

## APPRECIATION DE L'UTILISATION DES OUTILS

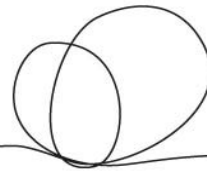
*Thématiques : Douleur, Soins palliatifs, Bienêtre, Dépression*

# MOBIQUAL : MOBILISATION POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Éléments constitutifs, acteurs du projet

Analyse des questionnaires POST

- Avertissement
- Thématique Douleur
- Thématique Soins palliatifs
- Thématique Bienêtre
- Thématique Dépression



## Rappel des éléments constitutifs

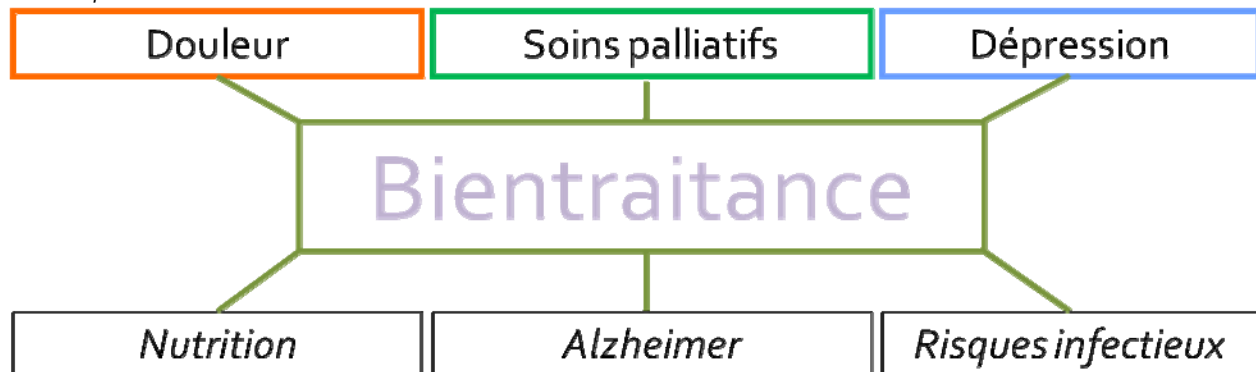
Le programme MobiQual est une action nationale dont l'objectif est d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles – qualité des soins et du prendre soin – au bénéfice des personnes âgées et handicapées.

Ce programme a été initié dans le cadre du plan douleur 2006 – 2010 et des mesures en faveur de la bientraitance des personnes âgées en établissement. Il est mis en œuvre par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, du Ministère de la Santé et des Sports et du Secrétariat d'Etat aux Aînés.

Il concerne les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les établissements de santé, ainsi que les services intervenant au domicile.

Les différentes thématiques de ce programme sont : la bientraitance, la douleur, les soins palliatifs, la dépression (quatre thématiques en cours) ainsi que la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement, la nutrition et l'alimentation, les risques infectieux (trois thématiques à développer).

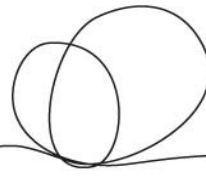
*Thématiques en cours*



*Thématiques à venir*

A chacune de ces thématiques correspond au moins un outil de sensibilisation, de formation et d'aide à la pratique quotidienne – sous forme de mallette. Chaque outil est conçu par la SFGG, en lien avec l'ensemble des sociétés savantes et acteurs professionnels concernés, puis expérimenté et diffusé dans l'ensemble des régions françaises – soit lors de journées régionales, soit pour une utilisation directe en établissement. Il est remis à titre gratuit sur la base d'un engagement à une bonne utilisation (charte MobiQual à signer / questionnaires d'évaluation à remplir).

Leur utilisation vise à sensibiliser régulièrement les professionnels sur le sens de leur mission, actualiser les connaissances, constituer une aide à la pratique et développer une culture de l'évaluation.



## Acteurs du projet

### *Niveau national*

La SFGG a mobilisé ses membres (gériatres, gérontologues, soignants) et s'est adjoint les compétences d'autres sociétés savantes grâce à des groupes de travail pluridisciplinaires :

- SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs)
- SFETD (Société Française d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- FFP (Fédération Française de Psychiatrie) et SPLF (Société de Psycho-Gériatrie de Langue Française)
- ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural)
- UNA (Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles)

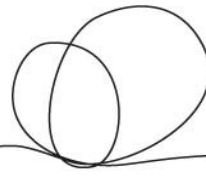
Une équipe spécialement dédiée à ce projet a été ensuite mise en place afin d'assurer une diffusion nationale de la démarche et des outils ainsi que le suivi de l'appropriation des thématiques du programme. Elle comprend cinq membres permanents (dont un responsable du programme et un coordonnateur national), des représentants des ministères, organismes publics, fédérations, associations, fondations et groupes concernés, et en particulier :

- o la FFAMCO (Fédération Française des Associations de Médecins Coordinateurs)
- o le CPGF (Collège Professionnel des Gériatres Français)
- o la FHF (Fédération Hospitalière de France)
- o la FEHPAD (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, à but non lucratif)
- o l'UNIOPSS (Union Nationale et Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux)

### *Niveau régional*

L'équipe nationale en charge du projet se déplace en région pour organiser des réunions de proximité au cours desquelles sont présentés la démarche, les outils ainsi que des exemples concrets d'utilisation.

- o les établissements publics et collectivités territoriales impliqués, les sociétés régionales de gériatrie et gérontologie, les délégations et antennes régionales des associations et fédérations d'établissements et de services ;
- o des organismes et personnes identifiés comme relais régionaux et/ou départementaux : coordinations régionales en soins palliatifs, associations de médecins coordonnateurs, médecins gériatres et palliativistes, cadres infirmiers, psychologues, référents Qualité...



## Analyse des questionnaires POST

### Avertissement

Après leur mise à disposition, les outils du programme ont vocation à être utilisés dans le cadre de sessions de sensibilisation et de formation à destination des personnels soignants. Ces outils peuvent alors être utilisés par :

- un ou plusieurs médecins et/ou cadres d'établissements de santé et services de soins au domicile : gériatres, palliativistes, praticiens hospitaliers, chefs de service, référents Douleur, référents Qualité, personnels soignants des hôpitaux (USLD, services de gériatrie, SSR), hôpitaux locaux, réseaux de santé gériatologiques et en soins palliatifs, CLUD, EMSP, USP, HAD ;
- les personnels d'encadrement des EHPAD : médecins coordonnateurs, directeurs, infirmières coordinatrices, cadres de santé, psychologues, et autres personnels soignants et non soignants, en prévoyant si possible l'association étroite des médecins généralistes impliqués dans l'administration des soins ;
- un formateur intervenant dans le cadre de la formation initiale (IFSI, IFAS, IFCS, DU Douleur/Soins palliatifs, ...) ou continue, le cas échéant à la demande de la direction d'un établissement d'hébergement et de soins ;
- des agents administratifs et de coordination, de niveaux régional et départemental (ex-DRASS, ex-DDASS, Conseils généraux, Conseil régionale, URML, CRAM, URCAM, DRSM, ...).

Le protocole d'évaluation du programme MobiQual prévoit que chaque utilisateur remplisse deux questionnaires :

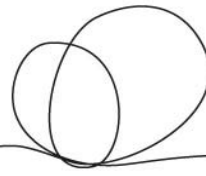
- un questionnaire PRE, à disposition dans chaque outil, à renvoyer avant utilisation ;
- un questionnaire POST, à renvoyer environ un an après la date d'attribution de l'outil<sup>1</sup>.

A ce jour, près de 2 200 questionnaires PRE et POST ont été renvoyés à la Société Française de Gériatrie et Gériatologie.

Les données quantitatives et qualitatives présentées dans ce document – d'ordre déclaratif – sont issues de l'analyse d'échantillons de questionnaires POST provenant de professionnels utilisant les outils du programme : 193 questionnaires pour la thématique de la douleur ; 130 pour les soins palliatifs ; 254 pour la thématique de la bientraitance, et 36 pour la dépression<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Ces questionnaires sont envoyés pour l'essentiel par courriel. Ils peuvent être retournés par courrier, courriel ou fax.

<sup>2</sup> Thématique diffusée à compter du 4<sup>ème</sup> trimestre 2008.



## Outil DOULEUR

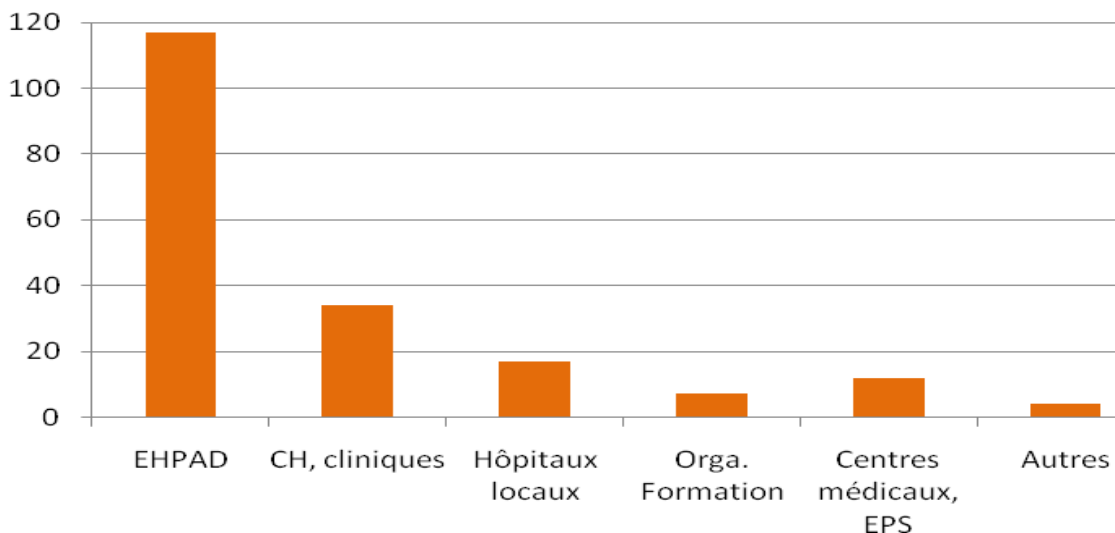
### Analyse d'un échantillon de 193 questionnaires POST

Les réponses que contient un échantillon de 193 questionnaires POST ont été synthétisées puis analysées, et en particulier celles relatives aux questions portant sur :

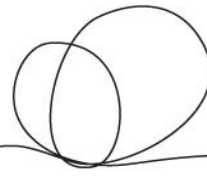
- le repérage, l'évaluation et le suivi systématique de la douleur ;
- le nombre de professionnels concernés par les actions de sensibilisation conduites ;
- la modification des pratiques, en termes d'évaluation et de suivi de la douleur ;
- le développement de « référents Douleur » au sein des structures.

Les questionnaires POST ont été renvoyés par 117 EHPAD (dont 1 association gérant 10 EHPAD), 34 centres hospitaliers et cliniques (incluant des unités de soins de longue durée et équipes mobiles de soins palliatifs), 17 hôpitaux locaux, 7 organismes de formation, 12 centres médicaux et établissements publics de santé, 3 services de soins infirmiers à domicile ainsi qu'un réseau de santé gériatrique.

**GRAPHIQUE 1 – NOMBRE ET CATEGORIES D'ÉTABLISSEMENTS AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE POST DOULEUR**



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Douleur, juillet 2010

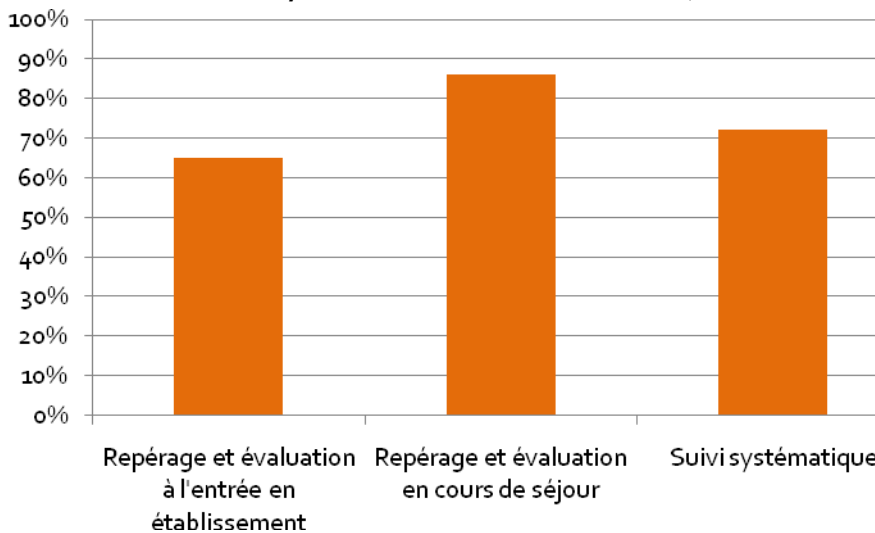


## REPERAGE ET EVALUATION SYSTEMATIQUE DE LA DOULEUR POUR LA MAJORITE DES ETABLISSEMENTS

Le repérage et l'évaluation systématique de la douleur sont réalisés en cours de séjour dans presque 9 établissements sur 10 (86 %).

