

— Analyse de l'enquête auto-évaluation des EHPAD sur la bientraitance

— Octobre 2011



La bientraitance est une dimension essentielle de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées.

C'est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible, dans le respect de la personne et de son histoire, de sa singularité et de ses choix et dans l'adaptation à ses besoins.

La politique nationale de lutte contre la maltraitance et de développement de la bientraitance à l'égard des personnes âgées est organisée autour des trois axes principaux : le signalement et le suivi des situations de maltraitance, le contrôle et l'accompagnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que la mise en œuvre d'une politique de développement de la bientraitance dans le secteur social et médico-social.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan national de développement de la bientraitance, les établissements d'hébergement accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont à s'inscrire dans une démarche d'auto-évaluation de leurs pratiques de bientraitance.

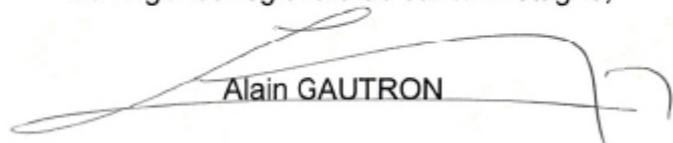
Pour faciliter cette démarche, l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Médico-sociaux (ANESM) a lancé une enquête portant sur ces structures afin de favoriser une réflexion en interne sur les facteurs favorisant la bientraitance, réaliser un diagnostic sur les actions déjà mises en œuvre et les difficultés rencontrées et identifier les actions susceptibles d'être développées. L'ARS Bretagne a adressé début janvier 2011, le questionnaire portant sur l'année 2009.

Je remercie vivement les établissements de leur participation.

Ce document analyse les résultats régionaux de cette enquête, en se centrant sur l'accueil dans la structure, l'individualisation des projets d'accompagnement, la participation des usagers, l'accompagnement de l'évolution des compétences des professionnels et l'ouverture de l'EHPAD vers l'extérieur.

J'invite chacun à demeurer vigilant contre tout risque de maltraitance et à poursuivre l'amélioration constante des pratiques de bientraitance.

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé Bretagne,



Alain GAUTRON

SOMMAIRE

La bientraitance est une dimension essentielle de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement.....	4
I. Présentation de l'enquête.....	4
II. Analyse	6
1. Accueil	6
2. Projet personnalisé.....	7
3. Participation collective des usagers	11
4. Gestion des ressources humaines : Accompagnement de l'évolution des compétences	13
5. Ouverture vers l'extérieur	14
6. Organisation de l'EHPAD	17
III Recommandations	19
1. Accueil	19
2. Projet personnalisé.....	19
3. Participation collective des usagers	19
4. Gestion des ressources humaines : Accompagnement de l'évolution des compétences	19
5. Ouverture vers l'extérieur	20
6. Organisation de l'EHPAD	20
Conclusion.....	21

La bientraitance est une dimension essentielle de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan national de développement de la bientraitance de 2007, dont les objectifs ont été actualisés par les circulaires DGCS du 23 juillet 2010 et du 12 juillet 2011 relatives au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance, les établissements d'hébergement accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) doivent s'inscrire dans une démarche d'auto-évaluation de leurs pratiques de bientraitance.

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Médico-sociaux (ANESM) a été sollicitée pour accompagner ces établissements. Pour faciliter la démarche des EHPAD, elle a élaboré un questionnaire d'auto-évaluation.

L'objectif est de conforter une dynamique de bientraitance au sein des établissements. Cette enquête vise en effet à :

- ⇒ favoriser une réflexion en équipe sur les facteurs favorisant la bientraitance,
- ⇒ réaliser un diagnostic sur les difficultés rencontrées,
- ⇒ établir un diagnostic des actions déjà mises en œuvre,
- ⇒ identifier les actions possibles à développer.

I. Présentation de l'enquête

L'enquête a été conçue par un groupe de travail, piloté par l'ANESM et composé de représentants des professionnels intervenant en EHPAD (médecins coordonnateurs, infirmiers, psychologues, animateurs), d'usagers et d'experts. Elle s'appuie, notamment, sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles contenues dans le document « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », édité par l'ANESM en juillet 2008. Elle comprend des données sur le profil de l'établissement et porte sur l'évaluation initiale des résidents, la mise en œuvre du projet personnalisé, l'équilibre entre autonomie, indépendance et sécurité, la participation collective des usagers et de leur famille ainsi que sur la gestion des ressources humaines, l'ouverture de l'EHPAD vers l'extérieur et l'organisation de la structure. Elle est destinée à fournir une base d'appréciation régulière de la démarche d'auto-évaluation des pratiques de bientraitance dans les EHPAD.

Un premier questionnaire portant sur l'année 2008 a été adressé, courant 2009, à l'ensemble des établissements concernés, par les DDASS. L'ANESM en a réalisé un bilan national qui est accessible sur son site. Il n'y a pas eu d'exploitation régionale ou départementale.

