



# Bien traitance

**Analyse nationale 2010**

Déploiement des pratiques professionnelles en  
établissements pour personnes âgées dépendantes

*Anesm*

---

Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux

# SOMMAIRE

<b>1. L'enquête 2010 .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Le questionnaire d'auto-évaluation.....</b>	<b>3</b>
Les objectifs.....	3
L'élaboration du questionnaire .....	3
Un questionnaire qui s'inscrit dans la démarche d'évaluation interne .....	4
<b>1.2 Les modalités d'enquête .....</b>	<b>5</b>
La passation.....	5
Le calendrier .....	5
<b>2. Les résultats de l'enquête .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 De la participation à l'exploitation .....</b>	<b>6</b>
La participation.....	6
L'exploitation.....	7
Répartition régionale du taux de participation 2010. ....	8
Représentativité de l'enquête .....	8
<b>2.2 Données structurelles nationales déclarées.....</b>	<b>9</b>
Les principales caractéristiques des établissements ayant répondu.....	9
Le nombre de places autorisées.....	12
Le GMP et le PMP .....	12
L'âge des résidents .....	14
Les intervenants des établissements.....	15
La prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.....	16
<b>3. Les pratiques professionnelles concourant à la bienveillance .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 L'évaluation initiale en 2010.....</b>	<b>19</b>
Le processus d'admission.....	20
L'évaluation initiale des besoins de la personne et de son entourage.....	20
<b>3.2 L'élaboration du projet personnalisé et sa mise en œuvre .....</b>	<b>22</b>
Les modalités d'élaboration du projet.....	22
Les origines de la réévaluation du projet .....	24
La documentation du projet personnalisé .....	24

<b>3.3 Equilibre entre indépendance, autonomie et sécurité .....</b>	<b>26</b>
L'évaluation des risques et des fragilités .....	26
Présentation au résident des risques potentiels et prévention .....	26
La liberté d'aller et venir au sein de l'établissement et à l'extérieur .....	26
L'existence de procédures/protocoles pour la prise en charge des risques identifiés .....	29
<b>3.4 La participation collective .....</b>	<b>30</b>
Le conseil de la vie sociale (CVS) .....	30
Le président du CVS.....	31
Les modalités de participation collective .....	32
<b>3.5 Gestion des ressources humaines et ouverture de l'établissement     vers l'extérieur .....</b>	<b>33</b>
La formation .....	33
L'évaluation de l'impact des formations.....	35
Les structures et partenaires externes .....	35
<b>3.6 Organisation de l'établissement .....</b>	<b>37</b>
Organisation et gestion des ressources humaines .....	37
L'organisation de la continuité des soins.....	38
L'organisation de l'accompagnement de la fin de vie des résidents.....	39
Permettre aux résidents d'avoir des activités individuelles et collectives. ....	40
<b>3.7 L'avis du président du CVS sur la qualité de vie dans l'établissement .....</b>	<b>41</b>
<b>4. Synthèse .....</b>	<b>43</b>
<b>5. Annexes .....</b>	<b>44</b>
<b>5.1 Conduite de travaux.....</b>	<b>44</b>
<b>5.2 Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles     relatives aux Ehpad.....</b>	<b>46</b>

# 1. L'enquête 2010

## 1.1 Le questionnaire d'auto-évaluation

### Les objectifs

Depuis l'opération « Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement » lancée en octobre 2008, les Ehpad doivent s'inscrire dans une démarche d'auto-évaluation des pratiques concourant à la bientraitance. Pour en faciliter la mise en œuvre, un questionnaire, élaboré par l'Anesm, a été diffusé aux Ehpad en 2009 puis en 2010, avec un double objectif.

Le **premier objectif** de ce questionnaire est de soutenir les professionnels, ainsi que les autorités de contrôle, agences régionales de santé (ARS) et conseil généraux (CG), dans une dynamique de déploiement de la bientraitance au sein des Ehpad, en leur permettant de :

- réfléchir en équipe sur les éléments contributifs à une politique de bientraitance en établissement ;
- réaliser un diagnostic des difficultés inhérentes au déploiement de la bientraitance ;
- réaliser un diagnostic en équipe des actions déjà mises en œuvre ;
- identifier les actions possibles à déployer.

Cet outil doit permettre à chaque établissement de se positionner périodiquement sur quelques éléments-clé favorisant la qualité de vie, le respect des personnes et la prévention des risques de maltraitance en Ehpad.

Le **second objectif** est de réaliser, au niveau national, un état des lieux des pratiques de bien-traitance au sein des Ehpad à partir d'une exploitation faite par l'Anesm des résultats de ce questionnaire d'auto-évaluation.

Ce bilan doit permettre de mesurer régulièrement les avancées réalisées par les établissements (entre 2009 et 2010) et constitue à ce titre un point d'appui pour accompagner les évolutions nécessaires dans le secteur, tant au niveau national que régional.

Ce questionnaire s'inscrit en complémentarité d'outils existants tels que les différentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles applicables aux Ehpad (voir annexe 5.2).

Il ne saurait toutefois être à lui seul assimilé à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées, à laquelle les Ehpad sont tenus en application des dispositions de l'article L312-8 du code de l'Action sociale et des familles (CASF).

### L'élaboration du questionnaire

Le questionnaire de l'enquête 2010 reprend essentiellement les domaines déjà proposés lors de l'enquête 2009. Il a été révisé, ainsi que son guide de remplissage, par un groupe de travail piloté par l'Anesm, identique à celui sollicité pour élaborer le questionnaire d'autoévaluation de 2009. Des professionnels intervenant en Ehpad (médecins coordonnateurs, infirmière diplômée d'Etat (IDE), psychologues, animateurs), des usagers ou leurs représentants, et des experts composaient ce groupe (voir annexe 5.1).

L'exploitation de l'enquête 2009 avait permis de mettre en exergue les items les plus difficiles à appréhender par les professionnels ainsi que les problèmes relatifs aux différentes modalités de réponse. La révision de ce questionnaire a été focalisée sur l'optimisation de la compréhension et de la lisibilité des différents items. Une comparabilité entre ces deux enquêtes est ainsi rendue possible.

Le questionnaire 2010 et son guide ont fait l'objet d'un test de faisabilité auprès d'un échantillon de 6 Ehpad volontaires. Il a été conçu pour être rempli par une équipe comprenant notamment le directeur de l'établissement, le médecin coordonnateur, un ou plusieurs soignants, d'autres professionnels de l'établissement et le président du conseil de la vie sociale.

## Un questionnaire qui s'inscrit dans la démarche d'évaluation interne

L'évaluation en Ehpad fait l'objet, depuis plusieurs années tant au niveau international que national, de travaux relatifs aux critères et indicateurs permettant de mesurer la qualité de l'accompagnement. Trois grandes catégories d'indicateurs qualité sont communément identifiées :

- des indicateurs de structure (aspects structurels concernant les ressources humaines et matérielles, conformité à un cadre réglementaire, à des références professionnelles et à des références internes) ;
- des indicateurs de processus (organisation, articulation, niveau de mise en œuvre) ;
- des indicateurs de résultats (effets sur les usagers).

Ce questionnaire constitue une sélection de domaines. Il ne présente pas une revue exhaustive des conditions de vie et pratiques d'accompagnement en Ehpad mais il est volontairement focalisé sur quelques aspects fondamentaux, conditions et facteurs organisationnels principaux de déploiement des activités qui soutiennent un accompagnement de qualité. Il propose des questions couvrant pour l'essentiel des aspects de structure et de processus. **Il ne comporte en revanche aucun indicateur de résultats.**

Ont été privilégiées des questions portant sur les aspects suivants : modalités de l'évaluation initiale des besoins et des attentes de la personne, de la mise en œuvre du projet personnalisé, de la prévention et de la gestion des risques, du déploiement effectif des modes d'expression collective et individuelle, du système d'information (transmissions, documentation), de la mise en synergie des ressources internes et externes.

Cet outil fournit ainsi une première base de réflexion collective sur quelques pratiques déterminantes, qui favorisent ou freinent le déploiement de la bienveillance dans les accompagnements au quotidien. **La version 2010 du questionnaire d'autoévaluation des pratiques de bienveillance porte plus particulièrement sur les dimensions suivantes :**

- pertinence et conditions d'évaluation des besoins et attentes des personnes accueillies, en vue d'un accompagnement personnalisé et global ;
- adéquation des compétences professionnelles aux profils des populations accueillies ;
- déploiement d'un accompagnement fondé sur l'anticipation et la prévention ;
- effectivité des droits des personnes accueillies.

Ce questionnaire est l'un des outils qui contribue à la démarche d'évaluation interne et à l'amélioration des pratiques.

---

## 1.2 Les modalités d'enquête

---

### La passation

Le mode de passation du questionnaire 2010 diffère de celui de 2009 : le support papier a fait place à une complétion en ligne via l'outil informatique CINODE coordonné au niveau régional par chaque ARS, en lien avec la direction générale de la Cohésion sociale (DGCS). (Cf. circulaire n°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010/annexe 3-visa CNP 2010-146)

Au sein de chaque ARS, un responsable de campagne a été désigné afin :

- d'actualiser les données de l'annuaire Finess ;
- d'informer les établissements ;
- d'effectuer les relances nécessaires auprès des établissements concernés ;
- de vérifier les données récoltées ;
- de faire remonter les questions des structures vers l'administration centrale.

Les établissements concernés sont ceux ayant signé une convention tripartite, que ce soit des maisons de retraite (catégorie Finess 200) ou des logements foyers (catégorie Finess 202). Ils ont été destinataires d'un lien d'accès informatique vers le questionnaire, envoyé par le responsable de campagne. Le guide de remplissage de ce questionnaire était disponible sur le site de l'Anesm.

Une fois les questionnaires renseignés, la DGCS a constitué une base de données et l'a transférée à l'Anesm pour exploitation.

### Le calendrier

- Août 2010 à fin décembre 2010 : désignation de correspondants régionaux
- Du 20 septembre 2010 à début 2011: vérification des extractions de l'annuaire Finess avec notamment une validation des adresses électroniques
- 9 novembre 2010 jusqu'au 3 mars 2011 : information auprès des Ehpad puis diffusion du lien d'accès informatique vers le questionnaire
- 9 novembre 2010 jusqu'au 31 mars 2011 : récolte des données
- 31 mars 2011 : clôture de l'enquête

La collecte des données a été marquée par une forte hétérogénéité interrégionale. La durée de passation s'étend de moins d'un mois à plus de quatre mois, pour une durée moyenne de passation par établissement de 86 jours, c'est-à-dire la période écoulée entre la diffusion du lien informatique et la clôture de l'enquête.

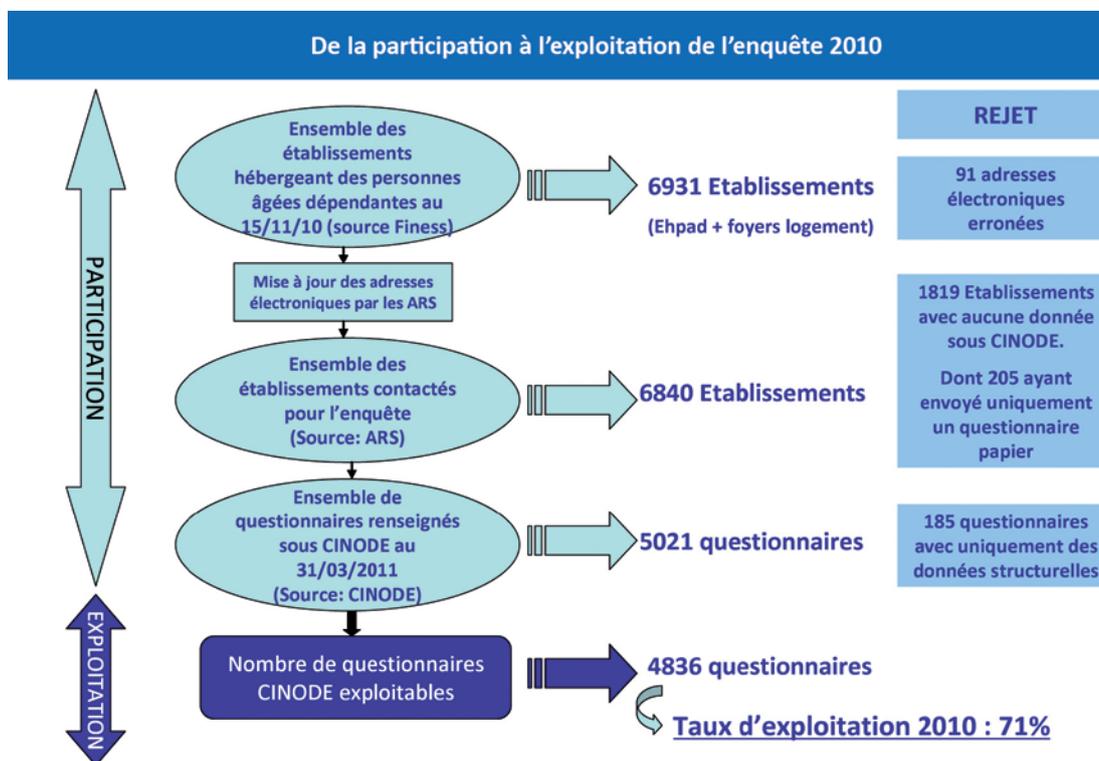
La majorité des établissements, soit 87%, ont répondu après le 01/01/2011. La date médiane pour l'ensemble des régions se situe au 03/02/2011.

## 2. Les résultats de l'enquête

### 2.1 De la participation à l'exploitation

#### La participation

Schéma récapitulatif de la procédure d'enquête :



La diffusion complexe de l'enquête 2010 impose de différencier la participation des établissements de l'exploitation des données.

Retenir uniquement l'enregistrement des données sous le logiciel CINODE en tant que questionnaires « valides » (totalement ou partiellement renseignés) ne permet pas de définir la participation à cette enquête. En conséquence, la participation des établissements s'étend aux retours en format papier, non recensés sous CINODE.

La participation des établissements est comptabilisée selon le modèle suivant :

<b>Base Finess (1): Ensemble des Ehpads au 15/10/10</b>	<b>6 931</b>	
<b>Base d'enquête (2) : Ensemble des établissements contactés par les ARS (=A)</b>	<b>6840</b>	<i>Dont 227 établissements de la Basse-Normandie contactés autrement que par CINODE</i>
<b>Nombre de questionnaires retournés sous CINODE (3)</b>	<b>5818</b>	
<b>Nombre de questionnaires avec au moins 1 réponse sous CINODE (=B) (4)</b>	<b>5021</b>	
<i>Dont retours papier (donnée approximative) (=E) (5)</i>	<i>3281</i>	<i>soit 65% (E/B)</i>
<b>Nombre d'établissements dont le questionnaire a été retourné <u>uniquement</u> sur papier (=C)</b>	<b>205</b>	
<b>Total des établissements participants (=D)</b>	<b>5 226 (B+C)</b>	<b>Soit un taux de participation de 76% ((D/A)*100)</b>

<sup>1</sup> La base Finess est constituée des maisons de retraites (catégorie 200) et les logements foyers (catégorie 202)

<sup>2</sup> La base d'enquête correspond à la base Finess après rectification auprès des ARS : adresses erronées, établissements fermés, ajout de nouveaux établissements.

<sup>3</sup> Ce nombre comprend les questionnaires r enregistrés sous CINODE.

<sup>4</sup> Ce nombre de questionnaires a été obtenu en ôtant 797 questionnaires n'ayant aucune donnée renseignée sous CINODE.

<sup>5</sup> Pourcentage calculé sur 13 régions soit 62% des établissements de la base d'enquête.

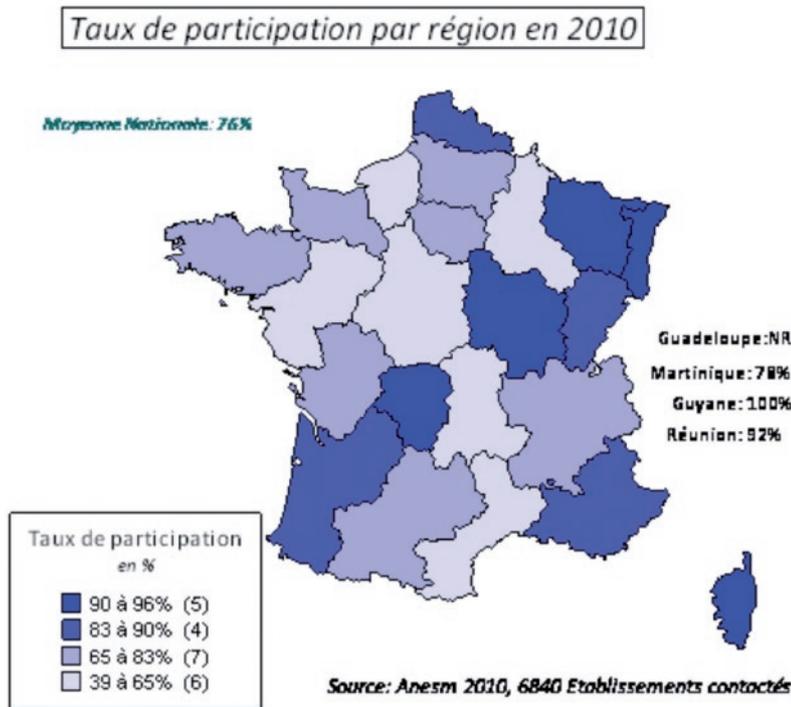
Malgré une procédure d'enquête contraignante et complexe en 2010, le taux de participation national – 76% – traduit une forte mobilisation des équipes.

## L'exploitation

Pour l'exploitation, chaque questionnaire a été compté comme une unité. Il n'y a pas eu de redressement de l'échantillon.

Sur 6840 établissements contactés par les ARS, 4836 ont retourné un questionnaire exploitable, soit **un taux d'exploitation de 71%**. Les questionnaires comportant uniquement des variables structurelles ont été exclus (soit 185 questionnaires) ainsi que les questionnaires uniques pour plusieurs Ehpads gérés par la même entité juridique. Ce cas a été rencontré principalement pour les Ehpads gérés par un centre hospitalier.