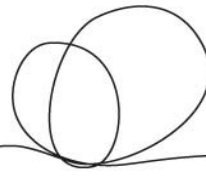
Le repérage et l'évaluation systématique de la douleur sont réalisés à l'entrée en établissement dans 2 établissements sur 3 (65 %). Près des trois quarts de ces établissements réalisent de façon systématique un suivi de la douleur et une fiche de suivi est inscrite dans le dossier patient.

GRAPHIQUE 2 – REPERAGE, EVALUATION ET SUIVI DE LA DOULEUR (% DE REpondANTS)

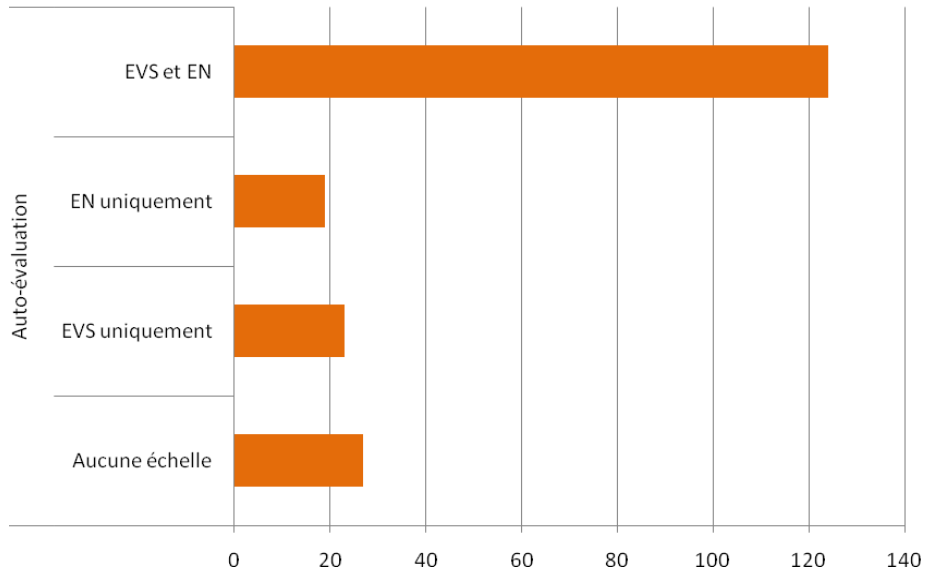


Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Douleur, juillet 2010

Les échelles d'auto-évaluation EN et EVS sont utilisés pour le repérage et l'évaluation de la douleur dans presque deux tiers des cas (64 %). L'EVS est utilisée seule dans 12 % des cas, l'échelle numérique dans 10 %. Par ailleurs, 14 % des répondants déclarent n'utiliser aucune échelle.



**GRAPHIQUE 3 – UTILISATION DES ECHELLES D’AUTO-EVALUATION (NOMBRE DE REpondANTS)**

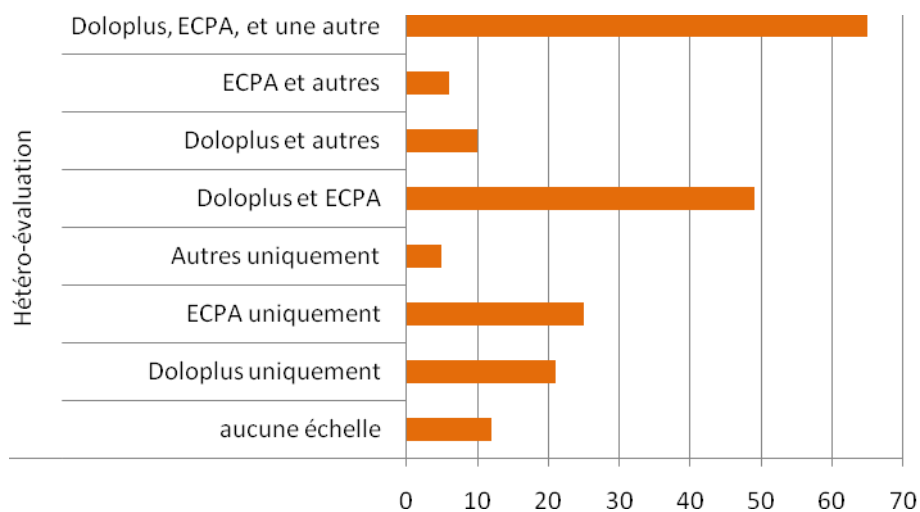


Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Douleur, juillet 2010

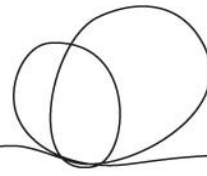
Les échelles d’hétéro-évaluation ECPA et Doloplus sont toutes deux utilisées majoritairement (59 %) :

- 25 % des utilisateurs déclarent employer ces deux échelles ;
- 34 % des répondants les utilisent également en association avec une autre échelle (Algoplus pour l’essentiel).

**GRAPHIQUE 4 – UTILISATION DES ECHELLES D’HETERO-EVALUATION (NOMBRE DE REpondANTS)**



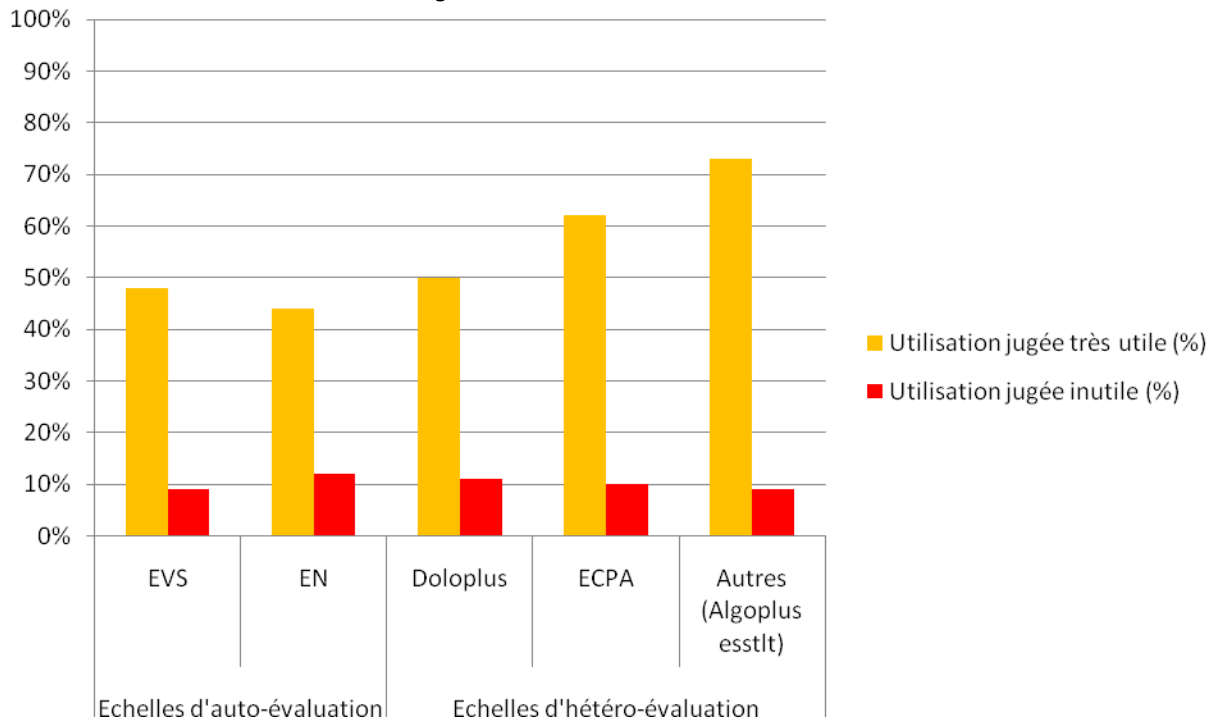
Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Douleur, juillet 2010



Parmi les utilisateurs des échelles :

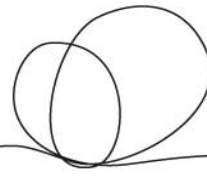
- 40 % à 50 % estiment que, pour l'auto-évaluation, l'échelle verbale simple et l'échelle numérique sont très utiles ; ils ne sont qu'environ 10 % à juger que l'utilisation de ces échelles est inutile ;
- pour l'hétéro-évaluation, l'échelle jugée la plus utile est Algoplus (citée quasi exclusivement dans la catégorie « Autres échelles »), à plus de 70 %, devant ECPA à plus de 60 % et Doloplus à 50 %.

GRAPHIQUE 5 – UTILITE DES ECHELLES UTILISEES



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Douleur, juillet 2010



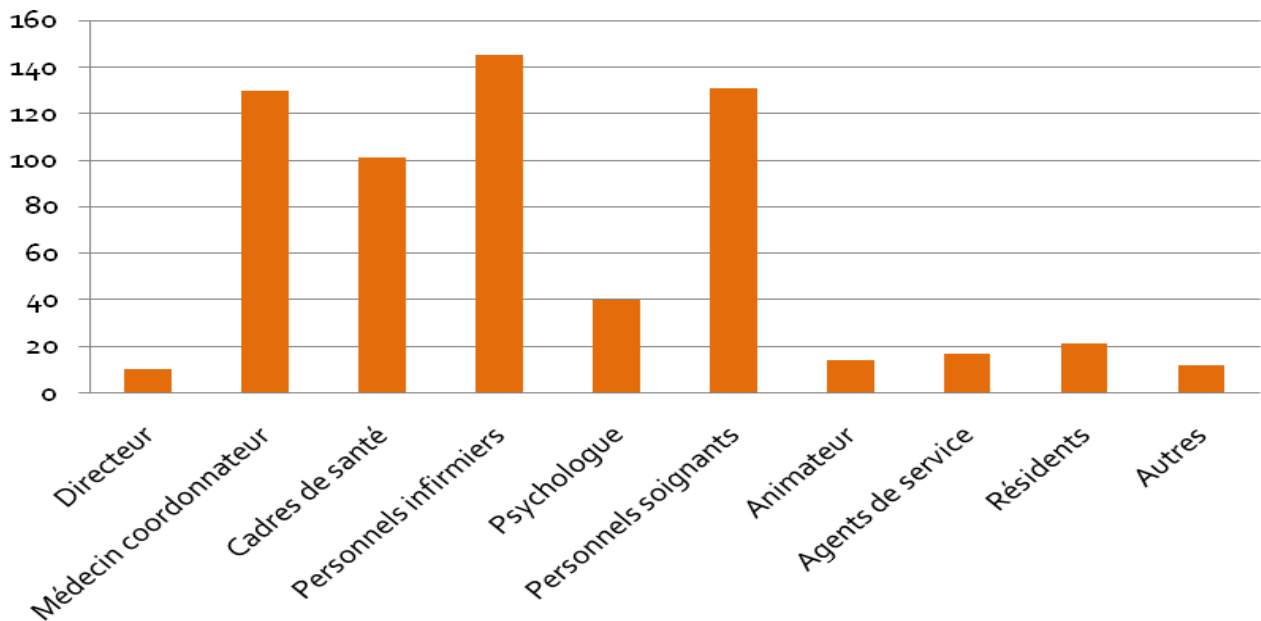


## UN EFFORT IMPORTANT DE SENSIBILISATION AU SEIN DES STRUCTURES

6 020 professionnels issus de 128 structures différentes<sup>3</sup> ont bénéficié des actions de sensibilisation conduites à l'aide de l'outil Douleur.

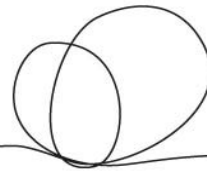
Les principaux utilisateurs de l'outil Douleur attribué dans ces structures, lors et à la suite des actions de sensibilisation sont les personnels infirmiers (23 %), personnels soignants (21 %), médecins coordonnateurs (21 %), cadres de santé (17 %) et, dans une moindre mesure, les psychologues (7 %). Ces quatre catégories d'acteurs représentent près de 9 utilisateurs sur 10. Les formateurs extérieurs, agents de service, animateurs, résidents, directeurs, bénévoles et familles représentent 10 % des utilisateurs.