Cette opération nationale a été reconduite fin 2010, en révisant certains items pour en améliorer la lisibilité.

Début janvier 2011, l'Agence régionale de Santé (ARS) de Bretagne a adressé, par messagerie, à tous les EHPAD de la région le questionnaire d'auto-évaluation « bienveillance des personnes âgées accueillies en établissement », portant sur l'année 2009. L'opération a été close nationalement et régionalement fin mars 2011.

Les EHPAD devaient renseigner les questionnaires informatiquement dans l'application CINODE et renvoyer, en outre, aux ARS, un exemplaire papier signé par le directeur, le médecin coordonnateur, le responsable de la saisie, l'infirmier coordonnateur et le président du conseil de vie social.

En Bretagne, 459 questionnaires ont été envoyés. Le taux de réponses - 93% - est important. A titre de comparaison, il était de 76 % au plan national pour l'année 2008.

Il y a lieu en outre de préciser que certaines absences de réponses proviennent d'établissements qui ont ouvert courant 2009 ou en 2010.

Toutefois, il est à noter les difficultés présentées par l'application CINODE, support de ce questionnaire. Elles ont nécessité des relances et de nombreux échanges par téléphone et par messagerie.

Certains problèmes rencontrés sont liés directement à l'application : incompatibilité de réseau informatique, pare-feu ne permettant pas de recevoir le questionnaire...

D'autres proviennent des coordonnées des structures concernées enregistrées dans la base de données. Il s'est ainsi avéré que l'utilisation d'une même adresse mail ou le transfert du message d'un établissement vers un autre, avaient pour conséquence que les nouvelles données saisies écrasaient les premières. De ce fait, pour certaines structures gérant plusieurs établissements, seule la réponse du dernier établissement ayant répondu a été enregistrée dans l'application CINODE et seule celle-ci a pu être exploitée.

Les établissements ont par ailleurs fait part de leur difficulté de compréhension de certains items. Certaines questions peuvent en effet conduire à des interprétations différentes, même si le "guide de remplissage ANESM 2010", joint à l'enquête, permet de lever certaines ambiguïtés. Par exemple, l'item "Mise en œuvre du projet personnalisé incluant une adaptation de l'organisation du travail, de l'environnement physique et de l'accessibilité pour soutenir l'autonomie et les capacités fonctionnelles de la personne" peut aussi bien être compris comme l'accessibilité aux espaces extérieurs, que comme l'organisation de l'emploi du temps du personnel en fonction du rythme de vie de chacun des résidents.

Du fait de ces difficultés, certaines réponses reçues ne sont que partielles. En outre, certains gestionnaires n'ont adressé et/ou saisi sur CINODE qu'une seule réponse complète mutualisée pour l'ensemble de leurs structures.

Cela explique que seuls 297 questionnaires individualisés soient exploitables, soit 65% des questionnaires envoyés et que le total des réponses soit différent selon les questions.

De façon générale, l'analyse des réponses minore les réponses des structures regroupées. Il convient donc d'avoir une certaine prudence dans son interprétation, même si l'ANESM, qui vient de publier les résultats nationaux sur son site <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, considère que les résultats sont représentatifs.

II. Analyse

Pour promouvoir une politique de bientraitance auprès des usagers, des axes prioritaires à développer par les structures ont été identifiés lors de l'élaboration du schéma régional de l'offre médico-social (SROMS) : l'accueil, l'individualisation des projets d'accompagnement, la participation des usagers, l'accompagnement de l'évolution des compétences, l'ouverture vers l'extérieur.

L'analyse de l'enquête "bientraitance en EHPAD" est présentée selon ces axes. En outre, une dernière partie est consacrée à l'organisation de l'EHPAD.

Pour chacun des items, il est présenté dans les tableaux, le total des réponses exploitées puis le pourcentage des EHPAD qui ont opté pour chacune des réponses. De nombreuses questions proposent comme choix de réponses : moins de 30%, de 30% à 60%, de 60% à 90%, plus de 90% des résidents. Il s'agit du pourcentage de résidents pour lesquels l'action est mise en place.

1. Accueil

Constats

Dans 39,3% des EHPAD dont la réponse a été analysée, l'accueil est précédé d'une visite de l'établissement pour plus de 90% des futurs résidents. Dans 20,2% des autres structures, il ne l'est que pour moins de 30% des personnes accueillies.

Plus de la moitié des structures indiquent recueillir l'accord préalable de quasi tous leurs résidents, mais à l'inverse, 10,6 % recueillent l'accord de moins de 30% de leurs résidents.

