



**REGARD SUR  
LA BIENTRAITANCE  
DANS LES EHPAD  
BRETONS.**

ANALYSE DES RÉSULTATS  
DE L'ENQUÊTE  
BIENTRAITANCE  
EHPAD 2015

## Édito

Le développement de la bientraitance en faveur des personnes fragiles et la lutte contre la maltraitance constituent des priorités nationales dans le secteur social et médico-social comme dans le secteur sanitaire. Trois circulaires des 23 juillet 2010, 12 juillet 2011 et 20 février 2014 sont venues renforcer cette politique.

Les ARS sont chargées du pilotage régional de ces politiques dans le champ médico-social en relation avec les préfets de département et les services des conseils départementaux.

Cette priorité nationale a été déclinée en Bretagne dans le Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016 qui a consacré une thématique à la bientraitance dans le Schéma Régional Médico-Social.

Quatre actions prioritaires ont été retenues en concertation avec les conseils départementaux :

- Améliorer le signalement, le traitement et le suivi des situations de maltraitance, dans le cadre d'une démarche concertée avec les conseils départementaux ;
- Promouvoir une politique concertée de bientraitance ;
- Accompagner les structures dans l'appropriation des bonnes pratiques ;
- Développer une réflexion sur l'éthique.

Le questionnaire d'autoévaluation des pratiques concourant à la bientraitance et à la qualité de vie des personnes accueillies dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 2015 permet de dresser un bilan et de proposer des nouveaux axes de travail pour le futur PRS.

Ce questionnaire, élaboré par l'ANESM avec le concours des Agences Régionales de Santé (ARS), s'inscrit dans le prolongement des enquêtes 2009 et 2010. Il a pour objectif de favoriser une réflexion des établissements sur les facteurs favorisant la bientraitance, de réaliser un diagnostic sur les actions déjà mises en œuvre et les difficultés rencontrées et d'identifier les actions susceptibles d'être développées.

La qualité et la pertinence des prises en charge constituent un axe fort de la Stratégie Nationale en Santé 2018-2022 et du prochain PRS breton. Elles participent à l'égalité devant les soins et à la confiance de l'utilisateur dans son système de santé. Aussi, la promotion d'une démarche d'amélioration continue de la qualité auprès des acteurs du système de santé constitue-t-elle un objectif majeur des cinq prochaines années.

**Olivier de Cadeville**  
Directeur Général de l'ARS Bretagne

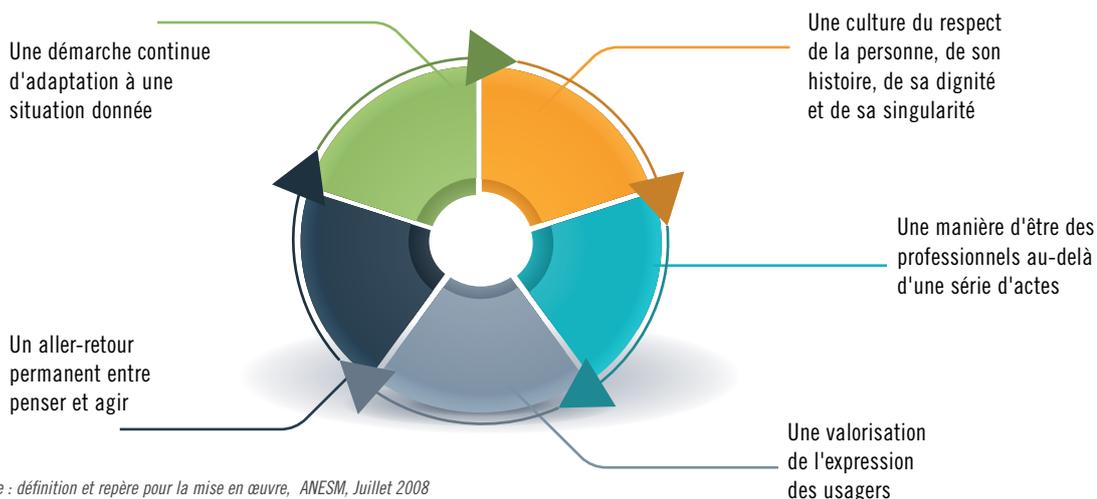
## Définition de la bientraitance

L'ANESM décrit la bientraitance comme une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Ainsi, la bientraitance

ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. Il appartient à chaque équipe de professionnels, en lien avec les usagers, d'en déterminer les contours et les modalités de mise en œuvre dans le cadre du projet de service et d'établissement.

Néanmoins, si la bientraitance est par définition une notion contextuelle et non figée, elle comporte un certain nombre de dimensions incontournables et ne peut donc relever d'un choix arbitraire.

### ■ Les fondamentaux de la bientraitance



Source : La bientraitance : définition et repère pour la mise en œuvre, ANESM, Juillet 2008

## Une majorité d'EHPAD publics en Bretagne

Alors que les EHPAD publics représentent moins de la moitié des EHPAD en France, 61 % des EHPAD bretons sont publics. Les EHPAD publics non hospitaliers sont les plus nombreux en Bretagne, mais il s'agit d'établissements de petite taille en comparaison des EHPAD hospitaliers qui offrent une capacité d'accueil très importante.

### > L'enquête Bientraitance, une démarche initiée en 2009 qui a connu des modifications significatives en 2015

L'enquête Bientraitance a fait l'objet, en 2015, d'une importante restructuration. Les formulations des questions de 2010 ont été souvent modifiées ; certaines n'apparaissent plus dans le questionnaire

2015. D'autres questions, au contraire, ont été créées pour cette nouvelle campagne. La comparaison entre les deux enquêtes n'est ainsi pas toujours possible ou nécessite des précautions d'usage.

### ■ Plus d'EHPAD publics en Bretagne

Statut juridique	Nombre d'EHPAD en Bretagne	Répartition	Répartition nationale	Nombre moyen de places par EHPAD en Bretagne	GIR Moyen Pondéré (GMP)
Public hospitalier	58	21 %	16 %	146	749
Public non hospitalier	109	40 %	29 %	67	680
Privé non lucratif	92	34 %	31 %	76	701
Privé lucratif	12	4 %	24 %	77	697
<b>TOTAL</b>	<b>271</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>88</b>	<b>702</b>

Source : enquête bientraitance en EHPAD 2015, ANESM – Exploitation ARS Bretagne, données pondérées

## > La gestion des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Les EHPAD sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre. Ils s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien.

Les EHPAD ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin. Les EHPAD signent une convention tripartite avec le conseil départemental et l'ARS qui leur apportent des financements en contrepartie de l'atteinte d'objectifs de qualité de prise en charge. Les EHPAD peuvent être publics, privés à caractère commercial (à but lucratif) ou des établissements associatifs (à but non lucratif)

**Les EHPAD publics** appartiennent et sont gérés par la commune ou le département. On distingue deux types d'EHPAD publics : les maisons de retraite autonomes (budget et gestion autonomes) et celles gérées par les CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale) ou rattachées à un hôpital.

**Les EHPAD privés à caractère commercial et les établissements associatifs** appartiennent et sont gérés par des caisses de retraite, des mutuelles, des groupes hôteliers, des groupes privés spécialisés, des associations loi 1901 ou des fondations.

## Le parcours de la personne et la personnalisation de son accompagnement

### Une volonté accrue de personnalisation de l'accueil des résidents, mais une présentation des nouveaux résidents aux présidents de conseil de vie sociale (CVS) encore peu courante

Le temps de réflexion et de préparation avant une admission en EHPAD est identifié par l'ANESM comme une étape clé. Il est d'ailleurs recommandé de mettre en place des actions visant à faire connaître l'établissement aux futurs résidents, afin d'améliorer leur perception de l'EHPAD et de mieux connaître son fonctionnement.

Comme au niveau national, en moyenne 61 % des résidents permanents ont bénéficié avant leur arrivée d'une visite préalable de l'établissement. Par ailleurs, 17 % des résidents permanents ont été présentés au président du CVS ou à un de ses représentants à leur arrivée (contre 22 % au niveau national). Ceci relève plus d'une difficulté d'associer le CVS au quotidien de l'établissement que d'une absence de volonté des EHPAD. Cette pratique est d'ailleurs plus courante dans les EHPAD privés à but non lucratif et particulièrement faible dans les EHPAD hospitaliers, probablement en lien avec la capacité de ces structures : moins de 4 % des résidents intégrant un EHPAD de 100 places ou plus rencontrent le président du CVS ou un de ses représentants à leur arrivée.

