

UNE APPROCHE PALLIATIVE POUR LES SOINS PRIMAIRES AU NB

Une collaboration entre le ministère de la santé, le Réseau de santé Horizon, le Réseau de santé Vitalité, le Programme Extra-Murale et le Développement Sociale

Remerciements

- Nathanael Patriquin – Coordonnateur des Soins Palliatifs ministère de la Santé
- Emily Gautreau – Chef Régionale pour la Stratégie des Soins Palliatifs pour Horizon
- Paryse Ouellette – Chef de file pour la Stratégie des Soins Palliatifs pour Vitalité
- Dre. Cynthia Savoy – Médecin de Vitalité
- Dre. Rébecca Arseneau – Médecin de Vitalité
- Dre. Gabrielle Arsenault – Médecin de Vitalité
- Dre. Jessica Guimond-Hemming – Médecin en Soins Palliatifs de Horizon
- Dre. Pam Mansfield – Médecin en Soins Palliatifs de Horizon
- Eleanor Kenny – Infirmière Clinicienne Spécialisé en Soins palliatifs de Horizon
- Jennifer Malley – Infirmière ressource en Soins Palliatifs pour l'Extra-Murale
- Karine Levesque – Consultante ministère de la Santé
- Christine Cohoon – Consultante ministère du développement social
- Brittany Jones – Consultante ministère du développement social
- Marie José Belliveau – Consultante ministère de la Santé
- Michelle Virtue – Consultante ministère du développement social
- Derek Ryan - Consultant ministère du développement social



UNE APPROCHE PALLIATIVE POUR LES SOINS PRIMAIRES AU NB

Une collaboration entre le ministère de la santé, le Réseau de santé Horizon, le Réseau de santé Vitalité, le Programme Extra-Murale et le Développement Sociale

Divulgation

Divulgation du présentateur

- Nom de la conférencière : **Jennifer Malley**
- Relations avec les commanditaires financiers : *Non applicable*
- Membre de comités consultatifs ou de bureaux de conférenciers : *Non applicable*
- Brevet pour des médicaments ou des dispositifs : *Non applicable*
- Autres relations financières/investissements : *Non applicable*

Divulgation du soutien financier

- *Aucun soutien externe reçu*

Atténuation des biais potentiels

- *Non applicable*

Divulgation

Divulgation du présentateur

- Nom de la conférencière : **Paryse Ouellette**
- Relations avec les commanditaires financiers : *Non applicable*
- Membre de comités consultatifs ou de bureaux de conférenciers : *Non applicable*
- Brevet pour des médicaments ou des dispositifs : *Non applicable*
- Autres relations financières/investissements : *Non applicable*

Divulgation du soutien financier

- *Aucun soutien externe reçu*

Atténuation des biais potentiels

- *Non applicable*

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette activité, les participants seront capables de :

- *Reconnaître quand un patient pourrait bénéficier d'une approche palliative, en leur fournissant les outils nécessaires pour intégrer les soins palliatifs dans leur pratique.* (Rôle CANMED : Promoteur de la santé)
- *Décrire l'importance des soins palliatifs précoces et augmenter la confiance permettant l'engagement de conversations avec les patients et leurs familles.* (Rôle CANMED : Communicateur)
- *Collaborer efficacement avec les divers partenaires de soins de santé, en utilisant un langage commun entre les organisations pour garantir une communication et une coordination fluides des soins aux patients.* (Rôle CANMED : Collaborateur)

Soins palliatifs au NB - Chronologie

- 2018 – Soins Palliatifs au NB: Soins axés sur la personne et Cadre de services intégrés est publié
- En septembre, le Comité consultatif des soins palliatifs du Nouveau-Brunswick s'est réuni pour :
 - Conseiller sur l'élaboration d'un plan d'action pour la mise en œuvre et l'évaluation continue
 - Conseiller sur la mise en œuvre d'une approche coordonnée des soins palliatifs
- Soutenu par trois sous-groupes
 - Outils normalisés d'évaluation et de surveillance
 - Soutien au deuil
 - Soins palliatifs communautaires



Les Soins Palliatifs au Nouveau- Brunswick

SOINS AXÉS SUR LA PERSONNE ET
CADRE DE SERVICES INTÉGRÉS

Renseignements généraux importants

Les critères d'utilisation des outils normalisés d'évaluation et de surveillances ont été identifiés pour:

- Résidence des patients (y compris les foyers de soins spéciaux)
- Foyers de soins
- Maisons de soins palliatifs (Hospices)
- Hôpitaux
- Soins de santé primaires (bureaux de médecins et d'infirmières praticiennes, centres de santé, cliniques)
- Centres correctionnels
- Établissements de santé mentale
- Centres canadiens pour anciens combattants



Renseignements généraux importants

- Des critères de sélection des outils ont été élaborés :
 - Reliés aux soins palliatifs
 - Spécifiques ... (ex. ESAS, général, oncologie, rénal)
 - Peuvent être utilisé dans tous les contextes
 - Validés
 - Bilingues
 - Également pris en considération:
 - Durée
 - Orientation vers les patients et/ou la famille
 - Fréquence d'utilisation
 - Mise en œuvre associées
 - Sensibilité culturelle

Renseignements généraux importants

- Les outils ont été soigneusement sélectionnés en tenant compte de l'importance de fournir des soins holistiques aux patients. Les «domaines» suivants ont été abordés :
 - Évaluation clinique
 - Évaluation cognitive
 - Dépistage du délirium
 - Évaluation de la dépression
 - Évaluation du niveau global de détresse (tant pour le patient que pour ses proches-aidants)
 - Deuil
 - Douleur
 - Risque de dépendance

Une approche palliative:

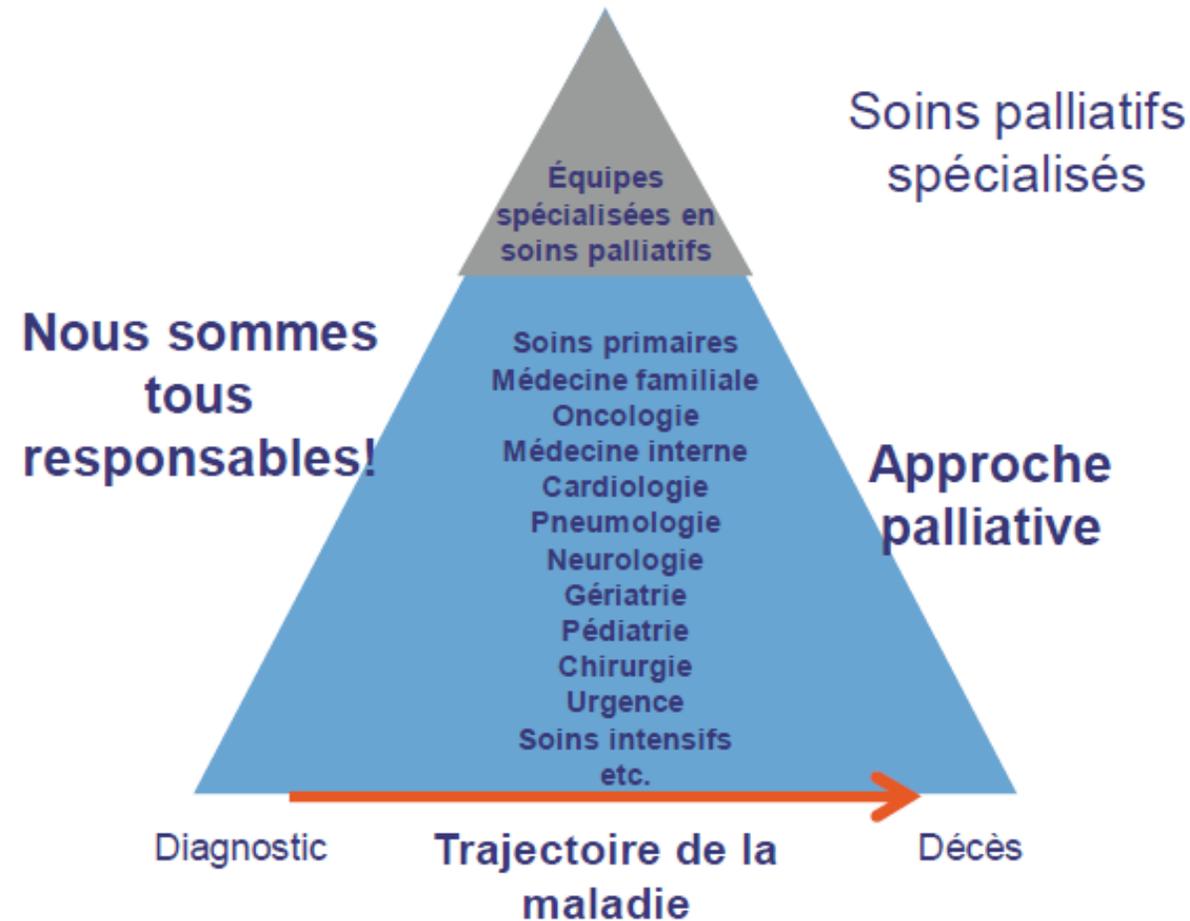
- Est une approche active
- Est pour les gens de tous âges ayant une maladie qui limite leurs espérances de vie lorsque la guérison n'est pas possible
- Est fourni parallèlement aux traitements misant à contrôler la maladie
- Ne se limite pas aux soins de fin de vie
- Nécessite une approche interdisciplinaire
- Peut être fait n'importe où



