page 7 sur 7

## Enquête de satisfaction concernant l'outil SCPD-PharmaSuivi

Vos réponses ont bien été enregistrées. Merci d'avoir consacré du temps pour remplir cette enquête de satisfaction et pour avoir porté de l'intérêt à mon projet.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Règles de confidentialité](#)

Google Forms

## Annexe 19 : Résultats brut des interviews des infirmiers

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION INFIRMIER GLYCINE

Interview numéro : infirmier 1

Enregistrement (oui / non) : oui

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ?

Oui dans l'ensemble

- 2) Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ? Je pense que oui

- 3) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ? Oui

- 4) NPI :

4.1 Connaissez-vous le NPI ? Non

4.2 Le NPI est-il utilisé ? Non

4.3 A quelle fréquence est-il utilisé ? -

- 5) Grille MOSES :

5.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? Oui

5.2 Utilisez-vous cette grille ? Oui

5.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ? 1x semaine

5.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?

Je pense que oui

5.5 Est-ce que cet outil vous permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ? (Autrement dit, est-elle assez complète ?) Les principaux y sont, après c'est toujours possible de rajouter des commentaires

- 6) Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?

MOSES oui, c'est adapté par rapport aux EI des TTT mis en place

- 7) Utilisez-vous d'autres outils ?

Des échelles de comportement sont utilisées au cas par cas pex quand on veut voir la fréquence à laquelle un patient cri

- 8) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

Pas forcément, MOSES est assez simple, facile à remplir, pas long et bien résumé

- 9) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?

Oui, c'est une bonne idée parce que les choses sont de plus en plus informatisées, le papier se perd et ce n'est pas autant uniforme, ça serait top de retrouver les infos de MOSES dans soarian

- 10) Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Oui serait utile

Si oui, à quelle fréquence, annuelle ? Tous les 3 mois,

P.ex. pour l'implantation de MOSES, au début je n'ai pas eu de formation, ça reste subjectif

- 11) Nouvel outil :

11.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?

Oui probablement, MOSES permet de cocher, etc., mais quand on regarde cette feuille on ne voit pas s'il y a des changements, savoir ce qu'on cherche, etc.

11.2 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?

Tout à fait pour éviter la subjectivité et pour qu'on puisse tous évaluer de la même manière afin d'avoir une information uniforme

11.3 Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ?

Se focaliser sur les effets indésirables (EI) des psychotropes, sinon ça n'a pas de sens pour personne âgée / pour la personne démente

11.4 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ? Oui tout à fait

- 12) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :

12.1 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?

Ça serait important pour chaque changement de TTT et quand un EI se manifeste ; mettre en place l'outil aussi pour reporter les changements avec le nouveau TTT / le re-remplir dès qu'on change le TTT → ne pas attendre une semaine

12.2 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

Il y a une équipe de jour et une de nuit, ça serait bien que la partie sommeil soit remplie sur le moment, que chaque info soit remplie au bon moment, on a besoin de connaître le patient pour connaître la fréquence aussi des EI ; le suivi doit se faire plutôt sur la journée et non une fois dans la journée pour reporter les EI, il faut avoir une vision plus globale et peut être avoir un délai plus important pour remplir cet outil

**13)** Pensez-vous que vous rempliriez d'avantage ce questionnaire « 3 en 1 »

Oui, l'outil actuel n'est pas vraiment bien utilisé, il est rempli pour être rempli, il y a besoin de plus personnaliser pour leurs patients, ça aurait plus de sens

**14)** Pensez-vous que cette nouvelle implantation soit utile ? Oui

Remarques / commentaires ?

A l'heure actuelle, il y a des instructions qui ne sont pas vraiment suivies, ils le font parce que c'est obligatoire et non pas parce qu'il y a un critère spécial, ce n'est pas spécifique aux patients par rapport à l'évaluation, il y a souvent du copier-coller d'une semaine à une autre, ça manque de pertinence. Il faut savoir pour qui le faire et quand, sous quelles conditions... Selon les patients il n'y a pas grand-chose de nouveau à ajouter, besoin de personnaliser, ne pas utiliser en tant que routine, mais quand c'est nécessaire.

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION INFIRMIER GLYCINE

Interview numéro : Infirmier 2

Enregistrement (oui / non) : oui

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ?  
Oui, l'échelle MOSES est utile, mais parfois il est difficile d'évaluer certains items
- 2) Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ? Oui je pense que c'est clair
- 3) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ? Oui
- 4) NPI :
- 4.1 Connaissez-vous le NPI ? Non
- 4.2 Le NPI est-il utilisé ? Non
- 4.3 A quelle fréquence est-il utilisé ? -
- 5) Grille MOSES :
- 5.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? oui
- 5.2 Utilisez-vous cette grille ? oui
- 5.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ? 1x/semaine
- 5.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ? oui
- 5.5 Est-ce que cet outil vous permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ? (Autrement dit, est-elle assez complète ? Elle est complète
- 6) Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?  
MOSES convient, mais parfois il y a des copier-coller car il n'y a pas forcément de variations d'une semaine à l'autre chez un patient stabilisé à glycine ; Il est important de la remplir à l'admission du patient, sinon quand un EI survient entre temps, il est discuté avec le médecin directement, mais il n'y a pas de traçabilité si c'est pas pour TC
- 7) Utilisez-vous d'autres outils ? Non
- 8) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?  
Oui, MOSES prend du temps ; MOSES est complète même s'il y a des difficultés à évaluer ; Il y a aussi une difficulté par rapport à la compliance du patient, p ex céphalée, etc. C'est difficile quand le patient n'est pas collaborant. La grille MOSES est limitée et non spécifique même s'il y a beaucoup d'items et que certains sont flous.
- 9) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ? Oui intéressant
- 10) Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Oui intéressant  
Si oui, à quelle fréquence, annuelle ? je ne sais pas vraiment, vague d'imaginer
- 11) Nouvel outil :
- 11.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?  
Oui, MOSES est remplie une fois par semaine, mais il n'y a pas de comparaison écrite mis à part oralement, mais il n'y a pas assez de traçabilité par rapport à l'évolution sur le séjour
- 11.2 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ? Oui
- 11.3 Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ? Oui il faut se focaliser sur les EI liés aux psychotropes, il y a besoin de spécificité, ça serait plus facile pour les infirmiers et ça prendrait moins de temps
- 11.4 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ? Oui c'est une distinction intéressante
- 12) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :
- 12.1 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ? Oui car souvent ils sont dits oralement mais ce n'est pas tracé ! Cette grille n'est remplie que le dimanche, mais on risque de louper des informations d'ici le dimanche ; oui c'est important de notifier.
- 12.2 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?  
Pendant la matinée c'est difficile car il y a beaucoup de soins ; la grille MOSES est complétée le dimanche après-midi, mais elle pourrait être remplie directement, même un matin s'il y a un EI idéalement dans soarian, mais l'informatique est déjà mieux que le papier.
- 13) Pensez-vous que vous rempliriez d'avantage ce questionnaire « 3 en 1 » ? Oui si on y arrive ça serait mieux que la grille MOSES
- 14) Pensez-vous que cette nouvelle implantation soit utile ? Oui
- Remarques / commentaires ?

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION INFIRMIER GLYCINE

Interview numéro : Infirmier 3  
Enregistrement (oui / non) : oui

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ?

Je pense que oui

- 2) Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?

Oui car la grille MOSES est remplie une fois par semaine, on peut faire des remarques pendant les TC, etc.

- 3) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?

Aux niveaux urinaire et génital c'est assez compliqué d'évaluer à cause des changements liés à l'âge, beaucoup de choses qui restent non évaluées ; Mais on est bien outillé oui

- 4) NPI :

4.1 Connaissez-vous le NPI ? Non

4.2 Le NPI est-il utilisé ? Non

4.3 A quelle fréquence est-il utilisé ? -

- 5) Grille MOSES :

5.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? Oui

5.2 Utilisez-vous cette grille ? Oui

5.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ? 1x/semaine

5.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?

Je ne suis là que depuis 3 mois, je ne sais pas, mais je pense que oui

5.5 Est-ce que cet outil vous permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ? (Autrement dit, est-elle assez complète ?)

Je suis nouvelle, j'ai peu de notion, parfois je marque, mais je ne sais pas vraiment distinguer symptômes et EI

- 6) Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ? MOSES convient, mais elle pourrait être améliorée

- 7) Utilisez-vous d'autres outils ? Pas que je sache

- 8) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

Oui toujours bien, il faut avoir des améliorations

- 9) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ? Oui super

- 10) Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Oui ça serait génial

Si oui, à quelle fréquence, annuelle ? Au moins 2x dans l'année, il faut que le personnel se sente capable d'évaluer

- 11) Nouvel outil :

11.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?

Oui pour ce type de patients on a besoin d'amélioration

11.2 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ? Oui

11.3 Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ? Liés aux psychotropes

11.4 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ? Oui c'est fondamental

- 12) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :

12.1 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ? Oui il ne faut pas se restreindre qu'aux TC

12.2 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

On a le temps le dimanche après-midi ou le samedi après-midi

- 13) Pensez-vous que vous rempliriez d'avantage ce questionnaire « 3 en 1 » ?

Oui ça serait mieux rempli, ça permettrait de voir directement les EI et serait plus objectif d'après moi. On a besoin d'un endroit pour mettre des commentaires.

- 14) Pensez-vous que cette nouvelle implantation soit utile ? Oui, très utile

Remarques / commentaires ?

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :

VERSION INFIRMIER GLYCINE

Interview numéro : Infirmier 4

Enregistrement (oui / non) : oui

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ?

La routine est installée, MOSES est complété 1x semaine pour chaque patient, les médecins la regardent pendant les TC, mais on discute peu autour de cette échelle, elle est signée et classée ; elle pourrait avoir plus de sens si ce n'était pas une routine ! L'observation n'a pas l'air d'être si fine que ça, c'est sûr que si un même infirmier fait la grille pour 3, 4 patients ça doit être très bien ça. Oui satisfait, mais ... Pour une situation stable il n'y a peut-être pas d'intérêt avec cette fréquence ; ce n'est pas adapté en fonction du besoin ; l'outil est intéressant, mais le sens au départ c'était une demande médicale ; c'est toujours utile, mais ça peut être plus attractif

- 2) Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?

Il y a une transmission de ce qui est observé ; ce n'est pas forcément écrit, mais c'est dit ou alors si, mais dans les notes patients

- 3) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?

Je ne pense pas

- 4) NPI :

4.1 Connaissez-vous le NPI ? De nom

4.2 Le NPI est-il utilisé ? Non

4.3 A quelle fréquence est-il utilisé ? -

- 5) Grille MOSES :

5.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? Oui

5.2 Utilisez-vous cette grille ? Oui

5.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ? 1x semaine

5.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ? Oui, mais c'est systématique

5.5 Est-ce que cet outil vous permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ? (Autrement dit, est-elle assez complète ?)

Si elle est utilisée avec une bonne observation elle serait top ; je retrouve la plupart des EI en liens avec les neuroleptiques

- 6) Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?

Il faut trier et se focaliser sur le patient, cibler ce qu'on veut ; ça permet d'identifier les EI, mais ce n'est pas spécifique

- 7) Utilisez-vous d'autres outils ?

Oui, il y a des échelles de comportement et du sommeil qui sont remplies par les infirmiers

- 8) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

Oui, il faut surtout faire le tri, on peut rajouter beaucoup de choses le problème est qu'il faut affiner l'observation ; il ne faut pas faire les choses systématiquement

- 9) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?

Oui ; l'échelle n'est pas très ergonomique (MOSES) et cela éviterait d'imprimer !

- 10) Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Oui bien sûr

Si oui, à quelle fréquence, annuelle ? Vu l'importance des troubles, >1x/an

- 11) Nouvel outil :

11.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfiques des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?

Oui évidemment, actuellement il y a beaucoup de précautions sur les médicaments ;

La gestion des SCPD est plus dense que la grille MOSES, il y a moins d'EI maintenant qu'avant → les EI sont mieux gérés qu'avant dans le sens où les doses sont optimisées, etc.

Mais ça reste difficile dans les cas aigus d'utiliser des doses efficaces, parfois il faut des EI pour que les médicaments aient un effet ; parfois il y a trop de précautions alors qu'il faudrait peut-être quelques fois augmenter les doses ; l'échelle aide à gérer, mais au départ lors de la prescription on fait plus attention. On n'a rien de concret pour visualiser les changements.

11.2 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ? Oui

11.3 Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ? Se focaliser sur les EI liés aux psychotropes

11.4 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ? Oui bien sûr, il y a déjà assez de confusion comme ça

**12) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :**

12.1 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ? *Oui intéressant*

12.2 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

*Idéalement après les soins, quand on est en lien avec les patients, même si c'est chargé à ce moment-là, c'est important ; ça serait mieux que du papier sur le moment s'il faut signaler, mais pas pour tout le monde*

**13) Pensez-vous que vous rempliriez d'avantage ce questionnaire « 3 en 1 » ?**

*A voir, tout outil est utile, ça dépend juste du sens qu'on lui donne et comment il est introduit, MOSES est tombé du ciel et il est fait, mais c'est tout.*

*Avoir une échelle c'est bien. On doit faire en sorte d'avoir quelque chose de mieux et non d'avoir un poids supplémentaire. Développer oui, mais comment l'introduire et faire pour adhérer*

**14) Pensez-vous que cette nouvelle implantation soit utile ? *Oui***

Remarques / commentaires ?

*Introduire quelque chose en informant c'est mieux que d'avoir un outil qui tombe du ciel comme la grille MOSES ; elle n'a jamais eu de sens.*

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION INFIRMIER GLYCINE

Interview numéro : Infirmier 5

Enregistrement (oui / non) : oui

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ?

Pas vraiment ; des fois on se demande où vont ses informations et on n'a pas de suivi. Ils remplissent les formulaires et ça s'arrête là, on ne sait pas ce qu'ils font avec ces informations.

- 2) Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?

Oui ; des fois on est plusieurs à remplir le même formulaire et on se pose des questions et avis entre nous

- 3) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?

Oui si on suit ce qui a été demandé on peut dire oui ; On nous donne des papiers à remplir on les remplit ; Des choses ne sont pas forcément faites pour répondre avec nos types de patients

- 4) NPI :

4.1 Connaissez-vous le NPI ? De nom oui

4.2 Le NPI est-il utilisé ? Non

4.3 A quelle fréquence est-il utilisé ? -

- 5) Grille MOSES :

5.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? Oui

5.2 Utilisez-vous cette grille ? Oui

5.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ? 1x/semaine

5.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?

Disons que oui, ce ne sont pas toujours les mêmes patients donc ça évolue au fil des mois.

5.5 Est-ce que cet outil vous permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ? (Autrement dit, est-elle assez complète ?)

Pas assez complète, il y a des choses à enlever et à remplacer

- 6) Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?

Pas vraiment; Disons que je ne vois pas l'intérêt de remplir cette grille ; Il y a un manque de spécificité, il y a besoin d'ajouter des EI liés à ce type de patients et à leurs traitements ; on doit cocher les cases même si ce n'est pas évaluable

- 7) Utilisez-vous d'autres outils ? Non

- 8) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

Oui ; Il faut quelque chose ayant un rapport avec la symptomatologie de la démence

- 9) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ? Oui pourquoi pas

- 10) Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Si oui, à quelle fréquence, annuelle ? Oui

- 11) Nouvel outil :

11.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ? Oui

11.2 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ? Oui

11.3 Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ? Lié aux psychotropes ; Je me demande pourquoi cette grille est remplie

11.4 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ? Oui, intéressant

- 12) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :

12.1 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ? Oui

12.2 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ? Quand on a le temps

- 13) Pensez-vous que vous remplirez d'avantage ce questionnaire « 3 en 1 » ?

Oui tout à fait, on verrait quelque chose, là on ne sait pas ce qui a marché ou non, etc...

- 14) Pensez-vous que cette nouvelle implantation soit utile ? Oui

Remarques / commentaires ? Changer la grille MOSES qui ne sert à rien, c'est rempli parce qu'il faut le remplir

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION INFIRMIER GLYCINE

Interview numéro : Infirmier 6

Enregistrement (oui / non) : oui

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ?

On essaie de transmettre oralement, on ne se sent pas toujours entendu par les médecins. On n'est pas très bon sur la retranscription écrite. On n'a pas toujours beaucoup de temps et on le prend pas pour tout retranscrire. On est souvent interrompu. On a souvent de bonnes informations, mais tout n'est pas systématiquement retranscrit.