### L'évaluation initiale des besoins : un préalable nécessaire à un accompagnement adapté

La qualité de vie d'un résident d'EHPAD s'inscrit dans une dynamique qui s'amorce dès son accueil dans l'établissement. L'évaluation des besoins et le recueil du nom de la personne de confiance dès l'entrée dans l'établissement sont autant de pratiques favorisant le bien-être ultérieur du nouveau résident. Par ailleurs, les EHPAD recueillent le nom de la personne de confiance auprès de 80 % de leurs nouveaux résidents (83 % au niveau national).

Si les évaluations initiales recommandées par l'ANESM sont globalement mises en œuvre à l'arrivée des résidents, une proportion non négligeable d'EHPAD n'évalue jamais les risques psychologiques et/ou comportementaux (11 %), quand bien même les personnes âgées constituent une population à risque face au geste suicidaire. Ce risque est d'autant plus élevé que la Bretagne est une des régions les plus touchées par le suicide. En 2013, plus de 800 décès par suicide de personnes résidant en Bretagne ont été rapportés au CépiDc.

La mortalité régionale par suicide est en moyenne de 65 % supérieure au taux national. Près de 30% des suicides concernent les personnes âgées de 65 ans et plus. En 2016, les EHPAD bretons ont signalé 12 suicides ou tentatives de suicides à l'ARS. Sachant que le CépiDc considère que ces chiffres sous-estiment de 12,9 % le nombre de décès par suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus, le repérage des risques psychologiques et/ou des comportements apparaît donc essentiel notamment dans les EHPAD.

## > ZOOM sur le résultat des évaluations externes pour les ESMS autorisés avant le 2 janvier 2002

La personnalisation de l'accompagnement est un des critères de l'évaluation externe. Les résultats de l'analyse des évaluations externes corroborent ceux de l'enquête bientraitance sur les projets personnalisés. En effet, il apparaît que tous les résidents

ne bénéficient pas d'un projet personnalisé formalisé et que, lorsqu'il existe, son actualisation n'est pas toujours réalisée. Par ailleurs, la participation des usagers dans l'élaboration de leur projet est aussi un axe d'amélioration identifié.



## Les projets personnalisés, moins courants et élaborés dans des délais plus longs en Bretagne

La proportion de résidents ayant un projet personnalisé est un peu plus faible en Bretagne (59 %) qu'en France (64 %). Cette proportion varie avec le GIR Moyen Pondéré (GMP) de l'établissement : les EHPAD accueillant un public moins dépendant tendent à formaliser moins souvent le projet personnalisé de leurs résidents, et dans des délais plus longs. Le lien observé au niveau national de cette pratique avec la capacité ou le statut juridique de la structure n'est pas retrouvé en région Bretagne.

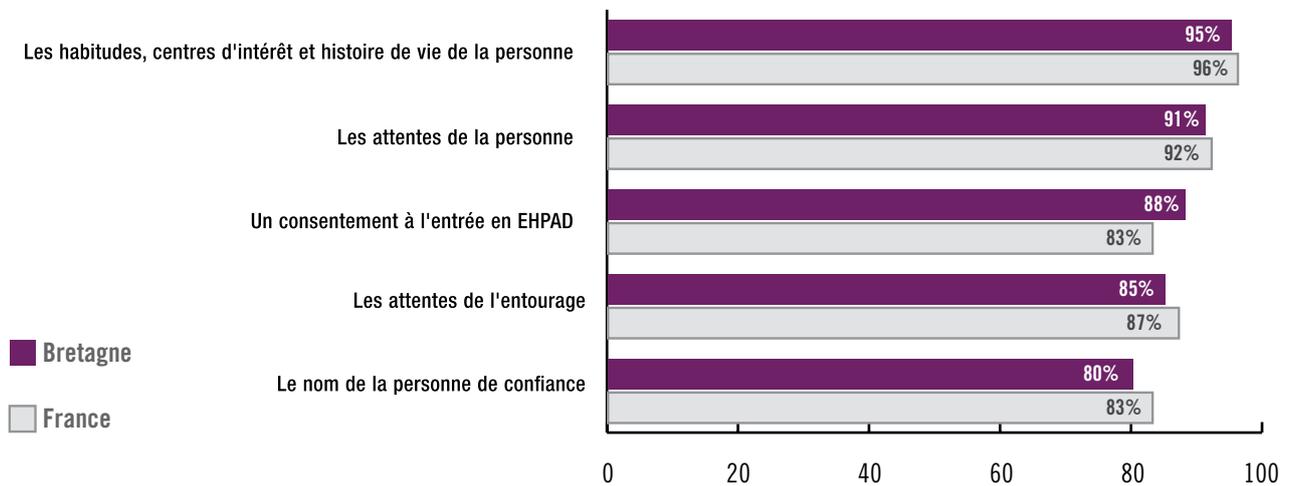
Plus de la moitié des résidents permanents a un projet personnalisé formalisé, élaboré en

équipe pluridisciplinaire et global, c'est-à-dire incluant les différentes dimensions de l'accompagnement (vie sociale, vie quotidienne, soins). La qualité de la prise en charge repose sur le respect de la personne, de ses choix et de ses attentes. Dans les trois-quarts (73 %) des cas, le projet personnalisé est bien élaboré avec le résident (seul ou avec son entourage) et dans 11 % des cas, il est élaboré avec l'entourage seulement. Comme au niveau national, une part non négligeable (16 %) des projets est élaborée uniquement par les professionnels, sans que le résident ou ses proches ne soient associés. La durée moyenne d'élaboration du projet personnalisé est d'un peu plus de 2 mois (66 jours). Cette durée est plus élevée qu'au niveau national. Comme au niveau national, 78 % des EHPAD

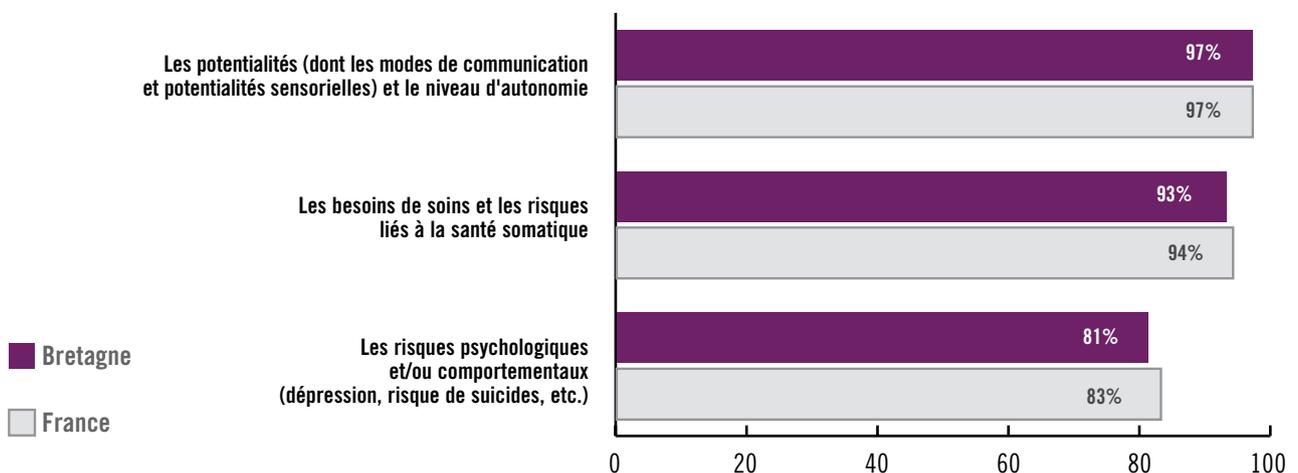
ont mis en place un recueil informatisé des informations relatives aux projets personnalisés, avec des écarts importants selon le statut de l'établissement (de 68 % dans les EHPAD publics hospitaliers à 90 % dans les EHPAD privés non lucratifs).

Le projet personnalisé est « réévalué dans la majorité des cas » par 61 % des EHPAD si le résident change d'humeur ou de comportement, par 76 % des EHPAD si l'état de santé du résident évolue, par 78 % des EHPAD si le résident perd de son autonomie par rapport aux actes quotidiens (toilette, déplacements, etc). Ces résultats sont similaires au niveau national (respectivement 59 %, 75 % et 77 %).