GRAPHIQUE 4 – CATEGORIES DE PROFESSIONNELS UTILISANT L'OUTIL



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Douleur, juillet 2009

<sup>3</sup> La question relative au nombre de professionnels concernés par l'action de sensibilisation n'était pas présente dans les premiers questionnaires POST envoyés : certaines des 193 structures ayant renvoyé ce questionnaire n'ont donc pas pu y répondre.

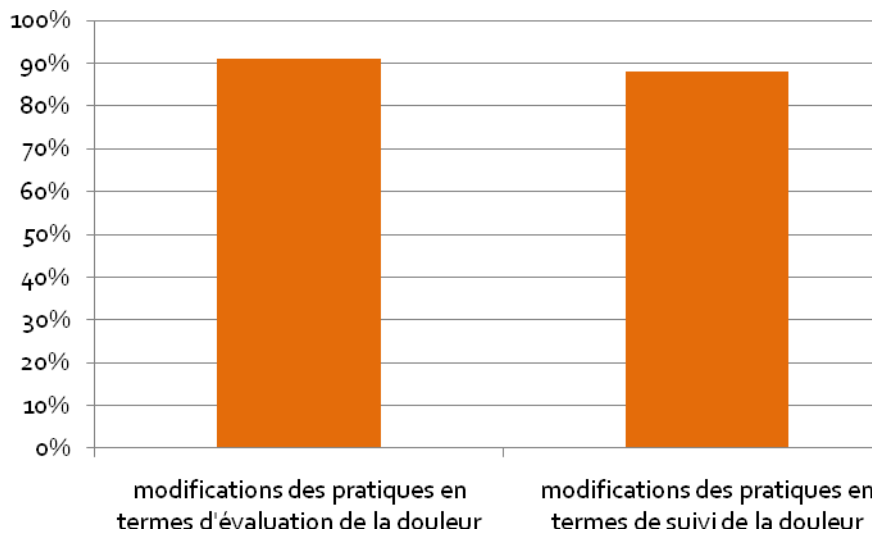


## IMPACT DE L'ORGANISATION DE SESSIONS DE SENSIBILISATION

### **Une modification importante des pratiques, tant en termes d'évaluation que de suivi de la douleur**

91 % des répondants font part d'une modification des pratiques en termes d'évaluation de la douleur dans leurs établissements. Ils sont quasiment le même nombre (88 %) à indiquer une modification des pratiques en termes de suivi de la douleur.

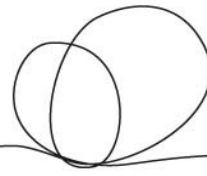
GRAPHIQUE 5 – MODIFICATION DES PRATIQUES EN TERMES D'ÉVALUATION ET DE SUIVI DE LA DOULEUR



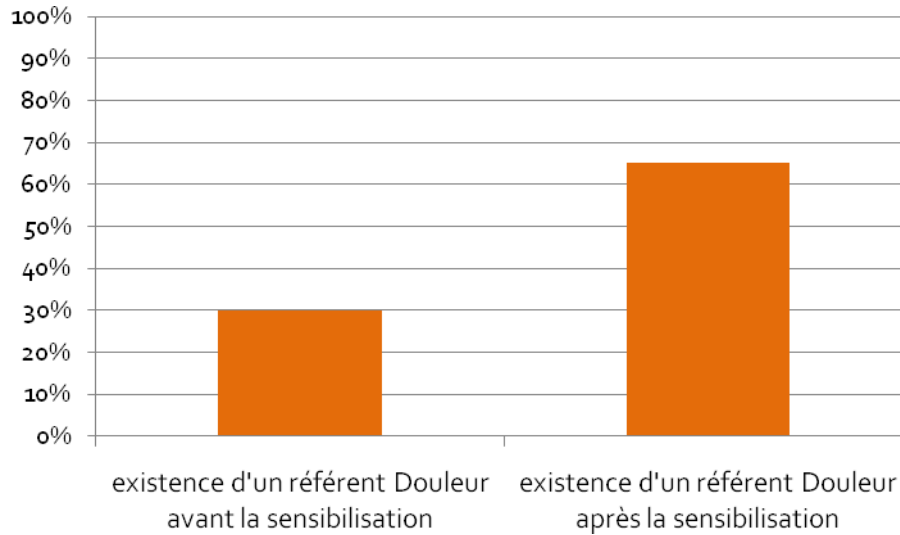
Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Douleur, juillet 2010

### **Des référents Douleur dans plus de 60 % des établissements**

Grâce aux actions de sensibilisation conduites, des professionnels ont été identifiés en tant que référents Douleur dans plus d'un tiers (35 %) des établissements. Ces référents existaient préalablement à ces actions dans 30 % des établissements.



**GRAPHIQUE 6 – DEVELOPPEMENT DE REFERENTS DOULEUR DANS LES STRUCTURES  
(% DE STRUCTURES CONCERNEES)**

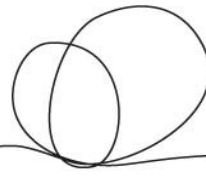


Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Douleur, juillet 2010

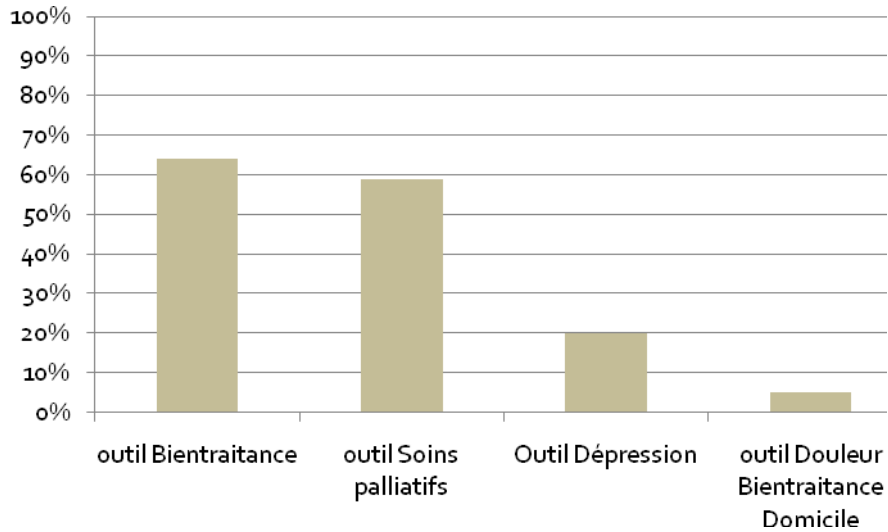
Ces référents sont pour la plupart des infirmières (50 %), mais également des médecins et infirmières coordonnateurs (26 %), et dans une moindre mesure des CLUD (13 %), aides-soignantes (7 %) et équipes mobiles de soins palliatifs (4 %).

Les trois quarts des établissements ne disposant pas de référent interne peuvent néanmoins faire appel aux compétences d'un référent externe : unité/équipe mobile de soins palliatifs (30 %), réseau de santé (18 %), consultations en centre hospitalier (17 %), infirmière (17 %), service d'HAD (10 %), médecin coordonnateur et CLUD (4 % chacun).

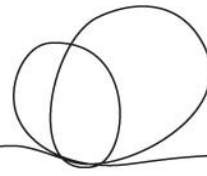
Par ailleurs, presque les deux tiers des structures utilisant l'outil Douleur emploient également l'outil Bienêtre. Presque 60 % d'entre elles utilisent également l'outil Soins palliatifs, 20 % l'outil Dépression et 5 % l'outil Douleur Bienêtre Domicile.



**GRAPHIQUE 6 – UTILISATION DES AUTRES OUTILS MOBIQUAL (NOMBRE DE STRUCTURES)**



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Douleur, juillet 2010



## Outil Soins palliatifs

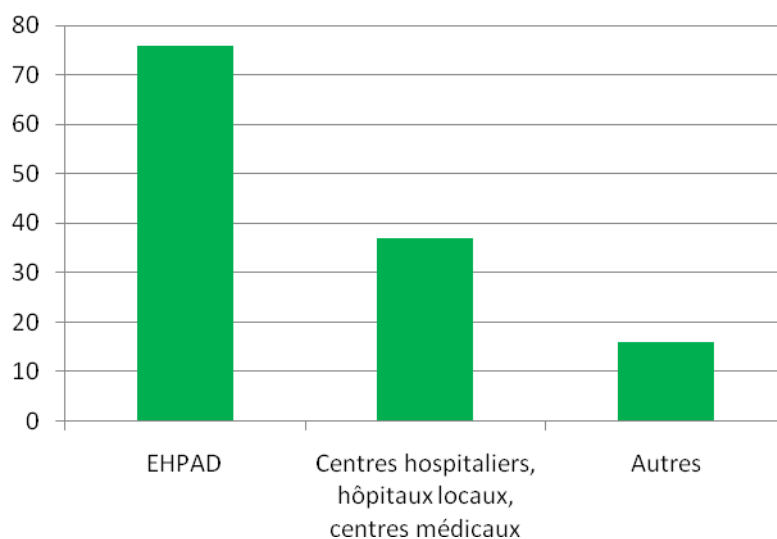
### Analyse d'un échantillon de 130 questionnaires POST

Les réponses que contient un échantillon de 130 questionnaires POST ont été synthétisées puis analysées, et en particulier celles relatives aux questions portant sur :

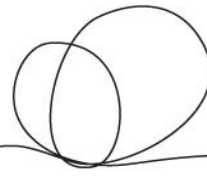
- les modalités d'utilisation de l'outil « Soins palliatifs en EHPAD » ;
- l'impact de l'organisation des sessions de sensibilisation ;
- la progression dans la définition de protocoles et de procédures ;
- la connaissance de la loi Léonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie ;
- la collaboration avec d'autres institutions et l'inscription dans un réseau de soins palliatifs et/ou réseau gérontologique.

Les questionnaires POST ont été renvoyés par 75 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), 37 centres hospitaliers, (dont des structures de soins palliatifs, pour l'essentiel des équipes mobiles), hôpitaux locaux, centres médicaux, de repos et de soins, 8 organismes de formation initiale et continue, 4 Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), 2 réseaux de santé, 2 acteurs institutionnels, un centre SLA (spécialisé dans la prise en charge des personnes atteintes de Sclérose Latérale Amyotrophique) ainsi qu'une association de résidences (comprenant 9 EHPAD).

**GRAPHIQUE 1 – NOMBRE ET CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE POST SOINS PALLIATIFS**



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Soins palliatifs, juillet 2010



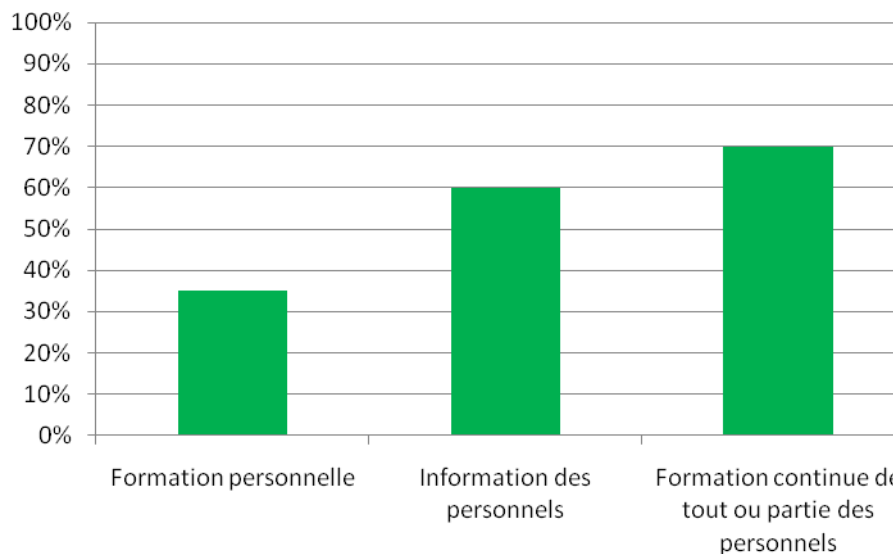
## MODALITES D'UTILISATION DE L'OUTIL SOINS PALLIATIFS

### Formation continue collective dans 7 établissements sur 10

L'utilisation de l'outil « Soins palliatifs en EHPAD » a été envisagée :

- dans un peu moins de 4 établissements sur 10 au titre de la formation personnelle ;
- dans 60 % des établissements pour informer les personnels ;
- dans le cadre de la formation continue de tout ou partie des personnels dans 7 établissements sur 10.

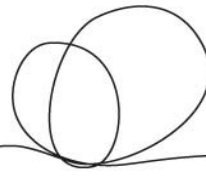
GRAPHIQUE 1 – UTILISATION ENVISAGEE DE L'OUTIL SOINS PALLIATIFS



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Soins palliatifs, juillet 2010

Dans plus de 8 établissements sur 10 (81 %), l'outil Soins palliatifs mis à disposition a effectivement été utilisé dans le cadre des actions de sensibilisation conduites auprès de l'ensemble des personnels.