- 2) Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?

Oui, on a pris l'habitude de se voir entre nous avant de voir les médecins en coloc pour obtenir le même discours ; Une des difficultés : fluctuant, ce qu'on observe à 8h ce n'est pas vraiment ce qu'on observe à 10h.

- 3) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?

Pas forcément non ; on utilise MOSES, on retranscrit au mieux ce qu'on observe, mais on ne va pas forcément faire un lien pour tel ou tel effet indésirable. Les médecins se chargent d'analyser. Histoire de couleurs, les EI sont triés par différentes sorte sous formes de couleur ; on utilise assez peu ça, on se contente de répondre oui j'ai vu ça, etc. avec la sévérité (4 gradations de sévérité)

- 4) NPI :

4.1 Connaissez-vous le NPI ? Pas vraiment

4.2 Le NPI est-il utilisé ? -

4.3 A quelle fréquence est-il utilisé ? -

- 5) Grille MOSES :

5.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? Oui

5.2 Utilisez-vous cette grille ?

On la remplit une fois par semaine pour chaque patient, pourrait être utilisé plus souvent bien que ça soit chronophage ; au début à l'admission, deux jours après généralement et après 1x/semaine

5.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ? 1X/semaine

5.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?

Beaucoup de peine à répondre à ça ; je ne suis pas là chaque samedi donc je ne sais pas trop.

Ensuite, il y a des blocs de questions et on peut répondre indépendamment aux questions ou alors à tout le bloc, ça peut être précis ou non selon qui remplit la grille.

5.5 Est-ce que cet outil vous permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ? (Autrement dit, est-elle assez complète ?)

Elle est assez complète, mais si un élément particulier l'inquiète, en parlera au médecin

- 6) Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?

On a appris à vivre avec ; Difficile de répondre.

Mais oui c'est un outil intéressant ; je le vois centré sur les effets indésirables des neuroleptiques ; Ce n'est pas spécifique aux SCPD, c'est ce qu'on observe cliniquement en voyant le patient

- 7) Utilisez-vous d'autres outils ?

Alors personnellement pas, je voudrais introduire d'autres choses, mais je suis dans le flou

- 8) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

Pas vraiment d'idée de ce qui serait plus pratique, plus spécifique ; je suis prêt à accueillir et à découvrir un nouvel outil.

- 9) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?

Oui bien sûr ; mais je ne suis pas sûr qu'en informatique ça aille plus vite

- 10) Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Si oui, à quelle fréquence, annuelle ? Oui, serait très aidant

- 11) Nouvel outil :

11.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?

Je ne sais pas trop, si on a un outil plus performant il sera accepté, par contre s'il s'ajoute à l'autre ne voit pas l'intérêt ;

11.2 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?

Ça permettrait d'avoir un commun dans la re transmission et au sein de l'équipe

11.3 Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ?

C'est important de rester général, il peut y avoir plusieurs pathologies en même temps et souvent ça peut amener à utiliser des co-traitements et pouvoir avoir une vue générale des TTT (traitement) mis en place et les évolutions ;

j'ai peur d'avoir des pertes dans le suivi des EI et des problèmes de dosages ; Souvent les TTT sont débutés et arrêtés rapidement, et c'est important que l'on reste attentif à ça.

11.4 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ?

Absolument ; Après j'ai une approche plutôt pragmatique, le diagnostic ce n'est pas vraiment mon problème, mais c'est plutôt "comment apporter une réponse" ; ne changerait pas ma pratique professionnelle.

**12)** Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :

12.1 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?

Oui après c'est difficile de visualiser comme ça, mais avec une description oui. La difficulté serait une concurrence avec les tests sur la santé mentale, on aurait tendance à mettre des infos aux mêmes endroits

12.2 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

Ce n'est jamais opportun de le remplir pendant la toilette, mais on ne peut pas tout faire en même temps, c'est totalement irréaliste ; En dehors des moments pour la toilette, etc.

**13)** Pensez-vous que vous remplirez d'avantage ce questionnaire « 3 en 1 » ?

C'est impossible de le savoir, on a besoin de le tester et de l'appivoiser ; on verra s'il aura une utilisation ou plutôt un abandon

**14)** Pensez-vous que cette nouvelle implantation soit utile ?

Oui et pratique, ça peut apporter beaucoup d'informations, mais comme tous les outils, ça restera chronophage

Remarques / commentaires ?

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION INFIRMIER LILA

Interview numéro : Infirmier 7

Enregistrement (oui / non) : oui

- 1) Avez-vous des patients déments ayant des SCPD ?**  
Ça peut arriver, avec des troubles cognitifs légers à modérés
- 2) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ?**  
Il y a des outils, mais ils ne sont pas forcément utilisés et on a peu de patients ayant des SCPD ; on n'est pas vraiment concernés
- 3) Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?**  
Il y a une évaluation au niveau médical, MMSE, MOCAS, sinon les neuropsychologues se chargent du suivi ; Concernant les infirmiers, l'évaluation des capacités (ADL IADL), toutefois elles ne sont pas propres aux patients déments et on n'a rien pour suivre ceux-ci
- 4) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?** Pas concernés
- 5) NPI :**  
5.1 Connaissez-vous le NPI ? le nom me dit quelque chose, mais je ne sais pas à quoi ça sert  
5.2 Le NPI est-il utilisé ? à l'UTPO oui  
5.3 A quelle fréquence est-il utilisé ? -
- 6) Grille MOSES :**  
6.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? Oui  
6.2 Utilisez-vous cette grille ? Plus maintenant  
Pourquoi ? le médecin chef à décider que ce n'était plus pertinent  
6.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ?  
Pendant un temps c'était à l'admission, et une fois par semaine ; ensuite ce système a disparu puis pendant quelque temps une fois à l'admission et uniquement si c'était demandé par le médecin, donc rarement ! Ça dépendait des patients et maintenant l'outil a été complètement abandonné ; Il n'y a pas d'autres échelles utilisées pour le suivi, toutefois ceci est discuté pendant les colloques, mais rien n'est retracé  
6.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?  
Je ne sais pas, il faut demander au médecin cadre  
6.5 Est-ce que cet outil vous permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ? (Autrement dit, est-elle assez complète ?)  
Cet outil est compliqué à remplir, il y a beaucoup d'items, un problème est de différencier les EI des troubles psychiatriques ; L'avis est très subjectif et pas assez représentatif, les choses basiques ne posent toutefois aucun problème
- 7) Utilisez-vous d'autres outils ?** Non
- 8) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?**  
Oui et non, les EI principaux sont mis en évidence aux niveaux des colloques  
Avec l'expérience on arrive à voir ce qu'il se passe, mais je ne sais pas si un nouvel outil est nécessaire ou non, et si oui, il faut quelque chose de mieux
- 9) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?**  
Oui pour moi, et oui parce qu'on est censé être à 0 papiers, c'est dans le projet du CHUV
- 10) Nouvel outil :**  
10.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?  
Oui ça serait utile et intéressant, mais il y a un besoin d'être simplifié pour avoir des données pertinentes même si ça ne la concerne pas, sinon c'est fait pour faire...
- 10.2 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?  
Oui, fut un temps, des cours les mardis étaient implantés pour parler des nouvelles choses, etc, c'est toujours intéressant d'être mis à jour. P.ex. les TC les lundis sont toujours utiles, même si on répète les mêmes choses.
- 10.3 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ?  
Que liés aux psychotropes et ciblés sur les personnes âgées, faire la distinction facilement entre âge, EI et maladie !
- 10.4 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ? Oui intéressant
- 11) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :**  
11.1 Quelle est la fréquence actuelle du remplissage de vos outils de suivi ? Pas

11.2 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?

C'est juste primordial, d'autant plus que les grilles MOSES sont classées et plus touchées !

Il faudrait un système d'alerte pour en discuter, p.ex. quand beaucoup d'EI ☐ la y'aurait un sens pour une échelle

11.3 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

En général c'est fait en fin de matinée, une fois qu'on s'est occupé du patient

12) Pensez-vous que vous rempliriez d'avantage ce questionnaire « 3 en 1 » ? Oui

13) Pensez-vous que cette nouvelle implantation soit utile ? Oui

Remarques / commentaires ? [Doit juste être concret](#)

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION INFIRMIER LILA

Interview numéro : Infirmier 8

Enregistrement (oui / non) : oui

**1) Avez-vous des patients déments ayant des SCPD ?**

Oui ça peut arriver, en principe quand y'a pas de place en bas ; c'est arrivé plus d'une fois

**2) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ?**

On n'a pas d'outils utilisés particulièrement, si ce n'est le système fonction mentale où on est censé détailler dans les notes soignantes infirmiers qui seront remplies dans soarian sous le système fonction mentale où y'a les troubles du comportement et où on peut décrire la personne

**3) Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?**

Mon point de vue : dans les observations que je fais, les informations sont transmises au médecins dans les colloques ou autres réunion comme celles-ci.

**4) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?**

Tout dépend de comment ils font dans l'unité UTPO ; mais en fonction d'eux et à leur niveau je ne saurai pas dire si on manque d'outils

**5) NPI :**

5.1 Connaissez-vous le NPI ? j'en ai entendu parlé mais je ne le connais pas

5.2 Le NPI est-il utilisé ? il n'est pas utilisé à Lila

5.3 A quelle fréquence est-il utilisé ? -

**6) Grille MOSES :**

6.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? Oui

6.2 Utilisez-vous cette grille ?

Elle n'est plus utilisée pour la raison que le médecin cadre associé a stoppé cette utilisation

6.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ? Elle était utilisée 1x/Semaine

6.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?

Cet outil est complexe, trop long, et par rapport au patient, c'est difficile à en parler avec lui, ce n'est pas approprié et on n'est pas garant de la réponse ; C'est difficile et il y a un manque d'utilité dans la pratique de tous les jours sans en plus savoir où se retrouvent ces grilles ; Elles ne sont pas représentatives de ce que subit le patient

6.5 Est-ce que cet outil vous permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ? (Autrement dit, est-elle assez complète ?)

Certains symptômes sont bien détaillés, mais ils étaient toujours entre deux pour y répondre ☐ oui, non, peut-être ; problème de distinction

**7) Utilisez-vous d'autres outils ? Non à part le système soarian**

**8) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?**

Pour moi personnellement, non, parce qu'avec mes connaissances je n'ai pas besoin de ça, ce n'est pas ma spécificité

**9) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?**

Je ne suis pas fan de l'informatique, d'après moi ça ne peut jamais être complet pour ce type de patient. Je vois mal comment avoir un outil qui permette de mettre en lien le suivi des SCPD et les EI liés aux traitements. J'ai peur de la perte des observations qu'on voit sur le terrain.

**10) Nouvel outil :**

10.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfiques des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?

Si, mais je le vois mal sur une grille seule, si ça peut représenter tout ça.

Il faut un aspect relationnel et les pratiques non pharmacologiques ont un rôle aussi.

Ça paraît compliqué de faire un outil global sur ce sujet, mais il ne faut pas oublier les facteurs environnementaux.

10.2 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ? Oui et connaître ce qu'il en est, ce que deviennent ces feuilles remplies.

10.3 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ? Se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes

10.4 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ?

Oui c'est le but, on ne peut pas nécessairement l'exclure : là est notre boulot, pouvoir faire la part des choses ; un médicament peut induire un ECA

**11) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :**

11.1 Quelle est la fréquence actuelle du remplissage de vos outils de suivi ? Pas de suivi

11.2 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ? *Oui totalement, son utilisation doit se faire quand c'est nécessaire*

11.3 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

*P.ex. le système fonction doit être fait 2x/j une fois la nuit et une fois la journée, on le fait quand on a un moment, ça dépend de la division. Il n'y a pas forcément de moment préférentiel*

**12)** Pensez-vous que vous rempliriez d'avantage ce questionnaire « 3 en 1 » ? *Oui*

**13)** Pensez-vous que cette nouvelle implantation soit utile ?

*Oui, mais il faut pouvoir le rendre meilleur et que ça donne envie de le remplir, ça doit être adapté au patient que l'on suit*

Remarques / commentaires ?

*Ne pas oublier l'aspect systémique plus qu'environnemental, il y a tellement de choses entrent en ligne de compte ! L'outil sera utile quand il sera utilisé comme support.*

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION INFIRMIER LILA

Interview numéro : Infirmier 9

Enregistrement (oui / non) : oui

**1) Avez-vous des patients déments ayant des SCPD ?**

Rarement, occasionnellement (surtout à l'UTPO) ; on a quand même des patients déments, mais associés à d'autres troubles psy

**2) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ?**

Dans l'unité Lila pas beaucoup, il y n'y a pas vraiment d'évaluation des troubles du comportement à l'UTPO, utilisation de l'échelle Mansfield, observations et notes écrites

**3) Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?**

On a des colloques fixes pour parler de ça et de la prise en charge des patients les lundis, et les mardis c'est plutôt le côté pharmacologique avec les TTT, ils adaptent médicaments en fonction. Chaque matin, un petit point est fait avec le médecin pour voir s'il y a des péjorations ou non, c'est plutôt fait en mode urgence, et non pas pour reporter des EI simples.

**4) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?**

On a peu de patients ayant des SCPD, mais s'il y a des échelles qui permettent d'évaluer ça, ça serait bien car des informations se perdent, et pour être plus précis et pour la traçabilité ;

Tout se fait par rapport aux notes écrites ; dans soarian on a des notes écrites qui donnent une vue d'ensemble / vue de synthèse.

**5) NPI :**

5.1 Connaissez-vous le NPI ? Le nom oui

5.2 Le NPI est-il utilisé ? Non

5.3 A quelle fréquence est-il utilisé ? -

**6) Grille MOSES :**

6.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? Oui

6.2 Utilisez-vous cette grille ?

Elle a été utilisée, mais plus maintenant, c'est une décision du médecin cadre qui l'a mis en suspens

6.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ?

C'était fait une fois à l'admission et après une fois par semaine

6.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ? Non

6.5 Est-ce que cet outil vous permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ? (Autrement dit, est-elle assez complète ?)

Je ne me souviens pas trop, au niveau psy il n'y a pas les éléments pertinents, il y a un manque au niveau de la psy

**7) Utilisez-vous d'autres outils ? Non**

**8) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?**

Oui, si quelque chose de simple à remplir et complet est développé ça serait aidant

**9) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?**

Oui car tout est informatisé, même s'il y a toujours des réticences individuelles

**10) Nouvel outil :**

10.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?

Oui ces différents points sont intéressants

10.2 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ? Oui très bien

10.3 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ? Oui plutôt psychotropes, ça aurait plus de sens

10.4 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ? Oui

**11) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :**

11.1 Quelle est la fréquence actuelle du remplissage de vos outils de suivi ? Pas suivi

11.2 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ? Oui ça serait bien

11.3 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

Au niveau de l'organisation ça dépend des unités : les horaires sont différents, le suivi est fait sous forme de notes à Lila, etc. ; Il y a une mise en place du suivi en fin de matinée et aussi l'après-midi, ça dépend aussi des jours où il y a des colloques : fin de matinée après les soins

**12) Pensez-vous que vous rempliriez d'avantage ce questionnaire « 3 en 1 » ? Oui**

**13) Pensez-vous que cette nouvelle implantation soit utile ? Oui**

Remarques / commentaires

## Annexe 20 : Résultats bruts des interviews des médecins

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION MÉDECINS

Interview numéro : médecin 1  
Enregistrement (oui / non) : oui

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?

Non, je suis assez peu satisfaite, les SCPD ne sont pas du tout évalués selon les soignants ou médecins et il n'y a pas non plus de consensus clair pour remplir une échelle

- 2) Réussissez-vous facilement à retrouver dans le dossier médical les antécédents de traitement contre tel ou tel SCPD, si cela a été bénéfique ou au contraire ayant occasionné des effets indésirables et si oui lesquels ?

Très rarement, si les patients sont hospitalisés c'est assez facile, mais soarian n'est pas programmé facilement pour les archives. On a besoin d'ouvrir les dossiers et on ne trouve pas facilement d'informations sur les SCPD et si on trouve quelque chose, est-ce vraiment en lien ou non...

- 3) Seriez-vous intéressée qu'un outil permette de pouvoir répertorier et organiser ces données d'anamnèses médicamenteuses de manière informatique, rassemblées dans un onglet précis et retrouvable régulièrement ?