### ■ Proportion de nouveaux résidents pour lesquels ont été recueillis...

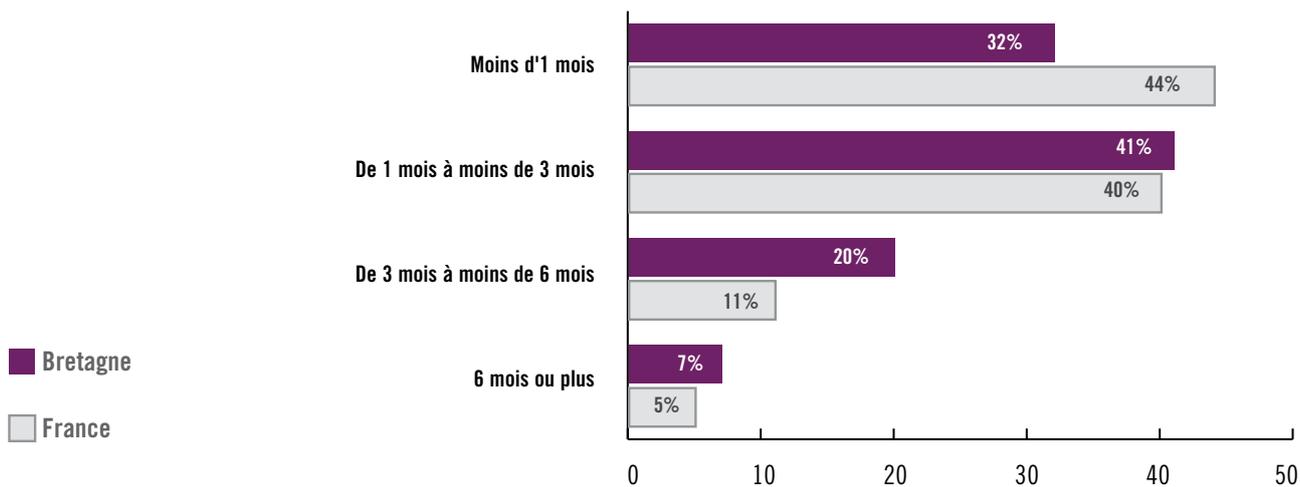


### ■ Parmi les résidents permanents, proportion de personnes évaluées concernant les éléments suivants :



Source : enquête bienveillance en EHPAD 2015, ANESM – Exploitation ARS Bretagne, données pondérées

■ **Durée entre l'arrivée du résident et la formalisation de son projet personnalisé**



Source : enquête bientraitance en EHPAD 2015, ANESM – Exploitation ARS Bretagne, données pondérées

**Des leviers pour accompagner au mieux la fin de vie**

Selon le Code de la Santé Publique, les « directives anticipées » indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Ces directives revêtent la forme d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses noms, prénom, date et lieu de naissance. En EHPAD, les directives anticipées sont recueillies auprès de 19 % des résidents (contre 28 % au niveau national). Cette pratique est un peu moins fréquente en EHPAD hospitaliers (14 %) qu'en EHPAD privés à but non lucratif (24 %).

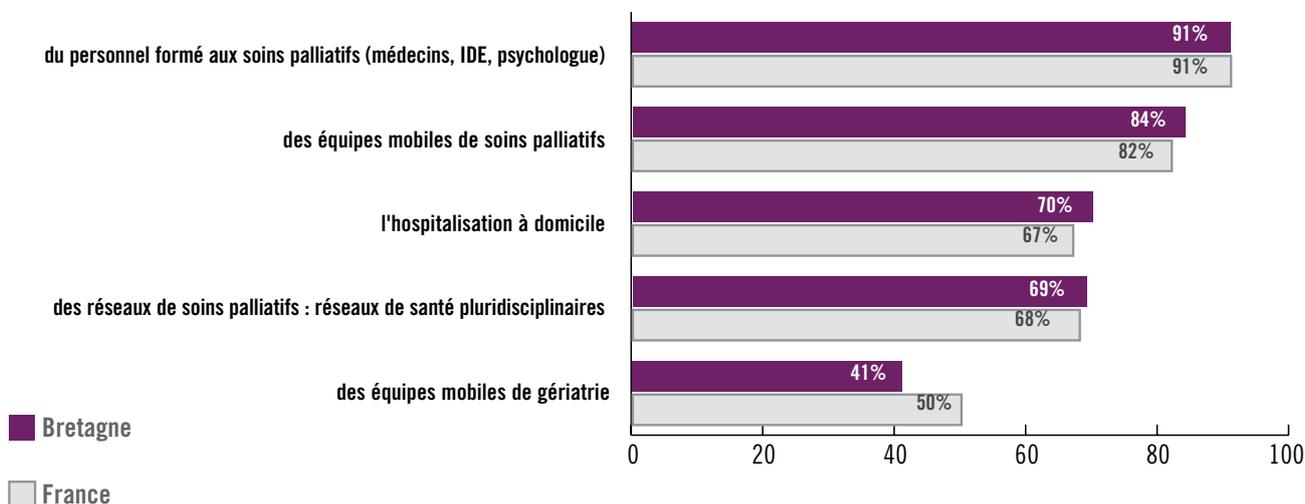
La quasi-totalité (97 %) des EHPAD offre systématiquement aux familles la possibilité d'être présentes jour et nuit pour l'accompagnement de la fin de vie d'un résident.

Les EHPAD s'appuient avant tout sur des professionnels formés aux soins palliatifs pour accompagner la fin de vie de leurs résidents, que ce soit du personnel formé en interne ou des équipes mobiles de soins palliatifs. En moyenne par EHPAD, 42 % du personnel a été formé à l'accompagnement de la fin de vie au cours des trois dernières années (41 % au niveau national). Le recours aux équipes mobiles de gériatrie, qui concerne un EHPAD sur deux France entière, est moins fréquent en Bretagne (41 % des EHPAD). Les EHPAD hospitaliers ne font pas plus appel que les autres aux équipes mobiles de gériatrie.

Plus de la moitié (59 %) des EHPAD mettent en œuvre les 4 pratiques suivantes :

- formation d'au moins 10 % de leur personnel à la fin de vie lors des 3 dernières années ;
- recueil du nom de la personne de confiance lors de l'évaluation initiale pour au moins 90 % des résidents ;
- appel à l'hospitalisation à domicile (HAD), une équipe mobile de gériatrie (EMG), une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ou à un réseau pour accompagner la fin de vie ;
- proposition systématique aux familles d'être présentes jour et nuit pour accompagner la fin de vie. Ils sont 65 % plus nombreux au niveau national.

■ **Pour accompagner la fin de vie des résidents, l'organisation de l'établissement s'appuie (au moins parfois) sur ...**



Source : enquête bientraitance en EHPAD 2015, ANESM – Exploitation ARS Bretagne, données pondérées

# Les relations sociales et l'expression collective

## Une implication marquée de l'entourage dans la vie sociale des résidents

De manière générale, le taux de non-réponse autour de 10 % pour les questions portant sur les relations sociales témoigne d'une difficulté pour les professionnels de rapporter les caractéristiques de socialisation de leurs résidents.

En moyenne par EHPAD, 37 % des résidents permanents participent au moins une fois par semaine à une activité individuelle et 67 % à une activité ou une animation collective, contre respectivement 37 % et 66 % au niveau national.

Par ailleurs, 9 % des résidents permanents n'ont reçu aucune visite ou n'ont effectué aucune visite au domicile de l'entourage depuis 6 mois (10 % au niveau national). Au total, 6 % des résidents permanents sont totalement isolés socialement, par l'absence de visite, mais aussi par l'absence de courrier postal ou électronique ou de contact téléphonique de la part de l'entourage depuis au moins 6 mois. Si la situation est plus favorable qu'au niveau national en termes de relations sociales, l'isolement social total concerne tout de même plus d'un résident sur vingt.

