

BIENTRAITANCE

Analyse nationale 2015

**Déploiement des pratiques
professionnelles en établissements
d'hébergement pour personnes
âgées dépendantes (Ehpad)**

Anesm

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

Enquête 2015
**« Bientraitance des personnes
accueillies en Etablissements
d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes »**

Analyse des résultats nationaux

AVANT PROPOS - PRESENTATION DE L'ENQUETE 2015 « BIEN TRAITEMENT DES PERSONNES ACCUEILLIES EN ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD) »	3
<i>Qu'est-ce que la bientraitance ?</i>	3
<i>Les objectifs de l'enquête nationale</i>	3
<i>Une enquête fondée sur l'exploitation de deux questionnaires</i>	4
<i>La méthodologie de l'enquête</i>	4
<i>Caractéristiques générales des établissements répondants et des publics accompagnés</i>	6
I. LE PARCOURS DE LA PERSONNE ET LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	9
1. L'ACCUEIL ET L'EVALUATION INITIALE.....	9
1.1 <i>Avant l'admission</i>	9
1.2 <i>Le premier accueil</i>	10
1.3 <i>L'évaluation des besoins et des attentes de la personne</i>	11
2. LE PROJET PERSONNALISE.....	13
2.1 <i>La formalisation et l'élaboration pluridisciplinaire du projet personnalisé</i>	13
2.2 <i>La co-construction du projet avec la personne et son entourage</i>	14
2.3 <i>Le suivi et la co-évaluation du projet personnalisé</i>	15
3. LES ACTIVITES PROPOSEES AUX PERSONNES, L'EXERCICE DES DROITS CIVIQUES ET DE CULTE	17
4. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE	19
II. LES RELATIONS SOCIALES ET L'EXPRESSION COLLECTIVE	22
1. LES RELATIONS SOCIALES ET FAMILIALES	22
2. LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE ET LES AUTRES FORMES DE PARTICIPATION	24
2.1 <i>La composition et le fonctionnement des Conseil de la Vie Sociale (CVS)</i>	24
2.2 <i>Les modalités de participation de l'ensemble des résidents et des familles aux CVS et à la vie des Ehpads</i>	25
2.3 <i>Les réponses aux demandes du CVS</i>	27
III. LA PREVENTION ET LA GESTION DES RISQUES DANS LE RESPECT DES DROITS DES PERSONNES	29
1. LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR	29
2. LES PRINCIPAUX AXES DE PREVENTION	31
2.1 <i>Les risques de dénutrition</i>	32
2.2 <i>Les risques d'escarres</i>	33
2.3 <i>Les risques de chutes</i>	33
2.4 <i>Les risques infectieux</i>	35
2.5 <i>La douleur</i>	35
2.6 <i>Les troubles psychiques, de l'humeur et/ou cognitifs</i>	36
2.7 <i>Les hospitalisations d'urgence</i>	37
3. LES PROCEDURES ET PROTOCOLES.....	37
IV. L'ADAPTATION DE L'ETABLISSEMENT AUX BESOINS DES PERSONNES ACCOMPAGNEES.....	40
1. L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET LES PARTENARIATS.....	40
2. LA STRATEGIE D'ADAPTATION A L'EMPLOI.....	43
2.1 <i>La qualification et la formation</i>	43
2.2 <i>Les recommandations de l'Anesm : de la veille documentaire à leur appropriation</i>	44
V. LES ANNEXES	51
ANNEXE 1 - METHODOLOGIE D'ELABORATION DE L'ENQUETE	51
ANNEXE 2 - LES QUESTIONNAIRES	52
ANNEXE 3 - LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES APPLICABLES AUX EHPAD	70

Avant propos - Présentation de l'enquête 2015 « Bientraitance des personnes accueillies en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) »

Qu'est-ce que la bientraitance ?

La bientraitance ne couvre pas l'ensemble des aspects qui concourent à la qualité de l'accompagnement en Ehpad et, *in fine*, à la qualité de vie des personnes accueillies. Elle en est l'une des dimensions essentielles et vise prioritairement :

- les conditions d'exercice et de coordination des professionnels, qui concourent à une relation personne accueillie/professionnels respectueuse de ses droits, favorisant l'individualisation et la prise en compte de toutes les dimensions de l'accompagnement ;
- la professionnalisation et la qualification des intervenants ;
- la potentialisation des ressources, tant internes que celles disponibles sur le territoire ;
- l'organisation (communication, documentation, système d'information) et le management.