Oui ça manque ! On n'a rien de concret pour les SCPD, rien de spécifique, pas de repérage des TTT pour les types de symptômes, hormis le rapport de sortie et on peut également regarder dans les notes de médecins, mais ce n'est pas facile

- 4) Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?

Ça dépend, les formations sont assez hétérogènes au sein de l'équipe, certains soignants sont familiarisés avec ça d'autres moins bien, on n'a pas tous le même langage

- 5) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?

En termes d'outils, non. Certains sont bien remplis p.ex. échelles des troubles de comportement (Mansfield), mais pour de courtes périodes surtout si on veut cibler une évolution ; C'est rempli pour cibler à un moment donné de la journée les symptômes, etc., mais pas pour la durée totale de séjour. Il manque quelque chose de plus concret et spécifique

- 6) NPI :

6.1 Connaissez-vous le NPI ? Oui

6.2 Le NPI est-il utilisé ? Oui

6.3 A quelle fréquence est-il utilisé ?

Il n'y a pas vraiment de fréquence imposée, j'aurai aimé au début et à la fin du suivi toutefois, je n'arrive pas à le mettre en place car il y a déjà beaucoup de documents, on n'a rien pour le suivi du début à la fin, le NPI est rempli de temps à autre, mais ce n'est pas systématique

- 7) Grille MOSES :

7.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? Oui

7.2 Cette grille est-elle utilisée au sein de votre unité ? Oui

7.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ? 1x/semaine dans les 2 unités de l'UTPO

7.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?

Les soignants se forcent de la faire, mais ce n'est pas bien, elle n'est pas exhaustive et ça dépend beaucoup des soignants qui remplissent, parfois elle est remplie quand le soignant a le temps, ainsi, une routine s'installe, la grille MOSES n'est pas remplie de façon qui puisse nous être utile dans la clinique. De plus, ça prend du temps durant les TC et de voir si on peut en tirer quelque chose ou non de cette évaluation. Il y a aussi un manque d'investissement de la part des médecins assistants pour se responsabiliser eux-mêmes et pouvoir les utiliser eux-mêmes si nécessaire.

- 8) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ? Oui

- 9) Nouvel outil :

9.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement ?

Ceci mérite d'être mieux documenté, le suivi est ok, étroit et réalisé par les médecins, toutefois, ce n'est pas assez bien documenté, tout comme le temps de suivi à l'hôpital, à voir pour l'ambulatorio (mais pas notre problème !)

9.2 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue, cela lui permettra-t-il de se consolider ?

Oui pour les soignants certainement, plutôt pour avoir une meilleure homogénéité, puisque les soignants ont des niveaux de formation différents. Toutefois, pour les médecins aussi, on reçoit des médecins de plusieurs secteurs (p.ex. gériatrie et non que psychogériatrie), ils sont peu habitués à gérer ce type de patients □ besoin de bonnes documentation et formalité

9.3 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil comme MOSES qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ? Se focaliser sur ceux liés à la prise de psychotropes afin d'y être plus attentif

9.4 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ? *Oui ça ne serait pas mal ; on utilise aussi la CAM (confusion assessment method), qui est une échelle remplie dans les 3 premiers jours qui suivent l'admission, mieux remplie que le NPI !*

9.5 Concernant l'évaluation des SCPD :

Quels SCPD évaluer ? (Les mêmes que le NPI ?)

*Oui convient bien, les autres prendraient plus de temps et le NPI est connu et facile à remplir*

**10) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :**

10.1 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?

*Oui c'est vrai qu'il ne faudrait pas attendre le lundi, mais l'utiliser au moment où les EI apparaissent, mettre ça en place*

10.2 Pensez-vous à un moment opportun pour remplir cet outil ? *Hebdomadaire à revoir*

Remarques / commentaires ? *Il est nécessaire de bien séparer ce qui est SCPD et MOSES, pour que les gens soient attentifs aux EI avec la pression externe, les prescriptions, le suivi, etc... Il faudrait que ça soit introduit pour tout l'hôpital, suivre les SCPD avec des observations particulières ; commencer par des stratégies non pharmacologiques en 1<sup>er</sup> et pharmacologique en 2<sup>nd</sup> lieu ; MOSES est non spécifique aux SCPD.*

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION MÉDECINS CDC

Interview numéro : médecin 2

Enregistrement (oui / non) :

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?

La situation pourrait être améliorée, elle change, fluctue énormément, l'observation est subjective d'une part, d'autre part, on n'a pas de suivi sur la longueur par la même personne donc ça varie ; On a des transmissions au cours de la journée ; On n'arrive pas à distinguer d'un point de vue formation, l'état confusionnel et les SCPD à proprement dit, le contexte de démence ou d'ECA ! Il est important de savoir si c'est réversible ou non du coup ; s'il y a un TTT ou non ; si c'est irréversible, si c'est une démence, etc. ; actuellement non satisfait, à améliorer

- 2) Réussissez-vous facilement à retrouver dans le dossier médical les antécédents de traitement contre tel ou tel SCPD, si cela a été bénéfique ou au contraire ayant occasionné des effets indésirables et si oui lesquels ?

Avec soarian c'est plus compliqué, on a de la peine à voir le fil conducteur pendant l'évolution de la maladie, ce qui a été essayé, bénéfique ou non, à quelle dose, etc...

On a de la peine à tout retracer, ceci demande à se replonger dans le dossier, ne saute pas aux yeux et une fois que c'est fait, on ne peut pas retrouver ailleurs

- 3) Seriez-vous intéressés qu'un outil permette de pouvoir répertorier et organiser ces données d'anamnèse médicamenteuse de manière informatique, rassemblées dans un onglet précis et retrouvable régulièrement ?

Ça serait intéressant, ça permettrait de gagner du temps pour le patient et pour le personnel, rien que pour le temps de rétablissement et les complications qu'ils ont peut-être déjà pu avoir avec un traitement

- 4) Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?

Entre infirmiers il y a une différence par rapport à ce qui est observé, dans l'ensemble, les grands troubles du comportement sont visibles ou les EI les plus importants sont bien transmis, par contre, les plus fins peuvent passer inaperçus, il y a une variation interindividuelle, plus le problème de distinction avec ECA aussi, la sévérité est également difficile à discerner. ; La notion de temporalité rentre aussi en compte: varie, p.ex. si un infirmier a eu un congé... Le suivi est à améliorer

- 5) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?

On a des outils, mais il y a un besoin de les améliorer aussi pour les retracer. Il y a un manque plus pour les effets bénéfiques, pour les EI il y a des outils, mais il faut savoir les utiliser et les adapter à la situation ; il est peut-être nécessaire de les simplifier, la vision est brute et c'est difficile à suivre/ distinguer, avoir une bonne dénomination commune pour savoir ce qu'on veut dire !

EI : hormis l'aspect clinique, l'aspect biologique est non inclus dans ce type d'outil

- 6) NPI :

6.1 Connaissez-vous le NPI ? Oui

6.2 Le NPI est-il utilisé ?

Oui, il est utilisé, mais pas de manière systématique. Il y a eu des périodes où il était bien utilisé, des fois moins, actuellement c'est une période de flottement, mais ça reprend dans le service, la directive normalement est qu'il doit être utilisé pour chaque patient

6.3 A quelle fréquence est-il utilisé ?

Idée de départ : le faire à l'entrée, pour savoir quoi cibler, et une seconde fois quand le patient est stable pour voir si les objectifs sont atteints, etc. (2x fois pendant le séjour)

- 7) Grille MOSES :

7.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? Oui

7.2 Cette grille est-elle utilisée au sein de votre unité ? Oui

7.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ? 1x/semaine

7.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?

Oui, c'est devenu peut-être trop systématique, parfois elle est remplie certes, mais ça reste subjectif c'est sûr, mais la problématique est qu'elle est remplie sans distinction avec la cause qui peut être une maladie ou les EI ; pas clairement définie pour suivre les EI /Améliorations

- 8) Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?

Elles peuvent convenir, c'est plutôt comment les améliorer, pour que ça soit plus visible (que les plus importants troubles soient distingués d'une autre maladie et que les EI soient bien attribués), rapide et qu'il soit utilisé à bon escient

- 9) En utilisez-vous d'autres ?

Oui par exemple l'échelle Mansfiel pour les troubles du comportement de la journée, d'heure en heure, elle contient 29 items ☐ prend 15 à 10mn (sur la base du NPI réduit les items pour savoir le problème majeur !)

- 10) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

Oui on a besoin d'aide supplémentaire ; il faut utiliser ce qui existe, le plus important, mais pour ajouter et avoir des difficultés supplémentaires, non : utiliser l'existant et l'améliorer, quelque chose de plus efficace, tout avoir sur une même grille

- 11) Nouvel outil :

11.1 Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?

Oui, surtout pour la notion de l'accessibilité qui devient intéressante à travers un outil informatique ; le papier est répertorié dans le DM (dossier médical) du patient pour faire un suivi hebdomadaire c'est compliqué et ça prend du temps ; l'informatique c'est pratique pour voir les changements

11.2 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfiques des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement ?

Oui ça mérite d'être plus suivi que maintenant et sécurisé dans le sens de l'ajouter à soarian  oui

11.3 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?

Oui, la formation continue c'est un élément important pour les équipes soignantes et médicales pour avoir des rafraîchissements réguliers, et former les nouveaux, être sensibles à tout ça  pour les 3 oui, et c'est un gain pour les patients et pour la sécurité

11.4 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil comme MOSES qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ?

Ça ferait plus de sens si on se focalise sur les EI des psychotropes, permettra de mettre le contexte, ça pourrait aider les soignants qui sortaient de la généralité

11.5 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ?

Oui, c'est important

## 12) Concernant l'évaluation des SCPD :

12.1 Quels SCPD évaluer ? (Les mêmes que le NPI ?)

Le NPI convient

## 13) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :

13.1 La fréquence est hebdomadaire pour les temps cliniques, la jugez-vous pertinente ?

Il pourrait être rempli quotidiennement, le symptôme est identifié, c'est transmis au médecin, etc. ; c'est fait tout le temps, mais ce n'est retracé que une fois par semaine ; l'évaluation a lieu le dimanche, mais si par exemple un nouveau symptôme survient entre celui-là et le prochain, rien n'est retracé

13.2 Elle permet au moins d'être systématique, mais l'optimiseriez-vous et si oui comment ?

Oui cf. question précédente : re traçabilité rapide

13.3 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?

Oui c'est l'idée ! Les soignants peuvent le faire rapidement d'autant plus si c'est informatisé

13.4 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

Pendant la toilette car c'est à ce moment là où l'infirmier voit le patient, ou pendant un soin dans le courant de la journée, ça pourrait être notifié

Remarques / commentaires ?

Importance de l'impact des mesures environnementales à ne pas oublier, pas que les médicaments, à distinguer ; P.ex. la musique, etc. pour les mesures non pharmacologiques

Inclure dans l'outil ce qui a été fait ou non de manière non pharmacologique pour que l'infirmier puisse noter un changement

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION MÉDECINS CDC

Interview numéro : médecin 3  
Enregistrement (oui / non) : oui

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?

Non, il y a beaucoup de choses qui existent qui sont mises en place, mais qui ne sont pas forcément faites

- 2) Réussissez-vous facilement à retrouver dans le dossier médical les antécédents de traitement contre tel ou tel SCPD, si cela a été bénéfique ou au contraire ayant occasionné des effets indésirables et si oui lesquels ? Non

- 3) Seriez-vous intéressés qu'un outil permette de pouvoir répertorier et organiser ces données d'anamnèse médicamenteuse de manière informatique, rassemblées dans un onglet précis et retrouvable régulièrement ?

Oui, à partir du moment où c'est sécurisé, on trouve tout, mais il y a un problème de traçabilité et ça prend du temps

- 4) Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?

Non, ils transmettent de façon claire selon leur propre langage, mais pas de manière homogène, le problème est donc pendant transmission médicale et si on en parle avec d'autres personnes du service □ selon leur propre quantification à eux, non quantifiable

- 5) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?

Les outils existent et fonctionnent, sont relativement valides à peu de choses près, mais dans l'organisation du service il n'y a pas mis en application de manière efficace ni clinique ni statistiques

- 6) NPI :

6.1 Connaissez-vous le NPI ? Oui

6.2 Le NPI est-il utilisé ?

En théorie il est censé être utilisé, idéalement pendant l'entrée et la sortie des patients et pendant les changements, mais en pratique ce n'est que peu ou pas fait, personne n'est attiré pour cette tâche ; mettre en place un truc réduit qui soit fait en 5min par les infirmiers, pour les médecins c'est possible, mais ce n'est pas fait ; l'outil est utile, mais il passe au second plan, on a besoin d'une démarche d'équipe avec systématique obligatoire ; s'appuyer sur un seul corps c'est trop aléatoire

6.3 A quelle fréquence est-il utilisé ?

Pas vraiment utilisé, devrait être systématique

- 7) Grille MOSES :

7.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? Oui

7.2 Cette grille est-elle utilisée au sein de votre unité ?

Oui, de manière systématique à un moment précis de la semaine, et on se remplace si ce n'est pas fait donc il n'y a pas d'oublis, peu d'oubli ; C'est fait à mon avis de manière correcte, mais marche

7.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ? 1x semaine

7.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?

Toujours remplie pour être remplie, on aurait besoin de le faire avec soin, mais c'est difficile de voir si ça a été fait avec soin, on voit ce qui s'est fait en vérifiant et en signant, les médecins CDC ne peuvent pas savoir comme c'est fait ; un humain normal ne peut pas porter d'intérêt à ce genre de suivi

- 8) Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?

Dans la structure oui et ce qu'ils contiennent ça joue

- 9) En utilisez-vous d'autres ?

De manière régulière non, mais sinon oui beaucoup sont utilisées, une dizaine de classique, mais utilisés au cas par cas ; c'est plus utile de tout mettre dans le NPI au lieu de multiplier l'utilisation de différents outils

- 10) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

Oui il faudrait avoir des outils de synthèses ; il faut aller vers des outils qui se construisent eux même, ou les questions simples provoquent l'ouverture de questions plus développées, aller vers un outil informatique qui soit plus simple

- 11) Nouvel outil :

11.1 Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ? Oui

11.2 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement ?

Oui clairement, c'est l'objectif essentiel, c'est indispensable, ça ne rend pas forcément le travail meilleur, mais ça permettra de l'évaluer ; ça donnerait des pistes pour des développement, progrès, etc., être tourner vers l'avenir

11.3 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?

Bonne idée, je suis toujours opposé à cette idée de formation pour l'outil, mais pour moi si l'outil est pas obvious il est mal fait, je ne supporte pas l'idée du mode d'emploi.

Mais c'est important que tout le monde ait la même info, ça m'agace à titre personnel.

11.4 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil comme MOSES qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ?

Bonne idée, les 2 sont intéressants, mais personne ne sait différencier la maladie des EI... on peut juste voir par rapport au temps de manifestation si c'est plutôt lié au TTT ou non.

Ça serait plus logique de se focaliser sur les EI en lien avec les psychotropes, mais ça peut porter à confusion toutefois ça peut aider, ça me paraît ambitieux.

11.5 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ?

Oui, c'est utile, mais très artificiel, la plupart des patients ont des TCM ; des ECA peuvent être des signes d'appel de début de démence et vice versa, la distinction est compliquée ; le plus simple est de différencier ECA et processus chronique ; c'est intéressant, mais se méfier !

## 12) Concernant l'évaluation des SCPD :

12.1 Quels SCPD évaluer ? (Les mêmes que le NPI ?)

Le NPI est bien, utiliser la version NPI-R

## 13) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :

13.1 La fréquence est hebdomadaire pour les temps cliniques, la jugez-vous pertinente ?

Non ce n'est jamais pertinent car c'est systématique, mais c'est la seule manière de rendre régulier le recueil de données ; l'idéal, ne passe plus par une interaction humaine, l'idée est que ça soit fait de manière automatisée par des capteurs ou caméra ; on a les moyens technique mais coûte, etc., je pense que c'est déjà faisable, ce n'est pas irréaliste et ça déchargerait le soignant de ces tâches fastidieuses ;

13.2 Elle permet au moins d'être systématique, mais l'optimiseriez-vous et si oui comment ?

cf. réponse ; Version non futuriste : à part rendre obligatoire, je ne vois pas trop comment faire ;

13.3 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ? Ça serait logique

13.4 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

Ça serait bien que tout le monde soit à même de remplir l'outil en question, il faudrait que ça se fasse avec aucune contrainte, mais c'est difficile !