Les actions de sensibilisation/formation organisées ont en moyenne réuni 45 participants par établissement.



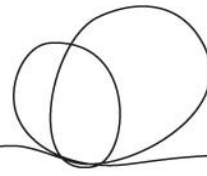
## **Des sujets prioritaires : douleur, définitions et concepts, rapport à la mort, éthique**

Les actions de sensibilisation/formation organisées à destination des personnels des EHPAD, établissements de santé et services de soins au domicile en s'appuyant sur les contenus de l'outil Soins palliatifs ont permis de diffuser des connaissances en matière de soins palliatifs et d'accompagnement de fin de vie. Les sujets prioritaires qui ont pu y être abordés sont les suivants<sup>4</sup> :

- le repérage et la prise en charge de la douleur, physique et psychique (45) ;
- les définitions et concepts (30) ;
- le rapport à la mort : euthanasie, rites culturels et cultuels, aspects religieux, (22) ;
- les aspects législatifs (loi Léonetti) (22) ;
- les problèmes éthiques (14) ;
- l'organisation, les processus décisionnels (13) ;
- les spécificités gériatriques des soins palliatifs (10) ;
- la mise en œuvre de protocoles (9) ;
- la relation d'aide et le soutien psychologique (7) ;
- l'alimentation en fin de vie (6) ;
- le travail avec un service de soins palliatifs ou un service d'HAD (5) ;
- les soins de bouche (4) ;
- la nomination d'un référent soins palliatifs (3) ;
- l'hydratation (2) ;
- les aidants, la Gastrostomie Percutanée Endoscopique (GPE), cités une fois.

Certains obstacles ont toutefois rendu difficile l'organisation d'actions de sensibilisation. Ce sont pour l'essentiel des soucis de planning (remplacement de personnels) et de financement. L'attente d'un conventionnement tripartite mais aussi le manque de soutien de la direction ont également été mentionnés.

<sup>4</sup> Les sujets abordés ont été classés par ordre décroissant. Les chiffres entre parenthèses correspondent aux occurrences des termes dans les questionnaires renvoyés.



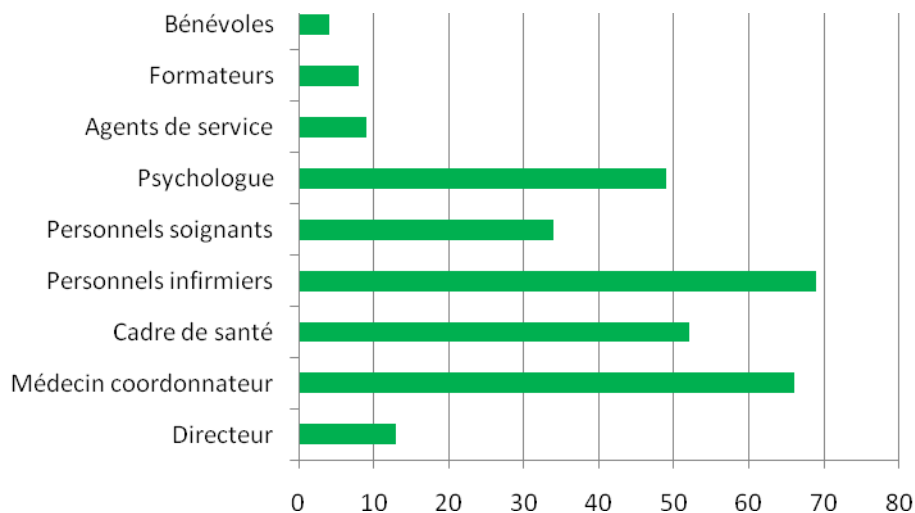
Par ailleurs, lorsque des actions de sensibilisation/formation sont déjà réalisées dans l'établissement, par l'équipe encadrante ou par un intervenant extérieur, l'outil Soins palliatifs a été intégré à l'ensemble des actions visant l'actualisation des connaissances et l'entretien de la motivation des équipes soignantes.

### **Des utilisateurs majoritairement soignants : personnels infirmiers, médecins coordonnateurs, cadres**

Les deux tiers des utilisateurs de l'outil Soins palliatifs sont des médecins coordonnateurs, cadres de santé et personnels infirmiers. Les psychologues et autres personnels soignants l'utilisent également : ils représentent 25 % du total des utilisateurs déclarés.

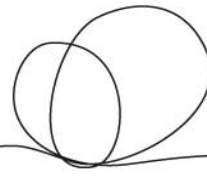
Des formateurs extérieurs, des directeurs et des bénévoles font également partie des utilisateurs de cet outil.

**GRAPHIQUE 2 – NOMBRE ET CATEGORIES D'UTILISATEURS DE L'OUTIL SOINS PALLIATIFS**



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Soins palliatifs, juillet 2010



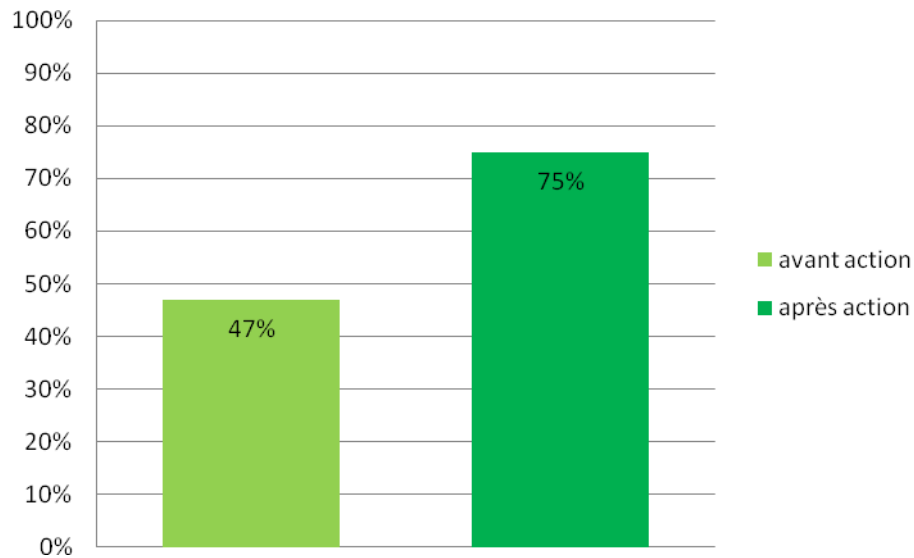


## IMPACT DE L'ORGANISATION DE SESSIONS DE SENSIBILISATION

### **Un volet Soins palliatifs dans le projet d'établissement pour 92 % des établissements**

Grâce aux actions de sensibilisation conduites, 28 % des établissements (34 EHPAD et 8 structures médicales) ont développé un volet « soins palliatifs » dans leur projet d'établissement. 47 % d'entre eux avaient structuré ce volet auparavant (29 EHPAD et 23 structures médicales).

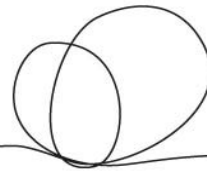
GRAPHIQUE 3 – EXISTENCE D'UN VOLET SOINS PALLIATIFS DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Soins palliatifs, juillet 2010

### **Des liens de coopération pour 8 établissements sur 10**

A l'issue des actions de sensibilisation, 80 % des établissements ont la possibilité de faire appel à un spécialiste de soins palliatifs. Cela était possible pour 53 % d'entre eux avant ces actions. Cet appel prend la forme d'un entretien téléphonique dans 63 % des cas et se concrétise par une visite dans 61 % des cas.



## La mise en œuvre de plans de formation

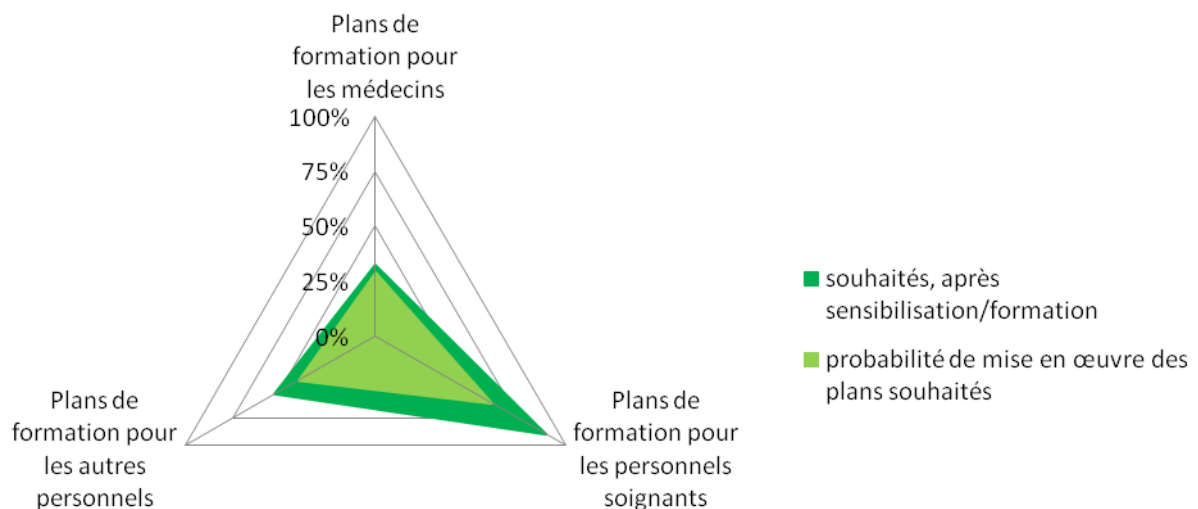
Par ailleurs, à l'issue de l'action de sensibilisation/formation, la mise en œuvre de plans de formation sur la thématique des soins palliatifs est souhaitée, à destination :

- des personnels soignants, pour 90 % des établissements ;
- des autres personnels pour 53 % des structures ;
- des médecins pour 32 % des établissements.

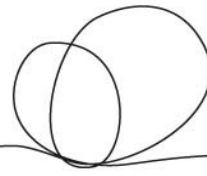
Selon les utilisateurs de l'outil Soins palliatifs, la probabilité de mise en œuvre effective de ces plans de formation est de 60 % pour les personnels soignants, 40 % pour les autres personnels, et 28 % pour les médecins.

Les difficultés mentionnées pour mettre en œuvre ces plans de formation sont, en premier lieu, le manque de sensibilisation des médecins libéraux (souvent trop nombreux à intervenir en EHPAD, se formant par ailleurs, souvent dans le cadre de la FMC), puis l'existence d'autres plans de formation déjà prévues ainsi que des difficultés d'ordre organisationnel (en particulier le remplacement des personnes en formation). La volonté de la direction de l'établissement ainsi que le manque de temps sont également mentionnés.

GRAPHIQUE 4 – PLANS DE FORMATION ENVISAGÉS À L'ISSUE DE L'ACTION DE SENSIBILISATION



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Soins palliatifs, juillet 2010



## PROGRESSION DANS L'ELABORATION DE PROTOCOLES ET DE PROCEDURES

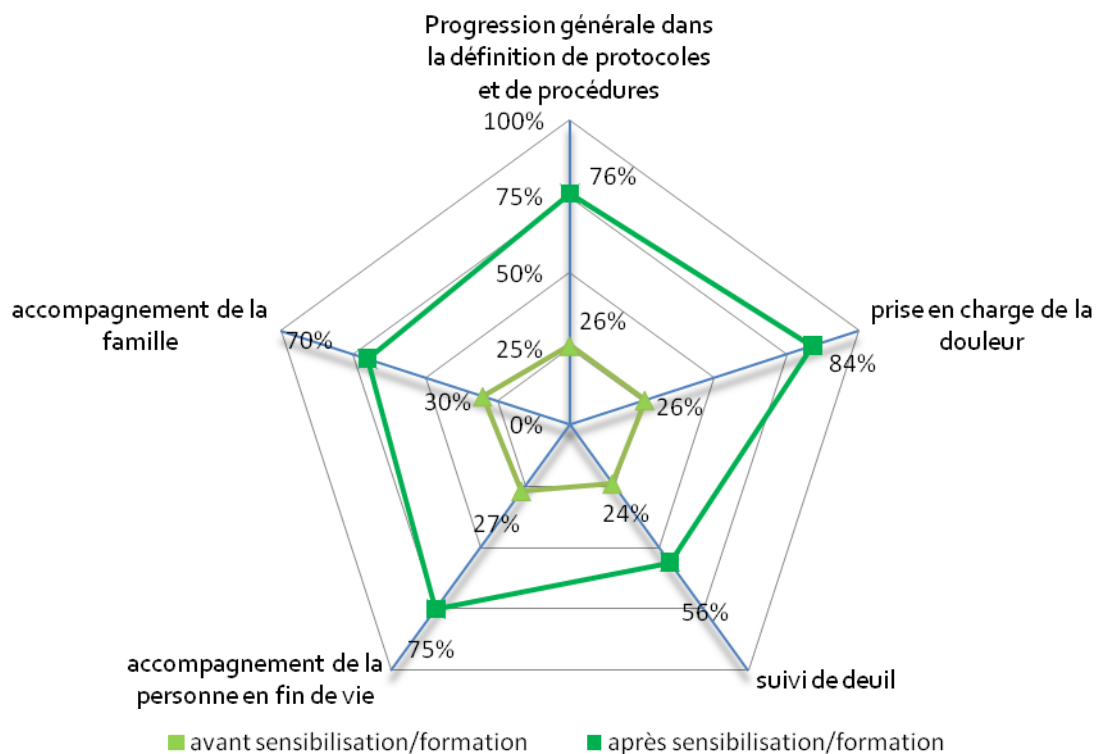
Les trois quarts des structures (76 %) progressent dans la définition de protocoles et procédures en matière de soins palliatifs. Elles n'étaient que 25 % auparavant.