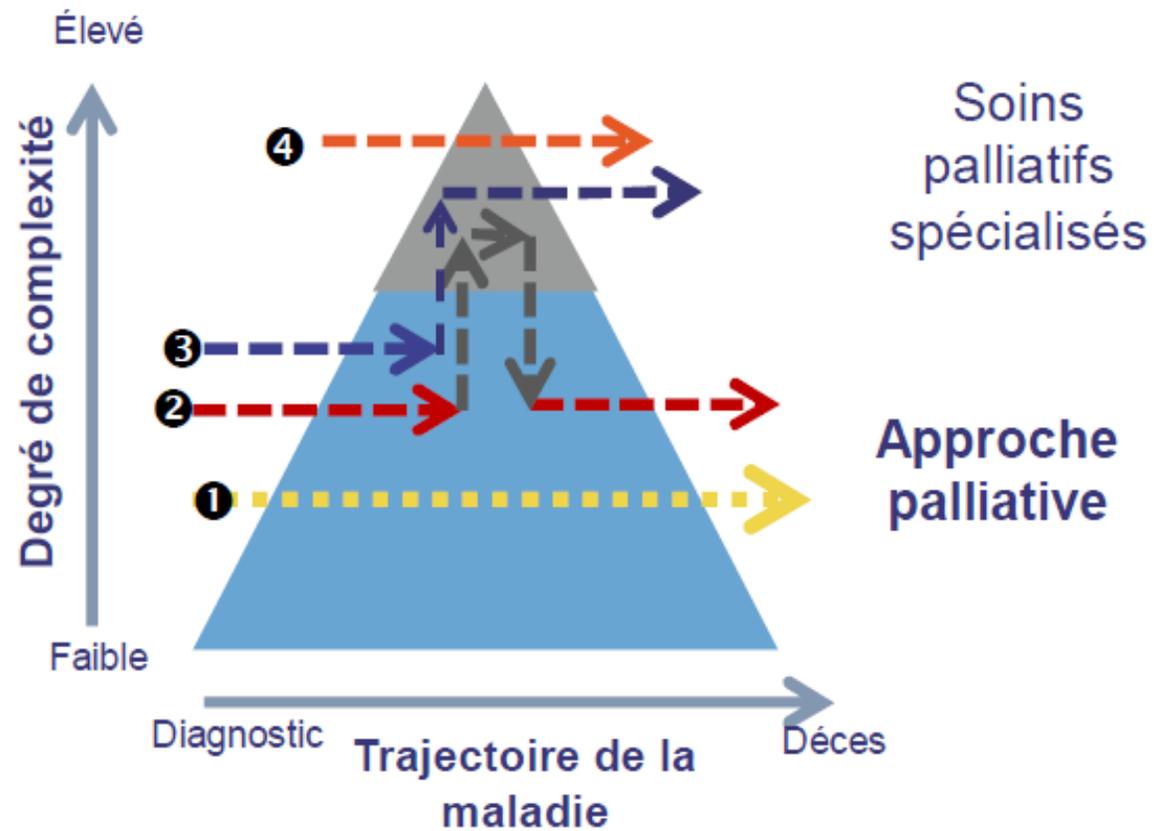
Pourquoi une approche palliative intégrée tôt est-elle importante ?

- La mise en place d'une approche palliative plus tôt au cours de l'évolution d'une maladie améliore la qualité de vie et la gestion de la fin de vie, réduisant ainsi les souffrances des patients et de leurs familles confrontées à des maladies en phase terminale.
- L'introduction d'une approche palliative intégrée diminue les risques de souffrir de dépression et d'anxiété.
- Les personnes bénéficiant d'une approche précoce peuvent voir leur espérance de vie prolongée de 3 mois.

Soins palliatifs : C'est l'affaire de tous



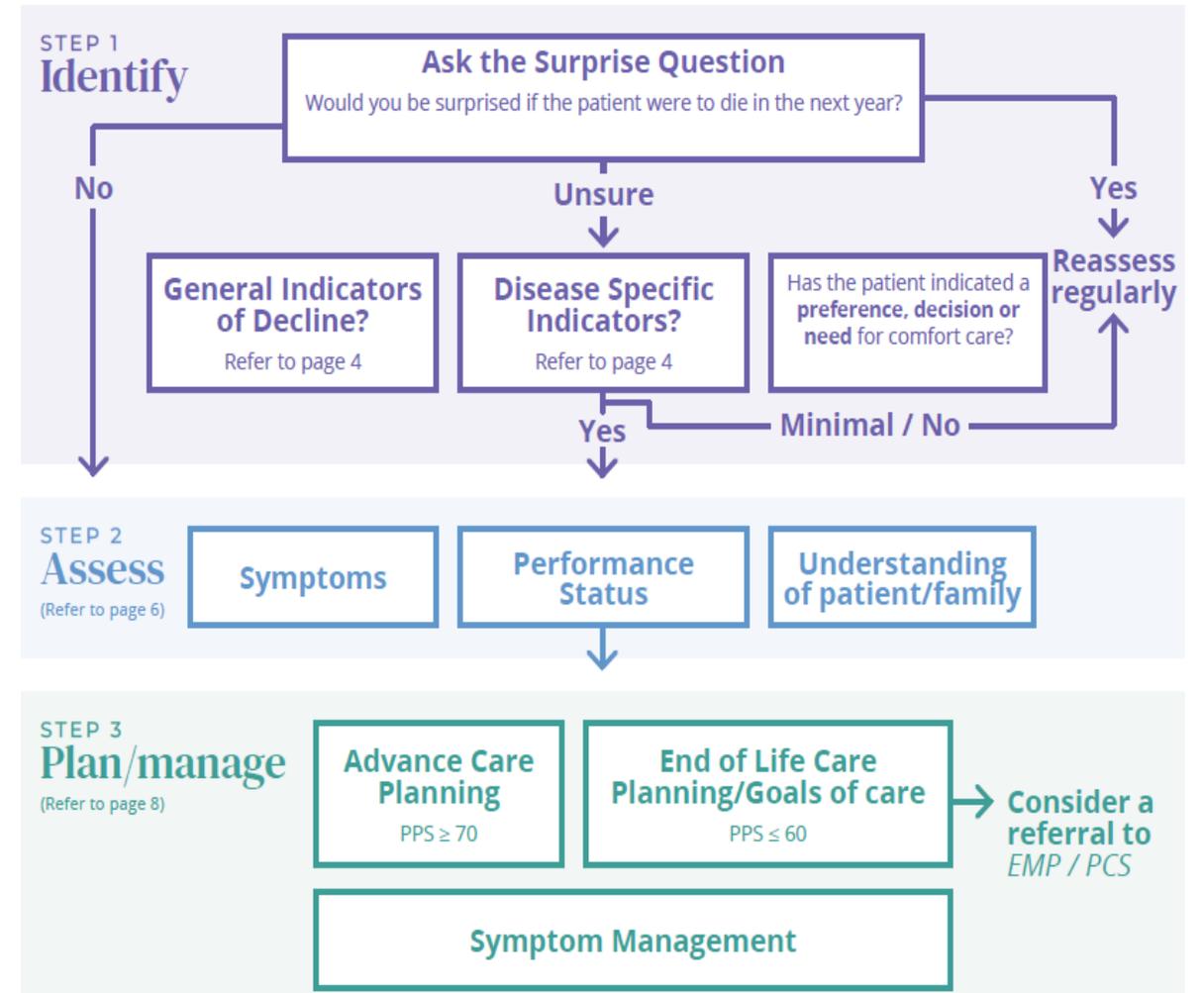
Différents besoins, Différent niveau de soins