Remarques / commentaires ?

La démarche est faisable et intéressante, mais le problème est la mise en pratique, et à part rendre obligatoire la saisie c'est difficile de systématiser ça sans contrainte ;

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION MÉDECINS ASSISTANTS

Interview numéro : médecin 4

Enregistrement (oui / non) : oui, mais supprimer

- 1) Etes-vous satisfaite par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?

Oui, sauf que des fois il y a des choses un peu subjectives entre infirmiers, ça dépend de qui fait, des fois pour une même situation on a des descriptions différentes

- 2) Réussissez-vous facilement à retrouver dans le dossier médical les antécédents de traitement contre tel ou tel SCPD, si cela a été bénéfique ou au contraire ayant occasionné des effets indésirables et si oui lesquels ?

Non ce n'est pas très intuitif, pas très facile. Si on parle des TTT, c'est le plus difficile à pister, on n'a pas de document de transmission ; on ne sait pas ce qui a été fait, etc, on ne connaît pas les antécédents ; on trouve ceci des fois sur soarian, mais quand ça parle des antécédents médicaux non ; Pour le reste, ça prend du temps, c'est chronophage. On a besoin d'avoir une plateforme avec toutes les informations au même endroit.

- 3) Seriez-vous intéressés qu'un outil permette de pouvoir répertorier et organiser ces données d'anamnèse médicamenteuse de manière informatique, rassemblés dans un onglet précis et retrouvable régulièrement ? Oui

- 4) Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?

Précis oui, juste des fois c'est difficile, mais c'est aussi normal pour la perception des choses. Il y a un problème d'uniformité.

- 5) Avez-vous l'impression que vous étiez bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?

On n'a pas d'outil objectif à notre disposition, tout se passe par la parole, on n'a pas d'outils de transmission

- 6) NPI :

6.1 Connaissez-vous le NPI ? Oui

6.2 Le NPI est utilisé dans l'unité ? Au mieux, mais ce n'est pas systématique

6.3 A quelle fréquence est-il utilisé ? -

- 7) Grille MOSES :

7.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? Oui

7.2 Cette grille est-elle utilisée au sein de votre unité ? Oui

7.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ? 1x/semaine

7.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ? Je ne sais pas

- 8) Actuellement validées par les chefs de clinique, pensez-vous que ces grilles pourraient aider pour le suivi de SCPD, de leurs traitements et des effets indésirables ?

Elles aident, c'est mieux que rien, mais l'outil MOSES est non visé/ciblé, mais elles sont maintenues

- 9) Auriez-vous eu besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ? Si c'est possible oui

- 10) Nouvel outil :

10.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfiques des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement ?

Oui, il y a beaucoup d'améliorations à faire surtout avec une population comme celle la

10.2 Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, auriez-vous été opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ? Oui

10.3 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?

Oui ça serait intéressant, mais il ne faut pas que ça soit quelque chose qui prenne plus de temps que ce qu'on a déjà

10.4 Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Oui, pour homogénéiser, ça manque ! Besoin des mots de code, besoin que ça soit transmis de manière plus scientifique et médicale

Si oui, à quelle fréquence, annuelle ? Tous les ans et si ça bouge

L'auriez-vous voulu conjointe avec les infirmiers, pour avoir tout le même langage ? Oui ça serait bien qu'on parle tous la même langue

10.5 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil comme MOSES qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ? Se focaliser sur les EI liés aux psychotropes

10.6 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ? C'est ce qu'on essaye de faire, oui ça serait bien

- 11) Concernant l'évaluation des SCPD :

11.1 Quels SCPD évaluer ? (Les mêmes que le NPI ?) Le NPI est bien

**12) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :**

12.1 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?

Oui ça serait intéressant de mettre tout de manière systématique

12.2 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ? *Je ne sais pas trop*

**13) Dans les messages de vos lettres de sorties, aviez-vous l'impression que vos prescriptions concernant les SCPD seront correctement réévaluées dans un temps relativement proche ?**

On essaie de mettre des notes pour p.ex. savoir que ce TTT a été mis pour tel ou tel symptôme et pour qu'on recommande d'évaluer à distance si le médicament est nécessairement maintenu ou non

**14) Que pensez-vous d'harmoniser et systématiser ce point afin qu'une réévaluation du traitement contre les SCPD soit faite par les médecins qui prennent le relais de vos prescriptions (médecin traitant à domicile ; médecin EM, etc.) ?**

Oui ça serait une bonne idée, c'est ce qu'on essaie de faire

**15) Auriez-vous eu besoin de la contribution systématique du pharmacien clinicien pour vous aider dans cette analyse, et si oui à quel niveau, sans qu'il se substitue à votre travail évidemment : confirmation du lien de certains effets indésirables et les traitements pharmacologiques ? Anamnèse médicamenteuse ? Autre ?**

Oui c'est très utile, on a besoin de rester proche de la clinique et ces personnes sont très précieuses ; Surtout aux niveaux : interactions médicamenteuses, pour les switches thérapeutiques et aussi pour identifier des EI → alerter ou non, prévention

Remarques / commentaires ?

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION MÉDECINS CDC

Interview numéro : médecin 5

Enregistrement (oui / non) : oui

**1) Avez-vous des patients déments ayant des SCPD dans votre unité de soins ?**

Très peu ; à l'UTAP normalement il y a des patients avec troubles affectifs et psychotiques aigus ; ça arrive quand il n'y a plus de place à l'UTPO ou quand le patient est suivi par un médecin de l'UTPO et qu'il a besoin de distinguer les prises en soin ; il y a un suivi ambulatoire pour différencier les prises en charge

**2) Comment se passe la prise en charge générale de ces patients lorsque vous en avez ?**

Comme pour tout le monde, il y a une évaluation clinique, un entretien d'entrée par les médecins assistants et infirmiers, le lendemain il y a une rencontre avec les CDC (chef de clinique) et infirmiers et avec le médecin cadre 1x/semaine pour les colloques de nouveaux cas.

**3) Concernant les patients déments ayant des SCPD dans votre unité :**

3.1 Y-a-t-il un suivi de ces patients ? **Oui**

3.2 Avez-vous déjà réalisé un suivi de patient dément avec des SCPD ? **Oui**

3.3 Qui réalise le suivi ? **Toute la hiérarchie**

3.4 Comment est-il réalisé ?

Il y a un temps dédié de colloque : la semaine colloque le lundi pour Lilas, l'après-midi, 1h de colloque pharmaco avec un ICUS et tous les médecins, gériatre et pharmaciens, tous les dossiers sont revus et repassés, on regarde les interactions médicamenteuses, repose les objectifs qui sont discutés aux début, mais le but est de surtout revoir la médication, EI, interactions et suivre le côté somatique notamment les imageries, prises de sang, etc. Les équipes soignantes font le retour du week-end, ce qui est fait chaque jour, mais pas en week-end. Il y a des colloques multidisciplinaires, colloques nouveaux cas ; dans les colloques nouveaux cas on a : une équipe infirmière, une assistante sociale, un groupe médico-infirmier ; Tous les matins un point est fait plus ou moins entre médecin assistant et infirmiers pour suivre l'évolution clinique du patient. Les suivis sont faits aussi pendant les entretiens médico-infirmiers par patient dans la semaine. Tous les patients ont des infirmiers référant mais ça dépend aussi de leur disponibilité. Il n'y a pas de temps commun entre UTAP et UTPO, mais il est possible de demander des avis ou de l'aide pour un diagnostic différentiel ou ce qu'il aurait fait. Tous les patients sont traités, mais il n'y a pas de consensus entre les deux unités. C'est fait différemment à l'UTPO p.ex. Si on a vu avec le CDC à l'entrée, le colloque nouveaux cas n'est pas forcément attendu si p.ex. il y a des prescriptions absurdes à l'entrée ; 24-48h ; Pas d'outils mis en place systématiquement ; Suivi des EI par les médecins pendant les entretiens, important ; psychoéducation pour expliquer aux patients ce qu'ils ont ce qu'ils font faire, etc. pour qu'ils connaissent leur maladie et qu'ils sachent quoi faire.

3.5 Etes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?

**Non, il manque de la finesse clinique, des choses concrètes, retranscriptibles et qu'on peut répéter, manque d'homogénéité.**

3.6 Réussissez-vous facilement à retrouver dans le dossier médical les antécédents de traitement contre tel ou tel SCPD, si cela a été bénéfique ou au contraire ayant occasionné des effets indésirables et si oui lesquels ?

**Non pas toujours, il y a des patients en institution donc des fois les EMS donnent l'historique, mais pas tout le temps, des fois il y a des changements de médecins qui les suivent, etc. Ce n'est pas évident de faire l'anamnèse ; Souvent on se contente des infos qu'on a ; mais c'est regrettable**

3.7 Seriez-vous intéressés si un outil permette de pouvoir répertorier et organiser ces données d'anamnèse médicamenteuse de manière informatique, rassemblés dans un onglet précis et retrouvable régulièrement ? **Oui**

3.8 Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?

**Non ce n'est pas uniforme du tout, il n'y a pas forcément de curseur, c'est très descriptif, qu'avec des mots parfois, il faudrait plutôt poser le bon mot psychiatrique ; on manque de vocabulaire spécifique**

3.9 Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?

**Non si on parle d'outil, si on ne parle point de vue clinique c'est différent ; au niveau de la clinique ça joue ; c'est plutôt au niveau mesure que non ;**

**4) Vous sentez-vous concerné par des questions relatives aux patients déments ayant des SCPD ?**

**De base non, mais y'en a de temps en temps donc oui**

**5) Auriez-vous besoin d'une aide pour effectuer un suivi de ces patients ? **Oui****

**6) NPI :**

6.1 Connaissez-vous le NPI ? **Oui**

6.2 Le NPI est-il utilisé ? **Non**

6.3 A quelle fréquence est-il utilisé ? -

**7) Grille MOSES :**

7.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? **Oui**

7.2 Cette grille est-elle utilisée au sein de votre unité ? **non**

7.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ? pas connu depuis qu'elle est arrivée

7.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ? -

8) Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ? NA

9) Nouvel outil :

9.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfiques des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement ? Oui

9.2 Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ? Oui

9.3 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ? Oui, surtout nécessaire

9.4 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil comme MOSES qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ?

Ça peut être général, parce qu'on a des patients polymédiqués, c'est difficile de parler qu'en termes de psychotropes ; p.ex. interaction entre tramal qui fait augmenter le risque des SSRI

9.5 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ?

Oui, ça permettra au fur et à mesure de ne pas passer à côté et qu'il puisse y avoir un potentiel état confusionnel

10) Concernant l'évaluation des SCPD :

10.1 Quels SCPD évaluer ? (Les mêmes que le NPI ?) oui pas mal

11) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :

11.1 Elle permet au moins d'être systématique, mais l'optimiseriez-vous et si oui comment ? Il faudrait le faire à l'entrée, une fois par semaine, aux modifications thérapeutiques et symptomatiques ; Ce que j'aurais fait sans se baser sur ce qu'on pense maintenant :

- Diagnostic différentiel pas que ECA ou démence, mais somatique
- Quels SCPDs / combien / sévérité
- Depuis quand / durée
- Ce qui a marché ou pas
- Médication efficace / non
- Anamnèse pharmacologique avec le type de médicament, la raison de l'instauration, depuis quand, TTT en cours, posologie, EI retrouvés et lesquels
- Autres types de médications pour un suivi des interactions p.ex.
- Schéma avec les médicaments psychotropes / graphique pour visualiser l'évolution des SCPD
- Choix : arrêt ou non, modification de dose ou non

11.2 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ? Oui

11.3 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

Le matin, c'est là où il y a le plus de personnes, où on se croise tous le plus, au moment de faire le point et poser les EMI (entretiens médico-infirmiers)

Remarques / commentaires ?

Questionnaire concernant le développement d'un outil pour évaluer et suivre les patients déments ayant des SCPD :  
VERSION MÉDECINS ASSISTANTS

Interview numéro : médecin 6

Enregistrement (oui / non) : oui

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?

Plutôt non, parce que les personnes confrontées à ce genre de patient ne font pas de synthèse, mais plus des récits d'événements / descriptions des événements

- 2) Réussissez-vous facilement à retrouver dans le dossier médical les antécédents de traitement contre tel ou tel SCPD, si cela a été bénéfique ou au contraire ayant occasionné des effets indésirables et si oui lesquels ?

Ce n'est pas recensé dans un endroit précis, on a besoin de chercher dans les lettres de sorties ou dans les rapports médicaux ou infirmiers de consultation

- 3) Seriez-vous intéressés qu'un outil permette de pouvoir répertorier et organiser ces données d'anamnèse médicamenteuse de manière informatique, rassemblés dans un onglet précis et retrouvable régulièrement ?

Oui, ça existe déjà, mais c'est plus général

- 4) Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?

Oui et non, oui parce que ça dépend des équipes et des infirmiers et de l'état général du service et non parce que ce n'est pas évident d'avoir des faits clairs et synthétiques

- 5) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?

Il y a beaucoup d'outils, ils sont bien utilisés, peuvent être efficaces et aidants, mais après ne sont pas toujours rempli

- 6) NPI :

6.1 Connaissez-vous le NPI ? Oui

6.2 Le NPI est-il utilisé ? Non

6.3 A quelle fréquence est-il utilisé ? -

- 7) Grille MOSES :

7.1 Connaissez-vous la grille MOSES ? Oui

7.2 Cette grille est-elle utilisée au sein de votre unité ?

Non, mais je peux me référer aux EI et en termes d'exhaustivité

7.3 A quelle fréquence est-elle utilisée ? -

7.4 Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ? -

- 8) Actuellement validés par les chefs de clinique, pensez-vous que ces grilles pourraient aussi vous aider pour le suivi de SCPD, de leurs traitements et des effets indésirables ? -

- 9) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

Plutôt non en termes d'outil matériel, mais plutôt oui en termes de rappel de formation

- 10) Nouvel outil :

10.1 Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement ?

J'aurai tendance à dire non, car on a peu de patients ; il y a des biais : on est à l'hôpital et les SCPD peuvent différer selon l'environnement

10.2 Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?

Oui ça serait intéressant, mais ne doit pas faire perdre du temps

10.3 S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ? Oui tout à fait

10.4 Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Oui ça serait intéressant

Si oui, à quelle fréquence, annuelle ? 1 à 2 fois par semestre

La voudriez-vous conjointe avec les infirmiers, pour avoir tout le même langage ? Oui

10.5 Pensez-vous qu'il serait préférable d'utiliser un outil comme MOSES qui permette de tracer tous les EI possibles ou plutôt se focaliser sur les EI liés à la prise de psychotropes ?

On a besoin de trancher, il faudrait plus une liste exhaustive

10.6 Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence, mais de suivre le patient ? Oui bien sûr

- 11) Concernant l'évaluation des SCPD :

11.1 Quels SCPD évaluer ? (Les mêmes que le NPI ?) oui

**12) Fréquence de suivi / Remplissage de l'outil :**

12.1 Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?

On a besoin de systématique donc oui

12.2 Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

A l'issu d'un entretien avec un patient p.ex., que ça soit fait conjointement entre infirmier et médecin

**13) Dans les messages de vos lettres de sorties, avez-vous l'impression que vos prescriptions concernant les SCPD seront correctement réévaluées dans un temps relativement proche ?**

Oui et non, ça dépend du suivi par la suite, soit il y a un suivi psy et oui, soit il n'y en a pas et donc ça dépend si on met des directives dans la lettre de sortie

**14) Que pensez-vous d'harmoniser et systématiser ce point afin qu'une réévaluation du traitement contre les SCPD soit faite par les médecins qui prennent le relais de vos prescriptions (médecin traitant à domicile ; médecin EM, etc.) ?**

Il faudrait mettre de manière systématique les résultats de l'outil en annexe dans la lettre de sortie

**15) Auriez-vous besoin de la contribution systématique du pharmacien clinicien pour vous aider dans cette analyse, et si oui à quel niveau, sans qu'il se substitue à votre travail évidemment : confirmation du lien de certains effets indésirables et les traitements pharmacologiques ? Anamnèse médicamenteuse ? Autre ?**

Oui parce que plus il y a d'avis, plus on est proche de la réalité, on a besoin d'info sur les TTT pharmaco, pour les patients polymédiqués, une aide dans les décisions de stratégies thérapeutiques...