ACCUEIL	TOTAL des réponses	Pourcentage des réponses (a)			
		Moins de 30% des résidents	30 à 60% des résidents	60 à 90% des résidents	Plus de 90% des résidents
Visite préalable établissement	267	20,2	19,5	21	39,3
Recueil accord de la personne	265	10,6	10,2	25,6	53,6

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Commentaires

L'arrivée en EHPAD se fait parfois en urgence, suite notamment à une hospitalisation, et ne permet pas alors, une réelle préparation.

Dans certains cas, les personnes âgées ne sont pas en capacité d'exprimer de façon formalisée leur accord. Il y a lieu toutefois de préciser que le recueil de l'accord de la personne ne doit pas être assimilé à la signature d'un document.

2. Projet personnalisé

➤ **Elaboration du projet personnalisé**

Constats

Un temps d'observation est respecté dans 70,5% des structures pour plus de 60% des résidents.

Il apparaît que seul un quart des EHPAD élabore pour quasi tous leurs résidents, un projet personnalisé avec la personne et en équipe pluridisciplinaire.

La prise en compte des besoins de soins reste prédominante (87,5% des EHPAD disent toujours l'évaluer).

70,1% des EHPAD s'enquière des habitudes de vie de la quasi-totalité des personnes hébergées. 61,5% recueillent quasi systématiquement leurs attentes. Le recueil des attentes de l'entourage est moindre (Moins de 50% des EHPAD le font quasi systématiquement). Il est à noter que la majorité des EHPAD qui recueillent les attentes de moins de 60% de leurs résidents, recueillent aussi dans moins de 60% des cas les attentes de l'entourage.

Elaboration PROJET	TOTAL des réponses	Pourcentage des réponses (a)			
		Moins de 30% des résidents	30 à 60% des résidents	60 à 90% des résidents	Plus de 90% des résidents
Temps d'observation pour le définir	264	15,5	14	23,1	47,4
Elaboré en équipe pluridisciplinaire avec le résident	262	34,4	17,9	23,3	24,4
Élaboré en équipe pluridisciplinaire avec l'entourage	248	41,1	26,2	20,2	12,5
Recueil des attentes de la personne	265	6	8,3	24,2	61,5
Recueil des attentes de l'entourage	265	7,5	12,8	34	45,7
Evaluation des risques psychologiques et / ou comportementaux	263	12,2	8,7	29,3	49,8
Evaluation besoins de soins	264	0,8	1,1	10,6	87,5
Recueil habitudes, centres d'intérêts, potentialité	264	3	4,9	22	70,1

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Commentaires

Comme le recommande l'ANESM, un temps d'observation pour l'élaboration du projet personnalisé est opportun, d'autant plus quand l'arrivée s'est faite en urgence. Il doit cependant rester court. L'enquête ne permet pas de déterminer sa durée.

Les items "élaboré en équipe pluridisciplinaire avec le résident" et "élaboré en équipe pluridisciplinaire avec l'entourage" prêtent à interprétation.

Le projet doit être élaboré en équipe pluridisciplinaire, en se basant sur l'ensemble des évaluations réalisées, ainsi qu'avec le résident. Il peut être réfléchi en équipe pluridisciplinaire, puis présenté et discuté avec le résident et son entourage par un seul professionnel. Pour une meilleure interprétation des réponses, il paraîtrait préférable d'avoir 3 items "projet personnalisé élaboré en équipe pluridisciplinaire ", "projet personnalisé élaboré avec le résident " et "projet personnalisé élaboré avec l'entourage ".

Un EHPAD est un lieu de vie. D'après les résultats de l'enquête, certains EHPAD continuent de privilégier les soins par rapport aux autres dimensions de la personne. Le recueil des habitudes, des centres d'intérêts, des potentialités et des attentes de la personne et de son entourage devrait être systématique et basé sur une démarche pluridisciplinaire.

➤ Contenu du projet personnalisé

Constats

Les projets spécifiques pour la nuit concernent plus de 60% des résidents dans 61,5% des EHPAD. Inclure dans le projet individualisé, une adaptation de l'organisation du travail, de l'environnement physique pour soutenir l'autonomie de la personne, paraît relativement peu usité, d'après le questionnaire.

Contenu Projet	TOTAL des réponses	Pourcentage des réponses (a)			
		Moins de 30% des résidents	30 à 60% des résidents	60 à 90% des résidents	Plus de 90% des résidents
Inclut un projet spécifique pour la nuit	257	23,3	15,2	28	33,5
Inclut une adaptation de l'organisation du travail, de l'environnement physique pour soutenir l'autonomie	260	46,9	18,9	19,6	14,6
Evaluation de l'impact des actions réalisées	256	37,9	21,5	24,2	16,4

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Commentaires

L'enquête ne permet pas réellement de connaître le contenu des projets individualisés. Par contre, elle met en lumière la difficulté pour une organisation collective de s'adapter aux besoins individuels, même si les réponses à l'item "Projet individualisé incluant une adaptation de l'organisation du travail, de l'environnement physique pour soutenir l'autonomie" peuvent prêter à interprétation, car elles peuvent correspondre à des aspects très différents.