Le "Gold Standards Framework"

- L'identification
 - L'utilisation de la «**question surprise**»
- L'évaluation
 - Symptômes
 - L'indice de performance
 - La compréhension du patient et de ses proches sur la maladie
- La planification/Gestion
 - Symptômes
 - Plan de soins
 - Planification préalable des soins

IDENTIFY, ASSESS, PLAN/MANAGE TOOL



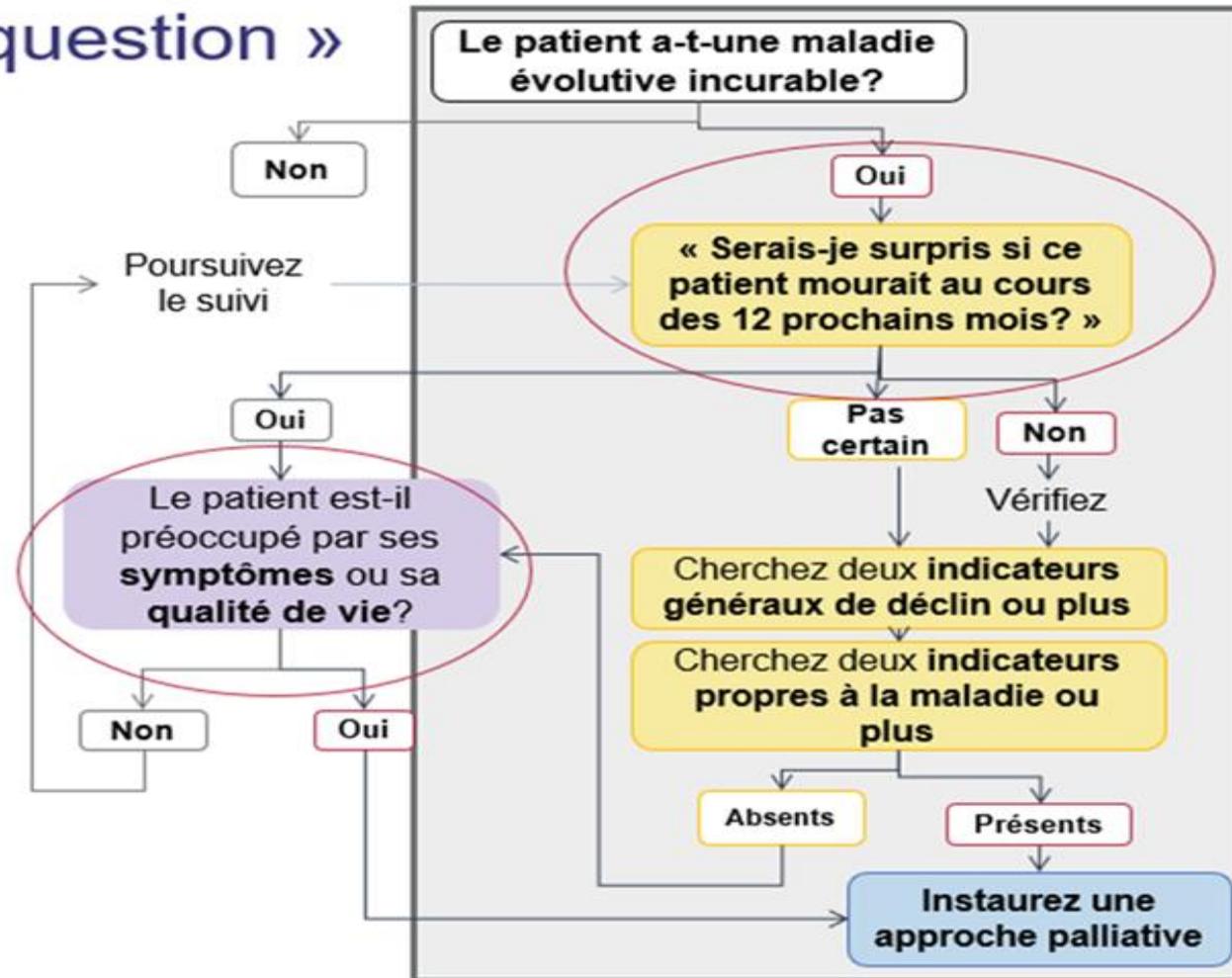
*Nous attendons la version française complétée

1. Identification

- Demandez la question surprise:
«Seriez-vous surpris si le patient décédait au cours de la prochaine année?»
- Si la réponse est "non", une approche palliative devrait être entamée.
- Si vous êtes incertain, considérez:
 - Les indicateurs généraux du déclin
 - Les indicateurs du déclin particuliers à la maladie

La question surprise

« Posez la question »



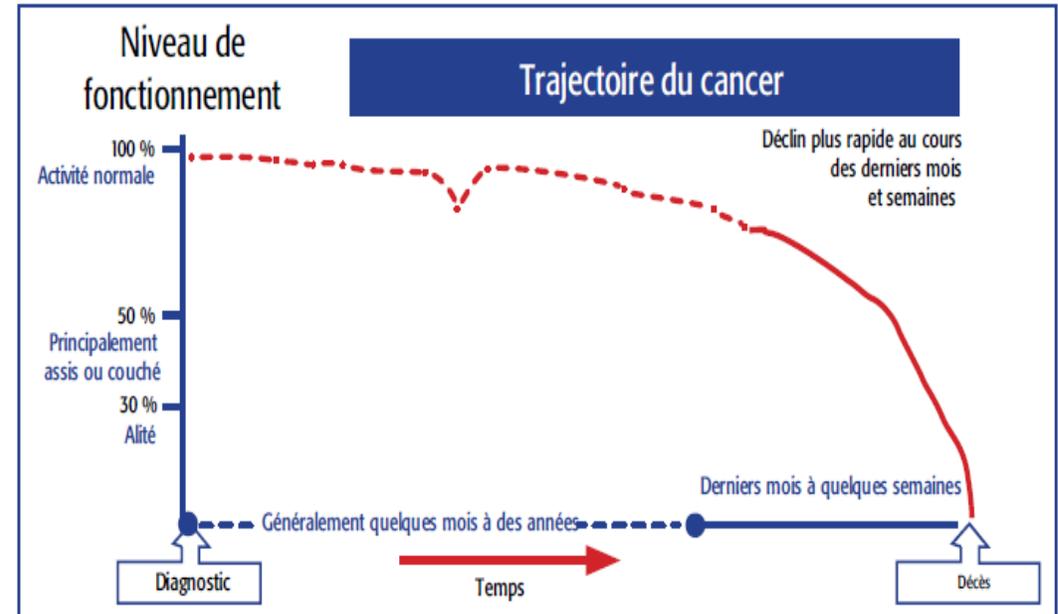
Adapté du GSF

Les indicateurs généraux du déclin

- Diminution du niveau de fonctionnement
- Capacités physiques générales décroissantes et besoin croissant d'aide et de soutien
- Maladie à un stade avancé ou instable, apparition de symptômes complexes
- Perte de poids \uparrow 10% dans les derniers 6 mois
- Taux d'albumine sérique $< 25\text{g/l}$
- Admissions répétées et non planifiées à l'hôpital

Cancer – un déclin prévisible

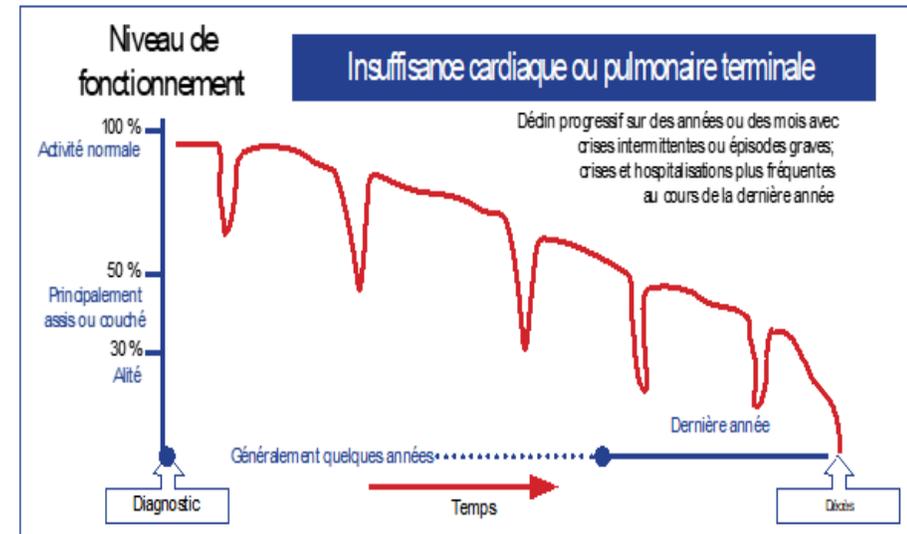
- Métastases
- Progression de la maladie
 - Avec ou sans traitement
- Indice de performance
 - Plus de 50% du temps au lit indique généralement un pronostic de moins de 3 mois