## Répartition régionale du taux de participation 2010



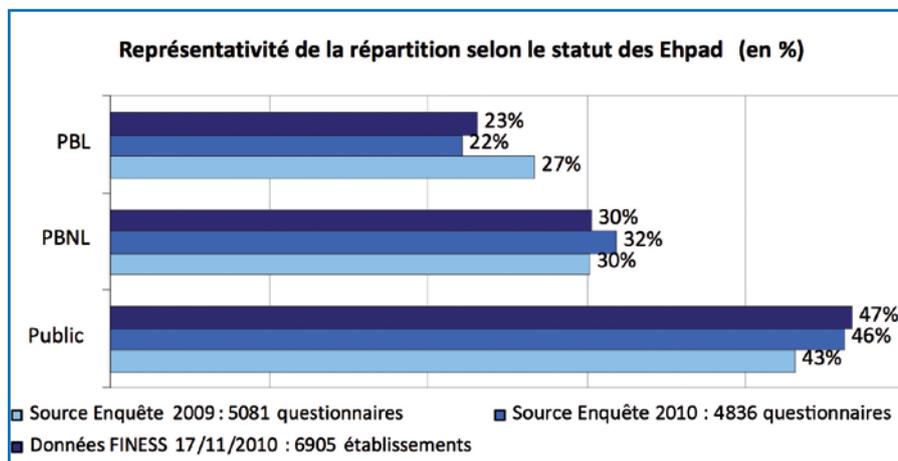
En 2010, le taux de participation régional est hétérogène : il oscille entre 39% pour la région Champagne-Ardenne et 96% pour le Limousin.

En 2009, le taux de participation national était de 76% soit 5148 questionnaires reçus pour 6795 établissements concernés. Au niveau régional, la région Champagne-Ardenne connaissait déjà le taux de participation le plus faible (61%) et le Limousin, le plus élevé (93%).

## Représentativité de l'enquête

En 2010, les établissements dont les réponses ont été analysées ont une répartition par statut très proche de celle de l'annuaire Finess au 15/11/2010.

Les données recueillies ne sont donc pas, au plan statistique, entachées d'un risque de biais qui résulterait d'une catégorie d'établissements sous ou sur-représentée.



---

## 2.2 Données structurelles nationales déclarées

---

### Les principales caractéristiques des établissements ayant répondu

En 2010, les établissements ayant répondu à l'enquête ont une **capacité d'accueil** moyenne de 86 places autorisées.

37,5% des établissements déclarent posséder des places d'accueil temporaire (AT) et 24% un accueil de jour (AJ). Concernant l'accueil de jour, il s'agit le plus souvent de petites unités avec en moyenne 6,1 places. Le taux d'occupation moyen s'élève à 85%. Il s'agit ici de centres d'accueil de jour liés à des établissements d'hébergement.

**L'âge moyen** des résidents en Ehpad est de 85,2 ans. Il s'agit d'une population présentant une altération fonctionnelle importante traduite par un GMP à 686 (vs 671 en 2009). La proportion de résidents déclarés atteints de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées est de 45%.

En 2010, 2,1% des postes sont budgétés sans être pourvus.

Le conseil de vie sociale est installé dans plus de 9 établissements sur 10 et se réunit en moyenne presque 3 fois par an, minimum légal fixé par l'article D315-16 du code de l'Action sociale et des familles.

Dans son enquête « MAUVE <sup>1</sup> » sur échantillon redressé, la CNSA obtient une taille moyenne des unités d'AJ de 5,6 places. Les centres spécialisés en AJ offrent généralement plus de places que les établissements d'hébergement. Les capacités installées des centres d'accueil de jour varient de 2 à 24 places (13 en moyenne).

Les capacités installées en hébergement temporaire sont de 4 places en moyenne, avec une offre plus importante du côté des établissements spécialisés dans ce domaine.

<sup>1</sup> CNSA, DREES. Activité des accueils de jour et hébergements temporaires en 2008. Résultats de l'enquête dite « Enquête MAUVE » - octobre-décembre 2009. Paris : CNSA, 2010.

Tableau 1 : Caractéristiques des établissements (données moyennes)

Données structurelles	2010		2009 (données comparables à 2010)	
	Répondants	Moyenne	Répondants	Moyenne
Nombre de places autorisées (sur la dernière autorisation en cours)	4558	86	5024	82
Pour les établissements avec accueil temporaire, nombre de places autorisées (sur la dernière autorisation en cours)	1712	4,1		
Pour les établissements avec accueil de jour, nombre de places autorisées (sur la dernière autorisation en cours)	1085	6,1		
Nombre total de personnes accueillies (effectif présent à la date de l'enquête)	4427	83		
Pour les établissements avec accueil temporaire, nombre de personnes accueillies (effectif présent à la date de l'enquête)	1614	2,8		
Pour les établissements avec accueil de jour, nombre de personnes accueillies (effectif présent à la date de l'enquête)	1023	5,2		
Age moyen des personnes accueillies (hors AT et AJ)	4418	85,2	4902	85,0
Nombre de personnes accueillies atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (effectif présent à la date de l'enquête)	3903	38		
% de personnes accueillies atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées	3826	45%	4876	44%
Si unités Alzheimer, % de résidents accueillis	1721	23%	1645	24%
GMP	4535	686	4937	671
PMP	3209	177		
Nombre de résidents en PASA	131	15		
Nombre de résidents en UHR	40	15		
Effectif budgété autorisé, en ETP (budget 2009)	4385	50		
Effectif présent, en ETP (au 31/12/2009)	4316	50	4910	47
% de postes budgétés et non pourvus	4294	2,1%	4176	1,7%
Effectif ayant quitté définitivement l'établissement, en ETP (en 2009)	3683	4,6		
Nombre de membre du cvs	4121	10		
Nombre de réunions du CVS	4210	2,6		

Tableau 2 : Caractéristiques des établissements par statut juridique (données moyennes)

Données structurelles	Public		Privé à but non lucratif		Privé à but lucratif	
	Répondants	Moyenne	Répondants	Moyenne	Répondants	Moyenne
Nombre de places autorisées (sur la dernière autorisation en cours)	2060	100	1447	75	1013	73
Pour les établissements avec accueil temporaire, nombre de places autorisées (sur la dernière autorisation en cours)	759	3,6	611	4,2	330	5,4
Pour les établissements avec accueil de jour, nombre de places autorisées (sur la dernière autorisation en cours)	523	6,3	349	5,9	209	6,2
Nombre total de personnes accueillies (effectif présent à la date de l'enquête)	1991	97	1418	73	980	68
Pour les établissements avec accueil temporaire, nombre de personnes accueillies (effectif présent à la date de l'enquête)	712	2,2	581	3,3	311	3,3
Pour les établissements avec accueil de jour, nombre de personnes accueillies (effectif présent à la date de l'enquête)	494	5,6	333	5,5	193	3,6
Age moyen des personnes accueillies (hors AT et AJ)	2017	84,6	1393	85,6	972	86,1
Nombre de personnes accueillies atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (effectif présent à la date de l'enquête)	1740	43	1249	32	883	37
% de personnes accueillies atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées	1699	43%	1231	43%	866	53%
Si unités Alzheimer, % de résidents accueillis	689	19%	550	24%	459	28%
GMP	2070	688	1432	661	996	719
PMP	1469	177	991	175	721	178
Nombre de résidents en PASA	65	15	42	15	23	15
Nombre de résidents en UHR	20	14	7	16	12	17
Effectif budgeté autorisé, en ETP (budget 2009)	2025	61	1389	40	922	37
Effectif présent, en ETP (au 31/12/2009)	1973	62	1370	40	925	38
% de postes budgetés et non pourvus	1988	1,8%	1357	2,3%	902	2,3%
Effectif ayant quitté définitivement l'établissement, en ETP (en 2009)	1725	4,9	1159	3,6	758	5,5
Nombre de membre du cvs	1853	11	1299	11	904	8
Nombre de réunions du CVS	1901	2,3	1320	2,8	925	2,7

Les établissements publics ont une capacité plus élevée en moyenne que les structures privées. L'âge moyen y apparaît légèrement moins élevé et le nombre moyen de personnes déclarées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées y est inférieur. Cependant le recueil de cette donnée repose sur la déclaration de l'établissement et non sur une étude épidémiologique appuyée sur des diagnostics systématiques.

**Le taux global d'occupation des places est de 96%.** Les places des Ehpad de statut privé lucratif sont occupées à hauteur de 93%, tandis que celles des Ehpad de statut public ou privé non lucratif sont occupées à 97%. Des résultats identiques étaient retrouvés dans l'enquête sur l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 de la Drees N° 689 (mai 2009).

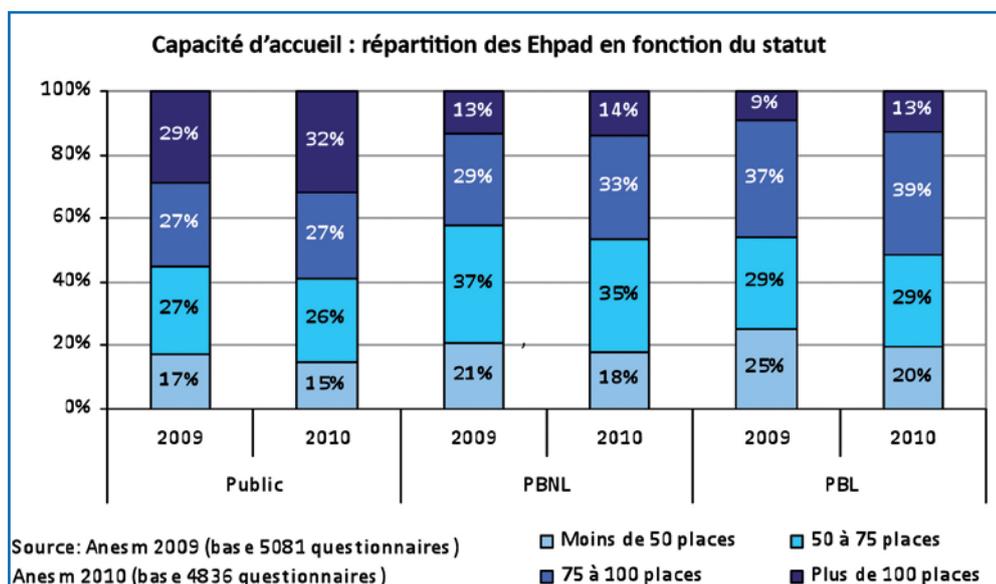
## Le nombre de places autorisées

Une forte majorité (61%) d'établissements offre une capacité moyenne de 50 à 100 places.

Par rapport à 2009, la proportion des établissements ayant une capacité de plus de 100 places a augmenté. Ceci est à mettre en relation avec la transformation en Ehpad des services hospitaliers de soins de longue durée, traditionnellement de capacité d'accueil élevée. Cette transformation a débuté en 2007 et s'est étendue jusqu'en 2010.

Les établissements publics ont fréquemment une plus grande capacité d'accueil (capacité moyenne de 100 places). Ce constat était déjà fait dans l'enquête de la Drees citée ci-dessus.

Les capacités moyennes des structures en accueil temporaire et accueil de jour sont également plus élevées dans les établissements publics.

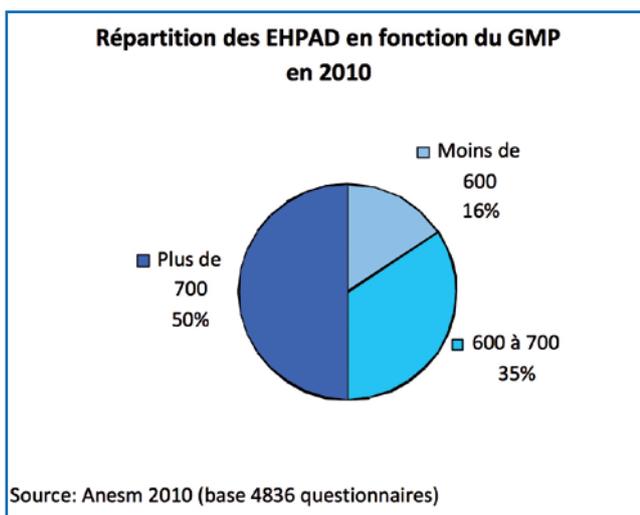


## Le GMP et le PMP

### a) Le GMP

Le GMP (GIR moyen pondéré) est le niveau moyen de dépendance des pensionnaires d'un établissement. La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique et psychique dans l'accomplissement des actes quotidiens de la personne. Elle regroupe les personnes âgées en 6 groupes Iso-Ressources ou GIR. Chaque GIR correspond à un certain nombre de points. Le GIR 1 regroupe les personnes totalement dépendantes et correspond au maximum de 1000 points.

Le GMP, GIR moyen pondéré, s'obtient en divisant le total des points GIR de la population d'un établissement par le nombre de personnes hébergées. Plus il est élevé, plus le niveau de dépendance dans l'établissement est important.



En 2010, le GMP moyen est de 686. La proportion d'établissements dont le GMP est supérieur à 700 est en nette augmentation : 42% en 2009, 50% en 2010. La proportion d'établissements avec un GMP inférieur à 600 est en baisse passant de 21% en 2009 à 16% en 2010. Ce constat est à rapprocher de la transformation, initiée en 2007, des établissements et services sanitaires de soins de longue durée en Ehpad.

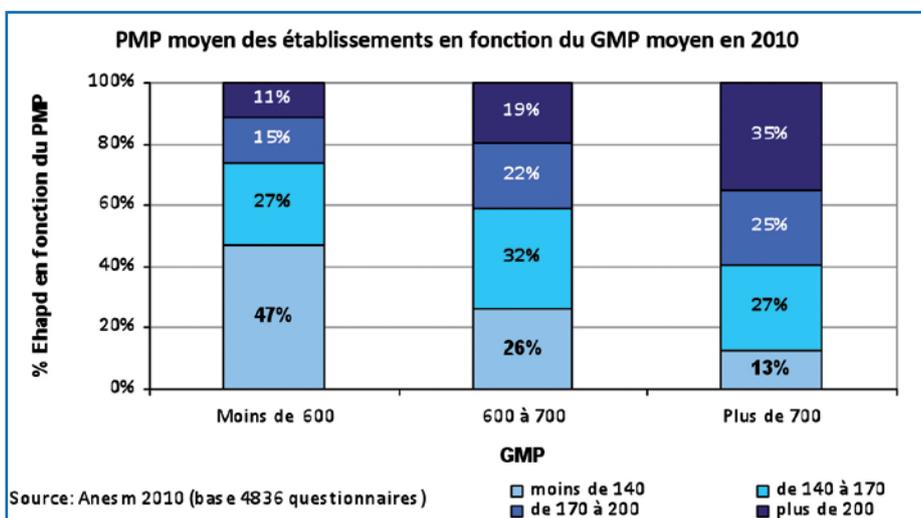
### b) Le PMP

Le Pathos moyen pondéré ou PMP (comparable au Gir moyen pondéré du modèle AGGIR) globalise les huit types de ressources à mobiliser en un indicateur unique. Il constitue un indicateur global de charge en soins requis pour la prise en charge des polyopathologies d'une population donnée.

En 2010, le PMP moyen est de 177, soit un niveau global de charge en soins relativement élevé.

La CNSA<sup>2</sup> indiquait le 12 avril dernier que les Ehpads affichaient un PMP moyen en 2010 de 180 points.

Si le GMP ne suit pas directement le PMP, il est cependant fortement lié à celui-ci. En effet, près de la moitié (47%) des établissements à faible GMP ont un PMP inférieur à 140. Parmi les établissements ayant un GMP supérieur à 700, seulement 13% ont un PMP inférieur à 140.

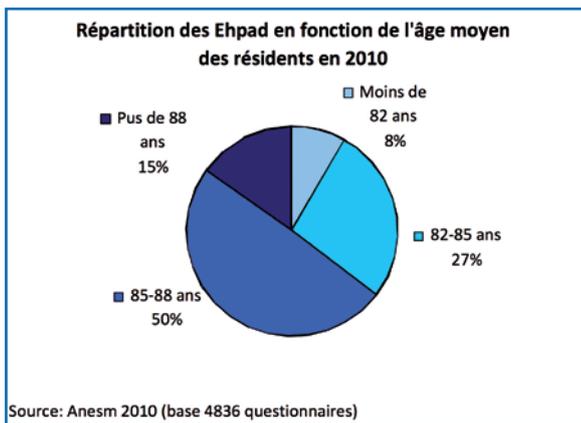


Les établissements disposant d'une unité Alzheimer ont un PMP légèrement supérieur à ceux n'en disposant pas, soit 179 contre 175 : la différence n'est donc pas significative.

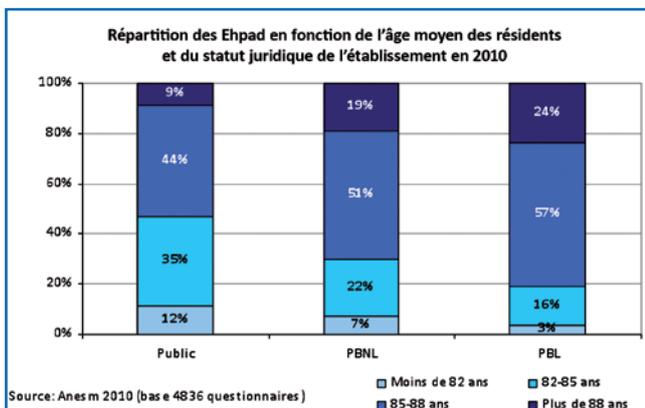
<sup>2</sup> Communiqué de presse : Conseil de la CNSA du 12 avril 2011

## L'âge des résidents

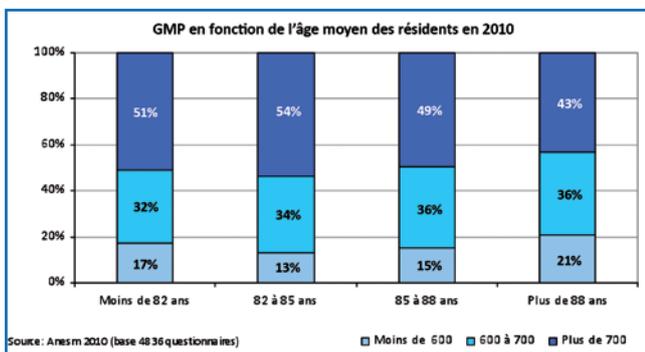
L'âge moyen dans les établissements est en 2010 de 85,2 ans versus 85 ans en 2009 (il était de 84,75 ans en 2007 dans l'enquête EHPA de la Drees). En 2009, la répartition par tranche d'âge était de 8% pour les plus de 88 ans, 42% pour les 85-88 ans, 35% pour les 82-85 ans, 14% pour les moins de 82 ans.