Remarques / commentaires ?

## Annexe 21 : Analyses des questions fermées des interviews des infirmiers

Tableau 4 : Résultats concernant la situation actuelle

Questions posées aux infirmiers	Type de question (Ouvverte/ Fermée)	Possibilités de réponse	nTOT	n interrogé	Réponses					
					Oui		Non		Autres	
					n	%	n	%	n	%
<b>Ressenti sur la situation actuelle</b>										
1. Avez-vous des patients déments ayant des SCPD ?	Fermée	Oui / Non	9	3	3	100	0	0	0	0
2. Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ?	Fermée	Oui / Non	9	9	4	44	5	56	0	0
3. Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?	Fermée	Oui / Non	9	9	7	78	2	22	0	0
4. Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?	Fermée	Oui / Non	9	9	4	44	3	33	2*	22

\*Un (infirmier 7) des deux infirmiers ne se sent pas concerné par la question, l'autre (infirmier 8) ne sait pas : « ça dépend de ce qui est fait à l'UTPO »

Tableau 5 : Résultats concernant les outils utilisés actuellement

Questions posées aux infirmiers	Type de question (Ouvverte/ Fermée)	Possibilités de réponse	nTOT	n interrogé	Réponses					
					Oui		Non		Autres	
					n	%	n	%	n	%
<b>Outils utilisés actuellement</b>										
Concernant le NPI :										
1. Connaissez-vous le NPI ?	Fermée	Oui / Non	9	9	5	56	4	44	0	0
2. Le NPI est-il utilisé ?	Fermée	Oui / Non	9	9	0	0	9	100	0	0
3. A quelle fréquence est-il utilisé ?	Ouvverte	Quotidiennement, hebdomadaire-ment, mensuellement ...	9	9	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Concernant la grille MOSES :										
4. Connaissez-vous la grille MOSES ?	Fermée	Oui / Non	9	9	9	100	0	0	0	0
5. Utilisez-vous cette grille ?	Fermée	Oui / Non	9	9	6	67	3	33	0	0
6. A quelle fréquence est-elle utilisée ?	Ouvverte	Quotidiennement, hebdomadaire-ment, mensuellement ...	9	9	NA	NA	NA	NA	9	100
7. Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?	Fermée	Oui / Non	9	9	5	56	3	33	1	11
8. Est-ce que cet outil vous permet de retracer tous les EI visibles et connus que vous voudriez reporter pour le suivi ? (Autrement dit, est-elle assez complète ?)	Fermée	Oui / Non	9	9	4	44	4	44	1	11
Autres questions sur les outils utilisés actuellement :										
9. Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?	Fermée	Oui / Non	9	6	4	67	2	33	0	0
10. Utilisez-vous d'autres outils ?	Fermée	Oui / Non	9	9	2	22	7	78	0	0

11. Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?	Fermée ; ouverte	Oui / Non ; Développement des idées si oui (autres)	9	9	7	78	2	22	7	100
--	------------------	---	---	---	---	----	---	----	---	-----

**Résumés des questions fermées avec les réponses « Autres » de la partie « Outils utilisés actuellement » :**

7. Infirmier 6 : Ne sait pas trop, difficulté à répondre à cette question ; toutes les questions ne sont pas forcément dépendantes les unes des autres ainsi soit les questions sont complétées indépendamment du reste, soit tout est complété. La saisie peut être précise ou non selon qui l'a complété.

8. Infirmier 3 : Cette personne était nouvelle au moment de l'interview et avait peu de notions sur le sujet et complète la grille sans toutefois bien distinguer les symptômes des EI.

**Résumés des questions ouvertes de la partie « Outils utilisés actuellement »**

3. A quelle fréquence est-il utilisé ?

Le NPI n'étant pas utilisé d'après les infirmiers dans aucune de ces deux unités, cette question est non applicable (NA).

6. A quelle fréquence est-elle utilisée ?

Toutes les personnes interviewées ont parlé d'une fréquence hebdomadaire concernant l'utilisation de la grille MOSES. Sur ces 9 personnes, 2 ont mentionné que la grille est également utilisée à l'admission d'un patient.

11. Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

Sur les 7 personnes ayant répondu "oui" à cette question, 4 d'entre elles ont cités la notion de spécificité. D'après elles, la grille MOSES actuellement utilisée dans l'une des unités manque de spécificité (malgré le nombre important d'item que l'on retrouve dedans), est complète, mais il y a toujours des difficultés à évaluer la population ciblée, c'est à dire les patients déments ayant un ou des SCPD. Les EI principaux sont la plupart du temps mis en évidence au niveau des colloques. Il a également été mentionné qu'un tri devrait être effectué afin d'affiner les observations et s'axer sur la symptomatologie de la démence. Si quelque chose doit être développé, des améliorations sont donc à apporter, il faudrait quelque chose de simple et complet.

**Tableau 6 : Résultats concernant le suivi actuel**

Questions posées aux infirmiers	Type de question (Ouverte/Fermée)	Possibilités de réponse	nTOT	n interrogé	Réponses					
					Oui		Non		Autres	
					n	%	n	%	n	%
<b>Concernant le suivi actuel :</b>										
1. Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Si oui, à quelle fréquence ?	Fermée ; ouverte	Oui / Non ; Développement des idées si oui (autres)	9	6	6	100	0	0	4	67
2. Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?	Fermée	Oui / Non	9	9	9	100	0	0	0	0

**Résumés des questions ouvertes de la partie « Suivi actuel »**

1. Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Si oui, à quelle fréquence ? Sur les 4 personnes ayant répondu qu'une formation serait bénéfique, 3 d'entre elles ont répondu que la fréquence de ces formations devrait être supérieure à une fois par année : tous les 3 mois ou au moins deux fois par année.

**Tableau 7 : Résultats concernant le nouvel outil**

Questions posées aux infirmiers	Type de question (Ouverte/Fermée)	Possibilités de réponse	nTOT	n interrogé	Réponses					
					Oui		Non		Autres	
					n	%	n	%	n	%
<b>Concernant le nouvel outil :</b>										
1. Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?	Fermée	Oui = Intéressé / Non = Opposé	9	9	8	89	1	11	0	0

2. S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?	Fermée	Oui / Non	9	9	9	100	0	0	0	0
3. Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ?	Fermée	Oui = Tous les EI / Non = EI liés à la prise de psychotropes	9	9	1	11	8	89	0	0
4. Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ?	Ouverte	Bonne, mauvaise idée...	9	9	NA	NA	NA	NA	9	100

**Résumés des questions ouvertes de la partie « Nouvel outil »**

4. Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ? Sur les 9 personnes interrogées, toutes ont répondues que cette inclusion de diagnostic différentiel est essentielle et devrait figurer quelque part étant donné les problèmes de confusions déjà présents même quand le diagnostic est fait. Même si le diagnostic n'est pas du ressort de ce corps de métier (infirmier), ils doivent tout de même apporter des solutions ou réponses. Cette inclusion ne changerait d'après eux pas leur pratique, il ne faut juste pas exclure la possibilité d'apparition d'un ECA.

**Tableau 8 : Résultats concernant la fréquence de saisie du nouvel outil**

Questions posées aux infirmiers	Type de question (Ouverte/ Fermée)	Possibilités de réponse	nTOT	n interrogé	Réponses					
					Oui		Non		Autres	
					n	%	n	%	n	%
<b>Concernant la fréquence de saisie de l'outil actuel / nouveau :</b>										
1. Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?	Fermée	Oui / Non	9	9	9	100	0	0	0	0
2. Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?	Ouverte	Les matins, après-midi, soirée, pendant les soins...	9	9	NA	NA	NA	NA	9	100
3. Pensez-vous que vous rempliriez d'avantage ce questionnaire « 3 en 1 » ?	Fermée	Oui / Non	9	9	8	89	0	0	1*	11
4. Pensez-vous que cette nouvelle implantation soit utile ?	Fermée	Oui / Non	9	9	9	100	0	0	0	0

\*Infirmier 6 : « Impossible de le savoir, on a besoin de le tester et de l'apprivoiser ; On verra s'il y aura une utilisation ou plutôt un abandon »

**Résumés des questions ouvertes de la partie « Fréquence de saisie de l'outil actuel / nouveau »**

2. Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

L'organisation concernant les saisies d'outil ou d'observations à écrire dépend des unités. 4 des 9 personnes interrogées mentionnent que la saisie de l'outil ne peut se faire durant les matinées étant donné la charge de travail à réaliser (toilette & soins) bien que le moment serait opportun. Ces personnes votent ainsi pour le post-soin, soit en fin de matinée. 2 infirmiers ont notifié la possibilité de saisies les week-end dans l'après-midi, qu'ils s'agissent du samedi ou du dimanche. Il est également ressorti qu'il n'y a pas de moment opportun ou préférentiel pour réaliser des observations parce que chaque information devrait être reportée au bon moment, soit à l'instant où ceci est observé. L'outil devrait être rempli au moins 2 fois par jour : une fois durant la journée et une fois durant la nuit.

**Tableau 9 : Résultats concernant les remarques / commentaires généraux des infirmiers**

Questions posées aux infirmiers	Type de question (Ouverte/ Fermée)	Possibilités de réponse	nTOT	n interrogé	Réponses					
					Oui		Non		Autres	
					n	%	n	%	n	%
<b>Remarques / commentaires ?</b>	N'est pas une question	Résumé des remarques	9	9	NA	NA	NA	NA	5	56

Si un nouvel outil doit être implanté, le faire, mais en fournissant des informations pour ne pas avoir une grille comme la grille MOSES qui est comme "tombée du ciel". Il faut savoir qui doit notifier quoi, quand et sous quelles conditions. Il faut quelque chose de concret et qui ait du sens. Un autre point est plusieurs fois souligné : la notion de systématisme. Cette grille est remplie de manière systématique, autrement dit, elle est juste remplie pour être remplie parce qu'il le faut. Un infirmier a notifié qu'un outil est utile lorsqu'il est utilisé en tant que support et non pas comme quelque chose à faire sans raisons particulières. D'une semaine à l'autre pour une même patient, il est possible qu'aucune évolution soit apparue, d'où les copier-coller qui peuvent apparaître au cours du temps provoquant ainsi un manque de pertinence et d'automatisation. Il est nécessaire d'utiliser un outil adéquat quand il est nécessaire et non pas en tant que routine.

## Annexe 22 : Analyses des questions fermées des interviews des médecins

Tableau 10 : Résultats concernant la situation actuelle

Questions posées aux infirmiers	Type de question (Ouverte/ Fermée)	Possibilités de réponse	nTOT	n interrogé	Réponses					
					Oui		Non		Autres	
					n	%	n	%	n	%
<b>Situation actuelle</b>										
1. Avez-vous des patients déments ayant des SCPD ?	Fermée	Oui / Non	6	1	1	100	0	0	0	0
2. Comment se passe la prise en charge de ces patients lorsque vous en avez ?	Ouverte	Résumé des réponses	6	1	NA	NA	NA	NA	1	100
Concernant les patients déments ayant des SCPD dans votre unité :										
3. Y-a-t-il un suivi de ces patients ?	Fermée	Oui / Non	6	1	1	100	0	0	0	0
4. Avez-vous déjà réalisé un suivi de patient dément avec des SCPD ?	Fermée	Oui / Non	6	1	1	100	0	0	0	0
5. Qui réalise le suivi ?	Ouverte	Résumé des réponses	6	1	NA	NA	NA	NA	1	100
6. Comment est-il réalisé ?	Ouverte	Résumé des réponses	6	1	NA	NA	NA	NA	1	100

## Résumé des questions ouvertes de la partie « Situation actuelle »

2. Comment se passe la prise en charge de ces patients lorsque vous en avez ?

"Comme pour tout le monde, il y a une évaluation clinique, un entretien d'entrée par les médecins assistants et infirmiers, le lendemain il y a une rencontre avec les CDC (chefs de clinique) et infirmiers et avec le médecin cadre 1x/semaine pour les colloques de nouveaux cas."

5. Qui réalise le suivi ? "Toute la hiérarchie"

6. Comment est-il réalisé ?

"Il y a un temps dédié de colloque : la semaine colloque le lundi pour l'après-midi, 1h de colloque pharmaco avec un ICUS et tous les médecins, gériatre et pharmacienne, tous les dossiers sont revus et repassés, on regarde les interactions médicamenteuses, repose les objectifs qui sont discutés aux début, mais le but est de surtout revoir la médication, EI, interactions et suivre le côté somatique notamment les imageries, prises de sang, etc. Les équipes soignantes font le retour du we, ce qui est fait chaque jour, mais pas en week-end end. Il y a des colloques multidisciplinaires, colloques nouveaux cas ; dans les colloques nouveaux cas on a : une équipe infirmière, une assistante sociale, un groupe médico-infirmier ; Tous les matins un point est fait plus ou moins avec moi, médecin assistante, et infirmiers pour suivre l'évolution clinique du patient. Les suivis sont faits aussi pendant les entretiens médico-infirmiers par patient dans la semaine. Tous les patients ont des infirmiers référant → selon leur disponibilité aussi. Il n'y a pas de temps commun entre UTAP et UTPO, mais il est possible de demander des avis ou de l'aide pour un diagnostic différentiel ou ce qu'il aurait fait. Tous les patients sont traités, mais il n'y a pas de consensus entre les deux unités.

C'est fait différemment à l'UTPO p.ex. Si on a vu avec le CDC à l'entrée, le colloque nouveaux cas n'est pas forcément attendu si p.ex. il y a des prescriptions absurdes à l'entrée ; 24-48h ; Pas d'outils mis en place systématiquement ; Suivi des EI par les médecins pendant les entretiens, important ; psychoéducation pour expliquer aux patients ce qu'ils ont ce qu'ils font faire, etc. pour qu'ils connaissent leur maladie et qu'ils sachent quoi faire"

Tableau 11 : Résultats concernant la situation actuelle

Questions posées aux infirmiers	Type de question (Ouverte/ Fermée)	Possibilités de réponse	nTOT	n interrogé	Réponses					
					Oui		Non		Autres	
					n	%	n	%	n	%
<b>Ressenti sur la situation actuelle</b>										
1. Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?	Fermée	Oui / Non	6	6	1	17	5	83	0	0
2. Réussissez-vous facilement à retrouver dans le dossier médical les antécédents de traitement contre tel ou tel SCPD, si cela a été bénéfique ou au contraire ayant occasionné des effets indésirables et si oui lesquels ?	Fermée	Oui / Non	6	6	6	100	0	0	0	0
3. Seriez-vous intéressés qu'un outil permette de pouvoir répertorier et organiser ces données d'anamnèse médicamenteuse de manière informatique, rassemblés dans un onglet précis et retrouvable régulièrement ?	Fermée	Oui / Non	6	6	6	100	0	0	0	0

4. Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?	Fermée	Oui / Non	6	6	0	0	4	67	2	33
5. Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?	Fermée	Oui / Non	6	6	0	0	6	100	0	0
6. Vous sentez-vous concerné par des questions relatives aux patients déments ayant des SCPD ?	Fermée	Oui / Non	6	1	1	100	0	0	0	0
7. Auriez-vous besoin d'une aide pour effectuer un suivi de ces patients ?	Fermée	Oui / Non	6	1	1	100	0	0	0	0

#### Résumé des réponses « Autres » que « Oui/non » de la partie « Ressenti sur la situation actuelle »

4. Médecin 4 : « Précis oui », « Problème d'uniformité »

Médecin 8 : « Oui et non, oui parce que ça dépend des équipes et des infirmiers, de l'état général du service et non parce que ce n'est pas évident d'avoir des faits clairs et synthétiques

**Tableau 12 : Résultats concernant les outils utilisés actuellement**

Questions posées aux infirmiers	Type de question (Ouvverte/ Fermée)	Possibilités de réponse	nTOT	n interrogé	Réponses					
					Oui		Non		Autres	
					n	%	n	%	n	%
<b>Outils utilisés actuellement</b>										
Concernant le NPI :										
1. Connaissez-vous le NPI ?	Fermée	Oui / Non	6	6	6	100	0	0	0	0
2. Le NPI est-il utilisé ?	Fermée	Oui / Non	6	6	4	67	2	33	0	0
3. A quelle fréquence est-il utilisé ?	Ouvverte	Quotidiennement, hebdomadaire-ment, mensuellement ...	6	6	NA	NA	NA	NA	4	67
Concernant la grille MOSES :										
4. Connaissez-vous la grille MOSES ?	Fermée	Oui / Non	6	6	6	100	0	0	0	0
5. Utilisez-vous cette grille ?	Fermée	Oui / Non	6	6	4	67	2	33	0	0
6. A quelle fréquence est-elle utilisée ?	Ouvverte	Quotidiennement, hebdomadaire-ment, mensuellement ...	6	6	NA	NA	NA	NA	4	67
7. Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?	Fermée	Oui / Non	6	6	2	33	0	0	4	67
Autres questions sur les outils utilisés actuellement :										
8. Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?	Fermée	Oui / Non	6	3	1	33	0	0	2	67
9. Utilisez-vous d'autres outils ?	Fermée	Oui / Non	6	2	2	100	0	0	0	0
10. Actuellement validés par les chefs de clinique, pensez-vous que ces grilles pourraient aussi vous aider pour le suivi de SCPD, de leurs traitements et des effets indésirables ?	Fermée	Oui / Non	6	2	1	50	0	0	1	50
11. Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?	Fermée ; ouverte	Oui / Non ; Développement des idées si oui (autres)	6	4	3	75	1	25	2	67

#### Résumé des réponses « Autres » de la partie « Outils actuellement utilisés »

7. Cette question est NA pour les médecins 7 et 8 (pas de réponse obtenue) et le médecin 4 « ne sait pas ». Le médecin 1 confie toutefois que les infirmiers se forcent de la remplir et que ce n'est pas bien. Cette grille n'est pas exhaustive et la saisie dépend des soignants. Cette personne confie également qu'il y a un manque d'investissement des médecins assistants.