➤ Réévaluation du projet personnalisé

Constats

Pour deux tiers des structures, les projets sont réévalués quasi systématiquement, à la suite de l'évolution de la santé ou des capacités de la personne. Le changement de comportement du résident, ses demandes ou celles de son entourage donnent nettement moins lieu à une réévaluation.

On constate par ailleurs, que les professionnels semblent davantage invités à noter les améliorations de l'humeur ou des potentialités de la personne que les dégradations.

Réévaluation du Projet	TOTAL des réponses	Pourcentage des réponses (a)			
		Moins de 30% des résidents	30 à 60% des résidents	60 à 90% des résidents	Plus de 90% des résidents
Réévalué si modification du comportement	258	3,8	13,2	38	45
Réévalué si modification état de santé	259	2,3	5,8	22,4	69,5
Réévalué si modification capacités	257	2,3	6,6	26,5	64,6
Réévalué à la demande personne	258	9,7	20,9	30,6	38,8
Réévalué à la demande entourage	258	7,4	26,7	38,4	27,5

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Observations par les professionnels	TOTAL des réponses	Pourcentage des réponses (a)			
		Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Les professionnels sont-ils invités à noter tout élément qui semble contribuer au bien-être ou pour lequel ils ont constaté une amélioration de l'humeur et des potentialités de la personne ?	260	0,4	1,5	19,2	78,9
Les facteurs susceptibles de déclencher ou de majorer les troubles psychologiques ou comportementaux sont-ils explorés en équipe ?	261	0,4	5,3	41,4	52,9

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Commentaires

L'enquête ne s'intéresse pas aux réévaluations annuelles qui sont une obligation légale. Comme l'indique les réponses au questionnaire, les directions et les responsables de service invitent les professionnels à noter les éléments positifs, mais, dans la réalité, les transmissions sont bien souvent liées aux problèmes rencontrés et aux diminutions de capacité des résidents.

➤ **Activités personnelles et collectives**

Constats

La part des résidents qui participent à une activité collective plus d'une fois par semaine est très variable d'un EHPAD à l'autre : alors que 14,7% des structures indiquent que plus de 90% des personnes accueillies y participent, 10,7% mentionnent qu'il y en a moins de 30%.

L'inscription dans des activités personnelles est moindre de façon générale.

Participation aux activités	TOTAL des réponses	Pourcentage des réponses (a)			
		Moins de 30% des résidents	30 à 60 % des résidents	60 à 90% des résidents	Plus de 90% des résidents
Activité personnelle plus d'une fois par semaine	251	35,9	38,2	19,9	6
Activité collective plus d'une fois par semaine	252	10,7	36,5	38,1	14,7

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Commentaires

Le questionnaire précisait qu'il s'agissait d'activités qui s'inscrivaient dans le cadre du projet personnalisé élaboré pour et avec le résident.

Il est constaté une difficulté d'ajustement entre une incitation trop forte auprès d'une personne, qui peut être vécue comme maltraitante, et une nécessaire stimulation qui permette une évolution de la personne ou un maintien de ses acquis. Ces ajustements demandent un bon niveau de diagnostic ainsi qu'une réelle coordination pluri professionnelle. Ainsi, entre une personne qui présente une capacité propre de choix et une personne en situation de capacité de choix limité, un accompagnement bien traitant adoptera des modalités différentes.

➤ Liberté d'aller et venir

Constats

Pour trois quart des établissements, la liberté d'aller et venir au sein de la structure existe pour quasi tous les résidents. La liberté d'aller et venir à l'extérieur est plus variable.

Liberté d'aller et venir	TOTAL des réponses	Pourcentage des réponses (a)			
		Moins de 30 % des résidents	30 à 60% des résidents	60 à 90% des résidents	Plus de 90% des résidents
Au sein de l'établissement	262	1,2	4,2	18,3	76,3
A l'extérieur de l'établissement	261	13	8,8	38,7	39,5

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Commentaires

La liberté d'aller et venir est un droit reconnu par la Constitution. Comme le précise la conférence de consensus des 24 et 25 novembre 2004 qui s'est tenue au Ministère des Solidarités, de la Santé et de la famille, les limitations à cette liberté ne peuvent être justifiées que pour des raisons de protection de la personne et doivent être expliquées.

Certains résidents n'ont plus l'autonomie nécessaire pour se déplacer seul. Il requiert, de ce fait, un accompagnement et des aides techniques adaptés.

La préservation de la liberté d'aller et venir doit se fonder sur un principe de prévention individuelle et non sur un principe de précaution générale. L'appréciation entre les risques réellement encourus par la liberté d'aller et venir et les risques d'aggravation de l'état de santé, conséquences du confinement, doit être évaluée, discutée et régulièrement réévaluée.