La tranche des plus de 85 ans progresse ainsi fortement puisqu'elle représente 50% en 2009 et 65% en 2010. Avec l'analyse par statut juridique, on observe que l'âge moyen des résidents est plus élevé dans les établissements privés à but lucratif, comme en 2009.



Les résidents les plus âgés ne sont pas automatiquement les plus dépendants. En effet, dans les classes d'âge les plus élevées (supérieures à 85 ans), la proportion de GMP supérieur à 700 diminue. L'âge ne saurait donc traduire à lui seul le degré de dépendance de la personne hébergée.



## Les intervenants des établissements

### a) Les effectifs salariés en équivalent temps plein (ETP)

Le taux d'encadrement global, défini comme le nombre d'emplois directs en équivalent temps plein (toutes fonctions confondues) pour une place, s'élève en moyenne à 0.58 pour l'ensemble du secteur. L'enquête de la Drees relative à l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 notait des ratios en Ehpad à 0.57<sup>3</sup>.

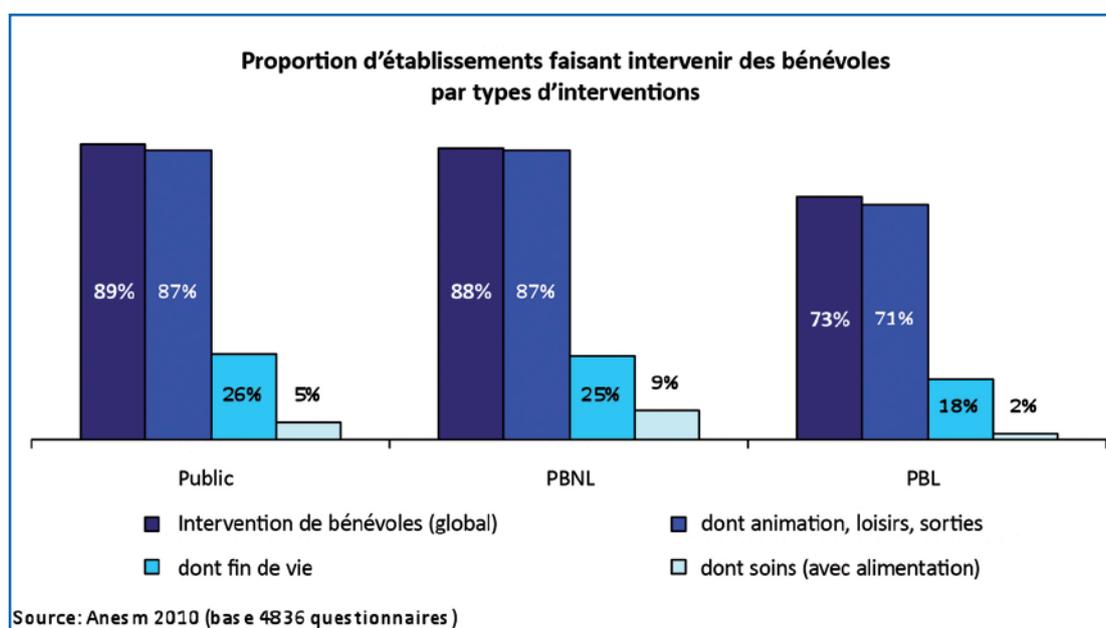
<sup>3</sup>PREVOT, J., DREES. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *Etudes et résultats*, 2009, n° 689.

Les ratios d'encadrement apparaissent directement liés à la charge en soins (PMP) et aux besoins liés à l'altération fonctionnelle de la population hébergée (GMP).

### b) Les bénévoles

L'intervention de bénévoles est une pratique générale dans les établissements. Elle est plus fréquente dans les établissements de grande capacité : 77% de bénévoles interviennent au sein des établissements de moins de 50 places et 94% dans les établissements de plus de 100 places.

Leur intervention porte surtout sur l'animation, et dans une moindre proportion, sur l'accompagnement de la fin de vie.



## La prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées

### a) Le nombre de personnes déclarées atteintes par la maladie d'Alzheimer par rapport au statut de l'établissement

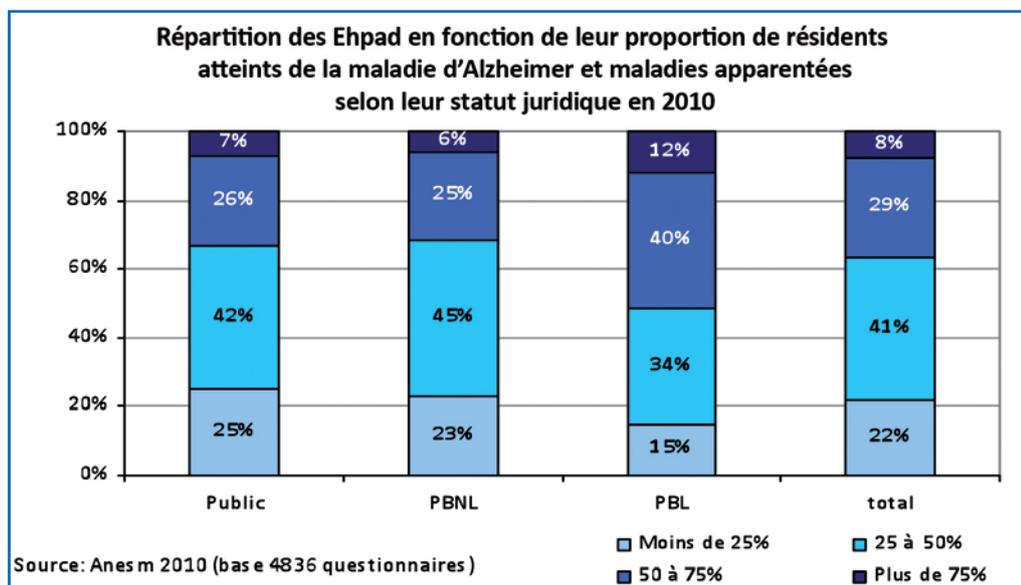
En 2010, la proportion déclarée de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées est de 45% (le nombre total moyen de résidents accueillis au sein de ces établissements est de 83). Cette donnée est stable par rapport à 2009 (44%).

Dans son enquête 2010, la fondation Médéric Alzheimer estimait la proportion de personnes atteintes de troubles cognitifs modérés ou sévères (diagnostiqués ou non) sur l'ensemble des établissements interrogés à 41% des résidents. Cette différence peut s'expliquer par une représentation plus élevée des logements-foyers, où la fréquence de ce type de troubles est plus faible (moins de 6% dans l'enquête Médéric)<sup>4</sup>.

L'enquête REHPA mise en œuvre en 2007 conclut, quant à elle, que le diagnostic de démence est d'environ 44%. Les démences sont, pour moitié, considérées comme très graves ce qui, selon les auteurs, confirme que l'entrée en institution se fait au moment où la pathologie s'aggrave<sup>5</sup>.

<sup>4</sup>Fondation Médéric Alzheimer. État des lieux 2010 des dispositifs d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer : une offre plus large et plus spécifique. La Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, janvier 2011, n°18

<sup>5</sup>ROLLAND, Y., *et al.* Description des résidents d'EHPA : données de l'enquête menée par le REHPA (Recherche en établissements d'hébergement pour personnes âgées). *Les Cahiers de l'année gérontologique*, 2009, n°1, pp.35-41.



22% de l'ensemble des structures accueillent moins de 25% de résidents présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée ; 8% des établissements accueillent plus de 75% de personnes atteintes de ces pathologies.

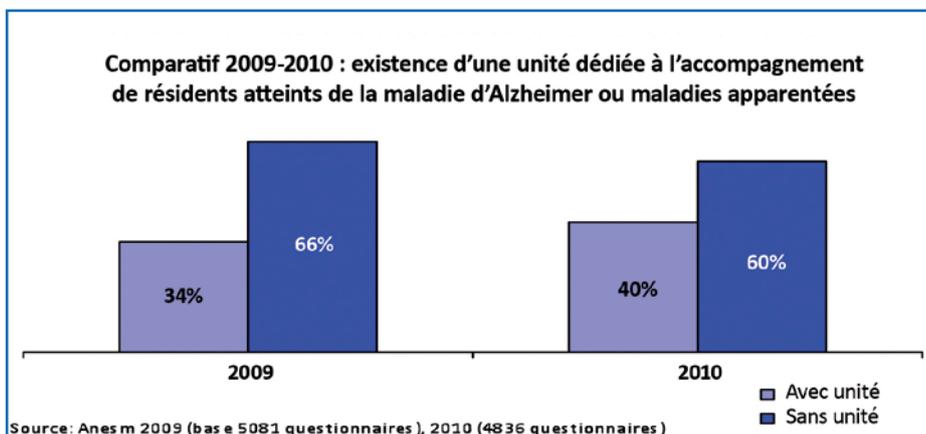
Dans les structures privées à but lucratif, on retrouve, comme en 2009, une plus grande proportion de résidents déclarés atteints de cette maladie. En 2009, 46% des établissements ont plus de 50% des résidents atteints de ces maladies versus 52% en 2010.

Si la proportion de résidents déclarés atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées est plus élevée dans les établissements privés à but lucratif que dans les autres, en revanche en termes d'effectifs, ce sont les établissements publics qui hébergent davantage de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

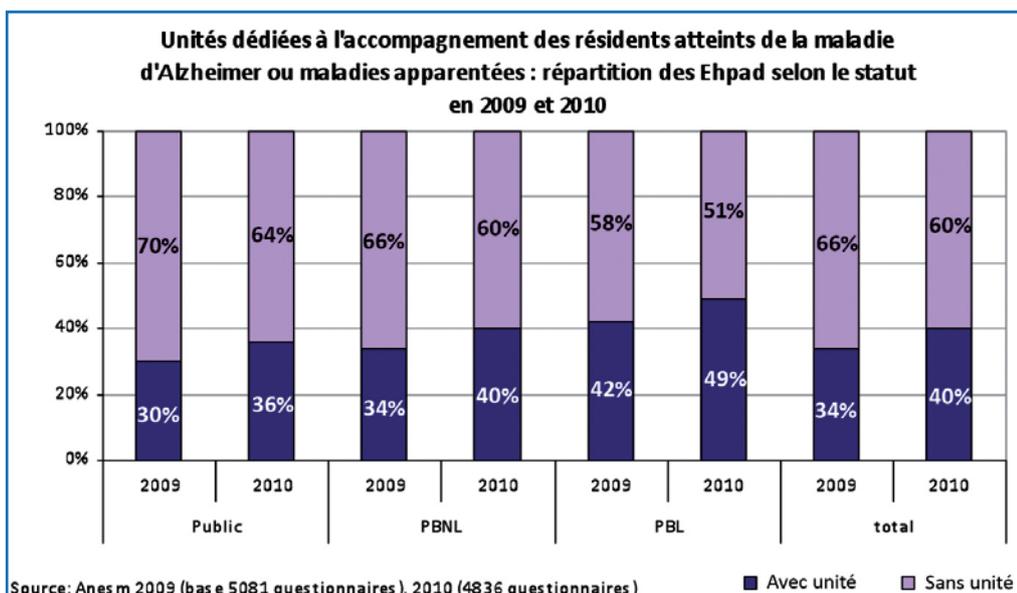
<sup>6</sup> Les unités spécifiques Alzheimer s'adressent aux patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou syndrome apparenté documenté, compliqué(e) de symptômes psycho-comportementaux dont la sévérité et/ou la persistance compromettent la qualité de vie du patient et sa sécurité, et ne sont pas compatibles avec son maintien dans l'unité traditionnelle de l'Ehpad.

**b) Les unités dédiées<sup>6</sup> aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ; pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) et unité de soins renforcés (UHR).**

La proportion d'unités dédiées à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées est en forte augmentation (40% vs 34% en 2009).

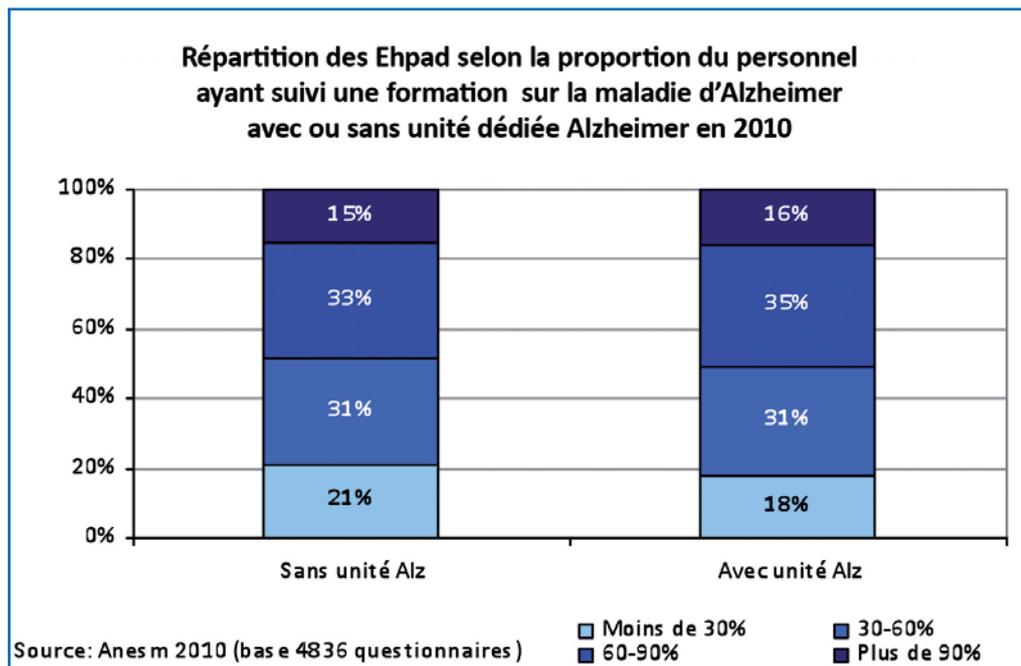


En dehors des structures spécifiques en cours de déploiement, que sont les PASA et les UHR, 49% des établissements privés à but lucratif disposent d'une unité dédiée pour les résidents souffrant de troubles cognitifs pathologiques. Ce taux passe à 40% dans les établissements privés à but non lucratif et à 36% dans les établissements publics. Cette tendance était déjà observée en 2009, puisque l'on retrouvait une proportion de 42% pour les établissements privés à but lucratif, 34% pour les établissements privés à but non lucratif et 30% pour le public.



**c) Formation des professionnels à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées**

Compte tenu de la forte spécificité liée à l'accueil de personnes souffrant de troubles cognitifs pathologiques, la formation des personnels est un élément clé de la bientraitance dans les établissements. Un sur deux déclare que plus de 60% de son personnel est formé. La présence d'une unité spécifique n'implique pourtant pas de modification significative des ratios de personnel formé.



En conclusion, le profil « type » des établissements répondants en 2010 est le suivant :

- un établissement de 50-100 places, soit 86 places en moyenne ;
- un âge moyen des résidents de 85,2 ans ;
- un GMP déclaré élevé, en augmentation par rapport à 2009 ;
- une proportion de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées déclarée de 45% ;
- peu d'évolutions structurelles entre 2009 et 2010 mais la persistance de fortes disparités selon les statuts des établissements.

# 3. Les pratiques professionnelles concourant à la bientraitance

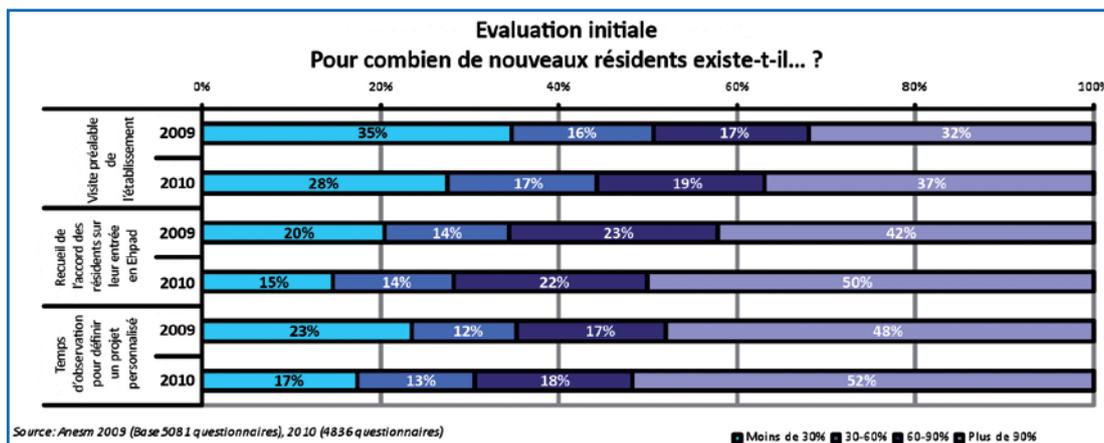
## 3.1. L'évaluation initiale en 2010

Dans le cadre de l'entrée en institution, **l'évaluation initiale** se pose comme un préalable nécessaire à la bonne prise en charge des besoins et des attentes des futurs résidents. Cette évaluation initiale fait l'objet de deux recommandations émises par l'Agence. Elle permet la préparation du contrat de séjour et du projet personnalisé tout en ayant démontré son apport sur la future vie du résident. Cette évaluation recouvre deux processus : le premier est relatif à la programmation du séjour (visite, etc.) le second est dédié à l'élaboration du projet personnalisé.