La progression la plus importante est réalisée en matière de prise en charge de la douleur : 84 % des structures ont défini des protocoles et des procédures en la matière à l'issue des actions de sensibilisation. Elles n'étaient que 26 % avant les actions de sensibilisation.

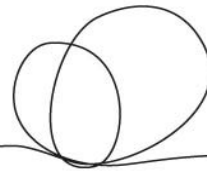
Les trois quarts des structures ont développé des protocoles relatifs à l'accompagnement de la personne en fin de vie et 7 sur 10 à l'accompagnement de la famille (contre respectivement 27 % et 30 % auparavant).

Plus de la moitié des structures (56 %) ont mis en place des protocoles et procédures relatifs au suivi de deuil à l'issue des sessions de sensibilisation. Avant les sessions de sensibilisation, elles n'étaient que 24 %.

GRAPHIQUE 5 – PROGRESSION DANS L'ELABORATION DE PROTOCOLES ET DE PROCEDURES



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Soins palliatifs, juillet 2010



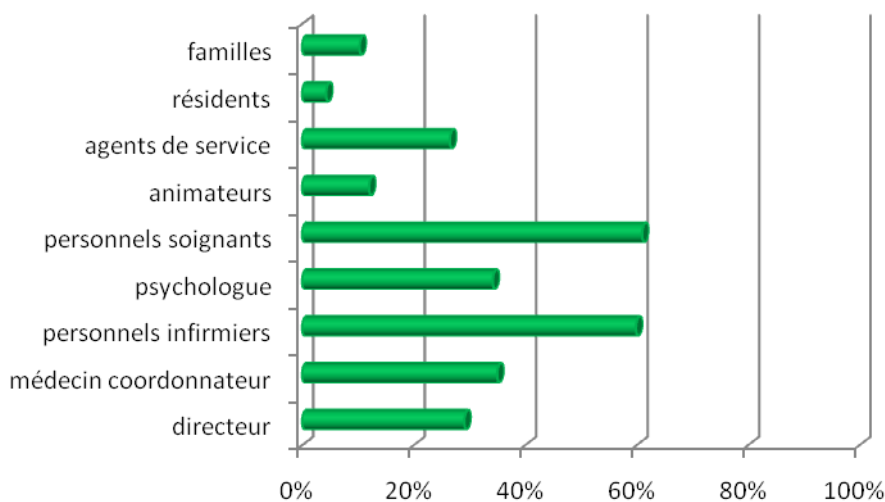
## CONNAISSANCE DE LA LOI LEONETTI

### Une meilleure connaissance de la loi par les personnels

L'utilisation de l'outil « Soins palliatifs en EHPAD » a permis de faire connaître la loi Léonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie :

- principalement auprès des personnels infirmiers (60 % de réponses positives), des autres personnels soignants (61 %), des médecins coordonnateurs (35 %) et des psychologues (34 %) ;
- puis des directeurs (29 %), agents de service (26,5 %), animateurs (12 %) ;
- enfin auprès des familles (10 %) et résidents (4 %).

GRAPHIQUE 6 – CONNAISSANCE DE LA LOI LEONETTI GRACE A L'UTILISATION DE L'OUTIL

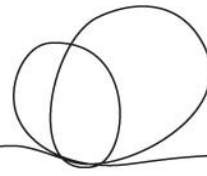


(Pourcentage de réponses positives données par les répondants)

Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Soins palliatifs, juillet 2010

Pour que les personnels connaissent mieux cette loi, les utilisateurs de l'outil Soins palliatifs suggèrent en premier lieu de poursuivre les actions d'information (notamment dans le cadre des réunions de service ou d'équipes) ainsi que les actions de sensibilisation/formation, en soulignant l'importance de répéter les informations et messages transmis.

Une plaquette d'information spécifique, compréhensible par l'ensemble des soignants, sur support papier et CD, est parfois souhaitée et élaborée par l'établissement. Un poster pour affichage dans la salle de soins est également mentionné.

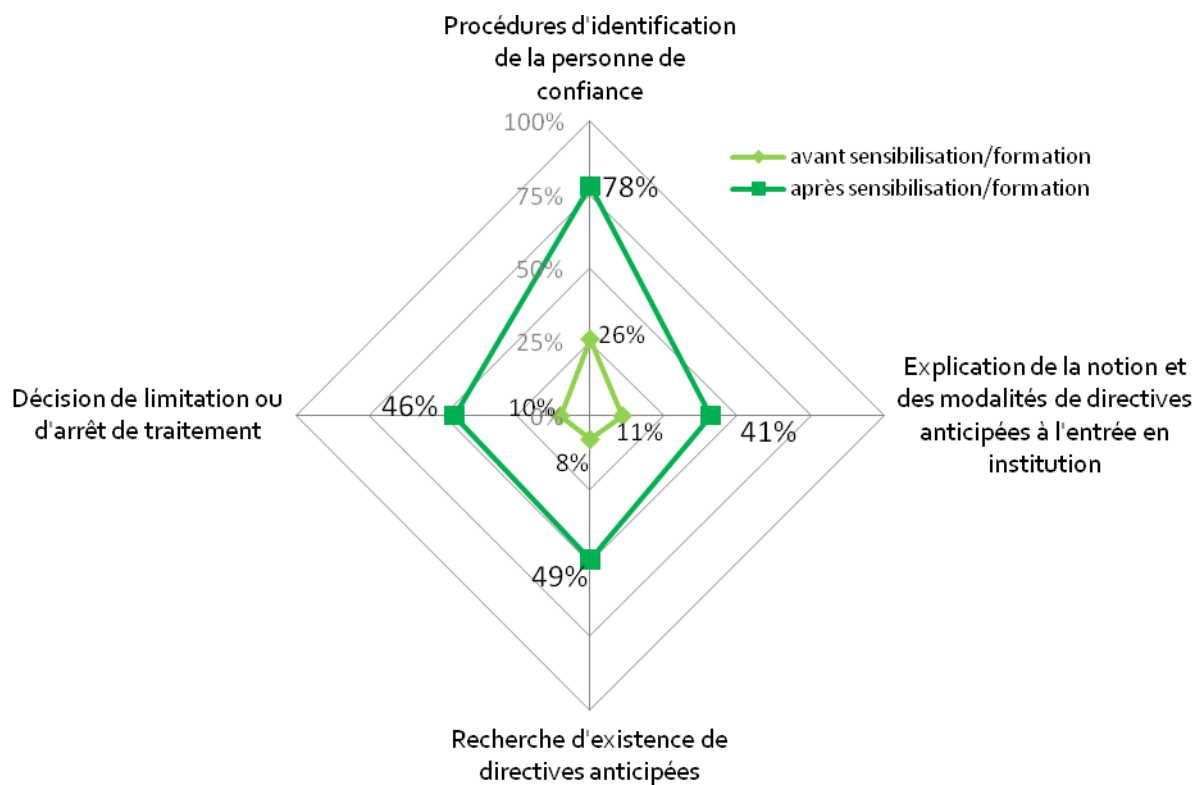


## Le développement de procédures faisant vivre la loi Léonetti

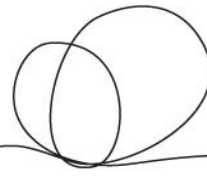
A l'issue des sessions de sensibilisation, des procédures en matière :

- d'identification de la personne de confiance existent dans 78 % des établissements (elles existaient avant dans 26 % d'entre eux) ;
- d'explication de la notion et des modalités de directives anticipées à l'entrée en institution pour 41 % des structures (11 % avant) ;
- de recherche d'existence de directives anticipées dans 49 % des établissements (8 % avant) ;
- de décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans 46 % des structures (10 % avant).

GRAPHIQUE 7 – EXISTENCE DE PROCEDURES VISANT L'APPLICATION DE LA LOI LEONETTI



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Soins palliatifs, juillet 2010

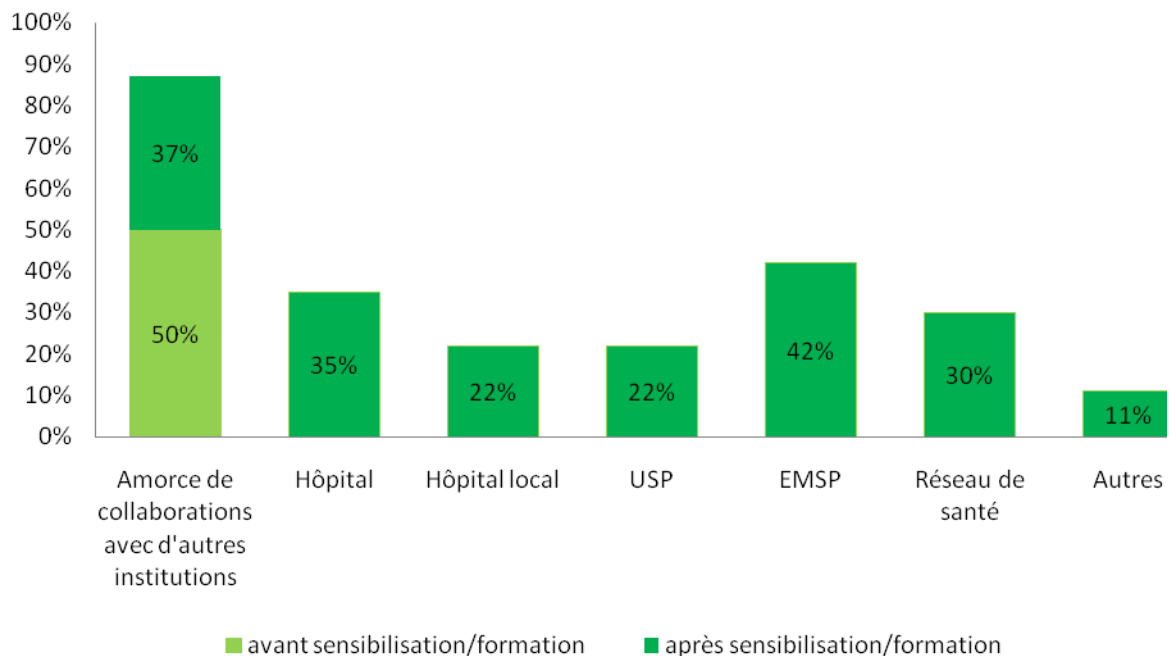


## L'INSCRIPTION DANS LA STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITE : COLLABORATION AVEC D'AUTRES INSTITUTIONS, INSCRIPTION DANS UN RESEAU

37 % des établissements mentionnent que l'action de sensibilisation conduite a permis d'amorcer des collaborations avec d'autres institutions. Ces collaborations étaient amorcées auparavant dans 50 % des établissements.

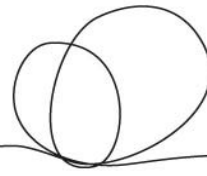
Ces collaborations, qui ont pu être développées avec plus d'une structure, impliquent en majorité des équipes mobiles de soins palliatifs (mentionnés par 42 % des répondants) ainsi que des hôpitaux (35 %). Des réseaux de santé (30 %), unités de soins palliatifs (22 %), et hôpitaux locaux (22 %) font également partie des structures avec lesquelles des associations sont envisagées. 3 structures d'HAD, 2 USLD, 2 associations de bénévoles ainsi qu'un réseau gérontologique sont également citées (10 %, catégorie « autres »).