« La bientraitance trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. Il s'agit d'une culture partagée au sein de laquelle les sensibilités individuelles, les spécificités de parcours et de besoins, doivent pouvoir s'exprimer et trouver une réponse adaptée »¹.

Les objectifs de l'enquête nationale

Depuis 2008, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont invités à s'inscrire dans une démarche d'autoévaluation du degré de déploiement de leurs pratiques concourant à la bientraitance et à la qualité de vie des personnes accueillies. Dans ce cadre, l'Anesm a élaboré un questionnaire d'autoévaluation qui a été adressé pour la première fois à l'ensemble des Ehpad en 2009, puis reconduit en 2010, avec le concours des Agences régionales de santé (ARS). En 2015, les Ehpad ont de nouveau été sollicités pour répondre à cette enquête, toujours avec le concours des ARS.

Le premier objectif de l'enquête est de soutenir les professionnels dans une dynamique de déploiement de la bientraitance, en leur permettant :

- d'identifier en équipe les actions déjà mises en œuvre ;
- de réaliser un diagnostic des difficultés inhérentes à ce déploiement ;
- de définir les actions possibles à effectuer².

Le second objectif est de procéder, au niveau national, à un état des lieux des pratiques de bientraitance au sein des établissements. Elle permet à chaque Ehpad de se situer par rapport aux moyennes nationales qui en résultent.

Cette démarche ne saurait toutefois être à elle seule assimilée 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 L 312-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

¹ Anesm. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint-Denis : Anesm, 2008. p. 14.

² Le guide-questionnaire de l'enquête, disponible sur le site Internet de l'Anesm, est également un outil que les équipes des Ehpad peuvent utiliser hors le cadre de l'enquête pour effectuer un rapide diagnostic sur leurs pratiques concourant à la bientraitance et identifier des leviers et des actions d'amélioration.

Une enquête fondée sur l'exploitation de deux questionnaires

→ *Le questionnaire à l'attention des directeurs d'Ehpad*

Les directeurs d'Ehpad et leurs équipes ont été **interrogés sur** :

- le profil de leur établissement (données administratives, informations sur les personnels et les personnes accueillies) ;
- l'état de déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance.

Un échantillon représentatif de **4200 Ehpad** a été **contacté**, parmi lesquels **77% ont répondu** au questionnaire (soit 3229 établissements).

→ *Le questionnaire à l'attention des présidents des Conseils de la vie sociale (CVS)*

Les présidents de CVS des mêmes Ehpad ont été invités à donner leur **avis sur l'accompagnement et la qualité de vie au sein de leur établissement**. Ils ont aussi été questionnés sur les modalités de fonctionnement du CVS et des autres formes de participation des usagers.

1469 présidents de CVS y ont répondu.

→ *De nouvelles thématiques interrogées*

Comparativement aux enquêtes de 2009 et 2010, les **questionnaires 2015** ont été **enrichis dans leur contenu**.

Ont en particulier été interrogées de manière plus complète les pratiques professionnelles relatives :

- à la prévention des risques (sociaux, liés à la santé ou liés à la situation d'accompagnement) ;
- à la stratégie d'adaptation à l'emploi (formation, veille documentaire, organisation du travail interdisciplinaire, etc.) ;
- à l'expression collective des personnes accompagnées.

Plusieurs indicateurs de suivi recommandés par l'Anesm dans ses travaux sur l'évaluation interne en Ehpad³ ont également été intégrés.

La méthodologie de l'enquête

Les deux questionnaires ont été élaborés par l'Anesm dans le cadre d'un groupe de travail ayant réuni, notamment, des représentants du secteur concerné ([cf. annexe 1](#)). Ils ont été testés par quelques Ehpad volontaires avant passation afin d'assurer la compréhension de chaque item et d'évaluer la durée moyenne de remplissage. Ils ont été diffusés en mai 2015, pour une passation portant sur quatre mois.

- Le **questionnaire d'autoévaluation des pratiques à l'attention des directeurs d'établissements** a été diffusé directement par voie électronique après envoi d'un courrier de lancement auprès d'un **échantillon d'Ehpad**.
Le plan d'échantillonnage aléatoire stratifié a été réalisé, sur les variables relatives au statut juridique et à la taille des établissements, par le Bureau handicap dépendance de la DREES à partir de l'ensemble des Ehpad ouverts sur la base FINESS en mars 2015.