Règles de lecture et vocabulaire :

Par exemple, 37% des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes déclarent que plus de 90% des résidents visitent préalablement la structure. On parlera alors de 37% de répondant qui déclarent avoir systématisé le fait de faire visiter leur établissement aux futurs résidents. Le terme « systématisé » ou « systématiquement » désigne le pourcentage de répondants déclarant une proportion de plus de 90% des résidents.

De même, le terme « fréquemment » sera utilisé pour désigner le cumul des modalités « 60-90% » et « plus de 90% ». On parlera alors de 56% (19% et 37%) d'établissements réalisant fréquemment une visite préalable de l'établissement.



Règles de lecture et vocabulaire :

Par exemple, 37% des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes déclarent que plus de 90% des résidents visitent préalablement la structure. On parlera alors de 37% de répondant qui déclarent avoir systématisé le fait de faire visiter leur établissement aux futurs résidents. Le terme « systématisé » ou « systématiquement » désigne le pourcentage de répondants déclarant une proportion de plus de 90% des résidents.

De même, le terme « fréquemment » sera utilisé pour désigner le cumul des modalités « 60-90% » et « plus de 90% ». On parlera alors de 56% (19% et 37%) d'établissements réalisant fréquemment une visite préalable de l'établissement.

## Le processus d'admission

La phase de l'accueil qui a fait l'objet de recommandations de l'Anesm, est conçue pour n'accroître ni la vulnérabilité, ni la dépendance. Il est à cet effet recommandé que le moment de la rencontre entre l'usager (et ses proches, le cas échéant) et la structure soit le moment d'un travail particulier de prise en compte de sa situation.

Largement décrit dans la littérature comme facteur qualitatif ayant un impact sur le devenir (morbidité, mortalité) du résident et sa qualité de vie, il se compose des pratiques que l'on retrouve dans le tableau ci-dessus qui compare l'évolution des réponses de 2009 à 2010.

En 2010, la visite préalable de l'établissement est systématisée par 37% des répondants. 50% des répondants recherchent systématiquement le recueil de l'accord des résidents sur leur entrée en Ehpad. La moitié des répondants (52%) a systématisé un temps d'observation pour définir un projet personnalisé.

Dans son enquête, la fondation Médéric Alzheimer observait une recherche systématisée de l'« assentiment » de la personne au moment de l'admission dans 60% des Ehpad.<sup>7</sup>

Globalement, cette recherche systématique progresse dans le processus d'admission en 2010 par rapport à 2009, signe que les pratiques recommandées par l'Anesm sont plus fréquemment prises en compte.

Corrélativement, on observe que ces pratiques sont diversifiées lorsque le GMP s'écarte de la moyenne nationale.

65% des établissements dont le GMP est inférieur à 600 et 45% des établissements dont le GMP est supérieur à 700 recueillent systématiquement l'accord des résidents.

De même, les visites préalables sont plus fréquentes dans les établissements dont le GMP est inférieur à 600 (55% des répondants), que dans ceux avec un GMP élevé (31%).

Ces données sont à rapprocher de l'enquête sur la vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> Fondation Médéric Alzheimer. Respect des droits des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD. 1<sup>ère</sup> partie. *La Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, octobre 2009, n° 11.

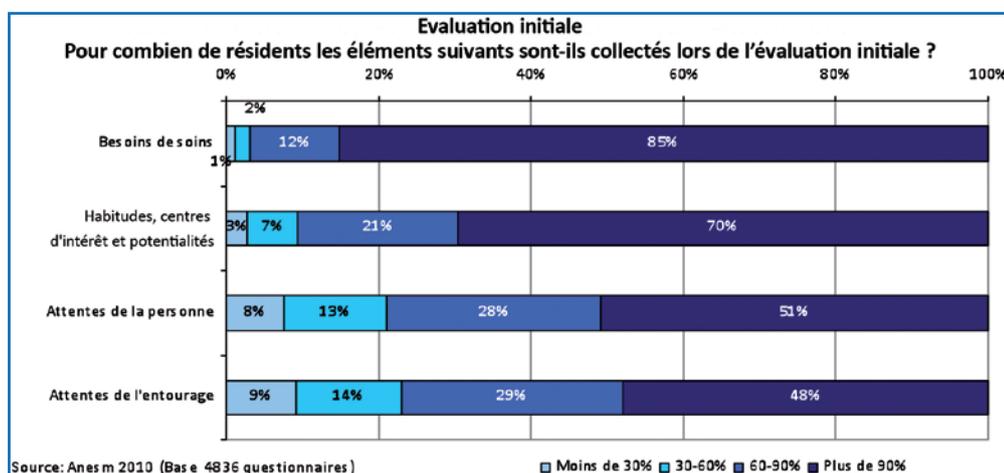
<sup>8</sup> DREES. La vie en EHPAD du point de vue des résidents et de leurs proches. *Dossiers solidarité et santé*, 2011, n° 18, 75 p.

## L'évaluation initiale des besoins de la personne et de son entourage

La seconde partie du processus d'évaluation passe par le recueil et la prise en compte des besoins et attentes de la personne. Cette étape est un facteur qualitatif du projet ultérieurement mis en œuvre.

85% des établissements évaluent systématiquement les besoins de soins des résidents. Les habitudes, les centres d'intérêts et potentialités ne sont recueillis systématiquement que par 70% des établissements.

En revanche, **un établissement sur deux seulement recueille systématiquement les attentes de la personne et de son entourage.**



Ces résultats confirment la focalisation de la phase d'évaluation initiale sur les besoins en soins. Le recueil des habitudes, les attentes de la personne et de l'entourage le sont de façon moins systématique. L'amélioration des données par rapport à 2009 traduit cependant **une évolution significative**, puisque l'évaluation systématique des habitudes passe de 59% des répondants en 2009 à 70% en 2010.

Amélioration aussi dans la prise en compte des attentes de la personne lors de son évaluation initiale : 43% en 2009, 51% en 2010. Le constat est identique concernant le recueil des attentes de l'entourage : 48% en 2010 contre 40% en 2009.

**L'existence d'une unité dédiée au sein d'un Ehpad améliore les pratiques d'évaluation initiale :**

- les attentes de l'entourage sont recueillies systématiquement dans 51% des établissements ayant une unité dédiée contre 46% dans les établissements n'en disposant pas.
- le fait de disposer d'une unité dédiée est un élément bénéfique pour la qualité de prise en charge initiale, confirmant les données déjà observées en 2009.

Il est vraisemblable que l'existence d'une unité spécifique, de par les questionnements qu'elle a suscités pour les équipes et les formations spécifiques qui y sont rattachées, permet de généraliser les pratiques recommandées en matière d'évaluation initiale.

L'évaluation des risques psychologiques et des attentes de l'entourage est une pratique dont la déclaration est significativement plus importante dans les établissements à but lucratif (+ 15 points).

Les établissements privés (lucratifs ou non) déclarent recueillir les attentes de la personne de façon significativement plus importante que les établissements publics.

**En 2010, l'évaluation des risques de troubles psychologiques ou comportementaux, dont le risque suicidaire, est significativement améliorée selon les éléments suivants\* :**

- l'existence d'un temps d'observation pour définir le projet personnalisé ;
- le recueil de l'accord (consentement/assentiment) du résident sur son séjour dans l'établissement ;
- le recueil des attentes du résident lors de l'évaluation initiale ;
- l'évaluation des besoins de soins lors de l'évaluation initiale ;
- le recueil des habitudes, centres d'intérêts et potentialités lors de l'évaluation initiale ;
- la réévaluation du projet personnalisé en cas de modification de l'humeur ou du comportement de la personne ;
- la réalisation de l'évaluation des risques et des fragilités ;
- la sollicitation et le recueil de l'expression des résidents ayant des difficultés sévères d'expression et de communication ;
- l'existence d'un temps organisé, régulier, d'écoute et de partage interprofessionnel dans une démarche d'amélioration continue des pratiques ;
- une capacité de l'établissement inférieure à 100 places ;
- le statut privé à but non lucratif de l'établissement ;
- l'âge moyen des résidents diminué d'une année.

\*Traitement statistique effectué : analyse multi-variée, sous l'hypothèse « toute chose égale par ailleurs ».

## 3.2 L'élaboration du projet personnalisé et sa mise en œuvre

Le projet personnalisé prévu pour chaque résident par l'article L311-8 du CASF a fait l'objet de recommandations de l'Agence. Il s'appuie sur les éléments recueillis lors de l'évaluation initiale et intègre toutes les dimensions de l'accompagnement : vie quotidienne, soins, vie sociale et relationnelle.

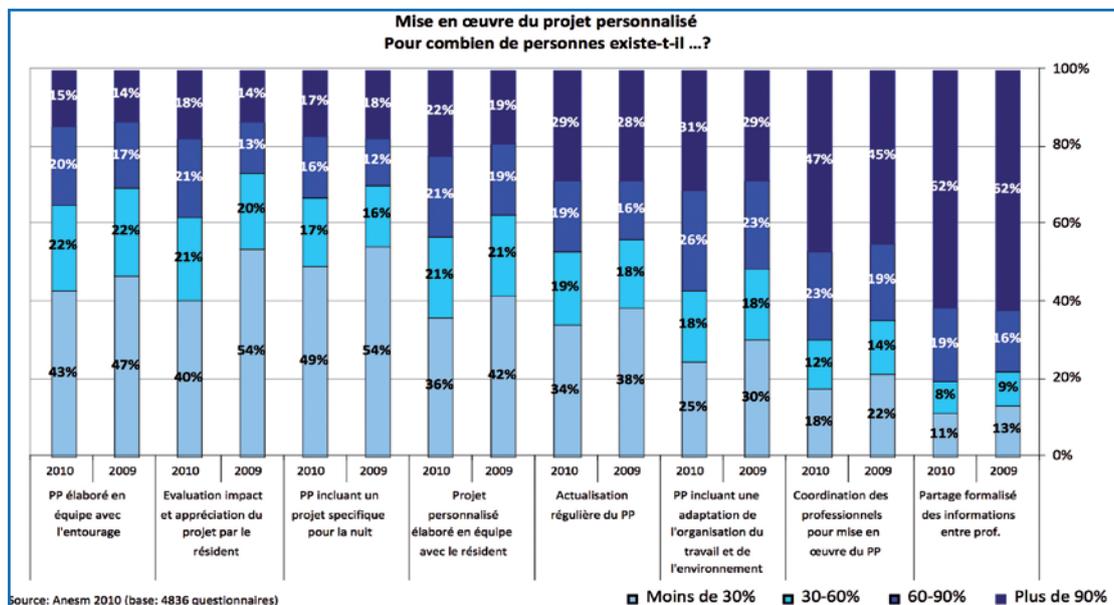
La mise en œuvre des projets est, dans ce contexte, fortement dépendante de l'organisation de l'établissement. Le caractère dynamique des projets nécessite leur réévaluation fréquente (en fonction des évolutions des besoins, attentes, capacités cognitives, humeur etc.) de façon à ce qu'ils soient adaptés au mieux à la personne pour permettre le maintien de ses habitudes et de sa qualité de vie.

### Les modalités d'élaboration du projet personnalisé

En 2010, la mise en œuvre du projet personnalisé présente les caractéristiques suivantes :

- le partage formalisé des informations entre les professionnels est systématisé dans 62% des cas, ce qui traduit une bonne articulation et coordination des acteurs autour du projet ;
- la coordination des professionnels pour sa mise en œuvre est réalisée systématiquement par 47% des déclarants ;
- l'environnement et l'organisation du travail s'adaptent au projet personnalisé de manière systématique dans 31% des cas et fréquemment dans 57% des cas ;
- le projet personnalisé reste encore peu élaboré avec le résident (22%) et son entourage (15%) de manière systématique. Néanmoins, **43% des répondants le font fréquemment** avec les résidents.

Mais globalement l'ensemble de ces pratiques progresse par rapport à 2009.



Les structures privées déclarent plus largement élaborer et évaluer systématiquement le projet personnalisé. Les établissements privés à but lucratif déclarent réaliser systématiquement le projet personnalisé avec les résidents dans 34% des cas contre 16% dans le secteur public et 22% dans le secteur privé à but non lucratif.

L'entourage est inclus systématiquement pour 26% des déclarants du secteur privé à but lucratif contre 9% dans le public et 15% dans le privé à but non lucratif. Les établissements privés déclarent travailler davantage la coordination, l'articulation et l'adaptation du projet personnalisé que les structures publiques.

L'enquête de la fondation Médéric Alzheimer observait pour sa part une formalisation du projet personnalisé plus fréquente dans le secteur privé à but lucratif (63% contre 47% pour le secteur privé à but non lucratif et 40% pour le secteur public)<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Fondation Médéric Alzheimer. Respect des droits des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD. 1<sup>ère</sup> partie. La Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, octobre 2009, n° 11.

Trois facteurs sont corrélés à l'élaboration systématique du projet avec le résident et à la coordination des professionnels :

- la taille de l'établissement : plus la capacité d'accueil est grande, moins ces pratiques sont suivies ;
- l'existence d'une unité Alzheimer ;
- un GMP inférieur à 700.

Or les Ehpad qui procèdent systématiquement à l'élaboration du projet personnalisé avec les résidents sont ceux qui recueillent une appréciation plus positive de la part du président du conseil de vie sociale (résident ou entourage) notamment sur la qualité de vie.

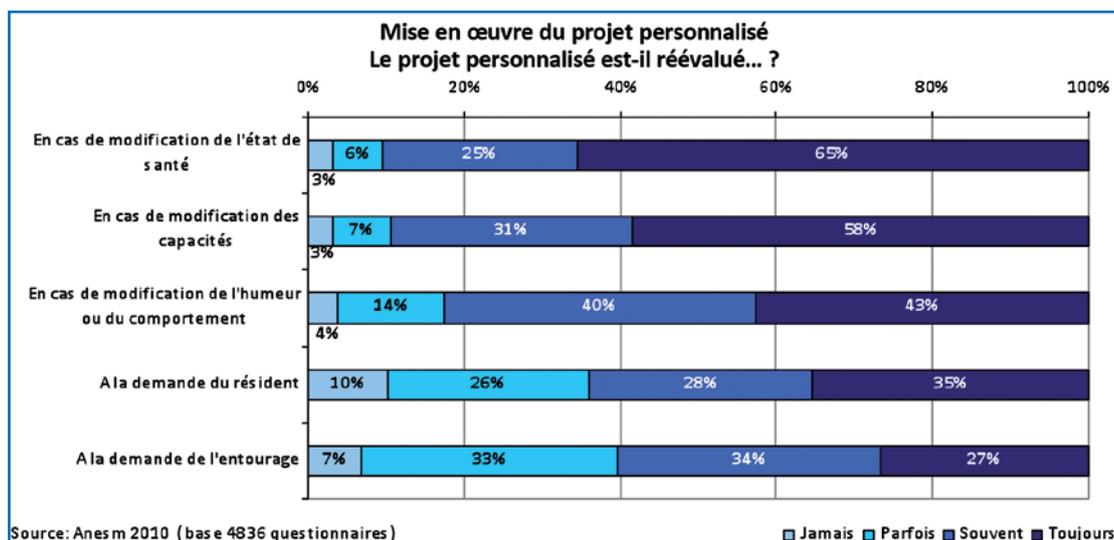
### Les professionnels expliquent ces résultats en mettant en avant **les facteurs clés de succès** suivants :

- l'existence d'un recueil informatisé des informations ;
- la formation des équipes et la motivation du personnel ;
- la création de référents soignants pour les résidents ;
- l'adaptation des locaux pour une organisation et un fonctionnement optimisé ;
- la tenue régulière de réunions pluridisciplinaires ;
- la formalisation de la procédure ;
- l'existence de personnel dédié à la coordination ;
- la disponibilité de personnel qualifié, en particulier certaines professions (psychologue, ergothérapeute etc.) ;

*A contrario*, ils déclarent que la prévalence des maladies psychiatriques, de la démence et l'altération de l'état général de la personne âgée sont des freins au déploiement de ces pratiques.

## Les origines de la réévaluation du projet

La situation des personnes est en constante évolution, que ce soit en raison des modifications de leurs attentes, de leurs capacités et/ou de leur état de santé. La pertinence du projet personnalisé doit être réinterrogée régulièrement pour vérifier qu'il va toujours dans le sens souhaité et procéder aux ajustements nécessaires.



Les éléments suivants fondent systématiquement la réévaluation du projet personnalisé :

- ▶ lors d'une modification de l'état de santé pour 65% des déclarants ;
- ▶ pour 58% des établissements en cas de modifications des capacités, pour 43% en cas de modification de l'humeur ou du comportement, pour 35% à la demande du résident et pour 27% à la demande de l'entourage.

Par rapport à 2009, les évolutions sont discrètes. La réévaluation systématique du projet à la demande du résident passe de 32% à 35% en 2010 ; à la demande de l'entourage, elle passe de 25% à 27% en 2010.

## La documentation du projet personnalisé

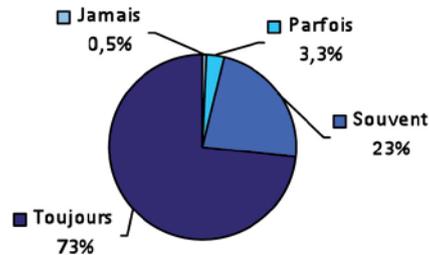
La documentation du projet personnalisé, afin d'évaluer les activités et prestations programmées, est un outil fondamental dans cette dynamique. Le recueil d'observations positives ou négatives et le traitement de l'information permettent d'agir directement sur la qualité de vie et d'améliorer la situation des personnes.