GRAPHIQUE 8 – COLLABORATIONS AMORCEES AVEC D'AUTRES STRUCTURES (POURCENTAGE DE STRUCTURES MENTIONNEES)



Lecture : 37 % des répondants ont amorcé des collaborations avec d'autres institutions grâce à l'action de sensibilisation. Parmi eux, 35 % indiquent que ces collaborations ont été développées avec un hôpital.

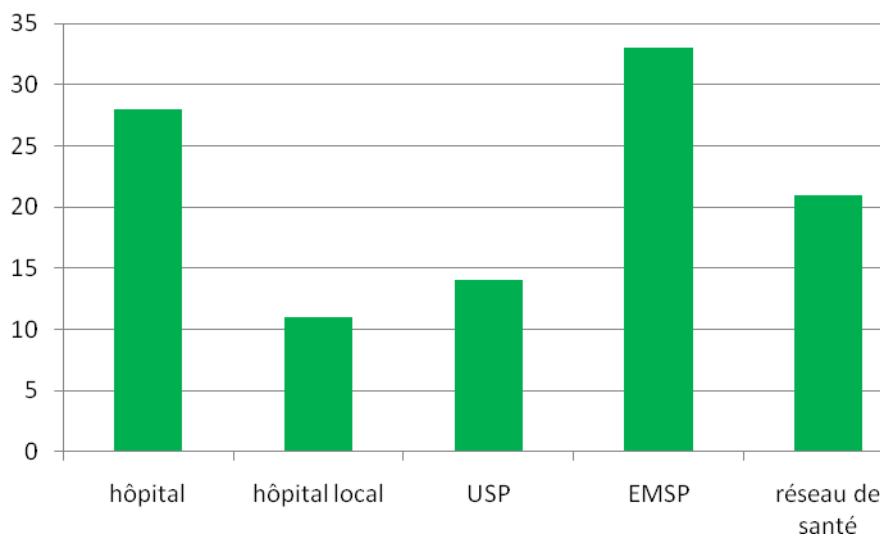
Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Soins palliatifs, juillet 2010



Concernant plus particulièrement les EHPAD, 79 % d'entre eux ont développé des collaborations avec d'autres structures pour faciliter l'accès aux soins palliatifs en leur sein, dont 35 % après l'action de sensibilisation :

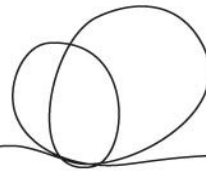
- en premier lieu avec les EMSP et les hôpitaux (respectivement 56 % et 47 % ;
- puis avec les réseaux de santé (36 %) ;
- enfin avec les USP (24 %) et les hôpitaux locaux (19 %).

**GRAPHIQUE 9 – COLLABORATION DES EHPAD AVEC D'AUTRES STRUCTURES  
(NOMBRE DE STRUCTURES)**

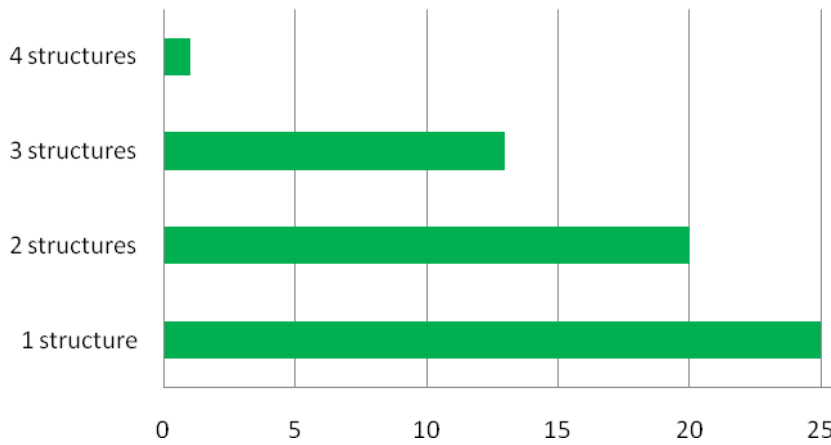


Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Soins palliatifs, juillet 2010

42 % des EHPAD indiquent avoir développé des collaborations avec une structure, 34 % avec deux structures extérieures, en majorité avec un hôpital et une EMSP ou un réseau de soins palliatifs. 22 % d'entre eux ont développé une collaboration avec trois autres structures, pour l'essentiel avec une EMSP, un réseau de santé ou une USP.



GRAPHIQUE 10 – NOMBRE D’EHPAD COLLABORANT AVEC UNE OU PLUSIEURS STRUCTURES

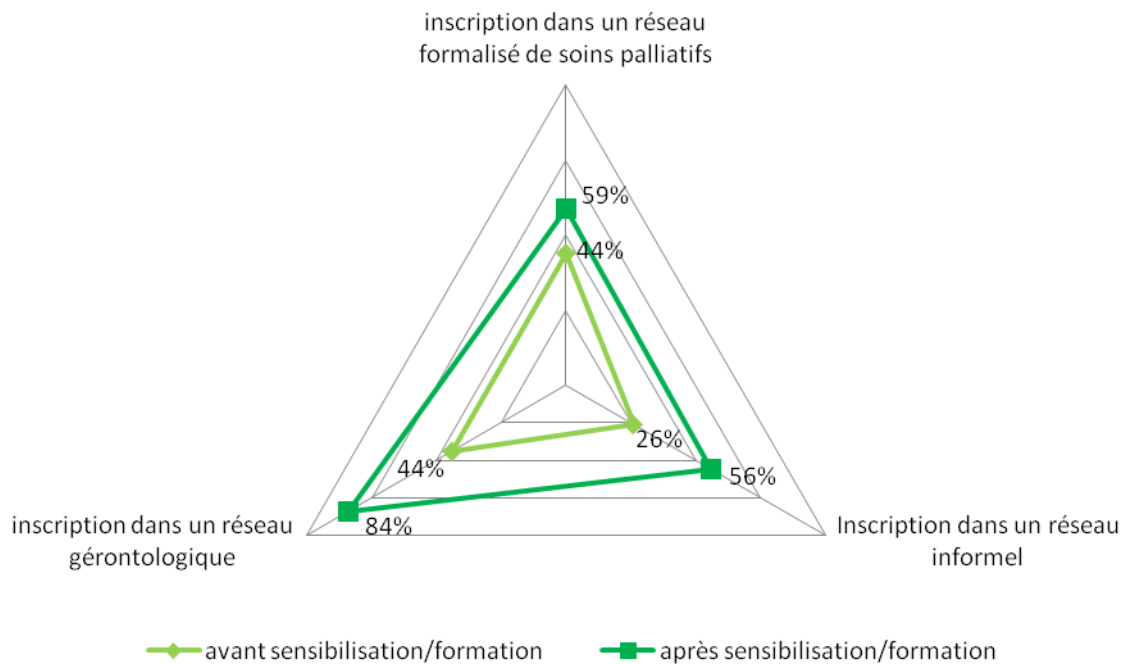


Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Soins palliatifs, juillet 2010

La majorité des collaborations avec d'autres structures ont pris la forme d'une convention, prévoyant souvent la formation des personnels. Des collaborations au cas par cas sont également mentionnées.

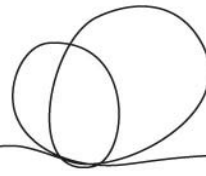
\*

Depuis les sessions de sensibilisation, 84 % des établissements s'inscrivent dans un réseau gérontologique (ils étaient 44 % avant), 59 % dans un réseau formalisé de soins palliatifs (44 % avant) et 56 % dans un réseau informel de soins palliatifs (26 % avant).



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Soins palliatifs, juillet 2010



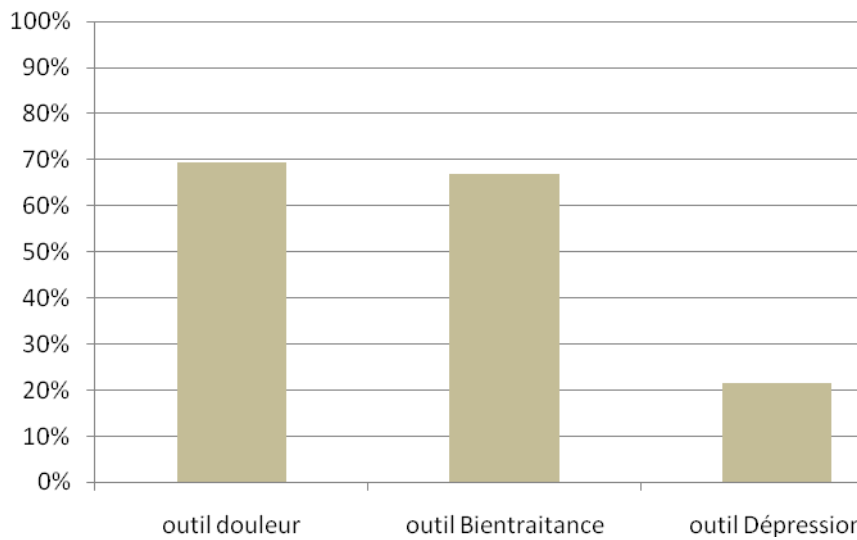


Par ailleurs, 13 % des établissements déclarent également que des bénévoles d'associations ont participé aux sessions de sensibilisation.

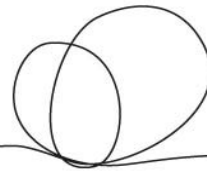
\*

Parmi les structures utilisant l'outil Soins palliatifs, presque 70 % utilisent l'outil Douleur, deux tiers l'outil Bien-être et un peu plus d'un établissement sur cinq l'outil Dépression.

**GRAPHIQUE 10 – UTILISATION DES AUTRES OUTILS MOBIQUAL (NOMBRE DE STRUCTURES)**



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Soins palliatifs, juillet 2010



## Outil Bienveillance

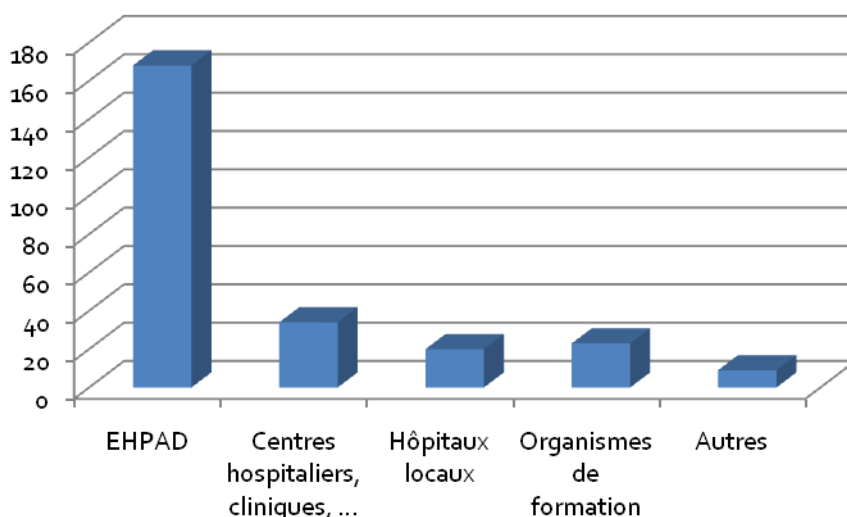
### Analyse d'un échantillon de 254 questionnaires POST

Les réponses que contient un échantillon de 254 questionnaires POST ont été synthétisées puis analysées, et en particulier celles relatives aux questions portant sur :

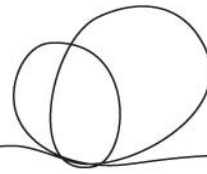
- l'existence d'une thématique « bienveillance » dans le projet d'établissement ;
- la préparation des séances de travail sur cette thématique ;
- les réunions à destination des personnels soignants : nombre, sujets abordés, utilisation du support vidéo, organisation de débats, documents de synthèse ;
- les utilisateurs de l'outil ;
- l'impact de l'utilisation de la « trousse de bienveillance ».