Adapté de Gold Standards Framework et de Lunney JR, Lynn J, Hogan C. *J Am Geriatr Soc* 2002

Défaillance d'un organe – déclin imprévisible

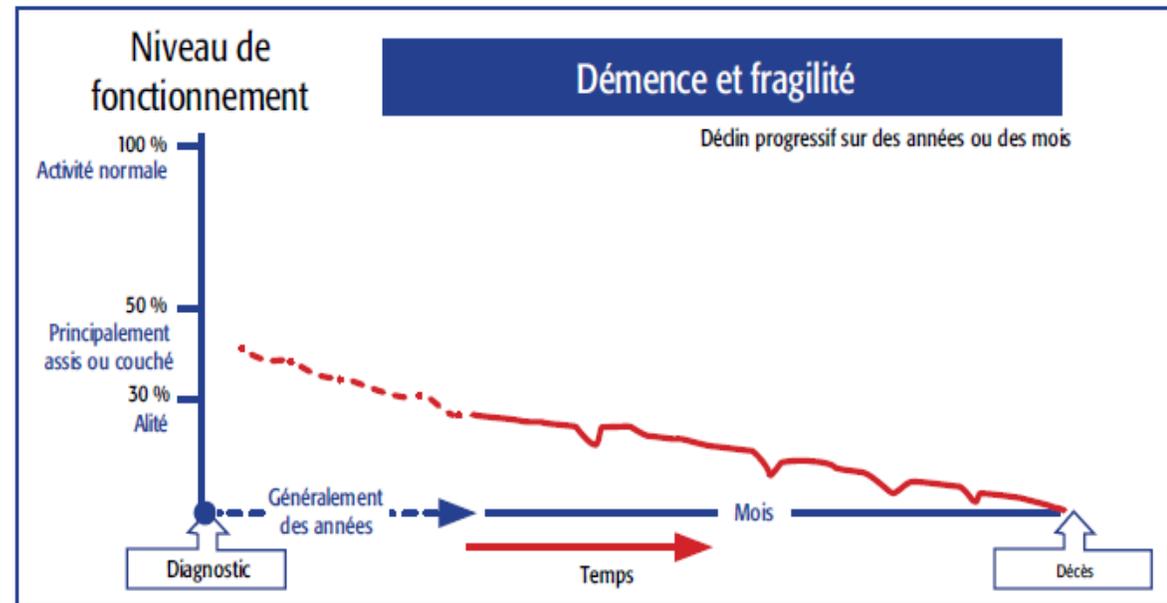
- Maladie pulmonaire chronique, c.-à-d., maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Maladie du coeur p. ex., insuffisance cardiaque congestive (ICC)
- Maladie hépatique
- Insuffisance rénale chronique (IRC)
- Maladies neurologiques générales
 - Maladies du motoneurone
 - Maladie de Parkinson
 - Sclérose en plaques



Adapté de Gold Standards Framework et de Lunney JR, Lynn J, Hogan C. *J Am Geriatr Soc* 2002

Fragilité/démence – déclin graduel

- Fragilité
- Démence
- Accident vasculaire cérébral (AVC)



Adapté de Gold Standards Framework et de Lunney JR, Lynn J, Hogan C. *J Am Geriatr Soc* 2002

2. Évaluation

- Symptômes

- Évaluez les symptômes et les besoins du patient à tous niveaux incluant les aspects émotionnels, physiques, psychosociaux, spirituels ainsi que le deuil.
- Dépistez régulièrement à l'aide d'outils validés. L'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS) doit être utilisé régulièrement pour dépister l'intensité de neuf symptômes

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r) Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EESE-r)

Please circle the number that best describes how you feel NOW:
S'il vous plaît, encercler le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez MAINTENANT :

No Pain Aucune douleur	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Pain Pire douleur possible
No Tiredness Aucune fatigue <i>(Tiredness = lack of energy)/(fatigue = manque d'énergie)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Tiredness Pire fatigue possible
No Drowsiness Aucune somnolence <i>(Drowsiness = feeling sleepy)/(somnolence = se sentir endormi)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Drowsiness Pire somnolence possible
No Nausea Aucune nausée	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Nausea Pire nausée possible
No Lack of Appetite Aucun manque d'appétit	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Lack of Appetite Pire manque d'appétit possible
No Shortness of Breath Aucun essoufflement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Shortness of Breath Pire essoufflement possible
No Depression Aucune dépression <i>(Depression = feeling sad)/(dépression = tristesse)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Depression Pire dépression possible
No Anxiety Aucune anxiété <i>(Anxiety = feeling nervous)/(anxiété = se sentir nerveux)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Anxiety Pire anxiété possible
Best Wellbeing Meilleure sensation de bien-être <i>(Wellbeing = how you feel overall)/(bien-être = comment vous vous sentez en général)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Wellbeing Aucune sensation de bien-être
No Aucun _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Possible Pire possible _____
<i>Other Problem (for example constipation)/(Autre problème (par exemple : constipation)</i>		

Patient's Name
Nom du patient _____
Date _____ Time/Heure _____

Completed by/Complété par (✓) :
 Patient
 Family/Famille
 EMP Healthcare Provider/Prestataire de soins du PEM
 Caregiver-assisted/Assisté par le soignant

Évaluation

- L'indice de performance
 - En soins palliatifs, nous utilisons l'échelle de performance palliative (PPS) comme moyen de suivre l'état fonctionnel de nos patients.
 - Le PPS n'est pas conçu pour être un outil de pronostique; cependant, à mesure que l'état fonctionnel diminue, l'espérance de vie diminue également.



Victoria Hospice (apparaît sur un bouton sous la phrase précédente)

Échelle de performance pour patients en soins palliatifs (PPSv2) version 2

Niveau performance	Mobilité	Activité et intensité de la maladie	Autonomie pour les soins personnels	Alimentation	Niveau de conscience
100 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Aucune manifestation de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
90 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
80 %	Complète	Activité normale avec effort <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
70 %	Réduite	Incapable de travailler normalement <i>Maladie évidente</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
60 %	Réduite	Incapable d'accomplir passés-temps/tâches ménagères <i>Maladie évidente</i>	Aide nécessaire occasionnellement	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
50 %	Surtout assis/couché	Incapable de faire tout travail <i>Maladie avancée</i>	Beaucoup d'aide nécessaire	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
40 %	Surtout alité	<i>Incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités</i> <i>Maladie avancée</i>	Assistance requise la plupart du temps	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
30 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
20 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Réduite à des gorgées	Normal ou somnolence +/- confusion
10 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Soins de la bouche seulement	Somnolence ou coma +/- confusion
0 %	Mort	-	-	-	-

Translation by Dr Sandra Legault, Dr Carol Laurin, Mayra Bouwens, RN

Instructions pour l'utilisation de cette échelle (voir aussi la définition des termes)

1. Les scores sont déterminés par une lecture horizontale de chaque niveau pour trouver ce qui correspond le mieux au patient. On lui attribue alors un score exprimé en pourcentage.
2. Commencez par la colonne de gauche et lisez de haut en bas jusqu'à ce que le niveau de mobilité approprié soit atteint, puis lisez horizontalement jusqu'à la prochaine colonne et de nouveau vers le bas, jusqu'à ce que le niveau approprié de la colonne Activité/intensité de la maladie soit repéré. Ces étapes sont répétées jusqu'à ce que les cinq colonnes soient complétées avant de pouvoir déterminer le score exact du patient. Il est donc important de noter que les colonnes de gauche (colonnes à la gauche d'une colonne spécifique) sont des déterminants plus puissants et ont généralement préséance sur les autres.

Exemple 1 : Un patient qui passe la majorité de la journée en position assise ou couchée due à la fatigue causée par une maladie avancée et qui a besoin d'une aide importante pour marcher, même sur de courtes distances, mais qui autrement est entièrement conscient et dont l'alimentation est bonne, obtiendrait un score de 50 %.