De manière générale, 73% des Ehpad déclarent toujours inciter les professionnels à noter tout élément contributif au bien-être ou relatif à l'amélioration de l'humeur et des potentialités du résident. 23% encouragent souvent cette pratique, ce qui porte à 96% la réalisation fréquente<sup>10</sup> de ce recueil d'informations.

Cette pratique a progressé : proportion des établissements qui recueillent « toujours » tous les éléments contributifs à l'amélioration de l'humeur et des potentialités du résident est passée de 67% à 73% en 2010.

<sup>10</sup> Ici et pour les variables suivantes, la modalité « fréquente » désigne le pourcentage cumulé entre la modalité « toujours » et la modalité « souvent ».

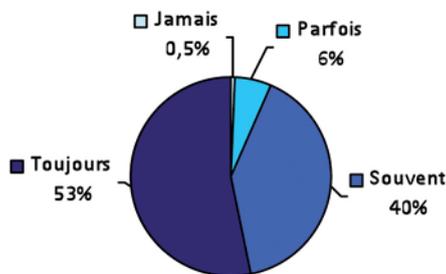
**Mise en œuvre du projet personnalisé**  
**Les professionnels sont-ils invités à noter tout élément**  
**contributif au bien-être ou relatif à l'amélioration**  
**de l'humeur et des potentialités du résident ?**



Source: Anes m 2010 (Bas e 4836 questionnaires)

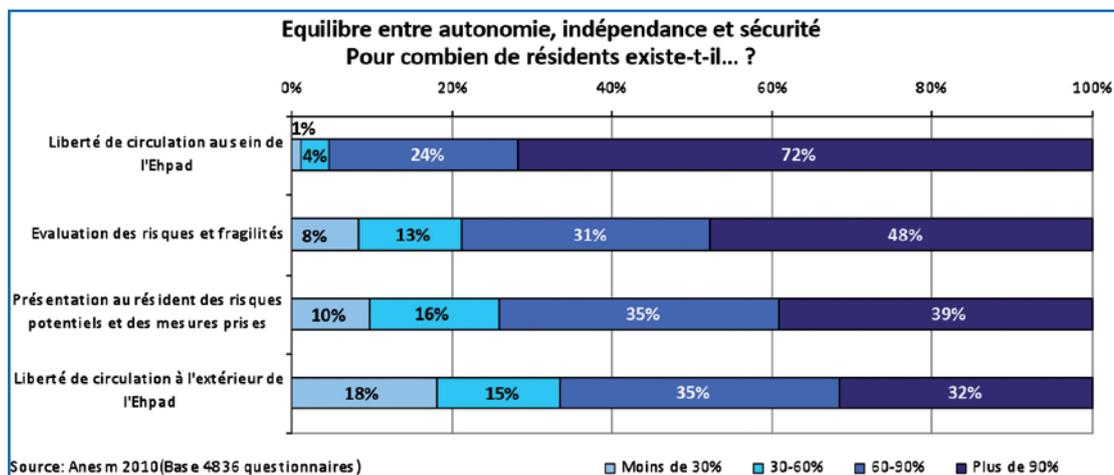
Par ailleurs, un Ehdad sur deux, soit 53%, déclare explorer systématiquement en équipe les facteurs qui déclenchent ou majorent les troubles psychologiques ou comportementaux. Cette proportion passe à 93% si l'on considère les Ehdad qui le font fréquemment. Cette procédure apparaît fondamentale pour la compréhension du trouble : c'est une fois cette première étape réalisée que peut être envisagée la procédure de prise en charge diagnostique et thérapeutique la plus adaptée.

**Mise en œuvre du projet personnalisé**  
**Les facteurs susceptibles de déclencher ou de majorer**  
**les troubles psychologiques ou comportementaux**  
**sont-ils explorés en équipe ?**



Source: Anes m 2010 (Bas e 4836 questionnaires)

### 3.3 Equilibre entre indépendance, autonomie et sécurité



#### L'évaluation des risques et des fragilités

Les risques et les éléments de fragilité spécifiques au profil de la population accueillie en Ehpad sont :

- les risques liés à la santé : chutes, douleurs, iatrogénie, dénutrition, déshydratation, escarres, infections ;
- les risques psychologiques ou comportementaux : apathie, agitation, dépression, risque suicidaire ;
- les éléments de fragilité : troubles cognitifs, déficiences sensorielles (audition, vision), état bucco-dentaire, isolement social, fin de vie.

Seuls **48% des Ehpad** interrogés en 2010 déclarent réaliser de manière systématique l'évaluation des risques et fragilités des résidents. Ainsi, plus d'un Ehpad sur deux ne procède pas à l'évaluation de ces éléments pourtant indispensables pour conduire un projet de soins adapté. Une analyse des facteurs limitant cette évaluation serait nécessaire afin d'envisager une action spécifique auprès des établissements.

En 2009, l'évaluation des risques et fragilités était réalisée systématiquement dans 57% des Ehpad, soit une baisse significative de 9 points.

#### Présentation au résident des risques potentiels

Les pratiques de bientraitance peuvent se déployer lorsque les besoins primordiaux de sécurité des usagers sont effectivement et préalablement pris en compte. Outre le respect de dispositions réglementaires, il est recommandé que les structures prennent toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des personnes par l'identification et la prévention de tous les risques spécifiques aux populations qu'elles accompagnent.

En 2010, 39% des déclarants procèdent systématiquement à un échange avec les résidents sur les risques potentiels et les mesures proposées au sein de l'établissement pour les prévenir. Dans 74% des cas, cet échange a lieu fréquemment avec les résidents.

#### La liberté d'aller et venir au sein de l'établissement et à l'extérieur

Celle-ci est définie dans cette étude comme le libre accès aux espaces intérieurs et extérieurs au sein de l'Ehpad à l'exception des locaux techniques par exemple.

Cet item pose aussi la question de l'accessibilité de ces espaces et, pour les résidents atteints de troubles cognitifs, de l'accès sécurisé à un espace intérieur et extérieur.

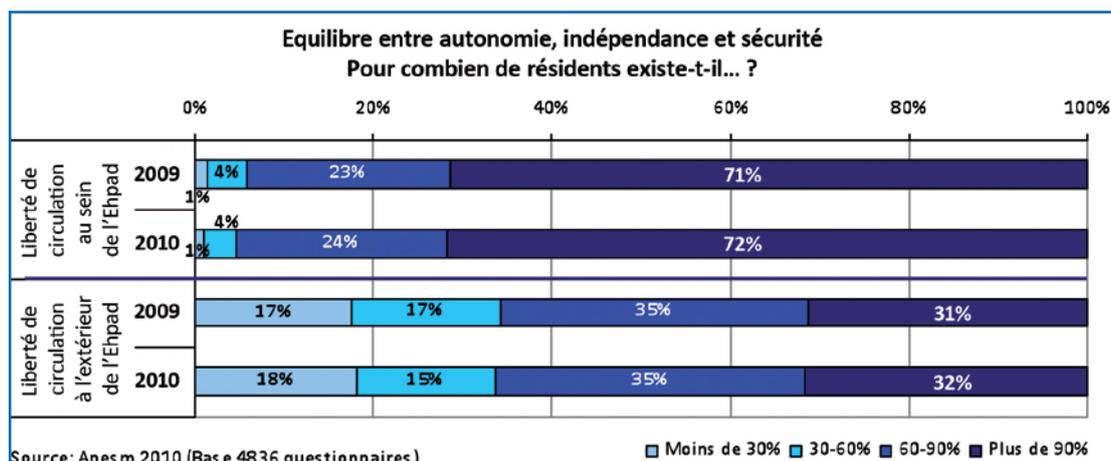
En 2010, 72% des établissements déclarent que plus de 90% des résidents circulent librement et dans 94% des cas, plus de 60% des résidents peuvent le faire.

La liberté de circuler à l'extérieur de l'établissement est systématique dans 31% des Ehpad et fréquente dans 66% d'entre eux.

Dans son enquête ciblée sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Ehpad<sup>11</sup>, la fondation Médéric Alzheimer identifiait que seulement 11% des Ehpad n'avaient jamais mis en œuvre de mesures limitant la liberté d'aller et venir.

Ces données évoluent peu depuis 2009.

<sup>11</sup> Fondation Médéric Alzheimer. Respect des droits des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD. 2<sup>e</sup> partie. La Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, janvier 2010, n° 13.



### a) La liberté de circulation au sein de l'Ehpad

L'exercice de cette liberté est fonction de nombreux paramètres dont les caractéristiques de la population accueillie. La liberté de circulation au sein des Ehpad dont le GMP est élevé est réduite. Pour 64% des déclarants ayant un GMP supérieur à 700, les résidents circulent librement de façon systématique à l'intérieur de la structure contre 81% dans les Ehpad dont le GMP est de moins de 600.

Dans les établissements sans unité dédiée, la proportion de résidents pouvant systématiquement circuler au sein de l'Ehpad est de 80% contre 59% dans les établissements qui en possèdent une. Ces chiffres corroborent la tendance observée en 2009, année pour laquelle les proportions étaient de 76% pour les établissements sans unité et de 63% pour les établissements avec unité. Les écarts entre les Ehpad avec ou sans unité s'accroissent entre 2009 et 2010. La présence d'une unité généralement fermée, avec des espaces clos extérieurs expliquent en partie ces écarts.

Une enquête de la fondation Médéric Alzheimer a permis de pointer les situations pouvant justifier la mise en place de mesures limitant la liberté d'aller et venir des personnes malades. La prévention du risque de fugue constitue la principale motivation des Ehpad (88%). D'autres raisons, moins fréquentes, ont été signalées, comme l'agressivité ou le comportement violent de la personne atteinte (36%), la déambulation (35%), le risque de chute (33%) ou la désorientation (30%)<sup>12</sup>.

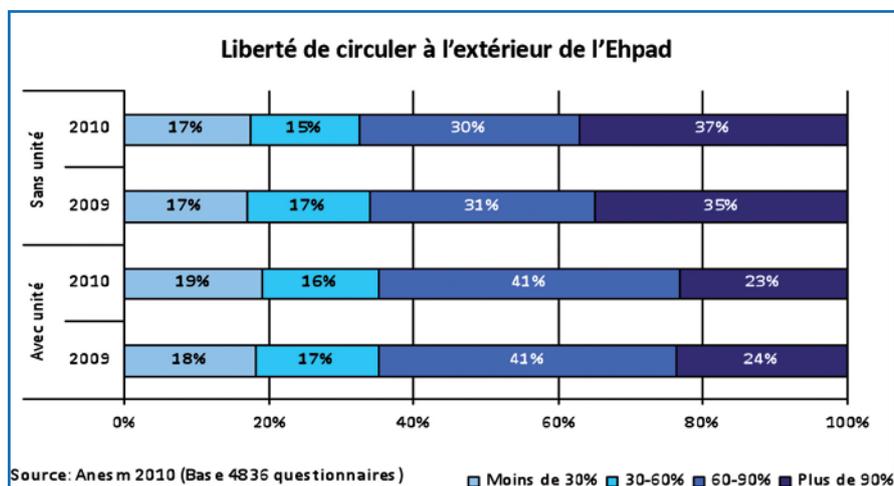
<sup>12</sup> Fondation Médéric Alzheimer. Respect des droits des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD. 2<sup>e</sup> partie. La Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, janvier 2010, n° 13.

**Enfin, la liberté de circulation au sein de l'Ehpad apparaît liée de manière significative aux variables suivantes :**

- la formation des professionnels à la bientraitance;
- la possibilité d'activités collectives dans le cadre du projet personnalisé ;
- la capacité de l'établissement lorsqu'elle est inférieure à 100 places ;
- l'âge moyen des personnes au sein de l'établissement lorsqu'il est inférieur d'un an à la moyenne nationale dans ces établissements.

### b) La liberté de circulation à l'extérieur de l'Ehpad

En 2010, 37% des établissements sans unité dédiée déclarent laisser systématiquement les résidents aller et venir hors des enceintes, contre 23% dans les Ehpad avec une unité dédiée.



Il n'y a pas d'évolution significative entre 2009 et 2010 au niveau de la circulation extérieure des établissements avec ou sans unité.

Les contraintes environnementales et physiques influent sur la liberté de circuler à l'extérieur alors que celle-ci est peu modifiée par l'évaluation initiale des besoins et attentes de la personne.

Selon les professionnels, les **freins** empêchant les résidents de circuler librement à l'intérieur comme à l'extérieur sont les suivants :

- l'inaptitude physique, psychique ou mentale des résidents ;
- les locaux non adaptés notamment au regard des normes pour les personnes handicapées ;
- l'environnement défavorable (circulation automobile, par exemple) ;
- l'absence de personnel suffisant pour l'aide à la mobilité ;
- le manque de connaissances générales et individualisées concernant les résidents.

Les **solutions** mises en place pour favoriser la liberté de circulation au niveau collectif :

- des locaux adaptés (signalétique, digicode, sécurisation ...) ;
- un accompagnement personnalisé par les professionnels ;
- une mise à disposition de moyens de locomotion et l'organisation de sorties de groupe.

au niveau individuel :

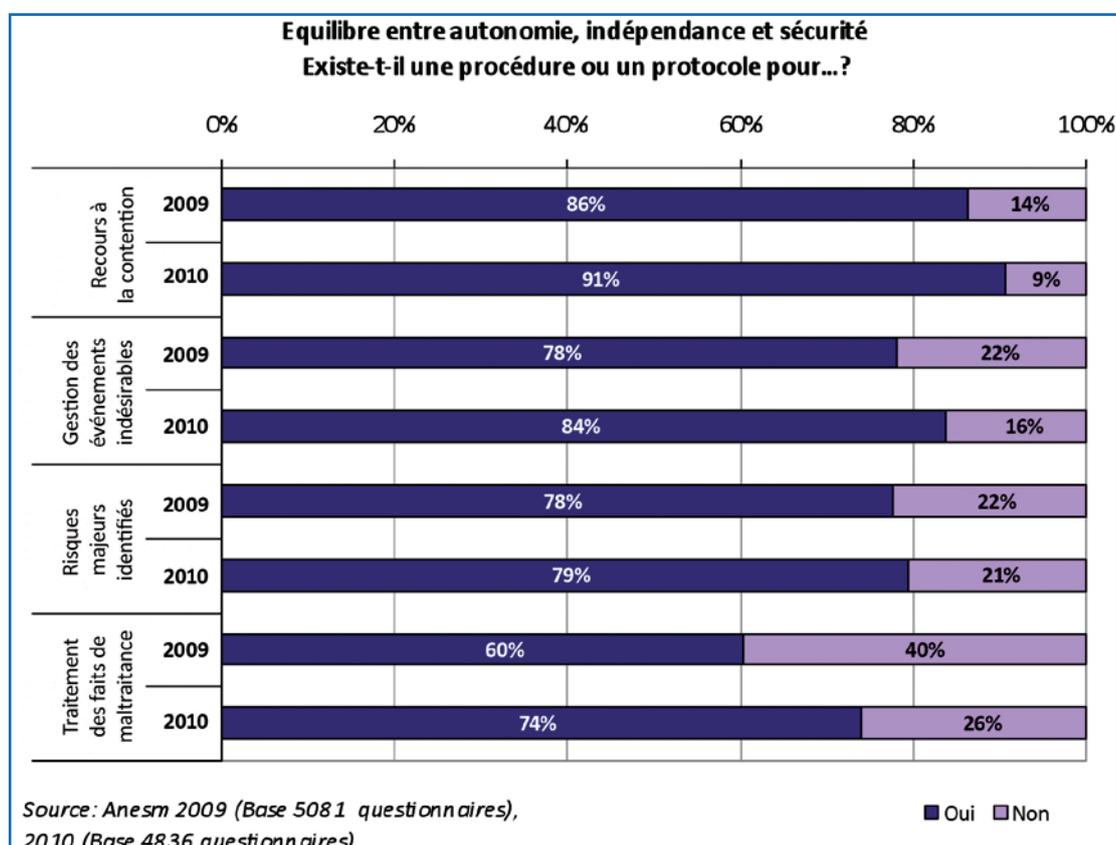
- un système anti-fugue (bracelet de géolocalisation, pastille, etc.) ;
- une adaptation des lieux à la motricité des résidents ;
- un accompagnement individuel par un bénévole etc.

## L'existence de procédures/protocoles pour la prise en charge des risques identifiés

La prise en charge des risques majeurs identifiés au sein de la population accueillie, la gestion des événements indésirables – dont le risque suicidaire – le traitement des faits de maltraitance et le recours à la contention font l'objet de procédures standardisées, ou de protocoles d'établissement respectant les recommandations émises par les agences nationales et les sociétés savantes.

Le recours à la contention physique est formalisé (sous forme de procédure) dans 91% des cas. La gestion des événements indésirables est formalisée pour 84% des Ehpad, et les procédures pour les risques majeurs identifiés pour 79% des déclarants. Enfin, les traitements des faits de maltraitance font l'objet d'un protocole ou d'une procédure pour 74% des répondants.

**Parmi les répondants, certains Ehpad n'ont toujours pas formalisé de procédure.** Il existe à ce jour 85 établissements n'ayant aucune procédure. Ce chiffre est en régression par rapport à 2009 (n= 169). Ces établissements sont généralement de petite capacité avec un nombre moyen de 58 places et un GMP faible à (612).



**A noter :** 57% des Ehpad ont formalisé une procédure et/ou un protocole pour chacun de ces risques.

L'existence de procédures ou protocoles au sein des établissements progresse par rapport aux données 2009 :

- en 2009, 86% des établissements avaient une procédure pour le recours à la contention et 78% concernant la gestion des événements indésirables, contre respectivement 91% et 84% en 2010.
- forte progression des procédures de traitement de la maltraitance : 60% en 2009 contre 74% en 2010.

**A l'issue de la présentation des résultats de l'enquête Bientraitance 2009, ces éléments ont été retenus par l'Etat comme étant des objectifs que les ARS devaient fixer aux Ehpad. L'action de**

ces dernières a ainsi été suivie d'effets. Cette action s'est poursuivie avec la mise en œuvre de procédures de déclaration des événements indésirables auprès des ARS en 2011.