Les questionnaires POST ont été renvoyés par 168 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), 34 centres hospitaliers (dont 2 unités Douleur/Soins palliatifs et 3 unités de soins de longue durée), cliniques, centres de soins et centres médicaux (dont 1 établissement public de santé), 20 hôpitaux locaux, 23 organismes de formation initiale et continue, ainsi que 9 autres institutions (dont 3 services de soins infirmiers à domicile, 2 structures administratives)

GRAPHIQUE 1 – NOMBRE ET CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE POST BIENVEILLANCE



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Bienveillance, juillet 2010



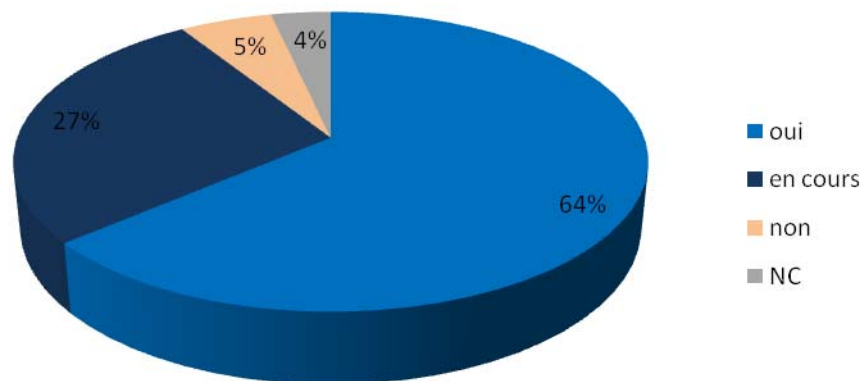
## ENGAGEMENT DANS UNE DEMARCHE DE BIENTRAITANCE

### Plus de 90 % des établissements engagés dans une démarche de bientraitance

Une réflexion sur la thématique de la bientraitance est déjà développée ou en cours de développement dans plus de 90 % des structures de soins et d'hébergement ayant répondu au questionnaire POST :

- cette thématique est déjà développée dans les deux tiers de ces institutions ;
- elle est en cours de développement dans plus du quart d'entre elles.

GRAPHIQUE 2 – EXISTENCE D'UNE THEMATIQUE « BIENTRAITANCE » DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT

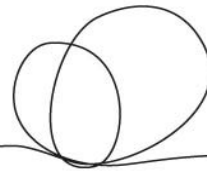


Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Bientraitance, juillet 2010

Par ailleurs, l'utilisation de l'outil s'inscrit dans le cadre d'une démarche qualité dans 80 % des cas, parfois en lien avec le (re)conventionnement ou la certification (Afnor ou V2010).

## DES SEANCES DE TRAVAIL PREPARES EN EQUIPE ET AVEC SOIN

Les séances de travail sur la thématique de la bientraitance à destination des personnels des établissements sont préparées en équipe. Elles impliquent, pour un établissement, au moins trois réunions de trois personnes : pour l'essentiel le directeur, le médecin coordonnateur et/ou IDE référente ainsi que la/le psychologue.



Les sujets abordés lors de ces séances de préparation sont pour l'essentiel :

- la définition de la bientraitance et de la maltraitance, les aspects légaux ;
- les thématiques à aborder et à prioriser lors des séances de travail avec les personnels, et en particulier :
  - le respect du choix et du rythme des résidents ;
  - l'intimité / la collectivité ;
  - la liberté / la sécurité ;
  - les relations entre résidents et personnels ;
  - la contention ;
  - la toilette, les repas ... ;
- le repérage des pratiques problématiques ;
- l'organisation des séances de travail ;
- l'organisation du travail, avec la mise en place de méthodes pour améliorer la qualité des pratiques à partir de l'utilisation de tout ou partie de l'outil, avec la mise en place de groupes de travail, parfois par la mise en commun d'expériences, voire la mise en place de réunions inter-établissements.

## DES SEANCES DE TRAVAIL PERMETTANT UNE REFLEXION COLLECTIVE

En moyenne, par établissement, 6 séances de travail d'une durée totale de 12 heures ont été organisées.

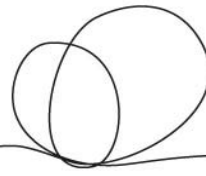
Au total, 1432 réunions ont été organisées par 232 établissements<sup>5</sup>.

8 745 personnels soignants ont participé à ces réunions<sup>6</sup>.

Ces séances de travail permettent principalement le visionnage de tout ou partie du DVD *24 heures de la vie d'un EHPAD* que contient la « trousse de bientraitance », support très apprécié des utilisateurs (note moyenne de 8,5/10).

<sup>5</sup> Tous les établissements n'ont pas répondu à la question posée.

<sup>6</sup> Ce nombre est une estimation réalisée à partir des éléments suivants : 196 établissements ont répondu à la question posée sur le nombre de participants aux séances de travail, indiquant au total 7 377 personnes, soit env. 38 personnes par établissement. Ce nombre a été finalement multiplié par le nombre total d'établissements ayant organisé des réunions (soit 232 établissements).



A l'issue de ce visionnage, un débat est organisé dans 8 établissements sur 10 (82 %).

De l'avis des utilisateurs de cet outil, ces séances de travail permettent d'une part, de conduire une réflexion permettant aux soignants une prise de conscience et une remise en question et d'autre part, d'échanger entre collègues et entre soignants et équipe d'encadrement.

La prise de conscience et la remise en question des personnels portent sur :

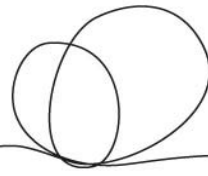
- les conduites et attitudes à tenir à l'égard des résidents ;
- les actes de maltraitance, souvent dus à des négligences et des oublis ;
- la réflexion sur l'impact de la dépendance sur les soins.

Les échanges entre personnels :

- s'envisagent souvent autour de réflexions sur les pratiques de soins – avec une remise en question et une prise de conscience des difficultés des métiers de soins et d'aide, et des conséquences des actes routiniers – et également à partir de cas cliniques ;
- permettent d'aborder le ressenti des soignants par rapport aux résidents ;
- s'organisent parfois entre personnels de différentes structures afin de partager les expériences vécues ;
- aboutissent à l'élaboration d'outils de dépistage de la maltraitance, d'une charte de bientraitance, et plus généralement à envisager une adaptation des pratiques.

Les sujets abordés les plus fréquemment à l'issue du visionnage de tout ou partie du film *24 heures de la vie d'un EHPAD* sont les suivants :

- le repas, les toilettes ... l'ensemble des thèmes correspondant aux différentes séquences des films que contient le DVD *24 heures de la vie d'un EHPAD* ;
- les difficultés institutionnelles de respecter le rythme des résidents ;
- les troubles du comportement
- les pratiques soignantes : la communication entre résident et soignant, entre soignant et soignant, l'épuisement, ...
- le mode verbal avec le résident : tutoiement, familiarité, autorité, ...
- les questions éthiques : choix et liberté, intimité, dignité, confidentialité, refus de soins ;
- les relations avec les familles ;
- l'accompagnement de fin de vie, la mort, ...



Le manque de moyens humains est très peu mentionné dans les questionnaires analysés.

L'organisation de ces séances de travail à partir de la « trousse de bientraitance » est bénéfique pour les personnels des équipes. Les personnels se sentent concernés et font souvent part d'un grand intérêt à y participer. Elles représentent à leurs yeux une occasion de s'impliquer, en verbalisant des faits et des difficultés rencontrées dans leurs pratiques, souvent après le visionnage des films. Le temps de réflexion en commun et le recul pris par rapport au quotidien, faisant apparaître les valeurs et représentations de chacun, sont appréciés de tous. Certains prennent l'initiative de proposer des améliorations, pouvant prendre la forme d'une charte de bientraitance, de groupes de travail, d'un livret ayant pour objet de sensibiliser chacun sur cette thématique.

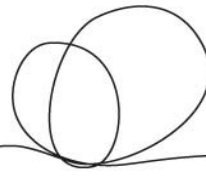
## UTILISATEURS DE L'OUTIL

La « trousse de bientraitance » est utilisée principalement par les cadres de santé, personnels infirmiers, personnels soignants, médecins coordonnateurs et psychologues (69 % des professionnels mentionnés). Le directeur, les agents de service ainsi que l'animateur l'utilisent également.

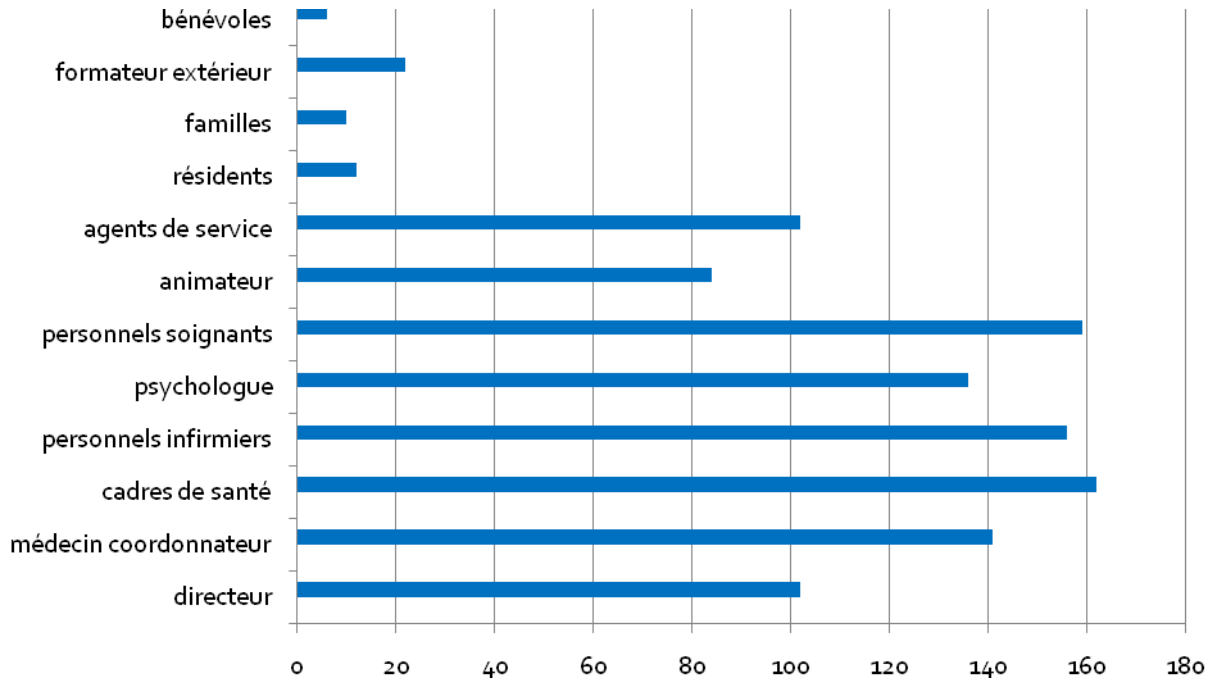
Les personnels d'encadrement (directeur, médecin coordonnateur, cadre de santé et psychologue) représentent 50 % des utilisateurs de cet outil tandis que les personnels soignants (infirmières, aides-soignantes, AMP) 29 %.

L'outil est parfois utilisé par un formateur extérieur, le cas échéant à la demande de l'équipe d'encadrement de l'établissement.

Ce n'est que très rarement que les familles, résidents et bénévoles utilisent cet outil (3 % des utilisateurs mentionnés).



GRAPHIQUE 2 – UTILISATEUR DE LA « TROUSSE DE BIENTRAITANCE »



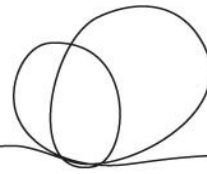
Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Bientraitance, juillet 2010

## IMPACT DE L'UTILISATION DE L'OUTIL

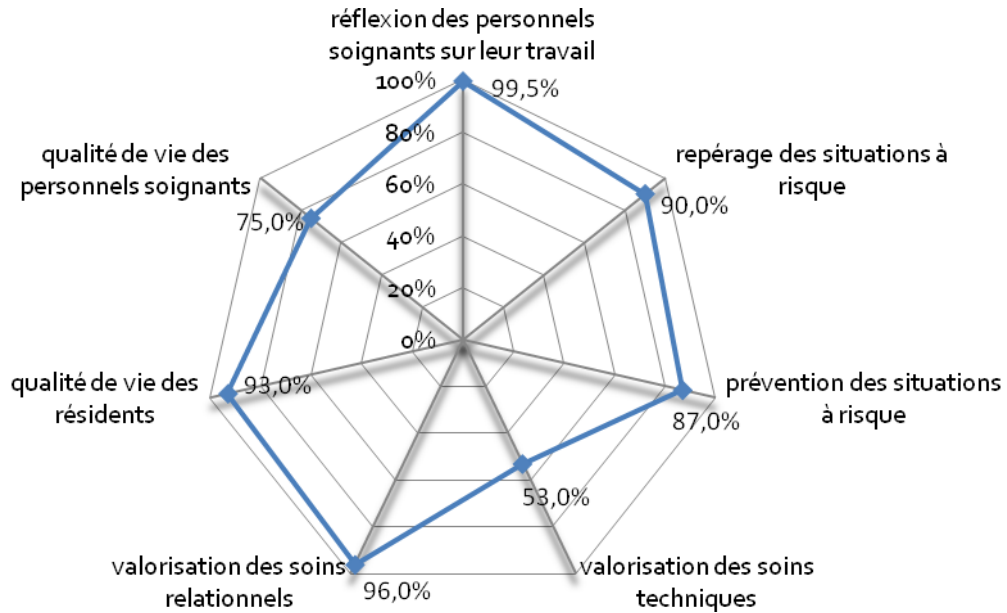
L'utilisation de la « trousse de bientraitance » a eu un impact extrêmement positif en termes de réflexion des personnels soignants sur leur travail (à 99,5 %).