8. Cette question est NA pour le médecin 7 (pas de réponse obtenue). Le médecin 2 répond que ces grilles peuvent convenir, mais qu'elles auraient besoin d'amélioration afin que les troubles soient distingués d'une autre maladie et que les effets indésirables soient bien attribués. De plus, la saisie devrait être plus rapide et ces outils doivent être utilisés à bon escient.

10. Cette question est NA pour le médecin 8 (pas de réponse obtenue).

**Résumés des questions ouvertes de la partie « Outils utilisés actuellement »**

3. A quelle fréquence est-il utilisé ?

Pour les médecins 7 et 8, cette question est non applicable (NA) étant donné qu'ils ont répondu que le NPI n'était pas utilisé dans leurs unités.

3 des 4 personnes restantes parlent d'une utilisation non systématique du NPI, qui devrait pourtant l'être. Le médecin 1 aurait souhaité avoir une mise en place systématique de cet outil afin d'avoir un suivi du début à la fin plutôt que d'avoir des saisies de temps à autres. De plus, beaucoup de documents sont déjà à compléter hormis celui-ci. Le médecin 2 a parlé de l'idée de départ concernant la fréquence d'utilisation du NPI : il devrait être utilisé à l'entrée du patient afin de savoir quoi cibler (sous-entendu : quel symptôme cibler) et une seconde fois dès lors que le patient est stable pour voir si les objectifs posés au départ sont atteints.

6. A quelle fréquence est-elle utilisée ?

Pour les médecins 7 et 8, cette question est non applicable (NA) étant donné qu'ils ont répondu que la grille MOSES n'était pas utilisée.

Les 4 personnes restantes ont parlé d'une fréquence hebdomadaire quant à la fréquence d'utilisation de la grille MOSES.

11. Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

2 des 3 personnes ayant répondu oui concernant une aide complémentaire ont parlé de leurs idées. L'une d'entre elles parle "d'outils qui se construisent eux-mêmes", d'un outil simple composé de questions simples qui pourraient par la suite provoquer l'ouverture de questions plus développées. L'autre médecin confie qu'il serait intéressant de se baser sur l'existant et l'optimiser puisque le but n'est pas d'ajouter des difficultés supplémentaires, mais plutôt d'avoir quelque chose d'efficace sur une même grille.

**Tableau 13 : Résultats concernant le suivi actuel**

Questions posées aux infirmiers	Type de question (Ouvverte/Fermée)	Possibilités de réponse	nTOT	n interrogé	Réponses					
					Oui		Non		Autres	
					n	%	n	%	n	%
<b>Concernant le suivi actuel :</b>										
1. Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?	Fermée	Oui / Non	6	6	5	83	1	17	0	0
2. Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Si oui, à quelle fréquence, annuelle ? La voudriez-vous conjointe avec les infirmiers, pour avoir tout le même langage ?	Fermée ; ouverte	Oui / Non ; Développement des idées si oui (autres)	6	2	2	100	0	0	2	100
3. Dans les messages de vos lettres de sorties, avez-vous l'impression que vos prescriptions concernant les SCPD seront correctement réévaluées dans un temps relativement proche ?	Fermée	Oui / Non	6	2	0	0	0	0	2	100
4. Que pensez-vous d'harmoniser et systématiser ce point afin qu'une réévaluation du traitement contre les SCPD soit faite par les médecins qui prennent le relais de vos prescriptions (médecin traitant à domicile ; médecin EM, etc.) ?	Ouvverte	Bonne, mauvaise idée...	6	2	NA	NA	NA	NA	2	100
5. Auriez-vous besoin de la contribution systématique du pharmacien clinicien pour vous aider dans cette analyse, et si oui à quel niveau, sans qu'il se substitue à votre travail évidemment : confirmation du lien de certains effets indésirables et les traitements pharmacologiques ? Anamnèse médicamenteuse ? Autre ?	Fermée ; ouverte	Oui / Non ; Développement des idées si oui (autres)	6	2	2	100	0	0	2	100

**Résumé des réponses « Autres » de la partie « Suivi actuel »**

3. Selon le médecin 8, la réponse peut être oui et non : tout dépend du suivi qui suivra, soit il s'agit d'un suivi psy et il pense que oui soit il n'y en a pas et tout dépendra des directives des lettres de sortie. Le médecin 4 confie qu'ils essaient de mettre des notes expliquant que tel traitement a été mis en place pour tel symptôme et qu'ils recommandent une évaluation pour savoir si le médicament doit être maintenu ou pas.

**Résumés des questions ouvertes de la partie « Suivi actuel »**

2. Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Si oui, à quelle fréquence, annuelle ? La voudriez-vous conjointe avec les infirmiers, pour avoir tout le même langage ?

Sur les 2 personnes interrogées, les 2 ont répondu qu'une formation serait intéressante et utile pour homogénéiser le vocabulaire à employer. Concernant la fréquence d'utilisation, l'un d'eux considère qu'une formation annuelle suffit et quand un nouveau membre rejoint le personnel, l'autre parle d'en faire une à deux fois par semestre. Tous deux seraient intéressés par cette formation conjointement aux infirmiers afin que tout le monde parle "la même langue".

4. Que pensez-vous d'harmoniser et systématiser ce point afin qu'une réévaluation du traitement contre les SCPD soit faite par les médecins qui prennent le relais de vos prescriptions (médecin traitant à domicile ; médecin EM, etc.) ? Les deux médecins interrogés sont du même avis : ils pensent que c'est une bonne idée de systématiser les messages des lettres de sortie (suite de la question 3). L'un d'entre eux a proposé d'inclure de manière systématique les résultats de l'outil en annexe des lettres de sortie.

5. Auriez-vous besoin de la contribution systématique du pharmacien clinicien pour vous aider dans cette analyse, et si oui à quel niveau, sans qu'il se substitue à votre travail évidemment : confirmation du lien de certains effets indésirables et les traitements pharmacologiques ? Anamnèse médicamenteuse ? Autre ? Les deux personnes interrogées sont intéressées par la contribution du pharmacien "c'est très utile" et "plus il y a d'avis, plus on est proche de la réalité". Les raisons qui suivent ont été citées pour appuyer leur réponse : Besoin d'informations sur les traitements pharmacologiques, sur les patients polymédiqués, pour les aides aux décisions, sur les interactions médicamenteuses, pour les switch thérapeutiques et également pour identifier les effets indésirables.

**Tableau 14 : Résultats concernant le nouvel outil**

Questions posées aux infirmiers	Type de question (Ouvverte/ Fermée)	Possibilités de réponse	nTOT	n interrogé	Réponses					
					Oui		Non		Autres	
					n	%	n	%	n	%
<b>Concernant le nouvel outil :</b>										
1. Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?	Fermée	Oui = Intéressé / Non = Opposé	6	6	6	100	0	0	0	0
2. S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?	Fermée	Oui / Non	6	6	6	100	0	0	0	0
3. Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ?	Fermée	Oui = Tous les EI / Non = EI liés à la prise de psychotropes	6	6	2	33	4	67	0	0
4. Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ?	Ouvverte	Bonne, mauvaise idée...	6	6	NA	NA	NA	NA	6	100
5. Quels SCPD évaluer ? / Les mêmes que le NPI ?	Fermée	Oui / Non	6	6	6	100	0	0	0	0

**Résumés des questions ouvertes de la partie « Nouvel outil »**

4. Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ? Tous les médecins ont été interrogé sur ce point et tous trouvent ceci utile / intéressant. L'un d'entre eux a mentionné que ceci éviterait de passer à côté d'un tel état, un autre a toutefois parlé d'une distinction compliquée. En effet "des ECA peuvent être des signes d'appel de début de démence et vis-versa", il faut ainsi se méfier.

**Tableau 15 : Résultats concernant la fréquence de saisie du nouvel outil**

Questions posées aux infirmiers	Type de question (Ouvverte/ Fermée)	Possibilités de réponse	nTOT	n interrogé	Réponses					
					Oui		Non		Autres	
					n	%	n	%	n	%
<b>Concernant la fréquence de saisie de l'outil actuel / nouveau :</b>										
1. Elle permet au moins d'être systématique, mais l'optimiserez-vous et si oui comment ?	Fermée ; ouverte	Oui / Non ; Développement des idées si oui (autres)	6	3	3	100	0	0	3	100
2. La fréquence est hebdomadaire pour les temps cliniques, la jugez-vous pertinente ?	Fermée	Oui / Non	6	2	0	0	2	100	0	0
3. Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?	Fermée	Oui / Non	6	6	6	100	0	0	0	0
4. Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?	Ouvverte	Les matins, après-midi, soirée, pendant les soins...	6	6	NA	NA	NA	NA	6	100

**Résumés des questions ouvertes de la partie « Fréquence de saisie de l'outil actuel / nouveau »**

1. Elle permet au moins d'être systématique, mais l'optimiserez-vous et si oui comment ?

Les 3 personnes interrogées à ce sujet sont en accord pour optimiser la fréquence de saisie et ont chacun donné leur vision des choses :

- Une fois à l'entrée, une fois par semaine puis aux modifications thérapeutiques et symptomatiques (médecin 7)

- L'outil pourrait être rempli quotidiennement et non pas une fois par semaine ; ceci permettrait d'augmenter la traçabilité concernant les évaluations. Actuellement, les observations sont faites chaque jour, toutefois elles ne sont répertoriées dans l'outil qu'une fois par semaine : le dimanche. Si un nouveau symptôme survient entre temps, rien n'est retrace (médecin 2)
- Le médecin 3 a parlé de deux possibilités dont l'une est une version "futuriste" : "l'idéal, ne passe plus par une interaction humaine, l'idée est que ça soit fait de manière automatisée par des capteurs ou caméra", cela "déchargerait les soignant de ces tâches fastidieuse". L'autre version, plutôt non futuriste décrit le fait de devoir rendre la saisie obligatoire pour que ça soit complété, sinon ce médecin ne verrait pas comment faire.

4. Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

Deux médecins ont souligné que le moment le plus opportun serait le matin, soit lors des toilettes / soins. D'autres propositions ont été citées : Lors des EMI (entretiens médico infirmiers), à l'issu d'un entretien avec le patient en question, ou encore que ceci soit fait conjointement aux médecins.

**Tableau 16 : Résultats concernant les remarques / commentaires généraux des médecins**

Questions posées aux infirmiers	Type de question (Ouvrte/Fermée)	Possibilités de réponse	nTOT	n interrogé	Réponses					
					Oui		Non		Autres	
					n	%	n	%	n	%
<b>Remarques / commentaires ?</b>	N'est pas une question	Résumé des remarques	6	6	NA	NA	NA	NA	3	50

Développer un nouvel outil est quelque chose de faisable et intéressant, toutefois un des problèmes majeurs reste la mise en pratique de ce dernier. À part rendre les saisies obligatoires il est compliqué de systématiser quelque chose (médecin 3). Il est important que l'outil sépare ce qui est "SCPD" ou "effets indésirables" afin que les soignants et médecins soient bien attentifs aux EI survenus. Il est également essentiel que les stratégies non pharmacologiques aient été mises en place en premier lieu. La grille MOSES n'est pas spécifique aux SCPD (médecin 1). Le médecin 2, tout comme le premier, évoque l'importance des impacts des mesures environnementales et que les médicaments ne sont pas la seule chose à prendre en compte : les mesures non pharmacologiques sont importantes.

## Annexe 23 : Analyses des questions ouvertes des interviews des infirmiers

### Outils utilisés actuellement :

3. A quelle fréquence est-il utilisé ?

Le NPI n'étant pas utilisé d'après les infirmiers dans aucune de ces deux unités, cette question est non applicable (NA).

6. A quelle fréquence est-elle utilisée ?

Toutes les personnes interviewées ont parlé d'une fréquence hebdomadaire concernant l'utilisation de la grille MOSES. Sur ces 9 personnes, 2 ont mentionné que la grille est également utilisée à l'admission d'un patient.

11. Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

Sur les 7 personnes ayant répondu "oui" à cette question, 4 d'entre elles ont cités la notion de spécificité. D'après elles, la grille MOSES actuellement utilisée dans l'une des unités manque de spécificité (malgré le nombre important d'item que l'on retrouve dedans), est complète, mais il y a toujours des difficultés à évaluer la population ciblée, c'est à dire les patients déments ayant un ou des SCPD. Les EI principaux sont la plupart du temps mis en évidence au niveau des colloques. Il a également été mentionné qu'un tri devrait être effectué afin d'affiner les observations et s'axer sur la symptomatologie de la démence. Si quelque chose doit être développé, des améliorations sont donc à apporter, il faudrait quelque chose de simple et complet.

### Concernant le suivi actuel :

1. Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Si oui, à quelle fréquence ?

Sur les 4 personnes ayant répondu qu'une formation serait bénéfique, 3 d'entre elles ont répondu que la fréquence de ces formations devrait être supérieures à une fois par année : tous les 3 mois ou au moins deux fois par année.

### Concernant le nouvel outil en soi :

4. Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ?

Sur les 9 personnes interrogées, toutes ont répondu que cette inclusion de diagnostic différentiel est essentielle et devrait figurer quelque part étant donné les problèmes de confusions déjà présents même quand le diagnostic est fait. Même si le diagnostic n'est pas du ressort de ce corps de métier (infirmier), ils doivent tout de même apporter des solutions ou réponses. Cette inclusion ne changerait d'après eux pas leur pratique, il ne faut juste pas exclure la possibilité d'apparition d'un ECA.

### Concernant la fréquence de saisie du nouvel outil :

2. Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

L'organisation concernant les saisies d'outil ou d'observations à écrire dépend des unités. 4 des 9 personnes interrogées mentionnent que la saisie de l'outil ne peut se faire durant les matinées étant donné la charge de travail à réaliser (toilette & soins) bien que le moment serait opportun. Ces personnes votent ainsi pour le post-soin, soit en fin de matinée. 2 infirmiers ont notifié la possibilité de saisies les week-ends dans l'après-midi, qu'il s'agissent du samedi ou du dimanche. Il est également ressorti qu'il n'y a pas de moment opportun ou préférentiel pour réaliser des observations parce que chaque information devrait être reportée au bon moment, soit à l'instant où ceci est observé. L'outil devrait être rempli au moins 2 fois par jour : une fois durant la journée et une fois durant la nuit.

### Résumer les Remarques / commentaires mentionnés (5)

Si un nouvel outil doit être implanté, le faire, mais en fournissant des informations pour ne pas avoir une grille comme la grille MOSES qui est comme "tombée du ciel". Il faut savoir qui doit notifier quoi, quand et sous quelles conditions. Il faut quelque chose de concret et qui ait du sens. Un autre point est plusieurs fois souligné : la notion de systématisme. Cette grille est remplie de manière systématique, autrement dit, elle est juste remplie pour être remplie parce qu'il le faut. Un infirmier a notifié qu'un outil est utile lorsqu'il est utilisé en tant que support et non pas comme quelque chose à faire sans raison particulière. D'une semaine à l'autre pour un même patient, il est possible qu'aucune évolution ne soit apparue, d'où les copier-coller qui peuvent apparaître au cours du temps provoquant ainsi un manque de pertinence et d'automatisation. Il est nécessaire d'utiliser un outil adéquat quand il est nécessaire et non pas en tant que routine.