3. Participation collective des usagers

Constats

86,4% des EHPAD ont indiqué que leur conseil de vie social est opérationnel. Dans 10,5 des autres structures, les élections ou réélections étaient en cours. Dans huit EHPAD (3,1%) le conseil de vie social n'était pas en place.

53,5% des conseils de vie social sont présidés par un résident. Les autres par un représentant des familles.

En grande majorité, le conseil se réunit 3 fois par an. Dans un EHPAD, il y a eu 8 réunions, dans un autre 11. Par contre, alors même que les textes réglementaires prévoient un minimum de 3 réunions par an, deux conseils, présentés comme opérationnels, ne se sont pas réunis ; 21 ne l'ont fait qu'une seule fois et 65 deux fois.

Les structures considèrent que ce conseil permet de recueillir les suggestions et plaintes des résidents et/ou de leur entourage (80,2% ont répondu "toujours" ; 18,6% "souvent") et contribue à l'expression des résidents (La moitié ont répondu "toujours" ; 33,9% "souvent").

Recueillir l'avis des personnes en incapacité de s'exprimer apparaît difficile (A la question, "Les personnes qui sont dans l'incapacité de s'exprimer sont-elles sollicitées par d'autres moyens ?", 16,3% des EHPAD ont répondu "toujours" ; 37,9% "souvent"; 36,6% "parfois" et 9,2% "jamais").

Conseil de vie sociale	TOTAL des réponses	Pourcentage des réponses (a)			
		Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Expression réelle du résident ?	245	2	14,3	33,9	49,8
Recueil des suggestions des résidents et de leur entourage	248	0,4	0,8	18,6	80,2
Personnes dans l'incapacité de s'exprimer sont-elles sollicitées par d'autres moyens ?	240	9,2	36,6	37,9	16,3
Favorise la place de l'entourage ?	245	0,9	5,7	40,8	52,6
Analyse en équipe de l'expression des résidents pour améliorer la qualité	247	2,8	12,2	48,6	36,4
Evaluation de l'impact des expressions collectives sur le changement dans l'établissement	164	14,6	4,9	60,4	20,1

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Commentaires

Les conseils de vie sociale sont mis en place. Par contre, certains restent formels. Il en est en particulier ainsi des conseils qui ne se réunissent pas ou une seule fois par an.

La réalité de la participation des résidents et de leur famille dépend aussi des thématiques abordées et de la manière dont sont associées les personnes. L'enquête permet peu de refléter cet aspect mais devrait favoriser une réflexion en interne à ce sujet.

➤ **Appréciation par le président du conseil de vie sociale de la structure**

Constats

Les présidents de conseil de vie social des EHPAD estiment, dans l'ensemble, que la structure favorise une bonne image de soi, le respect des résidents et l'expression de leur volonté et qu'elle est facteur de maintien de leur autonomie et d'une bonne qualité de vie.

Toutefois, des difficultés sont sur la mise en œuvre au quotidien et en particulier, plus de la moitié font part de la difficulté au quotidien de prendre en compte la volonté des résidents.

L'EHPAD favorise t-il ...	TOTAL des réponses	Pourcentage des réponses (a)		
		Non ou très partiellement	Oui, mais avec problèmes de mise en œuvre au quotidien	Oui, toujours
Une bonne image de soi?	238	1,2	55,5	43,3
L'expression de la volonté des résidents?	236	3,4	58,9	37,7
Le respect des personnes (langage respectueux, respect des rythmes, respect de l'intimité)	237	0,4	40,5	59,1
Le maintien de l'autonomie des résidents	235	0,8	48,1	51,1
Une bonne qualité de vie des résidents	243	0,8	35,4	63,8

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Commentaires

Cette appréciation des présidents de conseil de vie sociale concernant les EHPAD est plutôt positive. Il est toutefois à noter la proportion importante des réponses qui mentionnent une difficulté de mise en œuvre au quotidien et la différence entre les 63,8% des réponses "toujours" pour la bonne qualité de vie des résidents et les 43,3% pour la bonne image de soi.

4. Gestion des ressources humaines : Accompagnement de l'évolution des compétences

Constats

On constate que pour 36% des structures analysées, le personnel a bénéficié de peu de formations sur l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, ces trois dernières années. Sur cette thématique, les formations à la bientraitance et à la maladie d'Alzheimer sont les plus suivies.

57,5% des EHPAD s'assurent de l'actualisation régulière des connaissances du personnel "souvent" ou "toujours". Par contre, 36,3% ne le font que parfois et 6,3% jamais.