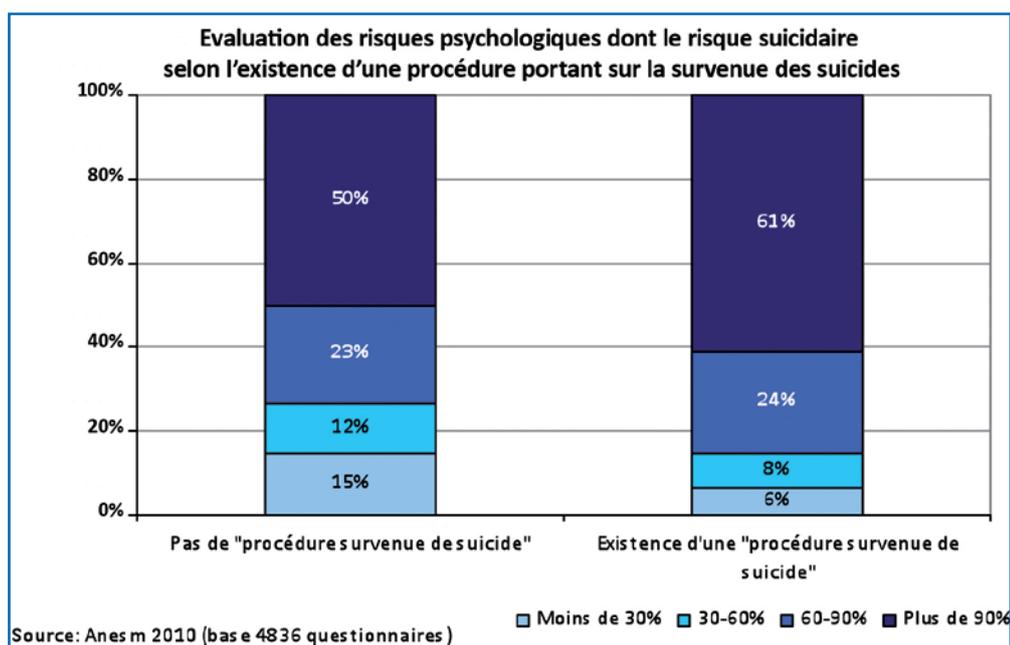
En 2008, 28% des suicides (à domicile ou en établissement) recensés en France (soit 2 950) étaient le fait de personnes de plus de 65 ans, alors qu'elles ne représentent que 16% de la population totale<sup>13</sup>.

S'agissant du risque suicidaire en Ehpad, 5% des résidents, d'après les indications fournies par les médecins, expriment des idées suicidaires ; moins de 2% sont passés à l'acte. Il est toutefois reconnu que la personne âgée exprime rarement des idées suicidaires<sup>14</sup>.

Le suicide en établissement est un événement toujours traumatisant : 43% des Ehpad ayant répondu disposent d'un protocole pour la conduite à tenir dans ce cas. Lorsqu'une procédure existe, l'évaluation des troubles psychologiques et du comportement est réalisée de manière systématique dans 61% des cas contre 50% lorsque cette procédure est inexistante. Ainsi une plus grande sensibilisation des équipes de professionnels à la dépression et au suicide de la personne âgée permet d'améliorer l'identification des situations à risque.

<sup>13</sup> COLOMB, N. Suicides des personnes âgées. *ASH*, 10/06/11, n° 2713.

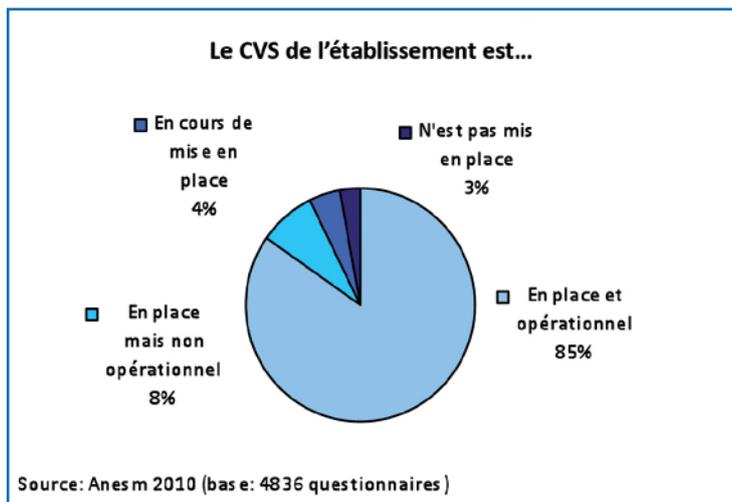
<sup>14</sup> DUTHEIL, N., SCHEIDEGGER, S., DREES. Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées. *Études et résultats*, août 2006, n° 515.



### 3. 4 La participation collective

#### Le conseil de la vie sociale (CVS)

Le conseil de la vie sociale institué par l'article L311-16 du CASF, est une structure permettant l'expression du résident et sa participation à la vie de l'établissement. Véritable outil de démocratie participative, il permet, grâce à des réunions régulières, d'améliorer sensiblement le dialogue entre les résidents, leurs proches et les professionnels.



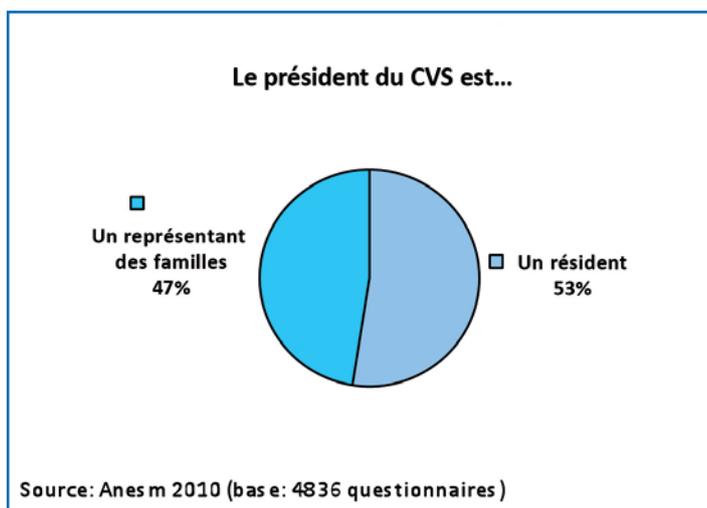
En 2010, 93% des établissements ont instauré un CVS même s'il n'est considéré opérationnel que pour 85% d'entre eux.

Parmi les répondants, soit 4618 établissements, 4% sont en cours d'installation et 3% ne l'ont pas encore installé.

### Le président du CVS

Dans 53% des établissements, le président du CVS est un résident, un représentant des familles dans 47% des cas. Cette proportion diminue lorsque l'établissement a un GMP élevé, ou possède une unité dédiée. Le fait que le président soit un résident ou un membre de l'entourage n'influence pas la fréquence des réunions dont la moyenne se situe à 2,6 par an.

L'animation du CVS permet une bonne expression des résidents pour 60% des déclarants (contre 51% en 2009) marquant ainsi une première progression.



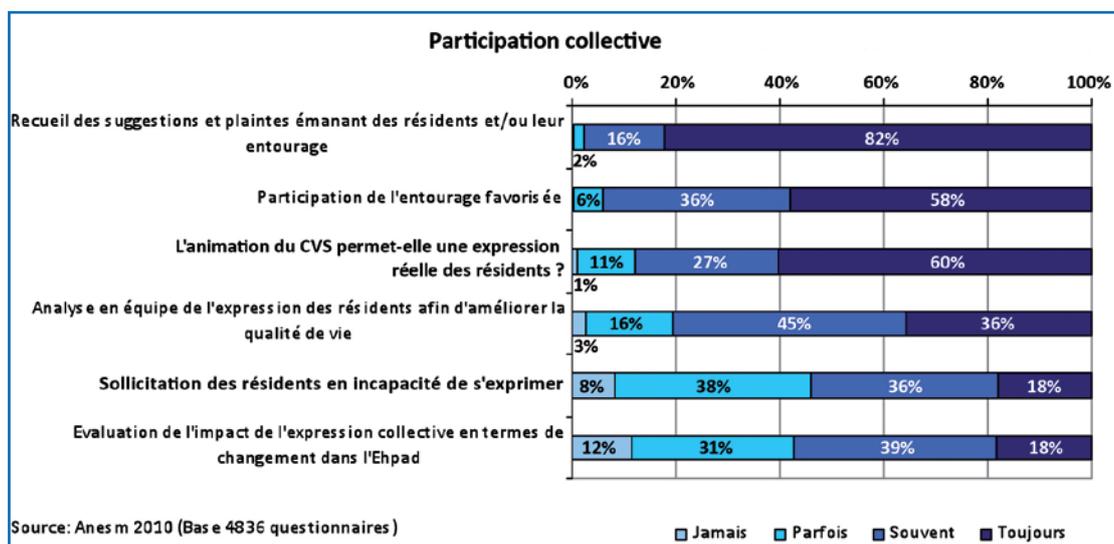
## Les modalités de participation collective

Les modalités de participation collective s'expriment principalement par le recueil des plaintes et suggestions des résidents.

En 2010, ces dernières sont recueillies de manière systématique dans 82% des Ehpad, marquant ainsi une nette progression puisqu'en 2009, ce taux était de 74%.

En revanche, la participation de l'entourage est en baisse : elle était fréquente dans 64% des cas en 2009 contre 58% en 2010.

La sollicitation des résidents « en incapacité de s'exprimer » c'est-à-dire ayant des difficultés sévères d'expression et de communication est faible : seuls 18% des Ehpad déclarent la réaliser de manière systématique.



Pour les autres pratiques, les données 2010 sont stables par rapport à 2009. Ainsi la prise en compte des résidents a tendance à s'améliorer avec l'aide et l'animation du CVS.

En revanche, les données recueillies ne sont pas plus analysées en équipe qu'en 2009 et débouchent peu souvent sur la mise en œuvre d'actions correctrices. La participation de l'entourage est moins favorisée dans les établissements publics et la sollicitation des résidents ayant des difficultés sévères d'expression et de communication reste globalement faible. De plus en plus d'outils se développent afin de permettre ce recueil : il existe donc de véritables marges de progression dans ce domaine.

L'Agence a formulé des recommandations de bonnes pratiques sur l'accompagnement des professionnels, les lieux d'accueil où les modalités d'intervention soient pensées pour encourager le maintien ou la reprise de liens affectifs dans le respect des souhaits de l'utilisateur. Cette recommandation nécessite une organisation dans laquelle on recherche l'implication systématique de l'entourage dès lors que cela correspond au souhait du résident.

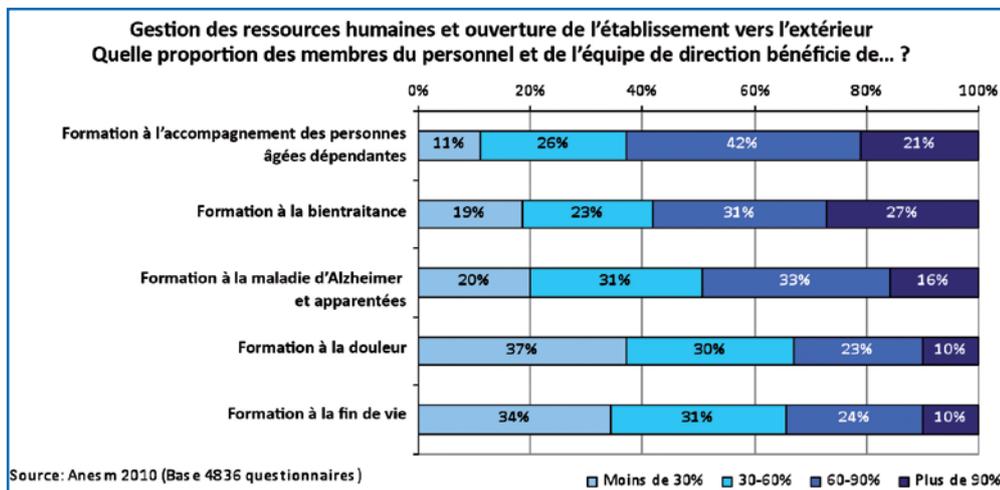
### 3.5. Gestion des ressources humaines et ouverture de l'établissement vers l'extérieur

#### La formation

Les formations proposées portant sur des problématiques tant spécifiques que transversales comme la bientraitance, la fin de vie, la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, sont nécessaires à la prise en charge des résidents.

La proportion de personnel formé de manière systématique reste faible quelle que soit la thématique : par exemple, 27% pour la bientraitance, 10% pour l'accompagnement de fin de vie.

Il convient à cet égard de rappeler que 48% des Ehpad répondants en 2010 déclarent réaliser de manière systématique l'évaluation des risques et fragilités des résidents. En effet, ce type d'évaluation nécessite de maîtriser l'usage d'outils d'évaluation qui ne peut être acquis que par formation.



Néanmoins les données 2010 montrent une progression systématique de la formation à la bientraitance du personnel de 3 points par rapport à 2009. Cette proportion atteint 58% quand le personnel est fréquemment formé à la bientraitance. 49% des Ehpad ont plus de 60% de leur personnel formé à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Les formations à la gestion de la douleur et de la fin de vie restent stables (10%).

Les variables suivantes ont un impact sur la formation :

- la capacité : plus l'établissement est de petite capacité, plus le personnel est formé ;
- le GMP : plus le GMP est élevé, plus le personnel est formé ;
- le statut juridique : les établissements privés à but lucratif affichent des résultats plus importants que les autres.

#### a) La formation à la bientraitance

De manière logique, plus le personnel est formé à la bientraitance et plus le recueil du consentement du résident à l'entrée dans l'institution est réalisé. Pour les établissements ayant formé systématiquement les professionnels sur ce sujet, cette pratique de recueil du consentement concernent 34% d'entre eux.

En revanche, pour ceux dont moins de 30% du personnel est formé à cette thématique, le recueil du consentement ne se fait que dans 10% des cas.

Il en va de même pour le temps d'observation afin de définir le projet personnalisé. Le recueil des attentes de la personne, de son entourage, et l'évaluation des risques et fragilités sont aussi plus systématiquement réalisés lorsqu'une proportion plus élevée du personnel est formée à la bienveillance.

La liberté de circulation au sein de l'établissement est nettement améliorée lorsque le personnel est formé à la bienveillance. Lorsque ce dernier est formé de manière systématique, la liberté de circulation est effective pour 29% des répondants. Cette proportion passe à 18% lorsque moins de 30% du personnel est formé.

Pour les établissements dont au moins 33% des contrats sont à durée déterminée (CDD) ou sont des vacations (7% de l'ensemble des Ehpad ayant répondu), le personnel est proportionnellement moins formé à la bienveillance que celui des autres établissements.

En effet, seuls 21% de ces structures forment systématiquement leur personnel versus 28% pour celles ayant moins de 33% de personnel en CDD ou vacations.

**Ainsi le fait d'être formé à la bienveillance améliore significativement le recueil des données lors de l'accueil du résident, la prise en compte de ses attentes dans le projet personnalisé et sa réévaluation, mais aussi l'évaluation de ses besoins et des risques initiaux.**

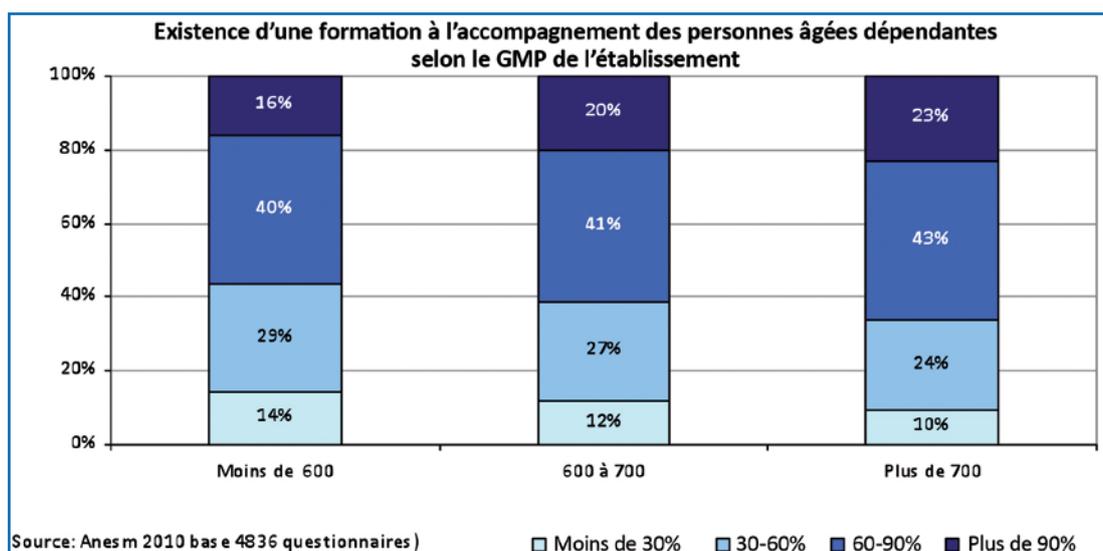
### b) La formation à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes

Selon le GMP, la proportion de personnel formé à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes varie de la moitié à deux tiers.