## Le CVS favorise l'expression des résidents et de leur entourage

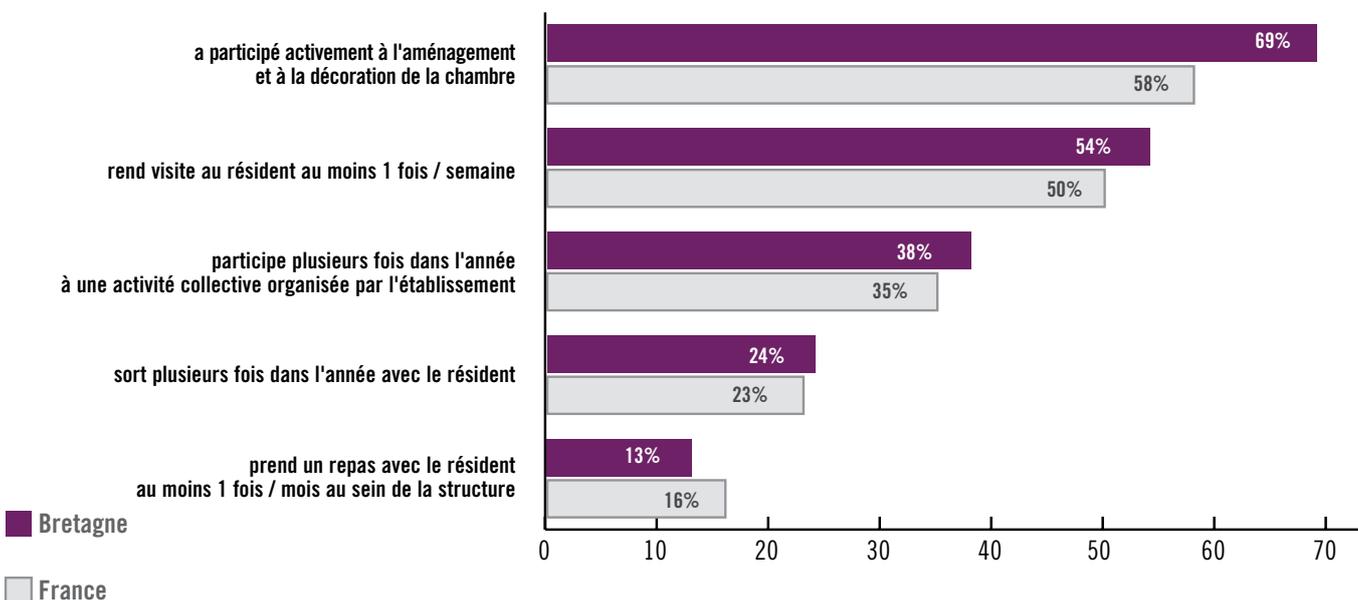
Pour 78 % des EHPAD, le CVS est en place avec trois réunions par an ou plus (74 % au niveau national). Si pour 4 % des EHPAD, le CVS n'était pas encore en place ou en cours de mise en place, 18 % avaient bien un CVS mais avec moins de trois réunions annuelles, contrairement aux préconisations du Code de l'Action Sociale. L'analyse des évaluations externes des établissements et services médico-sociaux autorisés avant le 2 janvier 2002 confirme la mise en place des CVS dans la plupart des ESMS, mais met en évidence le fait qu'ils ne sont pas toujours actifs.

Dans 56 % des EHPAD, le président du CVS est un résident en hébergement permanent, et dans 44 %, c'est un représentant des familles, contre respectivement 58 % et 42 % au niveau national.

Moins de la moitié (42 %) des présidents de CVS ont retourné le questionnaire qui leur était personnellement adressé. Parmi ces personnes, les avis sont plutôt positifs : 93 % jugent que la liberté d'expression est effective au sein du CVS et 71 % estiment que l'EHPAD sollicite toujours les résidents pour formuler des remarques sur l'établissement. Pour un peu plus de la moitié des présidents (57 %), le manque de moyen est le principal frein à la prise en compte des remarques issues du CVS.



## Pour quelle proportion de résidents, l'entourage ...



Source : enquête bientraitance en EHPAD 2015, ANESM – Exploitation ARS Bretagne, données pondérées

## > Le Conseil de Vie Sociale (CVS)

Le conseil de vie sociale, créé par la loi du 2 janvier 2002 est une instance élue par les familles et les résidents des établissements médico-sociaux tels que les EHPAD. Composé de représentants des résidents, des familles et du personnel de l'établissement, ce conseil est présidé par un membre représentant les personnes accueillies.

Le conseil donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement : qualité

des prestations, amélioration du cadre de vie... Son rôle est consultatif. Le conseil de la vie sociale favorise l'expression et la participation des résidents et de leurs familles à la vie de la structure.

## La prévention et la gestion des risques dans le respect des droits des personnes

### Respecter la liberté et assurer la sécurité : deux principes qui peuvent être en tension

La liberté d'aller et venir est une composante de la liberté individuelle que les établissements doivent concilier au mieux avec l'assurance de la sécurité pour chaque personne. Comme au niveau national, en moyenne par EHPAD, 88 % des résidents permanents sont libres d'aller et venir dans l'EHPAD. Cette proportion est moindre concernant la liberté d'aller et venir hors de l'EHPAD : 64 % des résidents en Bretagne, 61 % au niveau national. Des évaluations des risques et bénéfices de la liberté d'aller et venir des nouveaux résidents sont mises en place par la plupart des structures et impliquent généralement les résidents ou leur entourage.

### Plus d'un résident sur deux a chuté au sein de l'établissement au cours de l'année

En moyenne par EHPAD, 51 % des résidents ont chuté au moins une fois dans l'année. Cette proportion est plus élevée qu'au niveau national (43 %), bien qu'en Bretagne comme ailleurs, la quasi-totalité des établissements a déclaré avoir mis en place des actions de prévention contre les chutes. Les actions de prévention se traduisent surtout par des accompagnements spécifiques encourageant la marche des résidents et par une sécurisation des locaux. La prévention par la réalisation régulière de tests d'équilibre est moins courante, concernant 37 % des EHPAD en Bretagne comme au niveau national. On peut supposer que les EHPAD mettent en œuvre des actions de prévention des chutes justement parce qu'ils y sont davantage confrontés.

En Bretagne, le recensement des chutes peut être également plus exhaustif dans les établissements ayant engagé une démarche de prévention des chutes, s'agissant d'une exigence pour tous les établissements ayant bénéficié d'une subvention dans le cadre de l'appel à candidature prévention des chutes lancé par l'ARS Bretagne depuis 2015.

La proportion de résidents ayant chuté varie considérablement avec le statut juridique de l'établissement : c'est dans les EHPAD hospitaliers que la proportion de résidents ayant chuté dans l'année est la plus faible (44 %), alors que ces établissements affichent le GMP le plus élevé (749 en moyenne). A l'inverse, la proportion de chutes est particulièrement élevée dans les établissements privés à but non lucratif (58 %).

## > Zoom sur l'appel à candidature prévention des chutes 2015-2017

Les chutes sont des événements fréquents au sein de la population des personnes âgées. Environ une personne sur trois âgée de plus de 65 ans et une personne sur deux de plus de 80 ans chutent chaque année. Parmi les chuteurs, la moitié aurait fait au moins deux chutes dans l'année. Dans un contexte de vieillissement de la population, la prévention des chutes et la préservation de l'autonomie dans les activités quotidiennes sont primordiales et constituent des enjeux majeurs de santé publique.

Dans le cadre de sa politique de qualité et de gestion des risques en lien avec la politique menée en faveur des personnes âgées et la prévention et promotion de la santé, l'ARS Bretagne soutient depuis 2015 le programme sur la prévention du risque de chute en EHPAD par le déploiement d'un plan d'actions pluriannuel :

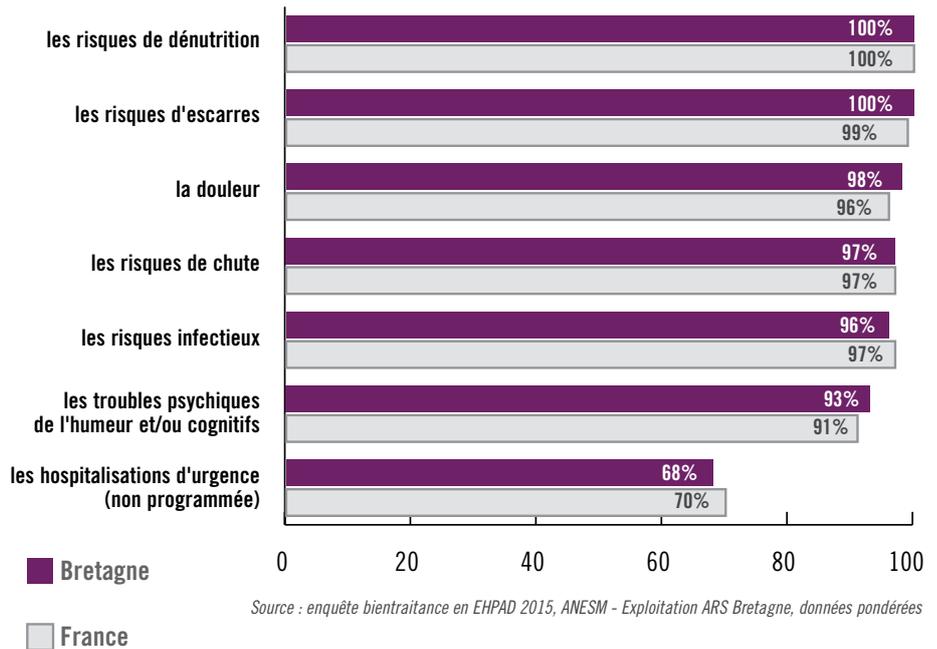
- En 2015, l'ARS a accompagné, pour des actions de formations à la prévention des chutes, 81 établissements pour un montant de 218 260 € ;
- En 2016, l'ARS a financé des actions visant à développer des programmes de travail de l'équilibre. 40 projets ont été retenus concernant 112 établissements, pour un montant total de 396 145 €
- En 2017, l'ARS a subventionné 29 projets concernant 64 établissements pour un montant de 433 025 €. Cet appel à candidature visait à accompagner les EHPAD pour de l'achat de matériel dédié à l'activité physique et du temps d'éducateur sportif.