Membres du personnel et de la direction ayant bénéficié de formations	TOTAL des réponses	Pourcentage des réponses (a)			
		Moins de 30%	30 à 60%	60 à 90%	Plus de 90%
Sur l'accompagnement des personnes âgées dépendantes	250	8,4%	28%	43,2%	20,4%
Dont bienveillance	245	16,8%	26,5%	36,3%	20,4%
La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées	246	17,5%	28,4%	41,9%	12,2%
La douleur	246	36,2%	32,1%	26%	5,7%
La fin de vie	246	35,4%	30,9%	25,6%	8,1%

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Vous assurez vous de l'actualisation régulière des connaissances du personnel ?				
TOTAL	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
256	6,2 %	36,3 %	43,8 %	13,7 %

Commentaires

Les formations à la spécificité des personnes accueillies, comme celles concernant la maladie d'Alzheimer procèdent d'un souci de diffusion des pratiques de bienveillance. Dans l'ensemble, les formations du personnel apparaissent insuffisantes.

5. Ouverture vers l'extérieur

➤ Travail en partenariat

Constats

Le travail en partenariat est davantage développé pour la mise en œuvre d'activités (près de 80% des structures ont répondu "souvent" ou " toujours").

Le partenariat pour la continuité des soins et l'accompagnement vient en second (36,7% "toujours" ; 29,7% "souvent" soit 66,4%).

La mise à disposition des compétences pour la mise en œuvre du projet personnalisé des personnes accueillies oscille, quant à elle, principalement entre "parfois" et "souvent".

Travail en partenariat	TOTAL des réponses	Pourcentage des réponses (a)			
		Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Pour assurer la continuité des soins et de l'accompagnement (réseau sanitaire et médico-social de proximité)	256	6,6 %	27%	29,7%	36,7%
Pour la mise à disposition de compétences non disponibles en interne nécessaires à la mise en œuvre du projet personnalisé des personnes accueillies	255	12,9%	36,1%	34,5%	16,5%
Pour la mise en œuvre d'activités (ateliers, excursions, animations...) contribuant à la qualité de vie des personnes accueillies	260	0,8%	20,4%	59,2%	19,6%

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Commentaires

Le terme de travail en partenariat a probablement été diversement interprété car tous les EHPAD doivent signer une convention avec les hôpitaux pour assurer la continuité des soins, avec notamment les plans bleus. On pourrait donc s'attendre à 100% de réponses "toujours" à la question "Travail en partenariat pour assurer la continuité des soins", ou, au moins à aucune réponse "jamais".

➤ **Accompagnement des résidents en fin de vie**

Constats

76% des EHPAD mentionnent que l'accompagnement des résidents en fin de vie pose parfois problèmes à leur structure (Les autres réponses sont 18% jamais ; 6% souvent).

Cependant, seuls 39,7% des EHPAD s'appuient, "souvent" ou "toujours", sur un service d'hospitalisation à domicile ou sur une équipe mobile de gériatrie ou sur une équipe mobile ou un réseau de soins palliatifs pour les accompagnements de fin de vie¹.

L'HAD n'est sollicité "souvent" ou "toujours" que par 11% des EHPAD. Seuls 7,3% des structures font appel à une équipe mobile de gériatrie. Quant aux équipes mobiles et aux réseaux spécifiques aux soins palliatifs, ils sont sollicités, "souvent" ou "toujours" respectivement par 23,4% et 25,4% des EHPAD dont la réponse a pu être analysée.

Il est à préciser que certains EHPAD s'appuient "souvent" ou "toujours" sur plusieurs ressources extérieures.

¹ Le pourcentage de 39,7% correspond aux établissements qui ont répondu "souvent" ou "toujours" pour l'une au moins des ressources extérieures.

Travail en partenariat pour accompagner la fin de vie des résidents	TOTAL des réponses	Pourcentage des réponses (a)			
		Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
HAD (hospitalisation à domicile)	255	52,5%	36,5%	4,7%	6,3%
Equipe mobile de gériatrie	246	73,6%	19,1%	5,3%	2%
Equipe mobile de soins palliatifs	248	41,5%	35,1%	16,1%	7,3%
Réseaux de soins palliatifs	244	45,9 %	28,7%	18%	7,4%
Personnel interne formé aux soins palliatifs (médecin, IDE, psychologue)	252	14,3%	27,4%	28,2%	30,1%

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Commentaires

Pour une analyse plus approfondie, il serait nécessaire de mettre, en regard des réponses de chacun des EHPAD, la couverture géographique des autres structures (HAD...).

➤ **Intervention de bénévoles**

Constats

L'enquête montre que 92,3 % des EHPAD font appel à des bénévoles. Leur intervention se situe essentiellement dans le domaine de l'animation. Il est aussi à souligner que dans presque un quart des structures, ils interviennent dans un autre domaine particulièrement sensible : l'accompagnement de fin de vie.

Domaines d'interventions des bénévoles	TOTAL des réponses	Pourcentage de Oui (a)
Animations, activités de loisirs, accompagnement de sorties	247	100 %
Soins, incluant l'alimentation	233	5,6 %
Accompagnement de fin de vie	235	22,1 %

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Commentaires

Il est à noter que parmi les 52 EHPAD qui ont répondu faire intervenir des bénévoles pour l'accompagnement de fin de vie, seulement 38,5% font aussi appel « toujours » ou « souvent » à une équipe extérieure pour cela (HAD ou équipe mobile ou réseau de soins palliatifs).