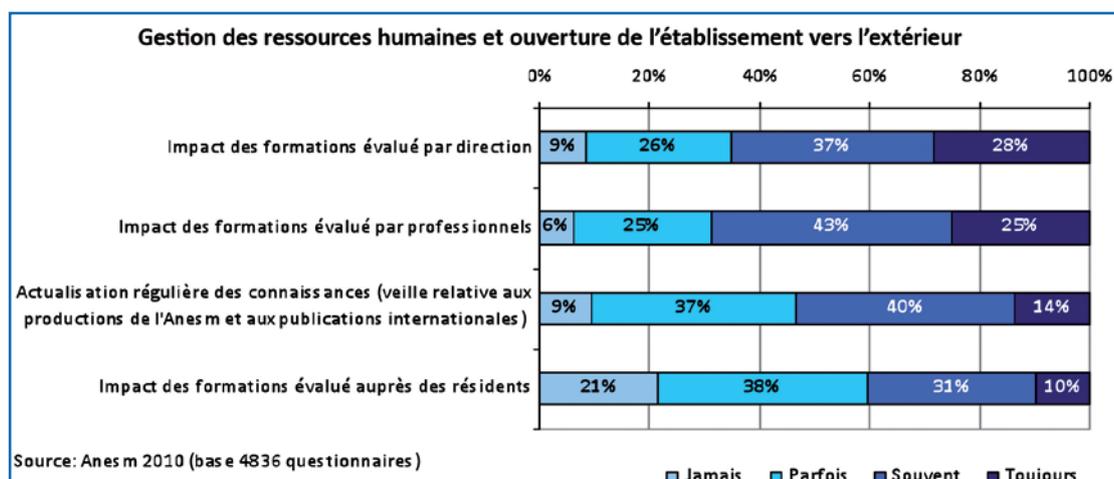
Elle est systématique dans seulement 23% des Ehpad dont le GMP est supérieur à 700, dans 31% des structures privées à but lucratif et 23% des établissements de petite capacité.

Ces chiffres traduisent la nécessité d'augmenter la proportion de personnel formé, à la fois sur le versant de l'accompagnement de la dépendance mais aussi sur la fin de vie et l'évaluation de la douleur.

La proportion du personnel formé à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées évolue peu entre les enquêtes 2009 et 2010.



## L'évaluation de l'impact des formations



L'évaluation de l'impact des formations est réalisée fréquemment par la direction (65%) et reste stable par rapport aux données de l'enquête 2009.

L'évaluation de l'impact des formations au regard des compétences des professionnels (68%) et de leurs effets pour les résidents (41%) est fréquemment réalisée.

L'impact des formations évalué par les professionnels et celle intéressant les résidents, augmentent de 5 points chez les déclarants pour la somme des modalités «souvent» et «toujours». Ces tendances sont corrélées avec l'amélioration de l'évaluation et du recueil des données auprès des résidents.

**La culture de l'évaluation des pratiques et de l'impact des formations reste cependant insuffisamment développée.**

La pratique de la veille documentaire, indispensable à l'actualisation des connaissances et à l'amélioration des pratiques, progresse significativement par rapport à 2009 : 54% des structures la pratiquent fréquemment contre 46% l'année précédente.

L'augmentation d'environ 10 points traduit l'effet positif de la première enquête sur la diffusion des bonnes pratiques. Celle-ci fait l'objet d'une marge de progression non négligeable dans une perspective d'amélioration constante de la qualité des établissements, puisque pratiquée par un Ehpad sur deux.

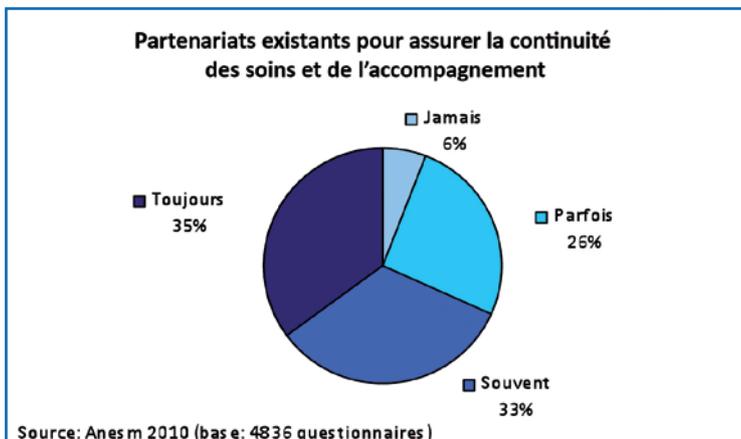
Les établissements qui déclarent une plus forte proportion de personnel formé réactualisent plus fréquemment leurs connaissances.

La formation du personnel, l'évaluation de son impact et la réactualisation permanente des connaissances est un outil majeur pour améliorer les pratiques professionnelles, la qualité de vie des résidents en structure, comme en atteste la nette amélioration des pratiques lorsque le personnel est formé aux spécificités des publics pris en charge.

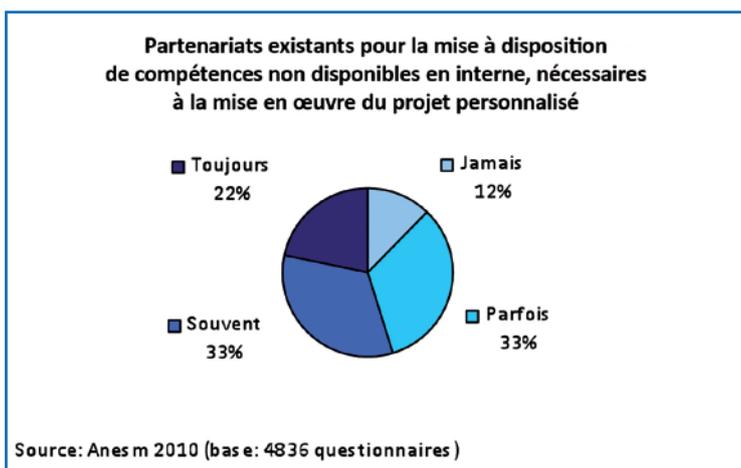
## Les structures et partenaires externes

L'Agence a formulé des recommandations visant à ce que les structures recherchent activement les contributions les plus à même de compléter leurs propres compétences et savoir-faire : expertises professionnelles complémentaires, accueil de stagiaires, présence et accompagnement de bénévoles, stages des professionnels accomplis dans d'autres structures ou encore rencontre des usagers avec des personnes différentes de celles que la structure accueille ou accompagne.

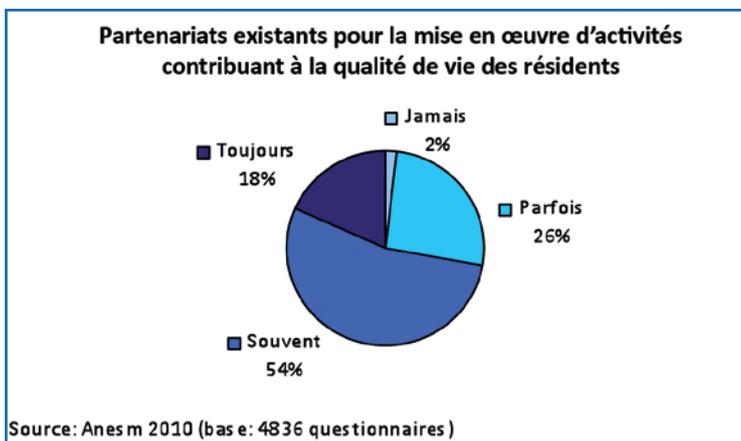
Les points suivants traitent du degré de déploiement des pratiques recommandées.



L'inscription de l'Ehpad dans le réseau sanitaire et médico-social de proximité est fréquemment assurée par un partenariat externe et systématique dans 35% des cas. 68% des déclarants affirment assurer fréquemment cette coordination et seulement 6% ne le font jamais.



Dans certaines circonstances, l'établissement ne dispose pas des ressources compétentes nécessaires à la mise en œuvre du projet personnalisé comme par exemple, le recours aux ergothérapeutes ou aux podologues. Dans cette optique, les Ehpad sont 22% à déclarer un partenariat formalisé de façon systématique et 55% de manière fréquente.



Enfin, la mise en œuvre d'activités individuelles et collectives peut rendre nécessaire l'intervention d'animateurs, de bénévoles, de personnes ressources externes. A ce titre, il peut exister des partenariats avec des associations de bénévoles qui permettent de mettre en œuvre le projet personnalisé de façon plus adaptée.

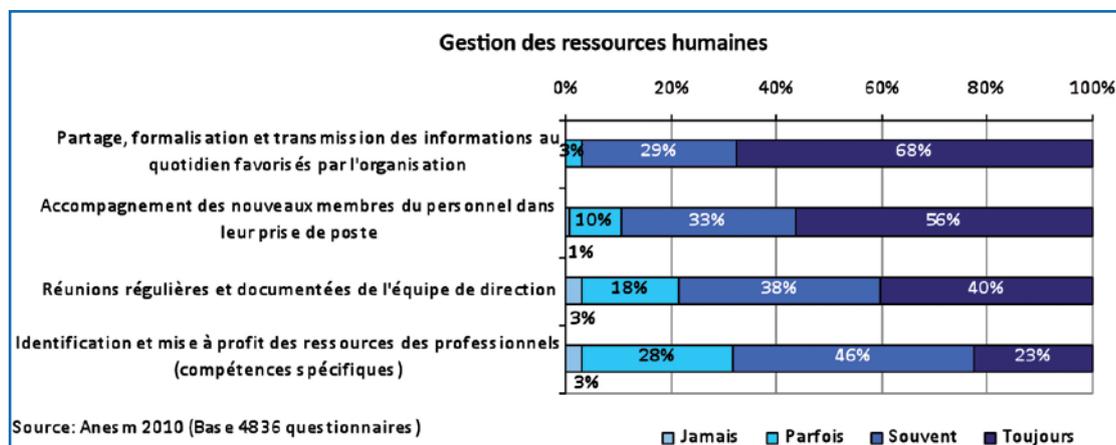
Les établissements dans leur grande majorité, soit 72%, formalisent de façon régulière des partenariats pour mettre en œuvre des activités qui contribuent à la qualité de vie des résidents. 18% le font de manière systématique.

## 3.6 Organisation de l'établissement

### Organisation et gestion des ressources humaines

Un Ehpad sur deux déclare accompagner systématiquement ses nouveaux professionnels, comme le préconise la recommandation de l'Anesm « *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations concernées* ». 89% des déclarants le font fréquemment. Les réunions régulières de l'équipe de direction tout comme l'identification et la mise en œuvre des compétences spécifiques des professionnels restent peu systématisées : elles le sont respectivement pour 40% et 23% des déclarants.

La formalisation et le partage des informations relatives aux résidents sont fréquemment réalisés dans la quasi-totalité des établissements (97%).



Par rapport à l'enquête 2009, les pratiques évoluent peu dans ce domaine.

Seule évolution : les établissements qui réalisent systématiquement des réunions régulières et documentées de l'équipe de direction augmentent de 3 points par rapport à 2009.

Il convient de noter que la réalisation fréquente de réunions par les professionnels est un paramètre d'amélioration de la coordination au sein de la structure pour mettre en œuvre des projets personnalisés, mais aussi pour les réévaluer.

- Lorsque les réunions de l'équipe de direction sont systématiquement tenues, le projet est réévalué à la demande du résident de manière systématique pour 42% des structures, contre 15% lorsque la tenue de réunions n'a jamais lieu. Il en va de même pour la réévaluation du projet selon l'état de santé, l'humeur, la modification des capacités du résident, à la demande de son entourage ou pour des motifs plus variés.

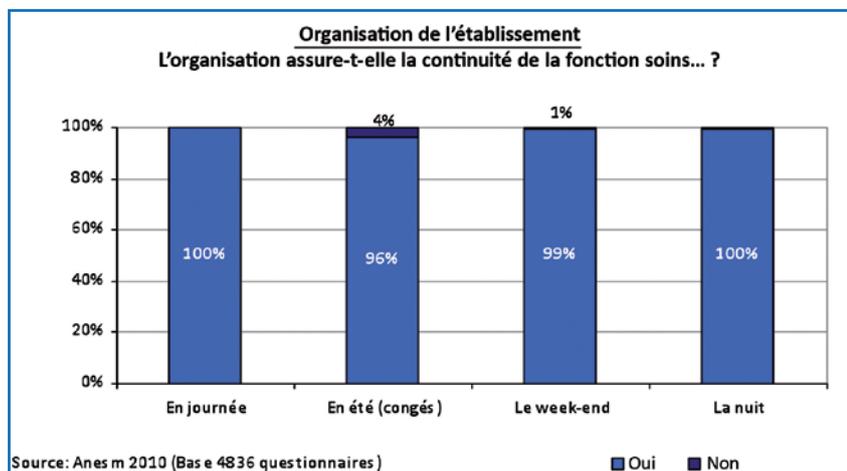
- ▶ 58% des établissements réalisant toujours des réunions, mettent en place une coordination systématique des professionnels pour mettre en œuvre le projet personnalisé. Lorsque les réunions de l'équipe de direction n'ont jamais lieu, cette proportion est de seulement 25%.
- ▶ Le partage, la formalisation et la transmission des informations au quotidien sont aussi favorisés par la tenue de réunions. Pour 83% des répondants réalisant systématiquement des réunions, ce partage est toujours réalisé, contre 44% des répondants ne faisant pas de réunion.
- ▶ La fréquence des réunions est aussi un facteur favorisant l'accompagnement des nouveaux professionnels à leurs postes, notamment lorsqu'elles s'inscrivent dans un management plus coordonné et pluridisciplinaire des équipes en lien direct avec les résidents.

Au niveau de l'organisation de l'établissement, le partage, la transmission des informations, le temps d'écoute, l'identification et l'accompagnement des nouveaux professionnels sont pratiqués moins systématiquement pour 61% déclarants ayant une proportion de CDD ou de vacataires supérieure à 33%. En revanche, 69% des répondants avec moins de 33% de son personnel sous ces statuts déclarent systématique « le partage, la formalisation et la transmission des informations au quotidien favorisés par l'organisation ».

## L'organisation de la continuité des soins

Dans le cadre de cette enquête, la continuité des soins renvoie à la présence sur site d'une infirmière diplômée d'Etat (IDE), notamment la nuit, ou bien en l'absence de cette dernière, à la présence d'une aide soignante avec possibilité de joindre une infirmière, un médecin ou un service d'urgence en permanence. L'organisation de l'établissement doit permettre une continuité des soins quelle que soit la période de l'année (par exemple la nuit, l'été, le week-end). Celle-ci est bien assurée par les répondants. En effet, pour tous les répondants les soins sont assurés sans interruption la nuit comme de jour. La continuité est effective pour 96% des établissements en été et pour 99% des déclarants le week-end.

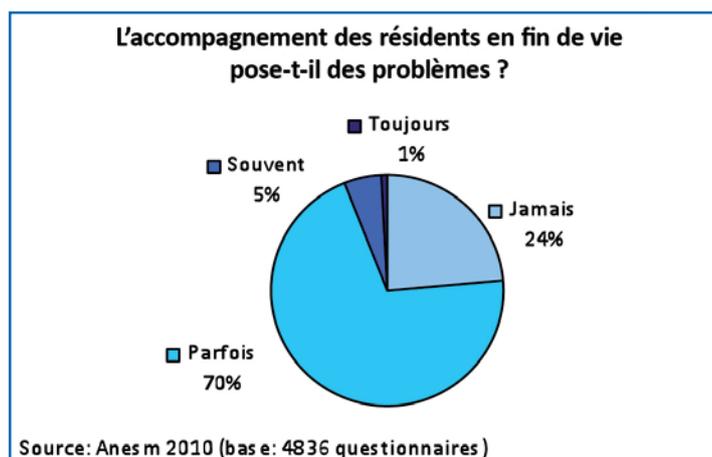
L'évolution est notable par rapport à 2009, puisque la nuit, la continuité des soins progresse de 10 points et celle du week-end de 2 points. Ainsi dans l'enquête 2010, cette continuité des soins est assurée quasiment dans toutes les situations à risques, un peu moins cependant durant la période estivale. Néanmoins, la variable continuité des soins a nettement progressé.



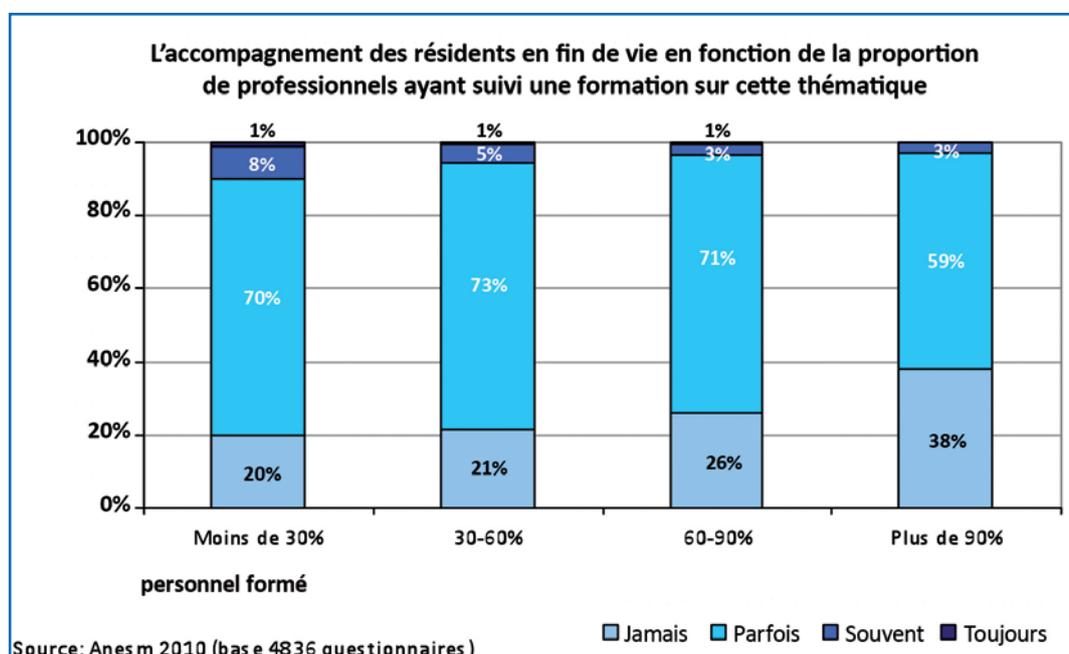
## L'organisation de l'accompagnement de la fin de vie des résidents

### a) Les difficultés d'organisation.

L'accompagnement de la fin de vie d'un résident peut être le cadre de problèmes divers, tant au niveau de l'organisation des équipes que de la prise en charge, et du temps nécessaire à celle-ci. Il convient alors d'évaluer la fréquence des problèmes, quels qu'ils soient, et à quelle organisation les établissements font appel pour mettre en œuvre un accompagnement de fin de vie de qualité en Ehpad.