Exemple 2 : Un patient paralysé et quadriplégique nécessitant des soins complets obtiendrait un score de 30 %. Bien que le patient puisse être en fauteuil roulant (et pourrait sembler au départ se situer au niveau de 50 %), le score est de 30 % parce qu'il serait totalement alité à cause de la maladie ou des complications si les soignants ne fourniraient pas lui-même des soins complets, y compris le soulever et le transférer. Le patient pourrait avoir un niveau normal d'alimentation et être entièrement conscient.

Exemple 3 : Cependant, si le patient de l'exemple 2 était paralysé et alité mais s'il était quand même capable d'effectuer certaines tâches comme s'alimenter, son score serait plus élevé et correspondrait à 40 ou 50 %, puisqu'il n'aurait pas besoin de soins complets.
3. Les scores de cette échelle sont exprimés seulement en intervalles de 10 %. Parfois, il y a plusieurs colonnes correspondant aisément à un niveau mais une ou deux semblent mieux convenir à un niveau plus élevé ou plus faible. Il faudra alors décider ce qui convient le mieux. Choisir une valeur intermédiaire de 45 %, par exemple, n'est pas correct. On utilisera conjointement le jugement clinique et la « préséance par la gauche » pour déterminer si le score qui reflète le mieux l'état du patient est de 40% ou 50%.
4. L'échelle de performance peut être utilisée pour différents motifs. Tout d'abord, c'est un excellent outil de communication pour décrire rapidement le niveau fonctionnel actuel du patient. Deuxièmement, le score pourrait avoir valeur de critère pour l'évaluation de la charge de travail ou d'autres mesures et comparaisons. Enfin, le score semble avoir une valeur pronostique.

Évaluation

- Compréhension
 - Est-ce que le patient et ses proches comprennent bien la nature de la maladie qui progressent?
 - Est-ce que le patient et ses proches comprennent bien la nature incurable de la maladie?
 - Explorer les questions du patient; par exemple est-ce que celui-ci demande à propos de son pronostique?



3. Planification/Gestion

- Plan de soins:
 - Planification préalable des soins
 - Objectifs de soins
 - Planification de fin de vie
- Considérez ce qui suit:
 - Envisagez de consulter ou d'orienter vers des soins palliatifs pour des problèmes complexes de gestion des symptômes.
- Identifiez le médecin principalement responsable si nécessaire, en cas de transfert de soins
- Faciliter la communication du plan de soins lors d'un transfert vers un nouveau milieu.
- Gestion des symptômes

Planification/Gestion

- Gérer les symptômes
 - Prenez en charge rapidement les symptômes et les besoins en recourant à des références tels que le Livre de poche de Pallium.
 - Référez-vous à d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire pour assurer une gestion holistique des symptômes (travail social, soins spirituels cliniques et psychologie lorsque disponible).
 - Référez-vous à des spécialistes des soins palliatifs pour les problèmes complexes de gestion des symptômes.



Références (patients/familles)

- Exemples de ressources qui peuvent être envisagées pour soutenir les patients et leurs familles :
 - Soins de santé communautaire (PEM) – Considérer selon le besoin du niveau fonctionnel/performance (PPS < 60)
 - Consultation palliative/douleur/de soutien – À envisager en cas de problèmes complexes de gestion des symptômes
 - Nutritionniste/diététicien
 - Physiothérapie/ergothérapie
 - Services spirituels
 - Psychologie/psychiatrie
 - Travail social
 - Services de soutien communautaire
 - Maison de soins palliatifs (*Hospice*)



Outils recommandés

- ***La question surprise***
- ***Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton - révisé (ESAS-r / EESE-r)***
- ***Échelle de performance pour patients en soins palliatifs - PPSv2***
- Mini-examen de l'état mental (SMMSE)
- Évaluation cognitive de Montréal (MoCA)
- Méthode d'évaluation de la confusion (CAM)
- Échelle de dépistage du délirium (Nu-DESC)
- Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (ÉHAD / HADS)
- Thermomètre de la détresse
- Proches-aidants – Échelle de soins à domicile
- Outil d'évaluation du risque lié au deuil
- Inventaire abrégé de la douleur (IAD)
- Acronyme de la douleur OPQRSTUV
- Échelle d'évaluation de la douleur de Wong-Baker (pour les enfants et patients non-verbaux)
- L'outil d'évaluation du risque de dépendance aux opioïdes

Pourquoi les outils d'évaluation et de surveillance normalisés ?

- L'utilisation d'outils d'évaluation standardisés permet d'améliorer la communication et la collaboration entre les prestataires de soins de santé et les organisations.
- Cela améliorera l'expérience des patients dans tous les secteurs.



MEEM - Mini-Examen de l'État mental

Évaluation de la fonction cognitive

Mini-examen de l'état mental (*Mini-Mental State Examination* ou MMSE)

Nom du patient _____

Date _____

Examineur _____

Le MMSE est un test comportant un score maximum de 30 points et visant à évaluer la capacité cognitive du patient en contexte clinique. Les paramètres évalués sont l'orientation, l'attention, la mémoire et le langage.

Mini-examen de l'état mental (MMSE)

Score maximum	Score		
5	_____	ORIENTATION	
5	_____	Demandez au sujet le jour de la semaine, la date, le mois, l'année, la saison. Demandez-lui ensuite de dire où il est: pays, province, ville, immeuble, étage.	
3	_____	ENREGISTREMENT	
		Nommez 3 objets courants (p. ex.: pomme, table, voiture). Prenez une seconde pour prononcer chaque mot. Par la suite, demandez au sujet de répéter les trois mots. Donnez un point par bonne réponse. Répétez la démarche jusqu'à ce que le sujet apprenne tous les mots. Comptez le nombre d'essais et notez-le: _____	
5	_____	ATTENTION ET CALCUL	
		Demandez au sujet d'épeler le mot « monde » à l'envers (E D N O M) (1 point par lettre énumérée correctement). (Note: vous pouvez demander au sujet de compter à rebours par 7 à partir de 100: 100 - 7 = (), 93 - 7 = (), 86 - 7 = (), 79 - 7 = (), 72 - 7 = (), et d'arrêter quand vous lui demandez (1 point par bonne réponse).	
3	_____	ÉVOCATION	
		Demandez au sujet de nommer de nouveau les trois objets déjà mentionnés (1 point par bonne réponse). (Note: on ne peut vérifier l'évocation si le sujet n'a pas pu se rappeler le nom des trois objets au test d'enregistrement ci-dessus).	
2	_____	LANGAGE	
1	_____	Montrez au sujet un crayon et une montre et demandez-lui de les nommer. (2 points)	
3	_____	Demandez au sujet de répéter l'expression suivante: « Pas de si ni de mais ». (1 point)	
		Demandez au sujet d'obéir à un ordre en trois temps: « Prenez ce morceau de papier avec la main droite, pliez-le en deux et déposez-le sur le plancher. » (3 points)	
1	_____	LIRE ET SUIVRE LES DIRECTIVES SUIVANTES:	
1	_____	Fermez les yeux. (1 point)	
1	_____	Écrivez une phrase. (1 point)	
1	_____	Copiez le dessin suivant. (1 point)	



Aucune difficulté sur le plan de la construction.

Score total _____

D'après Folstein MF, Folstein SE et McHugh PR. "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:129-132 et Cockrell JR et Folstein MF. Mini-Mental State Examination (MMSE). Psychopharm Bull 1988;24(4):689-92.

Le Montreal cognitive assessment (MoCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA®)

Version 8.3 Français

NOM: _____
 Sclolarité: _____ Date de naissance: _____
 Sexe: _____ DATE: _____

VISUOSPATIAL/EXÉCUTIF

Copier le lit

Début (1) → A → 2 → B → 3 → C → 4 → D → 5 → E (Fin)

Dessiner une HORLOGE (Dix heures et cinq minutes) (3 points)

Contour [] Chiffres [] Aiguilles []

POINTS: ___/5

DÉNOMINATION

[] [] []

POINTS: ___/3

MÉMOIRE Lire la liste de mots, le sujet doit la répéter. Faire 2 essais même si le 1^{er} essai est réussi. Faire un rappel après 5 minutes.