## Des hospitalisations majoritairement gérées dans l'urgence

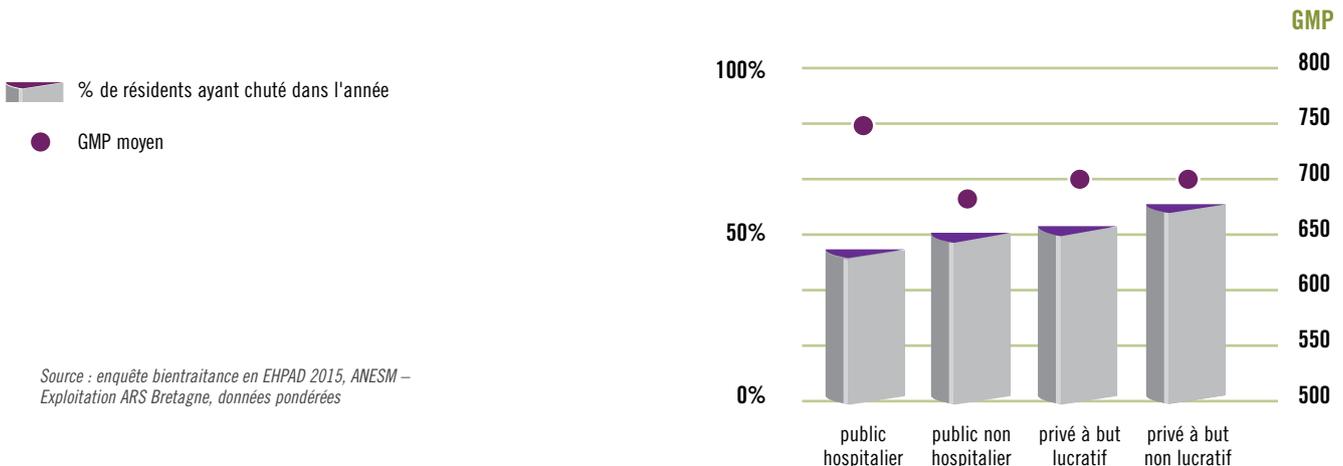
Près de deux hospitalisations de résidents sur trois (61 %) ont été gérées dans l'urgence (contre 66 % au niveau national). Une procédure concernant les transferts EHPAD – hôpital est formalisée dans 67 % des EHPAD (contre 71 % au niveau national). Par ailleurs, des actions de prévention des hospitalisations d'urgence sont mises en place dans 68 % des EHPAD. L'action de prévention la moins mise en œuvre parmi celles proposées dans l'enquête est celle portant sur le risque d'hospitalisation d'urgence, comme au niveau national.

Pour 195 résidents, l'EHPAD a fait appel à l'hospitalisation à domicile, permettant une hospitalisation de la personne sur son lieu de vie.

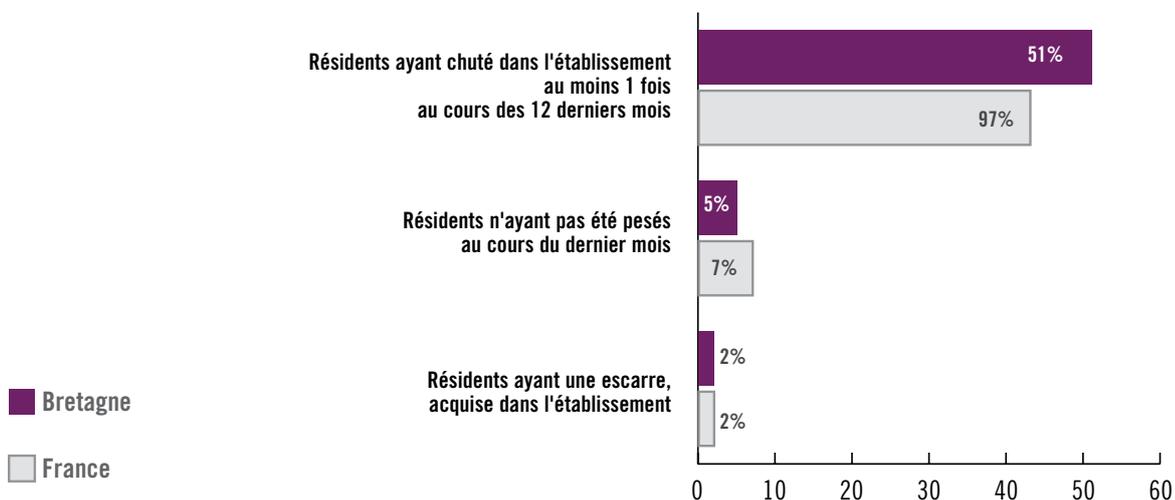
## Proportion d'établissements ayant mis en place des actions de prévention concernant les sujets suivants :



## Proportion de résidents ayant chuté dans l'année et GMP moyen selon le statut de l'EHPAD



## Proportion de résidents qui connaissent les situations suivantes :



## La dénutrition des résidents : un risque bien identifié

La totalité des EHPAD mettent en œuvre des actions de prévention relatives aux risques de dénutrition. En moyenne par EHPAD, 95 % des résidents permanents ont été pesés au cours du dernier mois. La pesée régulière et le suivi de la courbe de poids sont en effet des leviers de prévention utilisés par la quasi-totalité des EHPAD (97 %). Le recueil des goûts alimentaires des résidents est également une pratique commune. La vérification et le suivi de l'hygiène bucco-dentaire est une pratique moins courante, mise en œuvre par la moitié des EHPAD. Cette pratique est par ailleurs moins fréquente en Bretagne que France entière.

## Le suivi de la vaccination des résidents pour prévenir le risque infectieux

Si la plupart des EHPAD (96 %) déclarent mettre en place des actions de prévention concernant les risques infectieux, ces actions se traduisent essentiellement par le suivi de la vaccination des résidents : 89 % des EHPAD assurent ce suivi, contre 91 % au niveau national. Le manuel d'auto-évaluation du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) est utilisé par 55 % des EHPAD (contre 58 % au niveau national) et surtout des EHPAD hospitaliers.

## Un suivi psychologique pour prévenir les troubles mentaux

Concernant la prévention des troubles psychiques, de l'humeur et/ou cognitifs, les actions des EHPAD se traduisent le plus souvent par un encouragement et un accompagnement des résidents à la vie sociale (84 % des EHPAD) et par la proposition de suivis psychologiques : 82 % des EHPAD proposent un suivi des résidents par un psychologue et 78 % des EHPAD travaillent en partenariat avec une consultation spécialisée.

## > Le projet de mise en place d'une Structure Régionale d'Appui en Alimentation et Nutrition (SRAAN)

Ce projet émane d'un constat issu d'un bilan des actions menées par :

- le réseau nutrition expérimental ROLAND, sur le département 35, financé par l'ARS suite au deuxième programme national nutrition santé (PNNS) 2006/2010 ;
- l'Inter-Clan, structure régionale d'appui, sans aide financière de l'ARS, qui mobilise ses adhérents sur les questions relatives aux risques de dénutrition ;
- le CHU de Brest, dans le cadre d'un financement « retour d'expérience » (REX), qui montre l'intérêt d'avoir une structure d'appui aux établissements.

Ce bilan met en évidence le besoin de structurer un réseau régional au regard de la disparité des mesures existantes et de l'absence d'une offre régionale visant à offrir le même niveau de prestations et d'appui aux professionnels des différents secteurs de prise en charge. La mise en place d'une structure d'appui

régionale en nutrition prend appui sur les structures existantes en étendant à l'ensemble des départements un réseau départemental (sur le modèle de travail du ROLAND) et une coordination régionale par l'Inter-Clan.

L'objectif de la SRAAN est de décliner une politique régionale en alimentation et nutrition en lien avec les orientations nationales. Elle a vocation à aider les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice à décliner les bonnes pratiques en matière de nutrition et à prévenir les risques de dénutrition en lien avec le programme national de santé en nutrition. Cette organisation régionale bretonne permettra de mettre en cohérence et en synergie les actions menées dans le cadre de la promotion de l'alimentation et de la nutrition et la lutte contre la dénutrition des usagers du système de santé.