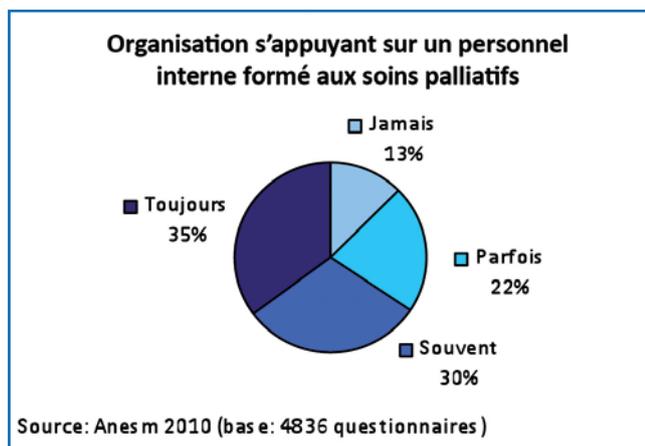


Il apparaît que les formations sur cette thématique permettent de minimiser les difficultés rencontrées dans l'accompagnement des résidents en fin de vie. Lorsque le personnel est formé systématiquement, la proportion d'Ehpad n'ayant jamais de problème face à l'accompagnement en fin de vie est de 38% contre 20% lorsque le personnel est rarement formé.



### b) Les intervenants de la prise en charge des résidents en fin de vie

L'établissement peut faire appel à des acteurs extérieurs pour réaliser cet accompagnement. Il apparaît toutefois que les membres du personnel formés aux soins palliatifs sont les principaux acteurs de cet accompagnement : 35% des structures le déclarent systématiquement et 65% fréquemment.

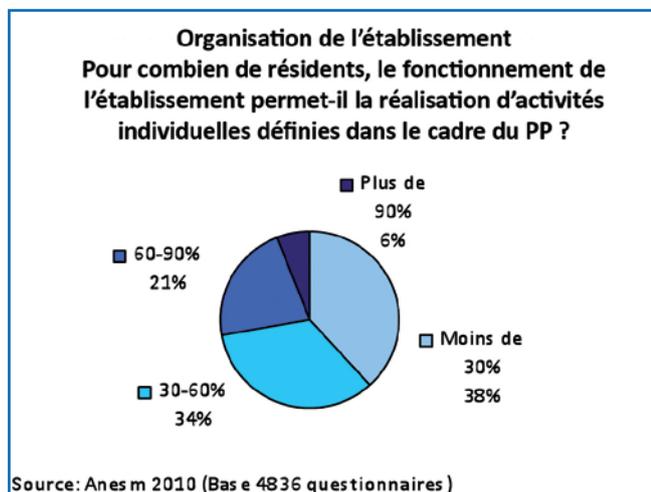


26% des répondants sollicitent les équipes mobiles de soins palliatifs et 22% les réseaux de soins développant une activité similaire. En revanche, les équipes d'hospitalisation à domicile sont peu sollicitées. En effet, seul 9% des structures y font appel fréquemment contre 91% affirmant n'avoir que très rarement ou jamais recours à elles. Il en va de même pour l'équipe mobile de gériatrie rarement sollicitée pour 89% des répondants contre 11% qui y font souvent appel.

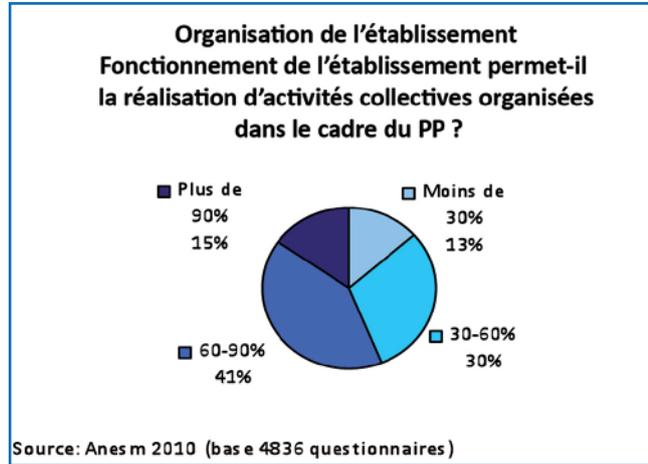
### Permettre aux résidents d'avoir des activités individuelles et collectives.

Pour une grande partie des établissements, l'organisation ne favorise pas la réalisation d'une activité individuelle tout au long de l'année. Cet indicateur est un paramètre de qualité utilisé dans un certain nombre de pays pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, ciblant spécifiquement le degré d'accompagnement et d'individualisation. Cette pratique est d'ailleurs fortement recommandée dans la prévention des troubles psycho-comportementaux chez la personne souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

En 2010, seuls 6% des Ehpad déclarent pouvoir réaliser systématiquement des activités individuelles. Un établissement sur trois déclare que son organisation permet de privilégier le déploiement d'activités individuelles incluses dans le projet personnalisé pour moins de 30% des résidents. Par rapport à 2009, les réponses évoluent faiblement.



Corrélativement, 56% des établissements déclarent réaliser fréquemment des activités collectives en rapport avec le projet personnalisé des résidents contre 27% pour les activités individuelles. Ils ne sont que 13% à déclarer organiser ces activités collectives pour moins de 30% des résidents au bénéfice d'activités individuelles pour 38% des résidents.

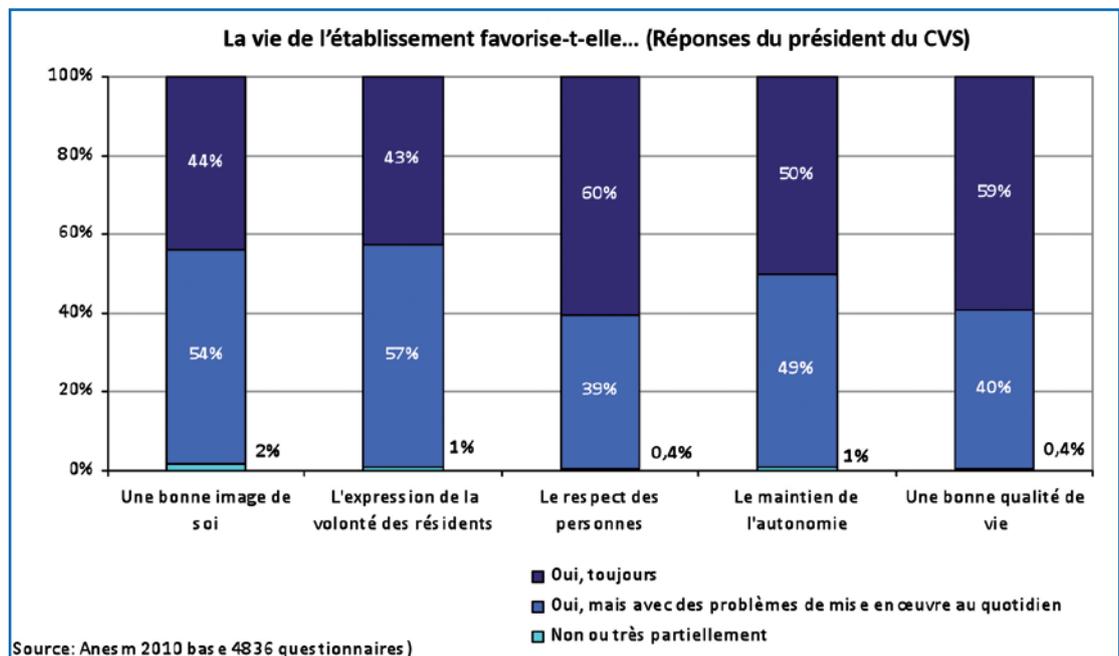


<sup>15</sup> SCANDELLA, N. L'opinion des résidents d'établissements pour personnes âgées sur leurs conditions de vie. Les dossiers de la Drass Aquitaine, n°44. Bordeaux : DRASS Aquitaine, 2006. 81 p.

En comparaison, une enquête auprès d'établissements de la région Aquitaine en 2004<sup>15</sup> avait mis en évidence que la moitié des résidents déclarent participer aux activités collectives en rapport avec le projet personnalisé. De plus, les personnes pratiquant les activités proposées par l'établissement en ont une opinion favorable ou très favorable pour 83% d'entre eux.

### 3.7 L'avis du président du CVS sur la qualité de vie dans l'établissement

Ces réponses ont été renseignées par le président du CVS.



- ▶ La vie de l'établissement favorise **une bonne image de soi** pour 98% des déclarants mais pose cependant des problèmes dans sa mise en œuvre au quotidien pour 54% des Ehpad. Cette perception est corrélée à la mise en œuvre des pratiques suivantes :
  - le recueil des attentes du résident lors de l'évaluation initiale ;
  - l'évaluation par le résident de la pertinence et des effets des actions mises en œuvre dans le cadre de son projet personnalisé ;
  - l'analyse en équipe de l'expression des résidents dans le cadre des modalités de participation collective.
 Pour la totalité des répondants (présidents de CVS), les résidents peuvent s'exprimer librement mais pour 57% d'entre eux cette expression pose des problèmes au quotidien.
  
- ▶ **L'expression de la volonté** des résidents au quotidien est corrélée de manière significative avec les pratiques professionnelles suivantes :
  - le recueil de l'accord – consentement/assentiment – du résident à son entrée ;
  - la participation de l'entourage à l'accompagnement de son parent et à la vie de l'établissement ;
  - la proportion de professionnels ayant bénéficié d'une formation sur la bienveillance.
  
- ▶ Le **respect de la personne** à travers le respect de sa capacité de décision et de participation ou le respect de sa liberté de choix fait partie des recommandations de l'Anesm (Qualité de vie en Ehpad - volet 1 - De l'accueil de la personne à son accompagnement). La vie de l'établissement favorise « toujours » le respect des personnes pour 60% des déclarants mais pose problème au quotidien pour 39% des présidents de CVS ayant répondu. Il apparaît lié de manière significative aux pratiques suivantes :
  - la participation de l'entourage à l'accompagnement de son parent et à la vie de l'établissement ;
  - la possibilité de réalisation d'activités collectives dans le cadre du projet personnalisé.
  
- ▶ L'Ehpad a pour mission d'assurer à chaque résident un accueil digne et un accompagnement ajusté à ses attentes et à son autonomie. Le maintien, voire l'amélioration de l'autonomie, est donc un objectif important de l'aspect organisationnel au sein des structures d'hébergement. Selon l'avis du président du CVS, **la vie dans l'établissement favorise « toujours » le maintien de l'autonomie** des résidents dans un Ehpad sur deux. À partir de l'analyse multi-variée, le maintien de l'autonomie des résidents dans l'Ehpad apparaît lié de façon significative aux pratiques suivantes :
  - l'évaluation des besoins de soins lors de l'évaluation initiale ;
  - la possibilité de réalisation d'activités collectives dans le cadre du projet personnalisé ;
  - un CVS en place et opérationnel.
  
- ▶ **La qualité de vie** est définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (OMS, 1993). Le concept a pour point central la notion de perception, de « satisfaction globale du sujet vis-à-vis du sens général qu'il donne au bien-être ». Sur le thème de la qualité de vie en Ehpad, l'Anesm a fait le choix d'engager sur deux ans un programme spécifique (2010-2012). Dans cette enquête, **la vie de l'établissement favorise « toujours » une bonne qualité de vie pour 59% des présidents de CVS déclarants**. Elle est significativement liée aux pratiques suivantes :
  - le recueil des attentes du résident lors de l'évaluation initiale ;
  - l'évaluation par les professionnels de l'impact de l'expression collective en termes de conduite de changement dans l'Ehpad (actions, effets pour les résidents).

## 4. Synthèse

		2009	2010	augmentation
<b>Evaluation initiale</b>	Visite préalable de l'établissement	32%	37%	5
	Recueil de l'accord des résidents sur leur entrée en Ehpad	42%	50%	8
	Temps d'observation pour définir un projet personnalisé	48%	52%	4
	Recueil des habitudes, centre d'intérêt, et potentialité du résident	59%	70%	11
	Recueil des attentes de la personne	43%	51%	8
	Recueil des attentes de l'entourage	40%	48%	8
<b>Projet personnalisé</b>	Projet personnalisé élaboré en équipe avec le résident	19%	22%	3
	Evaluation de l'impact et appréciation du projet personnalisé par le résident	14%	18%	4
	Réévaluation du projet personnalisé à la demande du résident	30%	35%	5
	Réévaluation du projet personnalisé à la demande de l'entourage	24%	27%	3
<b>Mise en place de procédures de gestion</b>	Recours à la contention	86%	91%	5
	Événements indésirables	78%	84%	6
	Traitements des faits de maltraitance	60%	74%	14
<b>Le conseil de la vie sociale</b>	Recueil des suggestions et plaintes émanant des résidents et/ou de leur entourage	74%	82%	8
	L'animation du CVS permet une expression réelle des résidents	51%	60%	9
	Continuité de la fonction soin la nuit	90%	100%	10

Règle de lecture : 37% des établissements effectuent systématiquement une visite préalable de l'établissement en 2010, alors qu'ils n'étaient que 32% à le faire en 2009.

## 5. Annexes

---

### 5.1 Conduite de travaux

---

#### Coordination et études

Sophie MAUNIER, chef de projet, service « Recommandations » de l'Anesm

Carole AUBRY, chargée d'études statistiques, service « Recommandations » de l'Anesm,

Mahel BAZIN, chargé d'études statistiques, service « Recommandations » de l'Anesm,

Sous la responsabilité de Thérèse HORNEZ, Responsable du service « Recommandations » de l'Anesm

Sous la direction de Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm

#### Expert

Jean-Luc NOVELLA, médecin, professeur de santé publique, service de gériatrie, CHU de Reims EA 3797.

Avec la collaboration de Moustapha DRAMÉ, médecin, service de gériatrie, CHU de Reims EA 3797.

#### Rédacteur

Stéphane SANCHEZ, interne de santé publique, ARS Champagne Ardennes, Département promotion/prévention.

#### Relecture et coordination éditoriale

Marie-Pierre HERVY, responsable de projet «Personnes Agées », Anesm

Dominique LALLEMAND, responsable de la Communication et des relations institutionnelles, Anesm

Yaba BOUESSE, chargée de communication

#### Groupe de travail

Le questionnaire ainsi que le guide de remplissage ont été conçus par un groupe de travail piloté par l'Anesm.

---

***Ce groupe était composé des personnes suivantes :***

- ▶ Arielle ATTAL, médecin-coordonnateur, Ehpad Ste Anne d'Auray (Chatillon)
- ▶ Daniel ANGHELOU, chef du bureau de la protection des personnes, DGCS
- ▶ Antoine AUDOUIN, conseiller santé social pour le secteur médico-social, Fehap
- ▶ Isabelle BARGES, directrice qualité de vie, Fnaqpa
- ▶ Valérie BLONDEL, psychologue, Ehpad Les Vergers (Noyarey)
- ▶ Gérard BRAMI, directeur, Ehpad La Vençoise (Vence)
- ▶ Kevin CHARRAS, responsable du pôle études, Fondation Médéric Alzheimer
- ▶ Rachida CHERGUI, coordonnatrice, Alma Paris
- ▶ Jacques DOURY, représentant CFTC
- ▶ Joëlle ETCHEVERRY, IDE coordonnatrice, Ehpad Résidence Arcade (Fontenay-aux-Roses)
- ▶ Yvan FERRIER, président, Andass
- ▶ Mme FEUVRIER, résidente de l'Ehpad, Résidence du chemin de la Jonchère (Rueil-Malmaison)
- ▶ Joël JACQUES, inspecteur MRIICE, Drass Paca
- ▶ Jean-Marie LAFOND, directeur, Ehpad maison de retraite St Vincent de Paul (Stains)
- ▶ Arlette MEYRIEUX, présidente, chef de projet, France Alzheimer
- ▶ Norbert NAVARRO, directeur, AD-PA
- ▶ Nathalie PAIN, représentante CFDT
- ▶ Frédéric PALLERMITI, adjoint responsable du pôle études, Fondation Médéric Alzheimer
- ▶ Thierry PAU, psychomotricien, Ehpad Résidence du chemin de la jonchère (Rueil-Malmaison)
- ▶ Florian ROGER, conseiller technique, Synerpa
- ▶ Geneviève RUAULT, déléguée générale, SFGG
- ▶ Françoise TOURSIERE, directrice, FNADEPA
- ▶ Eric VANBRUGGHE, directeur Qualité, groupe Korian
- ▶ Alain VILLEZ, conseiller technique, Uniopss

---

## 5.2 Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux Ehpad.

---

- ▶ Anesm. *La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint-Denis : Anesm, 2008.
- ▶ Anesm. *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées*. Saint-Denis : Anesm, 2008.
- ▶ Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint-Denis : Anesm, 2008.
- ▶ Anesm. *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*. Saint-Denis : Anesm, 2008.
- ▶ Anesm. *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*. Saint-Denis : Anesm, 2008.
- ▶ Anesm. *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*. Saint-Denis : Anesm, 2008.
- ▶ Anesm. *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'Action Sociale et des familles*. Saint-Denis : Anesm, 2009.
- ▶ Anesm. *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*. Saint-Denis : Anesm, 2009.
- ▶ Anesm. *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Saint-Denis : Anesm, 2010.
- ▶ Anesm. *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad. Volet 1*. Saint-Denis : Anesm, 2011.
- ▶ Anesm. *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en Ehpad. Volet 2*. Saint-Denis : Anesm, 2011.

Anesm

5 rue Pleyel - Bâtiment Euterpe - 93200 Saint-Denis

*Téléphone 01 48 13 91 00*

*Site [www.ansm.sante.gouv.fr](http://www.ansm.sante.gouv.fr)*

*Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables*

*Octobre 2011*