Cet impact s'observe plus particulièrement dans les domaines du repérage et de la prévention des situations à risque (respectivement 90 % et 87 %), de la valorisation des soins relationnels (96 %) et de la qualité de vie des résidents (93 %).

Il s'observe également en termes de qualité de vie des personnels soignants (75 % des établissements le mentionnent) et, dans une moindre mesure, à propos de la valorisation des soins techniques (53 %).



GRAPHIQUE 3 – IMPACT DE L'UTILISATION DE L'OUTIL BIENTRAITANCE

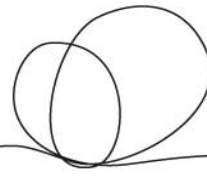


Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Bienveillance, juillet 2010

\*

Parmi les structures utilisant l'outil Bienveillance, presque 6 établissements sur 10 utilisent l'outil Douleur (57%), presque 1 établissement sur 2 l'outil Soins palliatifs (47%), et presque 1 établissement sur 5 (18,5%) emploient l'outil Dépression.





## Outil Dépression

### *Analyse d'un échantillon de 39 questionnaires POST*

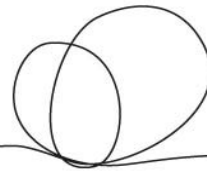
Les réponses que contient un échantillon de 39 questionnaires POST ont été synthétisées puis analysées, et en particulier celles relatives aux questions portant sur :

- les modalités d'utilisation de l'outil ;
- l'éclairage des connaissances ;
- l'aide à la pratique ;
- les recours extérieurs à disposition des structures d'hébergement et de soins ;
- la progression dans le repérage et le suivi de la dépression.

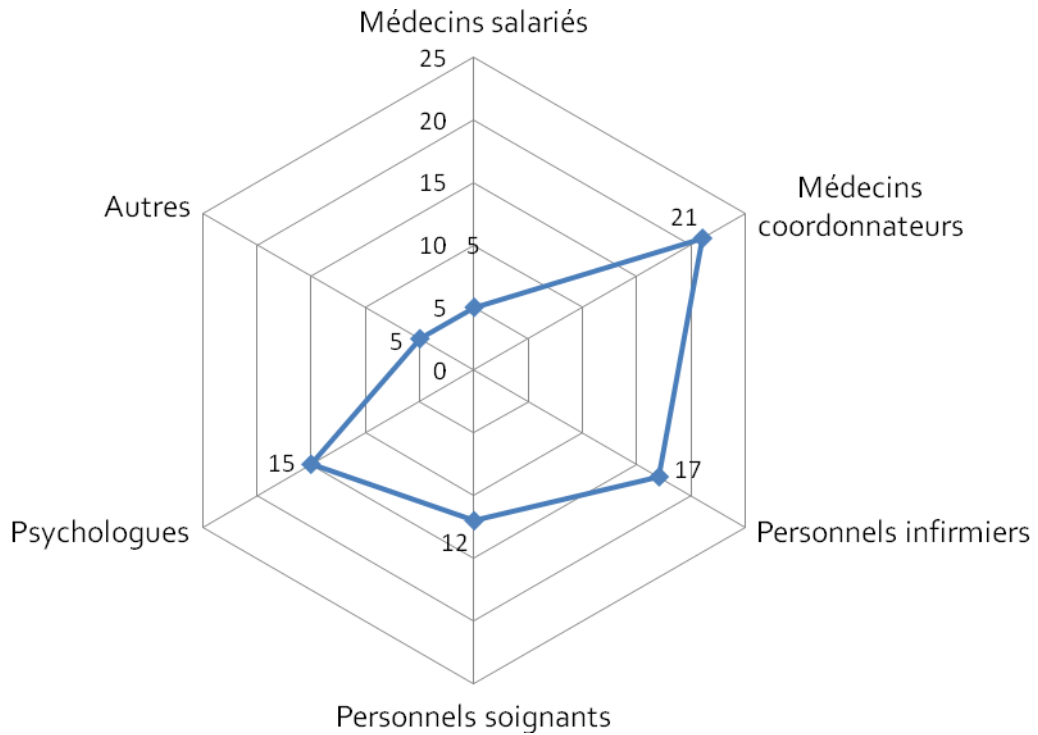
Les questionnaires POST ont été renvoyés par 32 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), 3 centres hospitaliers, 2 centres de soins, 1 organisme de formation et 1 acteur institutionnel.

La mallette est utilisée afin de sensibilisation/formation en établissement, principalement par les médecins coordonnateurs (28 %), personnels infirmiers (22 %), psychologues (22 %), personnels soignants autres qu'infirmiers (16 %), médecins salariés de l'établissement (7 %) et autres personnels (7 %, dont un médecin extérieur à l'établissement, un ergothérapeute, un interniste, une équipe pédagogique).

411 professionnels de 27 établissements différents ont été concernés par des actions de sensibilisation, soit env. 15 par établissement.



GRAPHIQUE 1 – PROFESSIONNELS UTILISANT LA MALLETTE

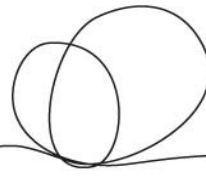


Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Dépression, juillet 2010

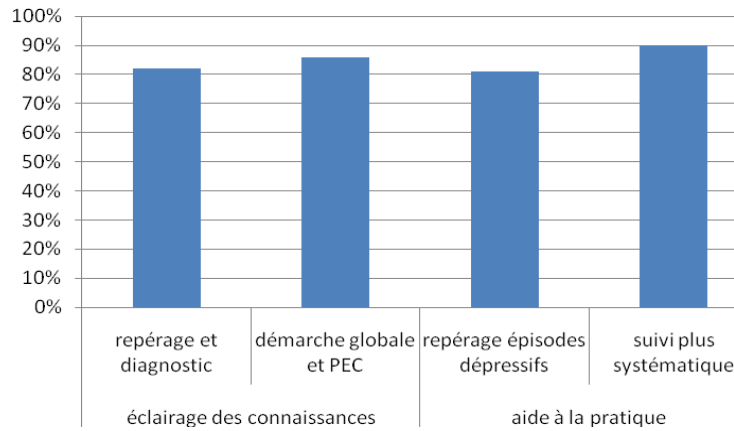
## ECLAIRAGE DES CONNAISSANCES ET AIDE A LA PRATIQUE

Plus de 80 % des répondants soulignent que les informations contenues dans la mallette, dont l'utilisation est jugée agréable (à 93 %, tant l'aspect visuel que le toucher), permettent d'éclairer leurs connaissances, tant en termes de repérage et de démarche diagnostique que de démarche globale de prise en charge.

L'utilisation des outils leur offre une aide à la pratique, pour repérer plus facilement des épisodes dépressifs (à 81 %) mais également pour suivre de façon plus systématique la dépression (90 %).



GRAPHIQUE 2 – ECLAIRAGE DES CONNAISSANCES ET AIDE A LA PRATIQUE



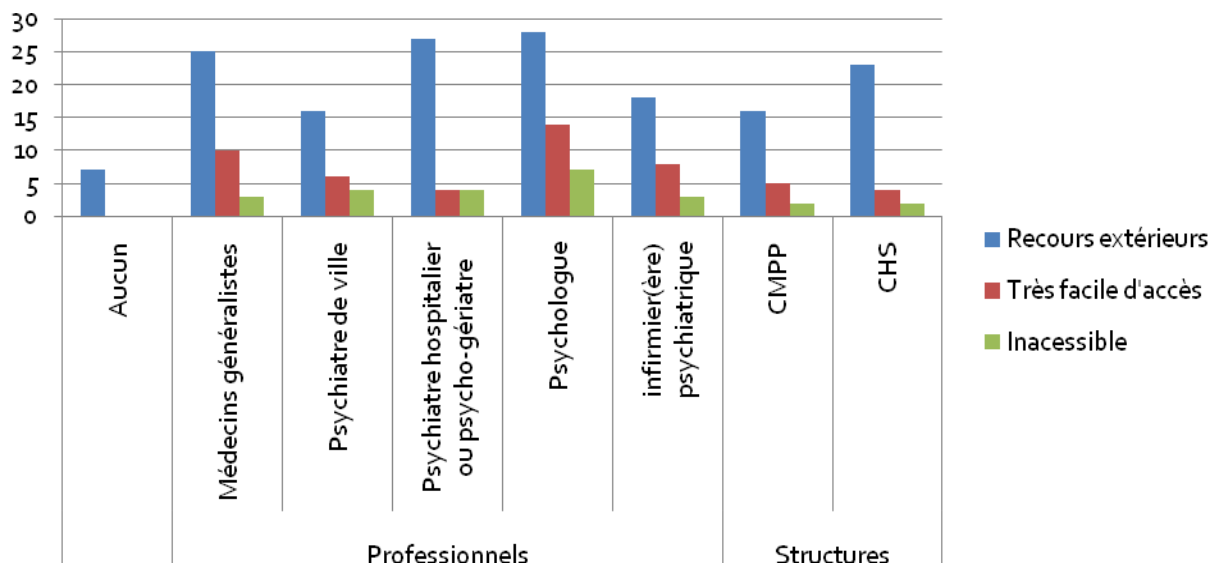
Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Dépression, juillet 2010

## RECOURS EXTERIEURS A DISPOSITION

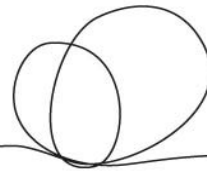
Les recours extérieurs à disposition et dont l'accès est jugé très facile sont en premier lieu les psychologues, puis les médecins généralistes, l'infirmier(ère) psychiatrique et, dans une moindre mesure, les psychiatres (de ville ou hospitalier). Presque 20 % des répondants déclarent ne disposer d'aucun recours extérieur.

Parmi les structures à disposition, le CMPP est un recours extérieur moins disponible que le CHS, mais relativement plus facile d'accès.

GRAPHIQUE 3 – RECOURS EXTERIEURS



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Dépression, juillet 2010

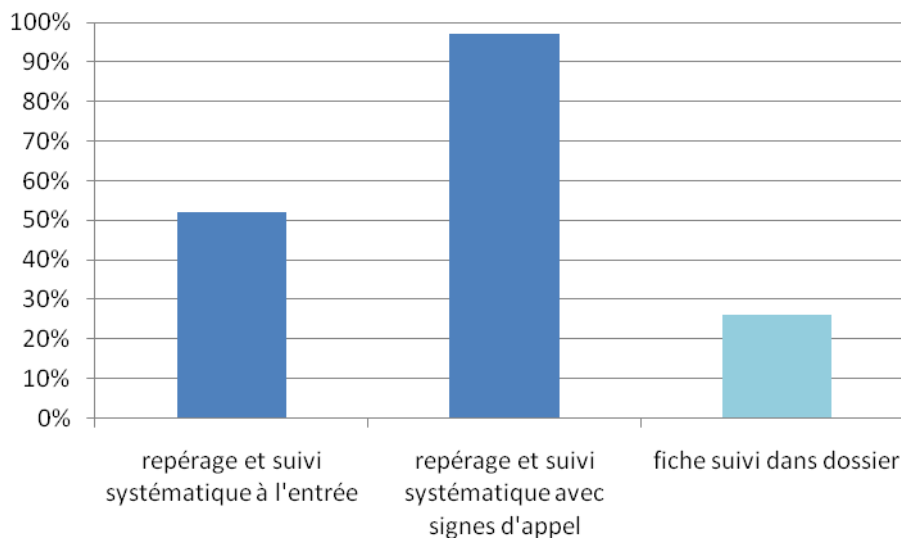


## PROGRESSION DANS LE REPERAGE ET LE SUIVI DE LA DEPRESSION

A l'issue des sessions de sensibilisation/formation :

- le repérage et le suivi de la dépression est systématique pour chaque résident :
  - o dans la moitié (52 %) des établissements de l'échantillon à l'entrée en institution ;
  - o pour la quasi-totalité d'entre eux (97 %) en présence de signes d'appel.
- une fiche de suivi pour la dépression figure dans le dossier patient dans un établissement sur quatre (26 %).

GRAPHIQUE 4 – REPERAGE ET SUIVI DE LA DEPRESSION



Source : SFGG, Programme MobiQual, Synthèse qualitative Dépression, juillet 2010

Par ailleurs, plus de la moitié des répondants (55 %) utilisent d'autres outils de repérage, d'évaluation et de suivi de la dépression : échelle de Cornell, MADRS, HAMD, CODEX, GRACO, ... Les entretiens cliniques et observations pluridisciplinaire du comportement sont également cités.