## > Zoom sur l'expérimentation infirmier(e)s hygiénistes en EHPAD

Dans le cadre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS), l'ARS Bretagne a lancé une expérimentation d'infirmière hygiéniste en EHPAD en 2015. Les IDE hygiénistes sont chargées d'assurer des actions de prévention et de maîtrise du risque infectieux : aide à l'auto-évaluation, formations, élaboration des protocoles mutualisés, surveillance, audits de bonnes pratiques et mise en place des mesures de

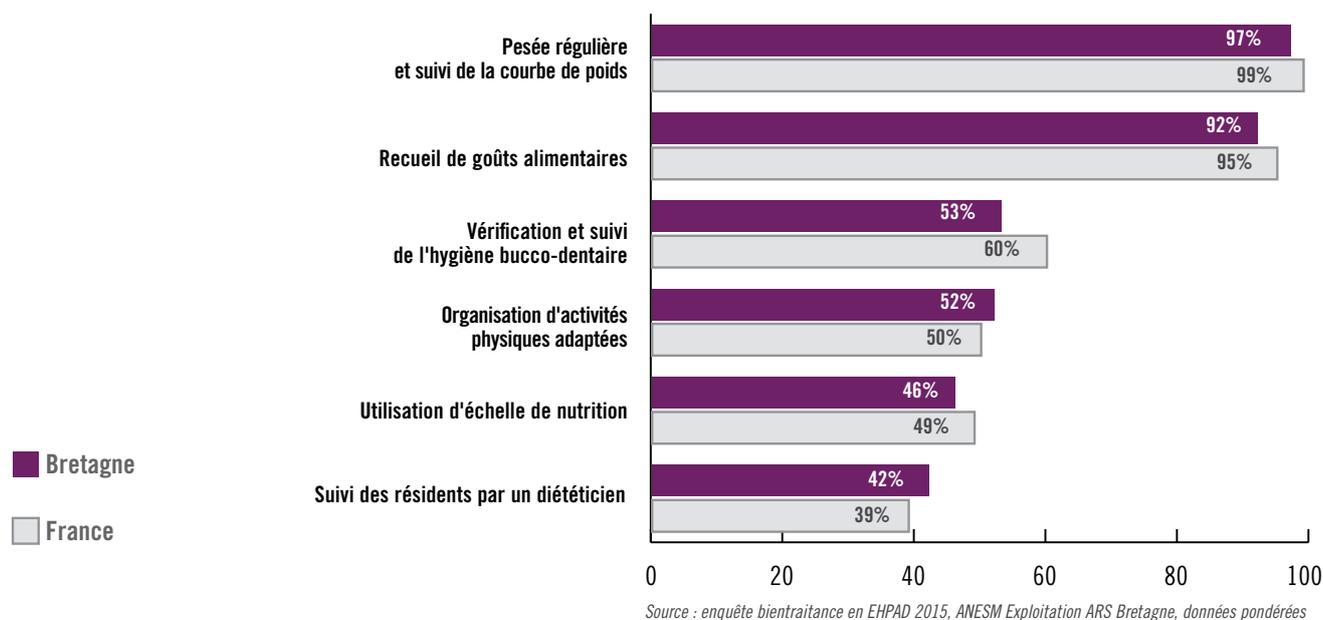
gestion en cas d'infections, particulièrement dans un contexte épidémique.

L'expérimentation a porté sur 96 EHPAD répartis sur 6 territoires de santé de la région. Dix infirmières d'état (soit 7 ETP) ont été recrutées pour 2 ans.

Des bilans sont réalisés annuellement par le Centre de prévention des infections associées aux soins Auvergne-Rhône-Alpes (CPIas) en charge de la coordination et l'animation des infirmières hygiénistes.



## ■ Moyens mis en œuvre concernant les risques de dénutrition



## L'organisation de l'établissement

### Des procédures pour aider à prendre en charge et analyser certaines situations

Certaines situations peuvent faire l'objet de procédures ou de protocoles ayant pour objectif d'aider les structures à les prendre en charge et à les analyser. Parmi les thèmes évoqués dans l'enquête, ceux portant sur les décès des résidents sont ceux pour lesquels les EHPAD disposent le moins de procédure. A l'inverse, les procédures concernant les événements indésirables liés aux soins, les disparitions inquiétantes, les situations de maltraitance, sont des procédures courantes en EHPAD. Le recours à la contention est

fréquemment formalisé par une procédure (78 % des EHPAD), même si cela reste moins fréquent qu'au niveau national.

Le recours à la contention physique pour sécuriser une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté répond à un certain nombre d'impératifs : « une prescription médicale motivée, l'information du patient et de ses proches, une surveillance et une évaluation fréquente de la sécurité du patient et de l'efficacité de cette mesure » (source ANAES, 2000).

La contention physique des résidents d'EHPAD fait l'objet d'une prescription médicale de

façon « systématique » dans 90 % des EHPAD, et « dans la majorité des cas » dans 8 % des EHPAD. Restent tout de même 4 EHPAD où la contention fait « parfois » l'objet d'une prescription médicale et 2 EHPAD où la contention ne fait « jamais » l'objet d'une prescription médicale. Cette procédure est appliquée dans la quasi-totalité des cas. En revanche, dans seulement 4 % des EHPAD, le dernier recours à la contention a été déclaré au président du CVS.

### > ZOOM sur le résultat des évaluations externes pour les ESMS autorisés avant le 2 janvier 2002

Les résultats de l'enquête bientraitance sur l'existence de procédures au sein des EHPAD sont discordants de ceux issus de l'analyse régionale des évaluations externes. Ainsi, les évaluations externes

pointent un déficit de formalisation des protocoles et procédures. Par ailleurs, lorsque ces derniers existent, il reste nécessaire de les actualiser.

### Moins d'un quart du personnel formé au repérage des risques de perte d'autonomie

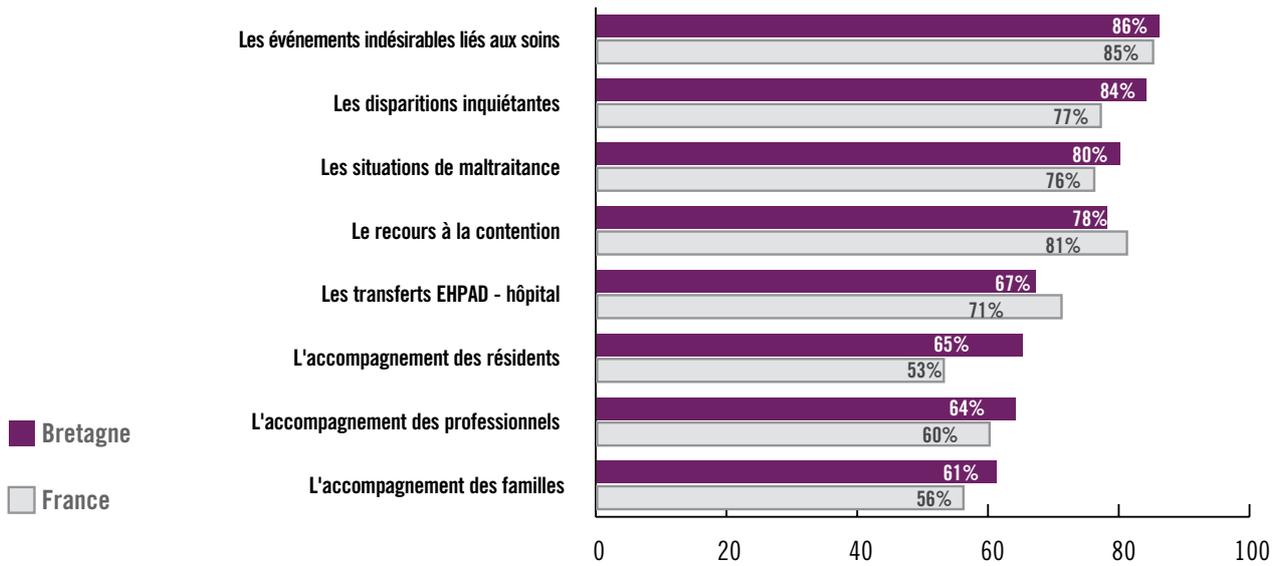
Les EHPAD ont particulièrement investi les sujets relatifs à la bientraitance et aux spécificités de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes : plus de la moitié du personnel a été formée sur ces thèmes (en moyenne par EHPAD). En revanche, moins

d'un quart a été formé au repérage des risques de perte d'autonomie alors que cette problématique est susceptible de concerner l'ensemble des usagers d'EHPAD. Enfin, le handicap reste un sujet très peu investi, bien que l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes soit une préoccupation croissante dans les EHPAD.