Pour les 16 structures qui ne font jamais appel ou rarement à une équipe extérieure et qui n'ont pas de personnel interne formé aux soins palliatifs, les bénévoles risquent de pallier une insuffisance institutionnelle.

6. Organisation de l'EHPAD

➤ Continuité de la fonction soins en interne

Constats

La continuité de la fonction soins à l'intérieur de l'EHPAD présente des difficultés pour plus d'un quart des structures pendant la nuit et pour près de 23% les week-ends et pendant l'été.

L'organisation de l'établissement permet-elle la continuité des soins ?	TOTAL des réponses	Pourcentage des réponses (a)			
		Non très difficilement	Oui, mais avec des difficultés	Oui, assez facilement	Oui, facilement
Le jour	258	0	6,6	26	67,4
La nuit	255	4,7	27,5	30,2	37,6
Le week-end	257	0,4	22,6	32,3	44,7
L'été	257	0,4	22,9	36,2	40,5

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Commentaires

Ces résultats reflètent l'absence d'infirmier la nuit et les difficultés rencontrées pour le remplacement des infirmiers et des aides soignants pendant les périodes de congés.

Très souvent, il est aussi constaté une diminution du temps infirmier et aide soignant pendant les week ends.

➤ Mise en place de protocoles

Constats

Dans l'ensemble, les EHPAD ont mis en place des protocoles.

Procédure ou un protocole pour prendre en charge	Total des réponses	Pourcentage de oui (a)
Les risques majeurs identifiés par les professionnels	256	79
La gestion des événements indésirables	259	81
Dont la survenue de suicide	248	40
Le traitement des faits de maltraitance	258	71
Le recours à la contention	260	90

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

➤ Travail en équipe

Constats

L'enquête met en lumière des pratiques différentes pour le partage, la formalisation et la transmission des informations au quotidien ainsi que pour les réunions de direction et pour les temps réguliers d'écoute et de partage interprofessionnels, en vue d'une amélioration continue des pratiques.

57,3% des structures analysées ont répondu accompagner leurs nouveaux membres du personnel dans leur prise de poste par un travail en doublon, un accompagnement par un pair durant le temps de travail, des formations aux spécificités des personnes accueillies et l'accès aux informations individuelles.

Travail en équipe	Total des réponses	Pourcentage des réponses (a)			
		Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
L'organisation de l'établissement favorise-t-elle le partage, la formalisation et la transmission des informations au quotidien?	257	0	4,7	27,6	67,7
Existe-t-il des réunions régulières et documentées de l'équipe de direction (directeur, IDE coordonnateur, médecin-coordonnateur)?	259	1,9	21,2	37,5	39,4
Existe-t-il des temps réguliers d'écoute et de partage interprofessionnels dans une démarche d'amélioration continue des pratiques?	255	3,5	20,4	44,7	31,4
Accompagnement des nouveaux membres du personnel dans leur prise de poste (travail en doublon, accompagnement par un pair durant le temps de travail, formations aux spécificités des personnes accueillies, accès aux informations individuelles)	260	0,8	10	31,9	57,3

(a) : Il s'agit du pourcentage d'EHPAD qui ont opté pour la réponse proposée.

Commentaires

La composition des équipes de direction des EHPAD n'est pas standardisée. Celle proposée dans l'enquête part d'une vision sanitaire. Les EHPAD ont également des missions d'accompagnement et de ce fait la composition de leur équipe de direction peut être différente. L'accès aux informations individuelles ne concerne pas spécifiquement les nouveaux membres du personnel. La différenciation de cet item pourrait être intéressante pour l'autoévaluation des EHPAD.

III Recommandations

1. Accueil

L'accueil doit être adapté à la personne, à son âge et à ses capacités et se fonder sur son consentement, le respect et l'individualisation de l'accompagnement à mettre en place.

Par ailleurs, l'élaboration d'une procédure écrite permet de penser l'accueil et de donner des repères au personnel. Le projet d'établissement doit inclure un protocole ou un dispositif d'accueil d'urgence.

Organiser une visite préalable de la structure pour l'usager et sa famille, (sauf si l'usager s'y oppose), prépare l'accueil et favorise l'adaptation.

Lorsque les personnes sont hospitalisées, ces visites pourraient être réalisées dans le cadre de l'organisation des filières gériatriques.

2. Projet personnalisé

Pour pouvoir définir un véritable projet personnalisé, il est essentiel de recueillir l'histoire, les habitudes, les goûts et dégoûts, les centres d'intérêt et les attentes de la personne et de son entourage dès son arrivée en EHPAD ou même, si possible, préalablement. Un dialogue est aussi nécessaire pour connaître l'identité de la personne de confiance et les directives anticipées, lorsqu'il y en a. Il est également indispensable de faire une évaluation somatique, psychologique et sociale.