## Annexe 24 : Analyses des questions ouvertes des interviews des médecins

### Situation actuelle (un seul médecin concerné : reprise des dits de l'interview médecin 7):

2. Comment se passe la prise en charge de ces patients lorsque vous en avez ?

"Comme pour tout le monde, il y a une évaluation clinique, un entretien d'entrée par les médecins assistants et infirmiers, le lendemain il y a une rencontre avec les CDC (chefs de clinique) et infirmiers et avec le médecin cadre 1x/semaine pour les colloques de nouveaux cas."

5. Qui réalise le suivi ? "Toute la hiérarchie"

6. Comment est-il réalisé ?

"Il y a un temps dédié de colloque : la semaine colloque le lundi pour Lilas l'après-midi, 1h de colloque pharmaco avec un ICUS et tous les médecins, gériatre et pharmacienne, tous les dossiers sont revus et repassés, on regarde les interactions médicamenteuses, repose les objectifs qui sont discutés aux débuts, mais le but est de surtout revoir la médication, EI, interactions et suivre le côté somatique notamment les imageries, prises de sang, etc. Les équipes soignantes font le retour du week-end, ce qui est fait chaque jour, mais pas en week-end. Il y a des colloques multidisciplinaires, colloques nouveaux cas ; dans les colloques nouveaux cas on a : une équipe infirmière, une assistante sociale, un groupe médico-infirmier ; Tous les matins un point est fait plus ou moins avec moi, médecin assistante, et infirmiers pour suivre l'évolution clinique du patient. Les suivis sont faits aussi pendant les entretiens médico-infirmiers par patient dans la semaine. Tous les patients ont des infirmiers référant → selon leur disponibilité aussi. Il n'y a pas de temps commun entre UTAP et UTPO, mais il est possible de demander des avis ou de l'aide pour un diagnostic différentiel ou ce qu'il aurait fait. Tous les patients sont traités, mais il n'y a pas de consensus entre les deux unités."

C'est fait différemment à l'UTPO p.ex. Si on a vu avec le CDC à l'entrée, le colloque nouveaux cas n'est pas forcément attendu si p.ex. il y a des prescriptions absurdes à l'entrée ; 24-48h ; Pas d'outils mis en place systématiquement ; Suivi des EI par les médecins pendant les entretiens, important ; psychoéducation pour expliquer aux patients ce qu'ils ont ce qu'ils font faire, etc. pour qu'ils connaissent leur maladie et qu'ils sachent quoi faire"

### Outils utilisés actuellement :

3. A quelle fréquence est-il utilisé ?

Pour les médecins 7 et 8, cette question est non applicable (NA) étant donné qu'ils ont répondu que le NPI n'était pas utilisé dans leurs unités.

3 des 4 personnes restantes parlent d'une utilisation non systématique du NPI, qui devrait pourtant l'être. Le médecin 1 aurait souhaité avoir une mise en place systématique de cet outil afin d'avoir un suivi du début à la fin plutôt que d'avoir des saisies de temps à autre. De plus, des documents sont déjà à compléter hormis celui-ci. Le médecin 2 a parlé de l'idée de départ concernant la fréquence d'utilisation du NPI : il devrait être utilisé à l'entrée du patient afin de savoir quoi cibler (sous-entendu : quel symptôme cibler) et une seconde fois dès lors que le patient est stable pour voir si les objectifs posés au départ sont atteints.

6. A quelle fréquence est-elle utilisée ?

Pour les médecins 7 et 8, cette question est non applicable (NA) étant donné qu'ils ont répondu que la grille MOSES n'était pas utilisée.

Les 4 personnes restantes ont parlé d'une fréquence hebdomadaire quant à la fréquence d'utilisation de la grille MOSES.

11. Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

2 des 3 personnes ayant répondu oui concernant une aide complémentaire ont parlé de leurs idées. L'une d'entre elles parle "d'outils qui se construisent eux-mêmes", d'un outil simple composé de questions simples qui pourraient par la suite provoquer l'ouverture de questions plus développées. L'autre médecin confie qu'il serait intéressant de se baser sur l'existant et l'optimiser puisque le but n'est pas d'ajouter des difficultés supplémentaires, mais plutôt d'avoir quelque chose d'efficace sur une même grille.

### Concernant le suivi actuel :

2. Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ? Si oui, à quelle fréquence, annuelle ? La voudriez-vous conjointe avec les infirmiers, pour avoir tout le même langage ?

Sur les 2 personnes interrogées, les 2 ont répondu qu'une formation serait intéressante et utile pour homogénéiser le vocabulaire à employer. Concernant la fréquence d'utilisation, l'un d'eux considère qu'une formation annuelle suffit et quand un nouveau membre rejoint le personnel, l'autre parle d'en faire une à deux fois par semestre.

Tous deux seraient intéressés pour assister à cette formation conjointement aux infirmiers afin que tout le monde parle "la même langue".

4. Que pensez-vous d'harmoniser et systématiser ce point afin qu'une réévaluation du traitement contre les SCPD soit faite par les médecins qui prennent le relais de vos prescriptions (médecin traitant à domicile ; médecin EM, etc.) ?

Les deux médecins interrogés sont du même avis : ils pensent que c'est une bonne idée de systématiser les messages des lettres de sortie (suite de la question 3). L'un d'entre eux a proposé d'inclure de manière systématique les résultats de l'outil en annexe des lettres de sortie.

5. Auriez-vous besoin de la contribution systématique du pharmacien clinicien pour vous aider dans cette analyse, et si oui à quel niveau, sans qu'il se substitue à votre travail évidemment : confirmation du lien de certains effets indésirables et les traitements pharmacologiques ? Anamnèse médicamenteuse ? Autre ?

Les deux personnes interrogées sont intéressées par la contribution du pharmacien "c'est très utile" et "plus il y a d'avis, plus on est proche de la réalité". Les raisons qui suivent ont été citées pour appuyer leur réponse : Besoin d'informations sur les traitements pharmacologiques, sur les patients polymédiqués, pour les aides aux décisions, sur les interactions médicamenteuses, pour les switches thérapeutiques et également pour identifier les effets indésirables.

### Concernant le nouvel outil en soi :

4. Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ?

Tous les médecins ont été interrogés sur ce point et tous trouvent ceci utile / intéressant. L'un d'entre eux a mentionné que ceci éviterait de passer à côté d'un tel état, un autre a toutefois parlé d'une distinction compliquée. En effet "des ECA peuvent être des signes d'appel de début de démence et vice versa", il faut ainsi se méfier.

#### **Concernant la fréquence de saisie du nouvel outil :**

1. Elle permet au moins d'être systématique, mais l'optimiseriez-vous et si oui comment ?

Les 3 personnes interrogées à ce sujet sont en accord pour optimiser la fréquence de saisie et ont chacune donné leur vision des choses :

- Une fois à l'entrée, une fois par semaine puis aux modifications thérapeutiques et symptomatiques (médecin 7)
- L'outil pourrait être rempli quotidiennement et non pas une fois par semaine ; ceci permettrait d'augmenter la traçabilité concernant les évaluations. Actuellement, les observations sont faites chaque jour, toutefois elles ne sont répertoriées dans l'outil qu'une fois par semaine : le dimanche. Si un nouveau symptôme survient entre temps, rien n'est retracé (médecin 2)
- Le médecin 3 a parlé de deux possibilités dont l'une est une version "futuriste" : "l'idéal, ne passe plus par une interaction humaine, l'idée est que ça soit fait de manière automatisée par des capteurs ou caméra", cela "déchargerait les soignants de ces tâches fastidieuses". L'autre version, plutôt non futuriste décrit le fait de devoir rendre la saisie obligatoire pour que ça soit complété, sinon ce médecin ne verrait pas comment faire.

4. Pensez-vous à un moment spécifique / opportun pour remplir cet outil ?

Deux médecins ont souligné que le moment le plus opportun serait le matin, soit lors des toilettes / soins. D'autres propositions ont été citées : Lors des EMI (entretiens médico infirmiers), à l'issue d'un entretien avec le patient en question, ou encore que ceci soit fait conjointement aux médecins.

#### **Résumer les Remarques / commentaires mentionnés (3)**

Développer un nouvel outil est quelque chose de faisable et intéressant, toutefois un des problèmes majeurs reste la mise en pratique de ce dernier. À part rendre les saisies obligatoires, il est compliqué de systématiser quelque chose (médecin 3).

Il est important que l'outil sépare ce qui est "SCPD" ou "effets indésirables" afin que les soignants et médecins soient bien attentifs aux EI survenus. Il est également essentiel que les stratégies non pharmacologiques aient été mises en place en premier lieu. La grille MOSES n'est pas spécifique aux SCPD (médecin 1). Le médecin 2, tout comme le premier, évoque l'importance des impacts des mesures environnementales et que les médicaments ne sont pas la seule chose à prendre en compte : les mesures non pharmacologiques sont importantes.

## Annexe 25 : Comparaison des réponses infirmiers / médecins aux questions à présenter dans la partie résultats

### Ressenti sur la situation actuelle :

- 1) Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ? / Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?

La majorité des personnes, aussi bien du côté des infirmiers (56%) que chez les médecins (83%), ne sont pas satisfaites de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations.

- 2) Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ? / Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?

78% des infirmiers ont le sentiment de transmettre de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à leurs collègues, les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés. Cependant, 67% des médecins disent que l'on ne leur transmet pas les informations de cette façon et que justement il y a une variation selon les infirmiers en charge de ceci.

- 3) Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?

Tous les médecins interrogés ont dit ne pas être bien outillés pour pouvoir transmettre leurs observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers. Cette observation n'est pas perçue de la même manière chez les infirmiers (44% de ces derniers se sentent bien outillés).

### Outils utilisés actuellement :

- 4) Connaissez-vous le NPI ?
- 5) Le NPI est-il utilisé ?

Le NPI est un questionnaire connu de tous les médecins interviewés contrairement aux infirmiers, dont un peu plus de la moitié (56%) le connaissent, mais la plupart du temps que « de nom ».

Il en découle de cette observation que seuls les médecins ont répondu « oui » concernant son utilisation même si elle n'est de loin pas systématique.

- 6) Connaissez-vous la grille MOSES ?
- 7) Utilisez-vous cette grille ?
- 8) A quelle fréquence est-elle utilisée ?
- 9) Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?

La grille MOSES, connue de tous, est une grille de suivi utilisée hebdomadairement par les infirmiers afin de retracer les EI et/ou manifestations cliniques survenus au cours de la semaine afin d'en parler lors des temps cliniques. 56% des soignants confient que cet outil est toujours aussi bien complété qu'au début de son implantation. Ce n'est toutefois pas le cas pour les médecins. Effectivement, la majorité d'entre eux (67%) n'ont répondu ni oui ni non à cette question (question 7 de la partie « outils utilisés actuellement »). Ces points sont ressortis chez les médecins : les infirmiers se forcent de remplir la grille MOSES et ce n'est pas bien. Cette grille n'est pas exhaustive et la saisie dépend des soignants qui la complètent. Un médecin confie également qu'il y a un manque d'investissement de la part des médecins assistants.

- 10) Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?

67% des infirmiers sont satisfaits de la grille MOSES. Cette même proportion du côté des médecins a répondu « autres » : ces grilles peuvent convenir, mais elles auraient besoin d'amélioration afin que les troubles soient distingués d'une autre maladie et que les effets indésirables soient bien attribués. De plus, la saisie devrait être plus rapide et ces outils doivent être utilisés à bon escient.

- 11) Utilisez-vous d'autres outils ?

Tous les médecins interrogés confirment l'utilisation d'autres outils (par exemple, des échelles de comportement sont utilisées au cas par cas), contrairement aux infirmiers (78%) qui n'ont l'air au courant de ceci.

- 12) Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?

Malgré le fait que les infirmiers soient satisfaits de la grille MOSES, une grande majorité d'entre (78%) eux, dit avoir besoin d'une aide complémentaire en ce qui concerne le suivi des patients ayant des SCPD. 75% des médecins sont du même avis ; deux d'entre eux ont développé leur idées (cf. question 11 de « Résumés des questions ouvertes de la partie « Outils utilisés actuellement », Annexe 36).

### Suivi actuel :

- 1) Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?

Infirmiers (100%) et médecins (83%) sont en accord sur le fait qu'un suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfices des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil.

- 2) Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ?

Ces deux corps de métiers sont également en adéquation pour l'obtention d'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité qui ne pourrait être que bénéfique.

**Nouvel outil :**

- 1) Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?
- 2) S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?

Concernant le développement du nouvel outil, infirmiers et médecins confondus ont confié être intéressés par un format ergonomique informatique accompagné d'un algorithme clair, de recommandations et de formations continues quant à son utilisation.

- 3) Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ?

Pour la plupart du personnel interviewé (89% infirmiers ; 67% médecins), les EI qui devraient être introduits dans la base de données sont ceux relatifs à la prise de psychotropes pour ne pas avoir une liste exhaustive, mais plutôt spécifique.

- 4) Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ?

Les collaborateurs interrogés seraient intéressés d'avoir l'inclusion des ECA (états confusionnels aigus) au sein de l'outil afin d'être au clair sur le diagnostic différentiel ECA / démence avec SCPD.

**Fréquence de saisie du nouvel outil :**

- 5) Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?

Le sujet de la fréquence de saisie a également été abordé. Actuellement, la grille MOSES est utilisée une fois par semaine dans le but de notifier les observations relatives aux EI pour les temps cliniques qui réunissent médecins, infirmiers et pharmaciens. Toutes les personnes interrogées sont d'avis qu'il serait préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient.

**Annexe 26 : Choix des questions à présenter dans la partie « résultats »**

1. Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport à la récolte des informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations aux médecins ? / Êtes-vous satisfaits de la situation actuelle par rapport aux informations concernant l'évolution de la présence des SCPD, et de la cotation de leur sévérité et de la transmission de ces informations de la part des infirmiers afin de pouvoir correctement introduire ou modifier le traitement pharmacologique ?
2. Avez-vous le sentiment que vous transmettez de manière suffisamment claire, précise et uniforme par rapport à vos collègues les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD aux médecins pour qu'ils puissent évaluer la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ? / Vous transmet-on de manière suffisamment claire, précise et uniforme suivant les différents infirmiers les manifestations cliniques concernant l'évolution des SCPD afin d'évaluer correctement la progression ou la régression des SCPD chez les patients hospitalisés ?
3. Avez-vous l'impression que vous êtes bien outillés pour pouvoir transmettre vos observations cliniques sur l'évolution des SCPD des patients, les bénéfices des traitements ainsi que les effets indésirables de ces derniers ?
4. Connaissez-vous le NPI ?
5. Le NPI est-il utilisé ?
6. Connaissez-vous la grille MOSES ?
7. Utilisez-vous cette grille ?
8. A quelle fréquence est-elle utilisée ?
9. Est-elle toujours aussi bien complétée qu'au début ?
10. Est-ce que la grille NPI papier et la grille MOSES vous conviennent ?
11. Utilisez-vous d'autres outils ?
12. Auriez-vous besoin d'une aide complémentaire, si oui sous quelle forme ?
13. Pensez-vous que le suivi étroit de l'évolution des SCPD, le suivi des bénéfiques des traitements médicamenteux et de leurs éventuels effets indésirables mérite d'être plus sécurisé/suivi qu'il ne l'est actuellement en développant un nouvel outil ?
14. Pensez-vous qu'une formation continue sur l'observation et la transmission des manifestations cliniques des SCPD, et de la gradation de leur sévérité serait bénéfique ?
15. Si nous mettons en forme quelque chose d'ergonomique sous format informatique, seriez-vous opposé ou au contraire intéressé à voir si cela peut améliorer la situation actuelle ?
16. S'il s'insère dans un algorithme clair et des recommandations de service et une implémentation durable accompagnée d'une formation continue cela lui permettra de se consolider ?
17. Pensez-vous qu'il est préférable de garder tous les EI de la grille MOSES ou de la restreindre aux EI liés à la prise de psychotropes ?
18. Que penseriez-vous d'inclure les ECA (état confusionnel aigu) dans cet outil afin de permettre le diagnostic différentiel avec la démence ?
19. Pensez-vous qu'il ne serait pas préférable d'utiliser cet outil non pas que pour les temps cliniques, mais également dès lors qu'un effet indésirable survient ?