En vue de l'amélioration continue des pratiques, des réunions de l'équipe de direction

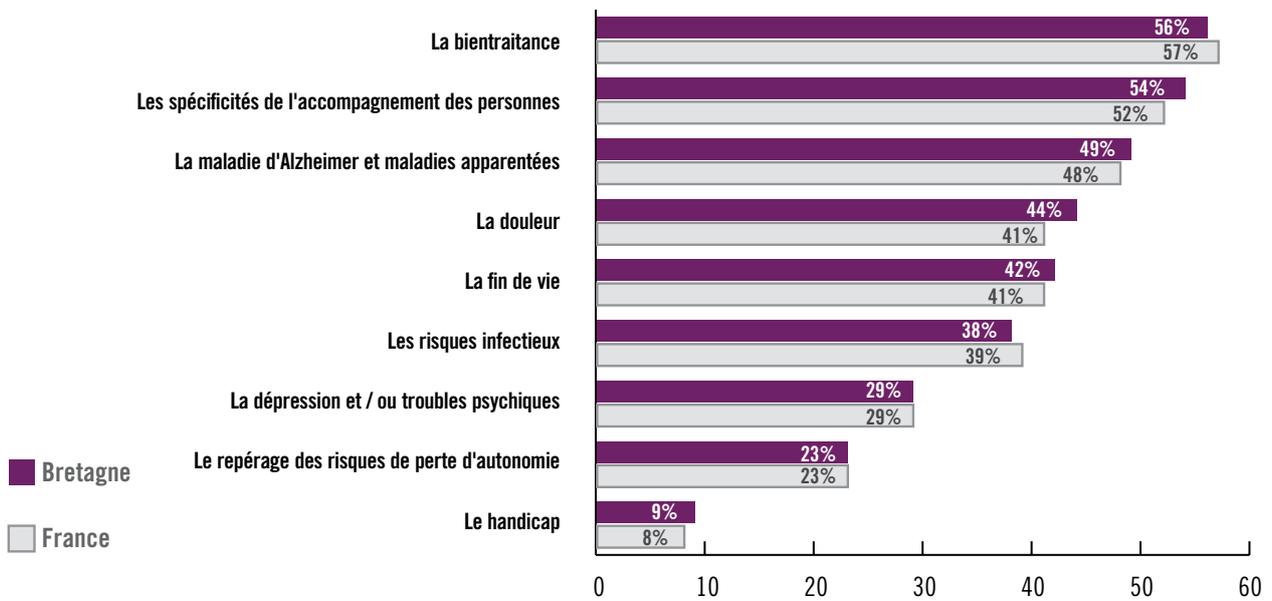
sont régulièrement organisées dans 85 % des EHPAD. Par ailleurs, près de la moitié des EHPAD organise au moins chaque trimestre une réunion visant à travailler sur des retours d'expérience des professionnels et développer une réflexion éthique. Cette pratique est plus fréquente qu'au niveau national (39 %). A noter tout de même que 16 % des EHPAD déclarent mettre en place de telles réunions moins d'une fois par an, voire jamais.

■ Existence de procédures concernant les situations suivantes :

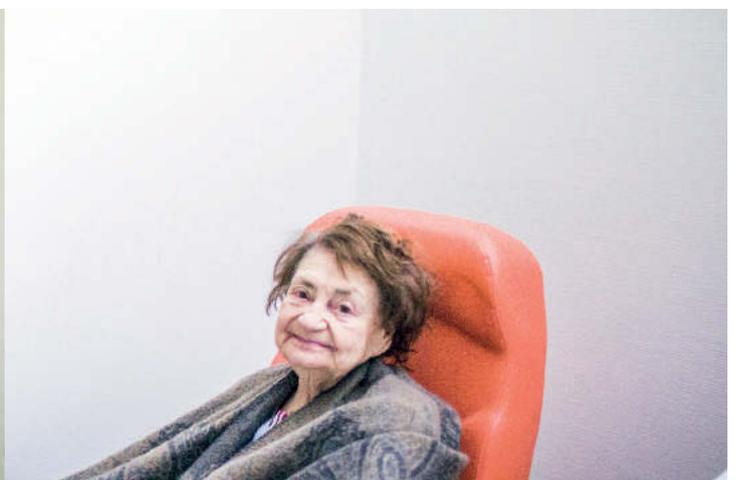
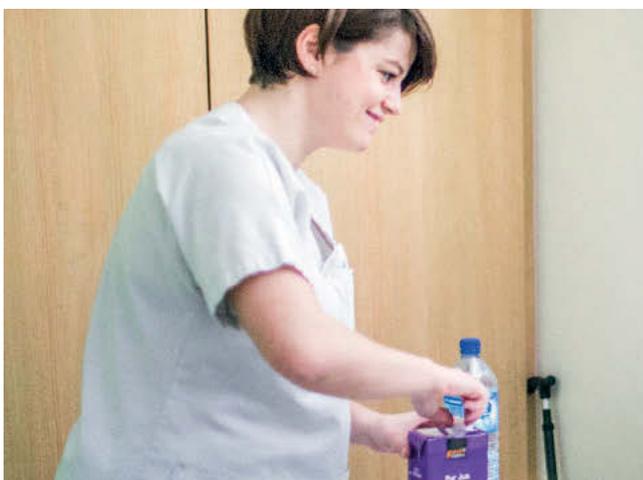


Source : enquête bientraitance en EHPAD 2015, ANESM – Exploitation ARS Bretagne, données pondérées

■ Proportion de professionnels formés au cours des 3 dernières années concernant les sujets suivants :



Source : enquête bientraitance en EHPAD 2015, ANESM – Exploitation ARS Bretagne, données pondérées



## Des difficultés pour garantir la continuité des soins

Le recours à un partenariat formalisé est un usage courant : 72 % des EHPAD ont souvent recours à un partenariat formalisé pour assurer une continuité des soins et de l'accompagnement, 39 % pour mettre à la disposition des résidents des compétences non disponibles en interne, 45 % pour mettre en œuvre des activités. Au-delà du développement des partenariats qui est un enjeu important pour les EHPAD, il est essentiel que ces derniers soient formalisés.

Concernant la continuité des soins, les EHPAD ne parviennent généralement pas à garantir la présence de personnels infirmiers la nuit. Dans seulement 19 % des EHPAD un infirmier est présent en permanence la nuit (12 % au niveau national). La présence d'un infirmier le week-end est quant à elle plus courante, concernant plus de la moitié des EHPAD (57 %). A défaut, la continuité des soins peut reposer sur une astreinte téléphonique d'infirmiers ou de médecins qui ne sont pas présents dans l'EHPAD.

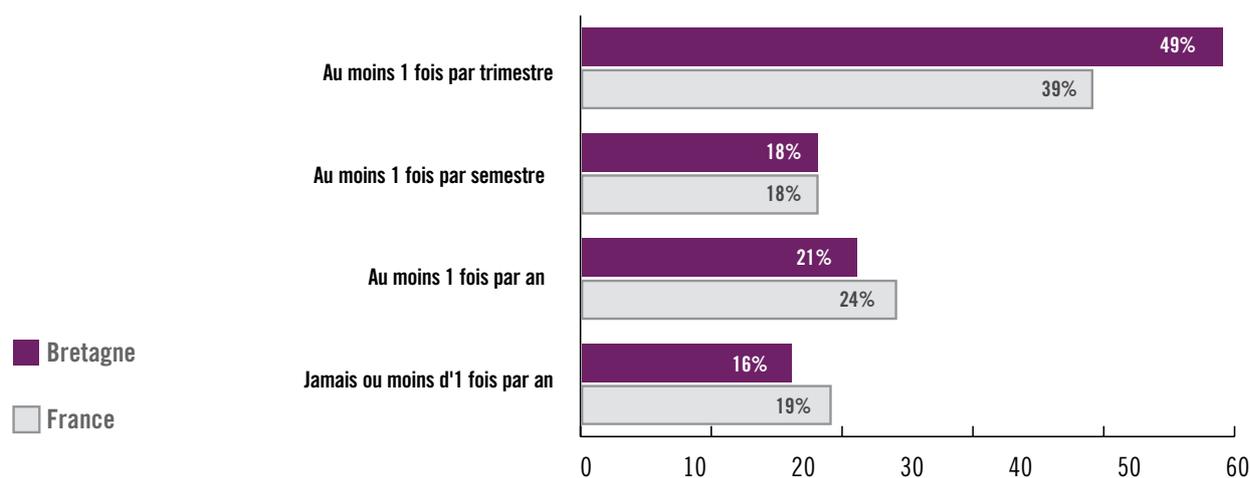
L'astreinte téléphonique de nuit concerne 38 % des EHPAD, et l'astreinte téléphonique de week-end 48 % des EHPAD.