	JAMBE	COTON	ÉCOLE	TOMATE	BLANC	PAS DE POINT
1 ^{er} essai						
2 ^e essai						

ATTENTION Lire la série de chiffres (1 chiffre/sec.). Le sujet doit la répéter dans le même ordre. [] 2 4 8 1 5
 Le sujet doit la répéter à l'envers. [] 4 2 7

POINTS: ___/2

Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de points si ≥ 2 erreurs.
 [] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

POINTS: ___/1

Soustraire série de 7 à partir de 60. [] 53 [] 46 [] 39 [] 32 [] 25
 4 ou 5 soustractions correctes: 3 pts, 2 ou 3 correctes: 2 pts, 1 correcte: 1 pt, 0 correcte: 0 pt

POINTS: ___/3

LANGAGE Répéter: L'enfant a promené son chien dans le parc après minuit. []
 L'artiste a terminé sa toile au bon moment pour l'exposition. []

POINTS: ___/2

Fluidité du langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «T» en 1 min. [] (N 11 mots)

POINTS: ___/1

ABSTRACTION Similitude entre ex: banane - orange = fruit [] marteau - tournevis [] allumette - lampe

POINTS: ___/2

RAPPEL

(MIS)	Doit se souvenir des mots SANS INDICE	JAMBE	COTON	ÉCOLE	TOMATE	BLANC	Points pour rappel SANS INDICE seulement MIS = ___ /15
X3		[]	[]	[]	[]	[]	
X2	Indice de catégorie						
X1	Indice choix multiples						

POINTS: ___/5

ORIENTATION [] Date [] Mois [] Année [] Jour [] Endroit [] Ville

POINTS: ___/6

© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org (Normal ≥ 26/30)
 Administré par: _____ Ajouter 1 point si sclolarité ≤ 12 ans

Entraînement et certification requis pour assurer la précision.

TOTAL ___/30
 MIS = ___ /15

Algorithme diagnostique du *Confusion Assessment Method*

Algorithme diagnostique du Confusion Assessment Method

(Adapté de réf. 1).

1 Début soudain et fluctuation des symptômes

- Le patient présente-t-il un changement de l'état mental de base ?
- Ce comportement fluctue-t-il au cours de la journée (présence/absence ou intensité) ?

2 Inattention

- Le patient présente-t-il des difficultés à focaliser son attention ?
 - Perd-il le fil du discours ?
 - Est-il facilement distrait ?

3 Désorganisation de la pensée

- Le discours du patient est-il incohérent et désorganisé ?
 - La suite d'idées est-elle illogique/imprévisible ?
 - Le patient passe-t-il du coq à l'âne ?

4 Trouble de la vigilance

- Globalement, comment évalueriez-vous l'état général de votre patient ?
 - Alerté (normal)
 - Vigile
 - Léthargique
 - Stuporeux
 - Comateux

Critère présent si le patient n'est pas alerté

Le diagnostic de delirium requiert la présence de 3 des 4 critères. Les critères 1 et 2 sont toujours requis, accompagnés du critère 3 ou 4

Échelle de dépistage du délirium (NuDESC)

	Notes des manifestations (0-2)**		
Caractéristiques et description / Heure*			
I. Désorientation Manifestations verbales ou comportementales indicatives d'une mauvaise orientation dans le temps et/ou l'espace ou d'un mauvais discernement des personnes dans l'environnement.			
II. Comportement inapproprié Comportement inapproprié pour l'endroit et/ou pour la personne; par exemple, essayer de sortir du lit alors que c'est contre-indiqué, arracher ses sondes.			
III. Communication inappropriée Communication inappropriée pour l'endroit et/ou pour la personne; par exemple, incohérence, état d'incommunicabilité, discours inintelligible.			
IV. Illusions/Hallucinations Voir ou entendre des choses qui ne sont pas réellement présentes; distorsions dans la perception des objets.			
V. Ralentissement physique et/ou état mental inhabituel Temps de réaction allongé, peu ou pas d'actions/de paroles spontanées; par exemple, le patient est difficile à réveiller.			

Le questionnaire HADS (de l'anglais Hospital Anxiety and Depression Scale)

Le questionnaire HADS (de l'anglais Hospital Anxiety and Depression Scale)

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous arrêtez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Score	Anxiété	Score	Depression
3 2 1 0	Je me sens tendu ou énervé : <input type="checkbox"/> le plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> de temps en temps <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois <input type="checkbox"/> oui, tout autant <input type="checkbox"/> pas autant <input type="checkbox"/> un peu seulement <input type="checkbox"/> presque plus
3 2 1 0	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver <input type="checkbox"/> oui, très nettement <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas grave <input type="checkbox"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je ris facilement et vois le bon côté des choses <input type="checkbox"/> autant que par le passé <input type="checkbox"/> plus autant qu'avant <input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant <input type="checkbox"/> plus du tout
3 2 1 0	Je me fais du souci : <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> très occasionnellement	3 2 1 0	Je suis de bonne humeur : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> le plupart du temps
0 1 2 3	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : <input type="checkbox"/> oui, quoi qu'il arrive <input type="checkbox"/> oui, en général <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais	3 2 1 0	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : <input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
0 1 2 3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> très souvent	3 2 1 0	Je ne m'intéresse plus à mon apparence : <input type="checkbox"/> plus du tout <input type="checkbox"/> je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais <input type="checkbox"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="checkbox"/> j'y prête autant d'attention que par le passé
3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : <input type="checkbox"/> oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas tellement <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je me rejouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : <input type="checkbox"/> autant qu'autrefois <input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant <input type="checkbox"/> bien moins qu'avant <input type="checkbox"/> presque jamais
3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : <input type="checkbox"/> vraiment très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> pas très souvent <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> très rarement
	☛ Total du score pour l'anxiété		☛ Total du score pour la dépression

Chaque réponse correspond à un chiffre. En additionnant ces chiffres, on obtient un score total par colonne (anxiété et dépression). Si le score d'une colonne est supérieur ou égal à 11, cela signifie que vous souffrez d'anxiété ou de dépression (selon la colonne concernée).

Le thermomètre de la détresse



**National
Comprehensive
Cancer
Network®**

NCCN Guidelines Version 2.2020
Gestion de la détresse

[Index des NCCN Guidelines](#)
[Table des matières](#)
[Discussion](#)

THERMOMÈTRE DE LA DÉTRESSE DU NCCN

La détresse se définit comme un mal-être de nature psychique, physique, sociale ou encore spirituelle, qui peut influer sur votre manière de penser, de percevoir ou d'agir. Elle peut être plus difficile à maîtriser pour les personnes atteintes de cancer, notamment en raison des symptômes et du traitement.

Instructions : Veuillez entourer le nombre (compris entre 0 et 10) qui reflète le mieux l'intensité de votre détresse au cours de la semaine passée, aujourd'hui compris.

Détresse extrême

10

9

8

7

6

5

4

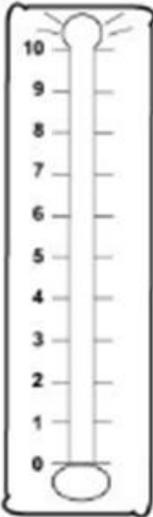
3

2

1

0

Absence de détresse



LISTE DE PROBLÈMES

Veuillez indiquer si vous avez rencontré l'un des problèmes suivants au cours de la semaine passée, aujourd'hui compris.

Assurez-vous de cocher la case OUI ou NON pour chaque élément.

OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes pratiques		Problèmes physiques	
<input type="checkbox"/>	Garde des enfants	<input type="checkbox"/>	Apparence
<input type="checkbox"/>	Alimentation	<input type="checkbox"/>	Hygiène/habillage
<input type="checkbox"/>	Logement	<input type="checkbox"/>	Respiration
<input type="checkbox"/>	Assurance/frais	<input type="checkbox"/>	Troubles urinaires
<input type="checkbox"/>	Transport	<input type="checkbox"/>	Constipation
<input type="checkbox"/>	Travail/école	<input type="checkbox"/>	Diarrhée
<input type="checkbox"/>	Décisions thérapeutiques	<input type="checkbox"/>	Alimentation
Problèmes familiaux		<input type="checkbox"/>	Fatigue
<input type="checkbox"/>	Gestion des enfants	<input type="checkbox"/>	Sensations de gonflement
<input type="checkbox"/>	Relation avec votre conjoint(e)	<input type="checkbox"/>	Fièvre
<input type="checkbox"/>	Capacité à avoir des enfants	<input type="checkbox"/>	Déplacements
<input type="checkbox"/>	Santé de la fertilité	<input type="checkbox"/>	Indigestion
Problèmes émotionnels		<input type="checkbox"/>	Mémoire/concentration
<input type="checkbox"/>	Dépression	<input type="checkbox"/>	Plaies/bulles
<input type="checkbox"/>	Peurs	<input type="checkbox"/>	Nausée
<input type="checkbox"/>	Nervosité	<input type="checkbox"/>	Niz sic/tongestoné
<input type="checkbox"/>	Trausses	<input type="checkbox"/>	Douleurs
<input type="checkbox"/>	Inquiétude	<input type="checkbox"/>	Troubles sexuels
<input type="checkbox"/>	Désintérêt pour les activités courantes	<input type="checkbox"/>	Peau sèche/démangeaisons
<input type="checkbox"/>	Préoccupations religieuses/spirituelles	<input type="checkbox"/>	Sourcil
		<input type="checkbox"/>	Usage de substances
		<input type="checkbox"/>	Fourniture dans les mains/pieds

Autres problèmes : _____

Remarque : Seul l'index est évalué, toutes les recommandations sont de catégorie 2A.
Essais cliniques : le NCCN estime que la meilleure manière de gérer un patient atteint d'un cancer est de le faire participer à un essai clinique. La participation aux essais cliniques est particulièrement encouragée.

