

# CPGF

Collège Professionnel  
des Gériatres Français

## Evaluation des Pratiques Professionnelles

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

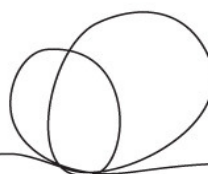
*Douleur – Soins palliatifs – Bientraitance*

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



# MobiQual

A l'initiative de la Direction Générale de la Santé  
Mise en œuvre  
Société Française de Gériatrie et Gérologie



## « EPP Douleur »

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

## PROTOCOLE GENERAL

### Préambule

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

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

Ces trois audits peuvent constituer un seul et même audit.

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

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

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

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

## **Champ d'application**

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

## **Critères d'inclusion**

Tout établissement hébergeant et soignant des personnes âgées dépendantes.

## **Type de l'étude**

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

1 – une étude transversale un jour donné de la semaine

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

2 – une étude de cas

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

3 – un suivi d'indicateurs

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

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

## **Sources d'information**

Les informations sont recueillies à partir :

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

## **Taille de l'échantillon**

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

## Période d'évaluation

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

## GRILLES DE RECUEIL DE DONNEES

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

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

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

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

## 3 – Audit clinique ciblé sur le suivi de la douleur

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

## **Guide d'utilisation de la grille de recueil de données**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## « EPP Soins palliatifs »

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

## PROTOCOLE GENERAL

### Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Champ d'application**

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

### **Critères d'inclusion**

Tout établissement hébergeant et soignant des personnes âgées dépendantes.

### **Types de l'étude**

#### *L'audit organisationnel*

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

L'audit organisationnel s'effectue un jour donné.

#### *Les audits de pratiques*

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

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

#### *La revue de cas entre médecins ou en équipe*

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

### **Sources d'information**

Les informations sont recueillies à partir :

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

## Taille de l'échantillon

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

## Période d'évaluation

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

## GRILLES DE RECUEIL DES DONNEES

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

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

#### 1) Existence du volet soins palliatifs dans l'établissement

- |      |   |                              |                              | Commentaire(s) |
|------|---|------------------------------|------------------------------|----------------|
| 1.1) | Il existe un volet SP dans le projet d'établissement        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                |
| 1.2) | Ce volet est écrit dans le projet d'établissement           | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                |
| 1.3) | Ce volet est à disposition de l'ensemble des professionnels | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                |

#### 2) Plan de formation

- |      |  |                              |   |                |
|------|--|------------------------------|---|----------------|
| 2.1) | La formation aux SP est inscrite dans le plan de formation | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/>                                  | Commentaire(s) |
| 2.2) | La formation est organisée en interne                      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/>                                  |                |
| 2.3) | La participation des libéraux à la formation est organisée | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/><br>N.A. <input type="checkbox"/> |                |

### 3) Liens avec les structures ressources

- 3.1) Structures et personnes ressources sont identifiées à l'intérieur de l'établissement      Oui  Non  N.A.       Commentaire(s)
- 3.2) Structures et personnes ressources extérieures à l'établissement sont identifiées      Oui  Non  N.A.
- 3.3) Il existe une convention signée avec des structures extérieures à l'établissement      Oui  Non

### Guide d'utilisation de la grille de recueil des données

#### 1) Existence du volet soins palliatifs

1.3) Par « l'ensemble des professionnels », on entend les professionnels intervenant dans l'EHPAD et en contact avec les résidents et leurs familles.

La mise à disposition du volet soins palliatifs de l'établissement peut s'entendre, par exemple, comme suit :

- présence de ce volet au sein du livret d'accueil pour les personnels ;
- affichage de ce volet dans les locaux utilisés par les professionnels.

#### 2) Plan de formation

Par « plan de formation », on entend le plan de formation en cours dans l'établissement.

2.2) La formation est organisée par le médecin coordonnateur, le directeur, l'infirmier(ère) coordonnateur(trice) et/ou un intervenant externe.

2.3) Répondre oui si la formation en interne est organisée pour tous les libéraux (médecins, infirmiers(ères), kinésithérapeutes...).

N.A. : s'il n'y a pas d'intervenant libéral.

#### 3) liens avec les structures ressources

3.1) Une structure ou une personne ressource identifiée à l'intérieur de l'établissement est une structure ou une personne :

- connue des professionnels intervenant dans l'EHPAD et en contact avec les résidents et leurs familles ;

et/ou

- dont les coordonnées sont accessibles à tous les professionnels (répertoire, affiche, ...).

N.A. : si une unité est déjà intégrée dans l'établissement.

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

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

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

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

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

### 1) Procédures d'identification de la personne de confiance

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

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

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

### Guide d'utilisation de la grille de recueil de données

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Guide d'utilisation de la grille de recueil de données**

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

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

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

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

#### Guide d'utilisation de la grille de recueil de données

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

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

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

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

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

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

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

N.A. : en l'absence de symptôme.

## « EPP Bientraitance »

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

#### PROTOCOLE GENERAL

##### Préambule

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

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

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

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

Cet outil se compose :

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

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

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

### **Champ d'application**

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

### **Critères d'inclusion**

Tout établissement hébergeant et soignant des personnes âgées dépendantes.

### **Type de l'étude**

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

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

### **Sources d'information**

Les informations sont recueillies à partir :

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

### **Taille de l'échantillon**

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

## Période d'évaluation

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

## GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES

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

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

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

## Guide d'utilisation de la grille de recueil de données

1) Préciser les personnes participant à la réunion.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\*

*Ce document est le fruit des travaux réalisés lors des journées annuelles du CPGF des 3 et 4 février 2007 et de leur poursuite par des professionnels de santé impliqués dans la démarche de santé publique MobiQual :*

- **Sébastien Doureligne**, coordonnateur du programme MobiQual
- **Marie-Pierre Hervy**, chef de service de long et moyen séjour à l'hôpital Bicêtre, secrétaire générale de la SFGG, membre du comité national de suivi des soins palliatifs, responsable de l'intergroupe SFGG / SFAP, référente MobiQual sur la thématique Soins palliatifs
- **Marie-Agnès Manciaux**, praticien hospitalier, chef de service long séjour du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, référente MobiQual sur la thématique Bien-être
- **Yves Passadori**, directeur médical du pôle de gériatrie clinique, Centre Hospitalier Général de Mulhouse, expert au service EPP de la HAS, membre du CPGF-OA
- **Gisèle Pickering**, praticien hospitalier, Centre de Pharmacologie Clinique, CHU de Clermont-Ferrand, membre de la SFETD, Référente MobiQual sur la thématique de la Douleur
- **Geneviève Ruault**, déléguée générale de la SFGG et du CPGF, référente MobiQual sur la thématique de la Douleur