### > Zoom sur l'expérimentation « astreinte d'infirmier de nuit mutualisée entre EHPAD »

L'ARS Bretagne a lancé en 2014 une expérimentation « astreinte d'infirmier de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD ». Cette expérimentation résulte des conclusions du groupe de travail « hôpitaux locaux » animé par l'ARS. Ce groupe de travail composé des représentants des usagers, des médecins, des établissements et des conseils départementaux a fait état du besoin, partagé avec les centres hospitaliers de proximité ou de référence, de diminuer les passages inappropriés aux urgences des personnes âgées venant d'EHPAD et de la nécessité de pouvoir avoir une infirmière de nuit d'astreinte. L'ARS procède actuellement à l'évaluation du dispositif.

Dans son rapport de la mission «Flash » sur les EHPAD de septembre 2017, Monique IBORRA souligne que « l'absence d'infirmiers de nuit dans la grande majorité des établissements est souvent la cause d'hospitalisations aux urgences, qui auraient pu être évitées dans un certain nombre de cas. Ces allées et venues entre les services d'hospitalisation et l'EHPAD peuvent avoir des effets déstabilisants sur les personnes et représentent un coût élevé. » Elle fait plusieurs propositions dont celle de « prévoir dans la budgétisation des établissements la présence d'un infirmier diplômé la nuit en astreinte ou en poste. »

### ■ Organisation de réunions des équipes pour travailler sur des retours d'expérience et développer une réflexion éthique



Source : enquête bientraitance en EHPAD 2015, ANESM – Exploitation ARS Bretagne, données pondérées

## Des recommandations de bonnes pratiques largement utilisées par les professionnels

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM sont légalement les références utiles à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services. Elles constituent des repères propres à guider les professionnels dans leurs pratiques d'accompagnement.

Ces recommandations sont largement utilisées par les professionnels pour leur évaluation interne, et la situation bretonne est encore plus favorable qu'au niveau national.

## > Zoom sur le résultat des évaluations externes pour les ESSMS autorisés avant le 2 janvier 2002

La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) est un des items de l'évaluation externe.

Au-delà de la connaissance des RBPP, l'analyse des évaluations externes porte aussi sur leur appropriation par les équipes et leur application. Il ressort de l'analyse une bonne connaissance des RBPP par les professionnels des EHPAD mais une appropriation et une application qui restent à développer.

## > L'ANESM, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

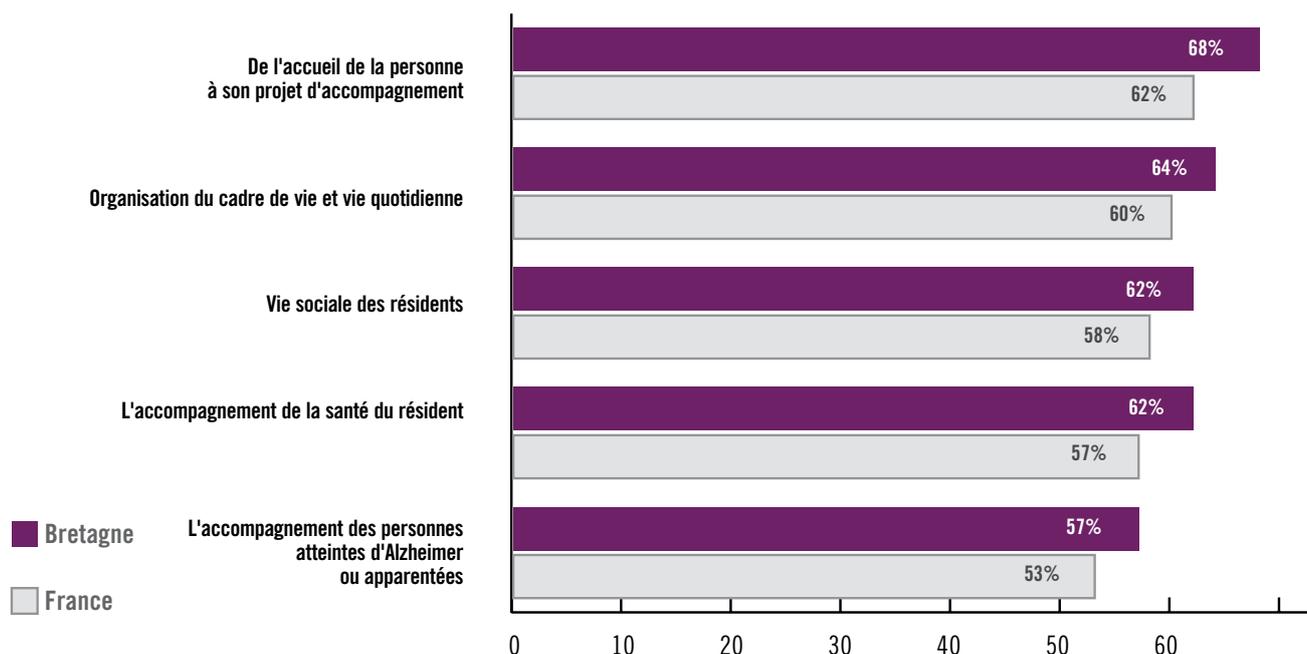
Créée par la loi de financement de la sécurité sociale de 2007, l'ANESM est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les ESSMS dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002.

Les missions de l'ANESM sont directement issues des obligations faites aux ESSMS de mettre en place une évaluation en continu de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent :

- Les évaluations se conduisent, selon l'article L 312-8 du CASF, notamment au regard des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques validées ou élaborées par l'ANESM ;
- Les établissements et services doivent rendre compte tous les cinq ans aux conseils départementaux et/ou à l'État, et sont tenus de faire procéder à des évaluations externes par un organisme habilité par l'ANESM.



■ Proportion d'EHPAD utilisant pour leur évaluation interne les recommandations suivantes :



Source : enquête bientraitance en EHPAD 2015, ANESM – Exploitation ARS Bretagne, données pondérées

## > L'enquête Bientraitance de l'ANESM

Depuis 2008, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'inscrivent dans une démarche d'auto-évaluation de leurs pratiques concourant au déploiement de la bientraitance. L'ANESM leur a adressé un questionnaire en vue de :

- permettre aux professionnels de réaliser un diagnostic sur les actions mises en œuvre et d'identifier de nouvelles pistes d'action ;
- procéder à un état des lieux national des pratiques de bientraitance.

L'enquête se compose de 2 questionnaires distincts : l'un à l'attention des directeurs d'EHPAD et l'autre à l'attention des présidents des CVS.

L'ensemble des documents relatifs à l'enquête sont disponibles sur le site internet de l'ANESM : <http://anesm.sante.gouv.fr/> Un échantillon de 4 200 EHPAD a été déterminé et sollicité pour participer à l'enquête 2015, dont 271 EHPAD en Bretagne. Le taux de participation au questionnaire principal adressé aux directeurs a été de 80 % en Bretagne ; les données ont été pondérées de manière à être représentatives de l'ensemble des EHPAD bretons en termes de capacités et statuts juridiques. Le taux de participation au questionnaire adressé au président du CVS a été bien plus faible : 42 % en Bretagne. Ces données sont présentées brutes car aucune variable

discriminante n'a permis d'établir une pondération satisfaisante.

Dans l'enquête, les directeurs renseignaient la plupart des items concernant les résidents et le personnel en pourcentages. Les résultats présentés dans ce document sont donc donnés « en moyenne par établissement », permettant de ne pas donner plus d'importance aux événements observés dans les établissements à grande capacité d'accueil.



**Directeur de la publication** : Olivier de Cadeville  
**Directeur de la rédaction** : Hervé Goby  
**Rédaction** : Isabelle ROMON et Samantha DODARD  
**Contributeurs** : l'ensemble des établissements qui ont participé à l'enquête Bientraitance en EHPAD 2015.  
**Conception graphique** : **youz**  
**Crédits photo** : ARS Bretagne  
**Impression** : Cloître  
**Dépôt légal** : à parution  
**N° ISSN** : 2256-7739

## AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE

6 place des Colombes  
CS 14253  
35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00  
[www.ars.bretagne.sante.fr](http://www.ars.bretagne.sante.fr)

 [www.facebook.com/arsbretagne](https://www.facebook.com/arsbretagne)