Version 2.2020, 11/2020 © 2020 National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Tous droits réservés.
Le NCCN Guidelines® est une œuvre de bienfaisance créée et publiée par le NCCN, une association à but non lucratif.

D15-A

Échelle du fardeau pour les proches-aidants

Version canadienne-française du 'Montgomery Borgatta Caregiver Burden Scale'

FORMULAIRE DE SCORE

	Beaucoup moins	Un peu moins	Ni plus, ni moins	Un peu plus	Beaucoup plus
... de temps pour vous?	5	4	3	2	1
... de stress dans votre relation avec votre proche?	1	2	3	4	5
... d'intimité, de vie privée?					
... de tentatives de la part de votre proche, de vous manipuler?	1	2	3	4	5
... de temps pour des activités récréatives?					
... de demandes non raisonnables de la part de votre proche?					
... de tension dans votre vie?					
... de vacances et de voyages?					
... de nervosité et de dépression par rapport à votre relation avec votre proche?					
... l'impression que votre proche profite de vous?					
... de temps pour accomplir votre travail et vos tâches domestiques?					
... de demandes de la part de votre proche qui dépassent ses besoins?					
... d'anxiété ou d'inquiétude?					
... de temps pour les amis et les proches?					

SCORE

FARDEAU OBJECTIF :

FARDEAU SUBJECTIF LIÉ AU STRESS :

FARDEAU SUBJECTIF LIÉ À LA DEMANDE :

Appendix E: Bereavement Risk Assessment Tool

Assessment Date	Assessed by	GP	Patient / Deceased Name	Bereaved Name
Risk Indicators and Protective Factors				Comments
I. Kinship <input type="checkbox"/> a) spouse/partner of patient or deceased <input type="checkbox"/> b) parent/parental figure of patient or deceased				
II. Caregiver <input type="checkbox"/> a) family member or friend who has taken primary responsibility for care				
III. Mental Health <input type="checkbox"/> a) significant mental illness (eg major depression, schizophrenia, anxiety disorder) <input type="checkbox"/> b) significant mental disability (eg developmental, dementia, stroke, head injury)				
IV. Coping <input type="checkbox"/> a) substance abuse / addiction (specify) <input type="checkbox"/> b) considered suicide (no plan, no previous attempt) <input type="checkbox"/> c) has suicide plan and a means to carry it out OR has made previous attempt <input type="checkbox"/> d) self-expressed concerns regarding own coping, now or in future <input type="checkbox"/> e) heightened emotional states (anger, guilt, anxiety) as typical response to stressors <input type="checkbox"/> f) yearning/pining for the deceased OR persistent disturbing thoughts/images > 3 months* <input type="checkbox"/> g) declines available resources or support <input type="checkbox"/> h) inability to experience grief feelings or acknowledge reality of the death > 3 months*				
V. Spirituality / Religion <input type="checkbox"/> significant challenge to fundamental beliefs / loss of meaning or faith / spiritual distress				
VI. Concurrent Stressors <input type="checkbox"/> a) two or more competing demands (eg single parenting, work, other caregiving) <input type="checkbox"/> b) insufficient financial, practical or physical resources (eg ↓ income, no childcare, illness) <input type="checkbox"/> c) recent non-death losses (eg divorce, unemployment, moving, retirement) <input type="checkbox"/> d) significant other with life-threatening illness / injury (other than patient/deceased)				
VII. Previous Bereavements <input type="checkbox"/> a) unresolved previous bereavement(s) <input type="checkbox"/> b) death of other significant person within 1 year (from time of patient's death) <input type="checkbox"/> c) cumulative grief from > 2 OTHER deaths over past 3 years <input type="checkbox"/> d) death or loss of parent/parental figure during own childhood (less than age 19)				
VIII. Supports & Relationships <input type="checkbox"/> a) lack of social support/social isolation (perceived or real - eg housebound) <input type="checkbox"/> b) cultural or language barriers to support <input type="checkbox"/> c) longstanding or current discordant relationship(s) within the family <input type="checkbox"/> d) relationship with patient/deceased (eg abuse, dependency)				
IX. Children & Youth <input type="checkbox"/> a) death of parent, parental figure or sibling* <input type="checkbox"/> b) demonstration of extreme, ongoing behaviours/symptoms (eg sep anxiety+, nightmares) <input type="checkbox"/> c) parent expresses concern regarding his/her ability to support child's grief <input type="checkbox"/> d) parent/parental figure significantly compromised by his/her own grief				
X. Circumstances Involving the Patient, the Care or the Death <input type="checkbox"/> a) patient/deceased less than age 35 <input type="checkbox"/> b) lack of preparedness for the death (as perceived or demonstrated by bereaved)* <input type="checkbox"/> c) distress witnessing the death OR death perceived as preventable* <input type="checkbox"/> d) violent, traumatic OR unexplained death (eg accident, suicide, unknown cause)* <input type="checkbox"/> e) significant anger with OTHER health care providers (eg "my GP missed the diagnosis") <input type="checkbox"/> f) significant anger with OUR hospice palliative care program (eg "you killed my wife")				
XI. Protective Factors Supporting Positive Bereavement Outcome <input type="checkbox"/> a) internalized belief in own ability to cope effectively <input type="checkbox"/> b) perceives AND is willing to access strong social support network <input type="checkbox"/> c) predisposed to high level of optimism/positive state of mind <input type="checkbox"/> d) spiritual/religious beliefs that assist in coping with the death				

* this indicator can only be identified after the death

More information on this tool is available at: www.victoriahospice.org/health-professionals/clinical-tools

Used with permission from Victoria Hospice Society, www.victoriahospice.org

© Victoria Hospice Society 2008

Outil d'évaluation des risques associés au deuil (BRAT-Tool)

- Outil bientôt disponible en français, traduction en cours

Brief inventaire de la douleur



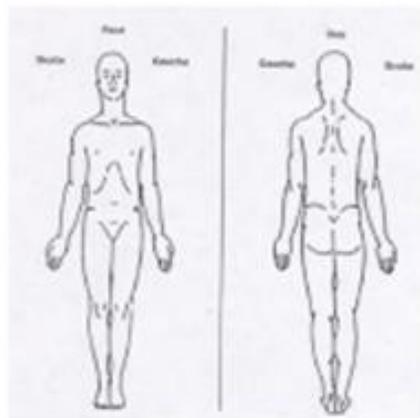
BPI Brief Pain Inventory

1. Au cours de votre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents) : au cours des huit derniers jours avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

oui non

Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes. Merci de votre participation.

2. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur prise de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous avez ressentie la semaine dernière.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Pas de douleur Douleur la + horrible
Que vous puissiez imaginer

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous avez ressentie la semaine dernière.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Pas de douleur Douleur la + horrible
Que vous puissiez imaginer

5. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur en général.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Pas de douleur Douleur la + horrible
Que vous puissiez imaginer

6. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur en ce moment.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Pas de douleur Douleur la + horrible
Que vous puissiez imaginer

7. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

8. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Aucune amélioration Amélioration complète

9. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

A) Activité générale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ne gêne pas Gêne complètement

B) Humeur

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ne gêne pas Gêne complètement

C) Capacité à marcher

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ne gêne pas Gêne complètement

D) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ne gêne pas Gêne complètement

E) Relations avec les autres

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ne gêne pas Gêne complètement

F) Sommeil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ne gêne pas Gêne complètement

G) Goût de vivre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ne gêne pas Gêne complètement

Acronyme d'évaluation des symptômes « O.P.Q.R.S.T.U.V. »

Symptom Assessment Acronym "O.P.Q.R.S.T.U.V." Acronyme d'évaluation des symptômes « O.P.Q.R.S.T.U.V. »