Chaque résident doit bénéficier d'un projet individualisé formalisé, élaboré en équipe pluridisciplinaire et co-construit avec lui même. La participation du résident (ou de son représentant légal) à son projet de vie et l'accès aux documents le concernant est un droit pour la personne et une obligation pour l'établissement. Cela nécessite des adaptations selon la capacité de compréhension et d'expression de la personne.

Le projet doit être évolutif et réévalué grâce à des bilans réguliers (au moins une fois par an), à la demande de la personne et lors de chaque évolution significative.

3. Participation collective des usagers

Il est important que la participation des usagers soit réelle dans les Conseils de Vie Sociale.

Des pratiques favorisent cette participation effective : des établissements préparent le conseil de vie social avec les résidents ou (et) ont des commissions thématiques.

Il est rappelé qu'un minimum de 3 réunions est prévu par la réglementation.

4. Gestion des ressources humaines : Accompagnement de l'évolution des compétences

Il est souhaitable que les structures établissent des plans prévisionnels de formations, pluriannuels. Ils pourraient être triannuels.

Les formations contribuant à l'acquisition de pratiques de bientraitance dans l'accompagnement des personnes sont à conforter, à partir notamment de l'analyse des pratiques. Pour être réellement utiles et instaurer une vigilance de bientraitance pour tout un service, ces formations doivent impliquer, ensemble, tous les personnels (administratifs, médicaux, pédagogiques, animateurs...) et non quelques personnes et doivent être régulièrement renouvelées (en particulier à l'égard des nouveaux arrivants).

La bientraitance doit provenir d'une culture partagée de tous les partenaires. Aussi, est-il souhaitable d'avoir des formations, informations communes entre professionnels et familles, et également avec les aidants et les bénévoles.

5. Ouverture vers l'extérieur

L'EHPAD est un lieu de vie qui assure tant l'hébergement que les soins et l'accompagnement au quotidien, de façon individuelle et collective.

L'ouverture sur l'extérieur est un atout pour un accompagnement de qualité afin que les résidents conservent une vie sociale, et aient des activités et des échanges autres que ceux organisés à l'intérieur de la structure. Elle permet de s'appuyer sur des compétences complémentaires.

De plus, pour assurer leurs missions, des partenariats sont nécessaires. Ainsi pour faciliter la continuité des soins, en particulier la nuit et pendant les vacances d'été, Il apparaît nécessaire que des conventions soient signées notamment avec les hôpitaux dans le cadre de l'organisation des filières gériatriques.

L'accompagnement de fin de vie requiert aussi de développer un travail en réseau.

6. Organisation de l'EHPAD

Il est nécessaire que l'organisation de l'EHPAD facilite l'individualisation de l'accompagnement (Exemple : Horaires du réveil et du coucher et temps dévolus aux toilettes et aux repas, personnalisés; Animation à organiser à deux niveaux : collectif et en groupe restreint, voire individuellement; Architecture adaptée à la population accueillie).

Du fait de l'accueil en EHPAD de personnes âgées de plus en plus dépendantes, la continuité des soins est une priorité, que doit permettre d'assurer l'organisation en interne et en partenariat.

La mise en place de protocoles formalisés reste à améliorer. Il est en particulier indispensable que l'ensemble des structures se dote d'un protocole pour le traitement des faits de maltraitance, en lien avec l'ARS et les conseils généraux.

L'accompagnement des nouveaux professionnels doit être systématique. Les modalités (Travail en doublon, accompagnement par un pair durant le temps de travail, formation aux spécificités des personnes accueillies) et leur durée sont variables selon l'expérience antérieure des professionnels.

Conclusion

Une politique de bientraitance est une démarche continue. La mise en œuvre de l'amélioration de la qualité ne peut provenir que d'actions qui prennent en compte la nécessité du long terme et du prendre le temps avec l'utilisateur. Ce questionnaire d'autoévaluation tout comme les évaluations internes et externes peut d'autant plus concourir à favoriser une dynamique de bientraitance au sein des EHPAD, qu'il s'accompagne d'une réflexion en équipe et avec les résidents et leur famille.

Directeur de la publication : Alain Gautron. **Rédaction** : Martine Fauconnier-Chabalier
Conception et réalisation : ARS Bretagne - **Photos** : Fotolia -
Dépôt légal : à parution - **N° ISBN** : 978-2-36-335-004-6
Agence Régionale de Santé Bretagne : 6, place des Colombes - CS 14 253 - 35 042 Rennes
Cedex
Courriel martine.fauconnierchabalier@ars.sante.fr – Tél 02.22.06.73.61- Fax 02 99 30 59 03 -
www.ars.bretagne.sante.fr