**Annexe 27 : Résultats concernant l'enquête de satisfaction****Tableau 1 : Résultats des questions fermées**

Questions posées	Thèmes des questions	Corps de métier ayant répondu			n ayant répondu	n participants	n attendus	Réponses			
		Infirmier	Médecin	Pharmacien				Oui		Non	
		n	n	n				n	%	n	%
Avez-vous déjà complété ou assisté à la saisie de l'outil durant ces 25 derniers jours ?	Informations vous concernant	2	4	1	7	11	22	7	64	4	36
Trouvez-vous que cet outil apporte une plus-value en comparaison aux outils actuels ? (MOSES, NPI, échelles de comportement, notes de suivi...)	Votre avis général sur SCPD-PharmaSuivi	2	4	1	7	11	22	6	86	1	14
Avez-vous perçu une diminution du temps de saisie par patient avec l'habitude lors de cette phase pilote ?	Notion de temps	2	4	1	7	11	22	4	57	3	43
Avez-vous trouvé utile le mode d'emploi mis à disposition pour vous aider lors de la saisie de SCPD-PharmaSuivi ?	Aides complémentaires et Requêtes	2	4	1	7	11	22	7	100	0	0
Le logigramme vous a-t-il permis de clarifier le sens de l'outil et de son utilisation ?	Aides complémentaires et Requêtes	2	4	1	7	11	22	6	86	1	14
Est-ce que le fait d'avoir combiné en un seul et même outil les différents objectifs vous apporte du sens concernant la prise en charge et le suivi de ces patients ?	Ressentis	2	4	1	7	11	22	5	72	2	28
Voyez-vous cet outil remplacer les actuelles grilles de suivi (MOSES, NPI...) ?	Un futur pour SCPD-PharmaSuivi	2	4	1	7	11	22	5	72	2	28
Seriez-vous intéressé(e) d'avoir cet outil dans Soarian ?	Un futur pour SCPD-PharmaSuivi	2	4	1	7	11	22	6	86	1	14
Conseilleriez-vous dans un futur projet d'hôpital l'utilisation de cet outil au sein d'une unité de soin ?	Un futur pour SCPD-PharmaSuivi	2	4	1	7	11	22	6	86	1	14

**Tableau 2 : Résultats des questions à choix multiple**

Questions posées	Thèmes des questions	Corps de métier ayant répondu			n ayant répondu	n participants	n attendus	Réponses							
		Infirmier	Médecin	Pharmacien				0		1		2		3	
		n	n	n				n	%	n	%	n	%	n	%
Êtes-vous satisfait(e) de cet outil par rapport aux suivis de l'évolution des SCPD ?	Votre avis général sur SCPD-PharmaSuivi	2	4	1	7	11	22	1	14	1	14	4	57	1	14
Êtes-vous satisfait(e) de cet outil par rapport aux suivis des effets bénéfiques des traitements mis en place pour ces SCPD ?	Votre avis général sur SCPD-PharmaSuivi	2	4	1	7	11	22	0	0	2	29	4	57	1	14
Êtes-vous satisfait(e) de cet outil par rapport aux suivis des effets indésirables des traitements mis en place pour ces SCPD ?	Votre avis général sur SCPD-PharmaSuivi	2	4	1	7	11	22	0	0	1	14	5	72	1	14
Êtes-vous satisfait(e) du temps par patient qui vous est nécessaire pour compléter l'outil par rapport à ce qui se faisait avant ?	Notion de temps	2	4	1	7	11	22	2	29	3	43	1	14	1	14
D'après vous, la fréquence de saisie de l'évolution de la sévérité des SCPD est...	Notion de temps	2	4	1	7	11	22	0	0	2	29	4	57	1	14

D'après vous, la fréquence de saisie de l'évolution des prescriptions est...	Notion de temps	2	4	1	7	11	22	1	14	1	14	4	57	1	14
D'après vous, la fréquence de saisie de l'évolution de l'efficacité des traitements est...	Notion de temps	2	4	1	7	11	22	0	0	1	14	5	72	1	14
D'après vous, la fréquence de saisie de l'évolution des effets indésirables est...	Notion de temps	2	4	1	7	11	22	0	0	3	43	3	43	1	14
Avez-vous trouvé utile le graphique montrant l'évolution de la sévérité des SCPD ?*	Aides complémentaires et Requêtes	2	4	1	7	11	22	0	0	2	29	3	43	2	29
Avez-vous le sentiment de mieux sécuriser le suivi des patients sortis avec le résumé dans la lettre de sortie et/ou le cas échéant trouvez-vous utile la requête générant le résumé ?*	Aides complémentaires et Requêtes	2	4	1	7	11	22	1	14	2	29	3	43	1	14
Trouvez-vous que la requête montrant le lien entre les effets indésirables (MOSES, UKU, effets indésirables biologiques) et les prescriptions apporte un meilleur angle de vue ?**	Aides complémentaires et Requêtes	2	4	1	7	11	22	0	0	2	29	4	57	1	14

Intitulés des réponses : 0 : Pas du tout satisfait, 1 : Plutôt pas satisfait, 2 : Plutôt satisfait, 3 : Tout à fait Satisfait ; \*0 : Inutile, 1 : Peu utile, 2 : Utile, 3 : Très utile ; \*\*0 : Pas du tout, 1 : Plutôt non, 2 : Plutôt oui, 3 : Tout à fait

Tableau 3 : Résultats des questions ouvertes en chiffre

Questions posées	Thèmes des questions	Corps de métier ayant répondu			n ayant répondu	n participants	n attendus
		Infirmier	Médecin	Pharmacien			
		n	n	n			
Expliquer votre réponse de la question précédente (Trouvez-vous que cet outil apporte une plus-value en comparaison aux outils actuels ? (MOSES, NPI, échelles de comportement, notes de suivi...)) :	Votre avis général sur SCPD-PharmaSuivi	2	4	1	7	11	22
Détaillez votre réponse (Avez-vous le sentiment de mieux sécuriser le suivi des patients sortis avec le résumé dans la lettre de sortie et/ou le cas échéant trouvez-vous utile la requête générant le résumé ?) :	Aides complémentaires et Requêtes	2	4	1	7	11	22
Détaillez votre réponse (Trouvez-vous que la requête montrant le lien entre les effets indésirables (MOSES, UKU, effets indésirables biologiques) et les prescriptions apporte un meilleur angle de vue ?) :	Aides complémentaires et Requêtes	2	4	1	7	11	22
Citez les avantages apportés par SCPD-PharmaSuivi :	Ressentis	2	4	1	7	11	22
Citez les limitations de SCPD-PharmaSuivi :	Ressentis	2	4	1	7	11	22
Quelles limitations pourraient d'après vous être améliorées ?	Ressentis	2	4	1	7	11	22
Comment amélioreriez-vous les limitations identifiées à la question précédente ?	Ressentis	2	4	1	7	11	22
Quel est votre avis général face à cette proposition de stratégie de suivi ? Développez	Ressentis	2	4	1	7	11	22

Tableau 4 : Résultats des questions ouvertes contenant les dits des interviewés

Réponses	Question 1	Question 2	Question 3	Question 4	Question 5	Question 6	Question 7	Question 8
Participant 1	Permet de regrouper en un seul outil les suivis spécifiques. Bien que ne l'ayons que peu utilisé on a, lors des réévaluations quotidiennes, un indice de la progression des symptômes	Deux dernières questions: nous n'avons pas eu le temps de mettre en valeur tout le potentiel de cet outil	Cela permet d'être plus sensible et de réagir plus rapidement	C'est l'avantage d'un seul outil.	Le temps auquel j'ai participé à l'enquête (quelques jours avant mes vacances) ne me permet pas de prendre position	Je ne peux pas prendre position	Je ne peux pas prendre position	J'apprécie le fait que cet outil concentre les observations
Participant 2	Permet de suivre temporellement l'évolution des SCPD et aussi en lien au traitement médicamenteux	L'outil permet une vision plus claire de l'évolution des SCPD	Avec cet outil on peut faire le lien entre le traitement médicamenteux et les SCPD	Suivi temporel des SCPD; rapport entre le traitement et les SCPD	La sortie d'un patient du système n'est pas encore prévue ni l'admission; les dates apparentes pas dans le bon ordre chronologique ce qui rend difficile la compréhension de l'outil.	L'outil reste subjectif par rapport à la sévérité des symptômes;	Les données pour évaluer la sévérité des symptômes doivent être plus claires, par exemple: une fois par jour, etc.	Outil plus adéquat à notre population et qui permet un mieux lien entre le ttt et les SCPD, mais reste encore subjectif
Participant 3	Oui, mais nécessite d'être intégré dans outil soarian. Risque doublon.	Utile si adapté ergonomiquement	Les prescriptions soarian n'ont pas une excellente visibilité malheureusement. Il faut régulièrement retourner dans l'historique pour accéder au suivi pharma. L'outil Pharmasuivi serait un avantage si déployé dans soarian.	Meilleure collaboration/compréhension des SCPD infirmier-médecin	Beaucoup de sous-fenêtre à remplir. Doublon par rapport à Soarian. Une fois un TTT stoppé, il faut recréer une nouvelle fiche. Vu les nombreux changements de traitement, il est difficile de tout retranscrire systématiquement dans Pharma suivi	Son ergonomie	Information pharmacologique disponible dans soarian: à extraire en premier et y associer des SCPD? Créer des rubriques soarian avec désignation du SCPD (sorte de liste des problèmes?): données pourraient alors être extraites?	Excellent lien entre pharmacologie-SCPD. Rends le personnel médico infirmier co-acteurs. Effets indésirables plus visibles.
Participant 4	Du fait que tout est résumé dans le même outil Davantage de visibilité Différencier les effets indésirables liés au psychotrope des maladies préexistantes	Les requêtes sont utiles, même si nous les avons peu utilisés pour les lettres de sorties. Elles donnent une meilleure visibilité	Surtout la chronologie, la sévérité	Plus facile pour faire les liens, Facilement on peut améliorer ou affiner nos observations	Surtout la prescription des traitements, par rapport aux adaptations ceci est chronophage. Manque de différenciation entre les différents sous-chapitres	Les deux cités	Les adaptations de traitement et en fonction du SCPD, que ça soit pris depuis soarian, ou qu'une fois ils sont rentrés manuellement, de pouvoir cocher sur le SCPD cibles et non à chaque fois de reprendre. Différentes colories des sous chapitres, peut-être ce moyen pourrait améliorer qu'on sache facilement quel chapitre nous traitons	A mon avis, l'outil est intéressant, mais il peut être amélioré pour qu'il soit facile et ergonomique lors de son utilisation.

Participant 5	En dehors de Moses, les outils actuels ne sont déjà pas correctement utilisés dans le service.	-	Pas assez d'expérience pour répondre	En l'état, le fait d'avoir lancé une réflexion en soi c'est positif.	Ergonomie, doublons de travail	Malheureusement en l'état c'est complexe. La mise en place d'un tel outil est peut-être trop ambitieuse.	Même réponse. Pour obtenir un outil intuitif, efficient et dont l'usage serait acceptable, il faudrait les moyens d'une équipe de développement pendant plusieurs mois et avec le maximum d'automatisations possibles.	Pour l'instant elle est incompatible avec la réalité du suivi clinique. L'avenir se fera vers l'automatisation et la diminution des entrées manuelles dans les systèmes informatiques. En l'état l'outil n'a pas vraiment d'avantage par rapport à l'existant.
Participant 6	Cet outil permet de regrouper l'ensemble des autres outils et ainsi être plus complet	Sécurité supplémentaire que le suivi soit correctement fait par les médecins qui prennent le relais	Cela permet de se questionner sur l'imputabilité des effets indésirables dus à chaque traitement	Outil complet regroupant prescription, effets bénéfiques et indésirables maniabilité pour médecins/soignants, meilleure communication entre les soignants, langage commun,	Le temps de saisi, non-disponibilité dans soarian	Inclure l'outil dans soarian	Demande au service informatique d'inclure l'outil dans soarian	Avis très favorable; outil aidant dans la pratique clinique au quotidien
Participant 7	En l'état, j'estime pour ma part que l'outil n'a pas atteint les objectifs. Ayant rempli la base de donnée a posteriori, je n'ai pas eu l'impression qu'il reflétait ce qui avait été restitué pendant les temps cliniques. Toutefois, je pense qu'il pourrait effectivement apporter une plus-value, si son utilisation devenait plus coutumière et plus précise.	En l'état, je n'ai pas perçu l'utilité des graphiques et/ou le résumé dans la mesure où il n'était pas fait de façon qualitative à ce stade du projet. Cependant une fois l'outil amélioré et son utilisation plus coutumière, ces synthèses pourraient s'avérer particulièrement intéressantes.	Je n'ai pas eu l'opportunité de l'observer	Lorsque le potentiel de l'outil sera pleinement exploité, la vision synthétique du séjour en termes d'effets indésirables, d'efficacité d'un traitement pour un symptôme donné pourrait s'avérer être un outil précieux, également pour la prise en charge du patient après l'hospitalisation.	Pour ma part, le fait que la partie concernant la pharmacie clinique dépende de ce qui aura été documenté ou pas dans la partie médicale (même en cas d'erreur: dose, médicament soupçonné, etc.) et que les interventions pharmaceutiques documentées ne concernent exclusivement la médication, alors que les interventions peuvent s'étendre au-delà. A ce stade, de l'outil, il est trop chronophage et ne s'intègre pas aisément dans ma pratique clinique. En outre, l'outil SCPD-PharmaSuivi répertoire des données cliniques pertinentes qui devraient également figurer dans Soarian.	Il existe déjà un dossier patient informatisé (Soarian); dans quelle mesure le fait d'utiliser une autre interface risquerait d'appauvrir le dossier médical en termes d'informations cliniques pertinentes ? Et si le dossier au même titre que l'outils sont remplis de façon exhaustive, n'est-ce pas alors redondant ?	Est-ce qu'éventuellement l'outil, lors d'une étape ultérieure de son développement, pourrait être intégré au dossier patient informatisé déjà existant ?	Je trouve cette stratégie de suivi intéressante pour plusieurs aspects, cependant, le côté "binaire" des observations me fait craindre une perte de finesse dans l'analyse des interventions. Par exemple, un SCPD peut-être dû à une cause somatique ou un paramètre contextuel; un traitement psychotrope est alors instauré pour pallier à ce symptôme, mais dans un même temps d'autres mesures sont mises en place pour enrayer la cause (antibiothérapie pour une infection, réglage d'un appareil auditif, ajustement d'un dentier, mise en place d'une antalgie adéquate, etc...).

									Juger de l'efficacité réelle du psychotrope sans tenir compte des autres paramètres n'est pas tout à fait représentatif. En outre, en ce qui concerne effets indésirables, la base de données ne permet, sauf erreur de ma part, de ne documenter qu'un seul médicament par effet indésirable décrit, même lorsque plusieurs autres médicaments ou facteurs organiques peuvent expliquer le symptôme.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

**Intitulés des questions :**

1. Expliquer votre réponse de la question précédente (Trouvez-vous que cet outil apporte une plus-value en comparaison aux outils actuels ? (MOSES, NPI, échelles de comportement, notes de suivi...))
2. Détaillez votre réponse (Avez-vous le sentiment de mieux sécuriser le suivi des patients sortis avec le résumé dans la lettre de sortie et/ou le cas échéant trouvez-vous utile la requête générant le résumé ?) :
3. Détaillez votre réponse (Trouvez-vous que la requête montrant le lien entre les effets indésirables (MOSES, UKU, effets indésirables biologiques) et les prescriptions apporte un meilleur angle de vue ?) :
4. Citez les avantages apportés par SCPD-PharmaSuivi :
5. Citez les limitations de SCPD-PharmaSuivi :
6. Quelles limitations pourraient d'après vous être améliorées ?
7. Comment amélioreriez-vous les limitations identifiées à la question précédente ?
8. Quel est votre avis général face à cette proposition de stratégie de suivi ? Développez