O	Onset	When did it begin? How long does it last? How often does it occur?
	Origine (apparition)	Quand le symptôme a-t-il commencé ? Pendant combien de temps dure-t-il ? À quelle fréquence se produit-il ?
P	Provoking/Palliating	What brings it on? What makes it better? What makes it worse?
	Provoquer/Pallier	Qu'est-ce qui déclenche le symptôme ? Qu'est-ce qui accentue le symptôme ? Qu'est-ce qui diminue le symptôme ?
Q	Quality	What does it feel like? Can you describe it?
	Qualité	Quelle sensation le symptôme vous donne-t-il ? Pouvez-vous la décrire ?
R	Region/Radiation	Where is it? Does it spread anywhere?
	Région/Irradiation	Où le symptôme se produit-il ? Est-ce que le symptôme se déplace vers d'autres endroits ?
S	Severity	What is the intensity of this symptom (On a scale of 0 to 10 with 0 being none and 10 being worst possible)? Right now? At best? At worst? On average?
	Sévérité (Intensité)	Quelle est l'intensité de ce symptôme (sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie aucun et 10 étant le pire que vous puissiez imaginer) ? Au moment présent ? Lorsque le symptôme est à son mieux ? Lorsque le symptôme est à son pire ? En moyenne ?
T	Timing/Treatment	Is the pain constant? Does it come and go? Is it worse at any particular time? What medications and treatments are you currently using? How effective are these? Do you have any side effects from the medications and treatments?
	Moment/Traitement	Le symptôme est-il constant ? Est-ce qu'il disparaît pour réapparaître par la suite ? Est-il pire à un moment quelconque ? Quels sont les médicaments que vous prenez et les traitements que vous suivez actuellement ? Dans quelle mesure sont-ils efficaces ? Les médicaments et les traitements causent-ils des effets secondaires ?
U	Understanding/Impact	What do you believe is causing this symptom? Are there any other symptoms with this symptom? How is this symptom impacting you and your family?
	Compréhension/Répercussions	Selon vous, qu'est-ce que cause le symptôme ? Le symptôme est-il associé à d'autres symptômes ? Quel est l'effet de ce symptôme sur vous et sur votre famille ?
V	Values	What is your goal for this symptom? What is your comfort goal or acceptance level for this symptom (On a scale of 0 to 10 with 0 being none and 10 being worst possible)? Are there any other views or feelings about this symptom that are important to you or your family? Is there anything else you would like to say about your pain that has not been discussed or asked?
	Valeurs	Quel est votre objectif relativement à ce symptôme ? Quel est votre objectif en matière de confort ou votre niveau acceptable pour ce symptôme (sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie aucun et 10 étant le pire que vous puissiez imaginer) ? Y a-t-il d'autres points de vue ou sentiments concernant ce symptôme qui sont importants pour vous ou pour votre famille ? Y a-t-il quelque chose de particulier que vous voulez dire au sujet de votre douleur, dont nous n'avons pas discuté ?

Adapted from the Registered Nurses of Ontario (RNAO). (2013). Assessment and Management of Pain (3rd Ed.).

Adapté de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013). Évaluation et prise en charge de la douleur (3^e Ed.).

L'Échelle des VISAGES de Wong-Baker (pour les enfants et patients non-verbaux)



L'Échelle des VISAGES^{MD} de Wong-Baker

L'outil d'évaluation du risque de dépendance aux opioïdes

Outil d'évaluation du risque de dépendance aux opioïdes

(Comprend des valeurs ponctuelles pour déterminer le score total)

Cocher chaque case qui s'applique

	Femme	Homme
Antécédents familiaux d'abus de drogue:		
Alcool	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
Drogues illégales	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Médicaments d'ordonnance	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Antécédents personnels d'abus de drogues:		
Alcool	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Drogues illégales	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Médicaments d'ordonnance	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Âge (cocher la case si âgé de 16 à 45 ans)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Antécédents d'abus sexuel à la préadolescence	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
Maladie mentale		
Trouble déficitaire de l'attention, trouble obsessionnel-compulsif, maladie bipolaire, schizophrénie	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Dépression	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

Score total:

Éléments clés

- La mise en œuvre précoce d'une approche de soins palliatifs améliorera la qualité de vie et l'expérience globale du patient et de sa famille
- Il est au moins recommandé de mettre en œuvre la question surprise, l'ESAS ainsi que le PPS.
- L'utilisation des outils d'évaluation et de surveillance normalisés peut améliorer la communication et la collaboration entre les prestataires/organisations de soins de santé

Questions?

Bibliographie

Canadian Hospice Palliative Care Association. The Way Forward National Framework: A Roadmap for an Integrated Palliative Approach to Care [Internet]. 2015. Available from: <https://www.chpca.ca/wp-content/uploads/2023/12/TWF-framework-doc-Eng-2015-final-April1.pdf>

Temel Jennifer S., Greer Joseph A., Muzikansky Alona, Gallagher Emily R., Admane Sonal, Jackson Vicki A., et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733-42.

Thomas. K et al. Prognostic Indicator Guidance. Gold Standard Framework Cent End Life Care. 2011 Oct;4th Edition.

Alberta Health Services. Edmonton Symptom Assessment System Revised (ESAS-r) [Internet]. 2015. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/frm-07903.pdf>

Pallium Canada. The Pallium Palliative Pocketbook: a peer-reviewed, referenced resource. 2nd ed. Ottawa, Canada; 2018.

Interior Health. Edmonton Symptom Assessment System Revised (ESAS-r) Guidelines [Internet]. 2016. Available from: <https://www.interiorhealth.ca/sites/default/files/PDFS/esasr-guidelines.pdf>

Downing G. Q&A Manual, Instructions & Definitions for Use of Palliative Performance Scale (PPSv2). Vic Hosp Soc [Internet]. 2020 Jul 24; Available from: www.victoriahospice.org

Vertesi A, Lever JA, Molloy DW, Sanderson B, Tuttle I, Pokoradi L, et al. Standardized Mini-Mental State Examination. Use and interpretation. *Can Fam Physician Med Fam Can*. 2001 Oct;47:2018-23.

Mendez M. Chapter 16 - General Mental Status Scales, Rating Instruments, and Behavior Inventories. In: Mendez M, editor. *The Mental Status Examination Handbook* [Internet]. Philadelphia: Elsevier; 2022. p. 181-99. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323694896000164>

Island Health. Confusion Assessment Method (CAM) [Internet]. cgatoolkit.ca. 2014. Available from: <https://cgatoolkit.ca/Uploads/ContentDocuments/camshortform.pdf>

Bibliographie

Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA. Fast, Systematic, and Continuous Delirium Assessment in Hospitalized Patients: The Nursing Delirium Screening Scale. *J Pain Symptom Manage*. 2005 Apr 1;29(4):368–75.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand*. 1983 Jun;67(6):361–70.

National Comprehensive Cancer Network. Distress Thermometer Tool Translations [Internet]. NCCN. Available from: <https://www.nccn.org/global/what-we-do/distress-thermometer-tool-translations>

Ownby KK. Use of the Distress Thermometer in Clinical Practice. *J Adv Practice Oncology*. 2019 Mar;10(2):175–9.

Virtual Hospice. New: Short version of the Burden Scale for Family Caregivers in 20 European languages [Internet]. Available from: [https://www.virtualhospice.ca/Assets/BSFC-s_english_s%20\(Caregiver%20Burden%20Scale-Short%20Version\)_20170306133440.pdf](https://www.virtualhospice.ca/Assets/BSFC-s_english_s%20(Caregiver%20Burden%20Scale-Short%20Version)_20170306133440.pdf)

Mayo Clinic. Complicated grief - Symptoms and causes [Internet]. Mayo Clinic. 2022. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/complicated-grief/symptoms-causes/syc-20360374>

Brief Pain Inventory (BPI) [Internet]. MD Anderson Cancer Center. [cited 2024 Mar 4]. Available from: <https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html>

Wong-Baker FACES Foundation. Wong-Baker FACES Foundation [Internet]. Wong-Baker FACES Foundation. [cited 2024 Mar 4]. Available from: <https://wongbakerfaces.org/>

Bibliographie

Cascella M, Laudani A, Scarpati G, Piazza O. Ethical issues in pain and palliation. *Curr Opin Anesthesiol*. :10.1097/ACO.0000000000001345.

Edwards T, Arthur J, Joy M, Lu Z, Dibaj S, Bruera E, et al. Assessing risk for nonmedical opioid use among patients with cancer: Stability of the CAGE-AID questionnaire across clinical care settings. *Palliat Support Care*. 2023 Jul 13;1–5.

Brott NR, Peterson E, Cascella M. Opioid, Risk Tool. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2024 Jul 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553147>