³ Anesm. *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes*. Saint-Denis : Anesm, 2012.

Les adresses électroniques déjà présentes sur FINESS ont été croisées et complétées par celles issues de la base de données du portail pour les personnes âgées de la CNSA.

La logistique liée à la remontée des informations a été assurée par la mission de Management de l'information et de gouvernance des systèmes d'information (MISI) de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Des correspondants régionaux au sein de chaque ARS ont permis d'assurer la diffusion du questionnaire aux structures concernées.

- Le **questionnaire à l'attention des présidents de CVS** a été envoyé par voie postale aux présidents de CVS des mêmes Ehpad. Les présidents de CVS ont pu renseigner ce questionnaire et l'adresser directement à l'Anesm via une enveloppe pré-timbrée. En 2009 et 2010, quelques questions étaient déjà posées aux présidents de CVS. Elles figuraient à la fin du questionnaire d'autoévaluation des pratiques. Cette configuration impliquait que les questions aux présidents du CVS soient transmises ou posées aux présidents de CVS par les responsables d'établissements, qui centralisaient les réponses pour transmettre ensuite aux ARS l'ensemble du questionnaire renseigné (volet « établissement » et volet « président du CVS »). Cette nouvelle méthodologie a laissé une plus grande liberté d'expression aux présidents de CVS.

A l'issue du recueil de l'ensemble de ces données, un redressement sur les variables relatives au statut juridique et à la taille des établissements a été effectué afin que les données analysées puissent être représentatives de l'ensemble des Ehpad.

Points de vigilance pour comprendre les résultats :

→ **L'enquête Bientraitance a fait l'objet, en 2015, d'une importante restructuration.** Les formulations des questions de 2010 ont été souvent modifiées ; certaines n'apparaissent plus dans le questionnaire 2015 ou, au contraire, ont été créées pour cette nouvelle campagne.

La comparaison entre les deux enquêtes n'est ainsi pas toujours possible. Par ailleurs, les changements de méthodologie entre 2015 et 2010 impliquent des précautions quant aux comparaisons réalisées.

→ **Les chiffres portant sur les résidents et les professionnels sont toujours donnés en moyenne par établissement** et non à partir d'une moyenne calculée sur la base de la population nationale des résidents et professionnels d'Ehpad.

Cette présentation des résultats permet de ne pas donner plus d'importance aux événements observés dans les établissements à grande capacité d'accueil (comparativement aux événements et pratiques des plus petits Ehpad).

→ Dans ce rapport, des croisements de données sont réalisés afin de déterminer si le déploiement de certaines pratiques pouvait avoir un impact sur d'autres données interrogées (autres pratiques professionnelles, indicateurs de l'Anesm ou avis des présidents de CVS).

L'ensemble des sorties statistiques a fait l'objet de tests d'inférence (Chi2 de Bravais Pearson, Test T de Student, Analyse de la variance). **Tous les résultats** présentés dans le rapport **sont statistiquement significatifs au seuil minimal de 5%.**

Il convient cependant de prendre des précautions dans l'interprétation des résultats issus de ces recherches. En effet, une pratique isolée ne saurait expliquer à elle seule les résultats relatifs à une autre pratique, un indicateur ou un avis exprimé sur tel ou tel aspect de la bientraitance. **Il faut donc garder à l'esprit que ce sont plutôt des ensembles de pratiques qui sont susceptibles d'avoir un impact sur la qualité de l'accompagnement d'une part, et le regard porté sur cet accompagnement d'autre part.**

Caractéristiques générales des établissements et des publics accompagnés⁴ :

Pour rappel, il existe **4 catégories d'Ehpad** qui se distinguent par leur statut juridique.

Statut juridique des établissements répondants	Effectif	Pourcentage
Public hospitalier	524	16 %
Public non hospitalier	938	29%
Privé non lucratif	994	31%
Privé lucratif	774	24%

- ✚ **Les Ehpad publics** appartiennent et sont gérées par la commune ou le département. On distingue deux types d'Ehpad publics : les maisons de retraite autonomes (budget et gestion autonomes), et celles gérées par les CCAS (centres communaux d'action sociale) ou rattachées à un hôpital.
- ✚ **Les Ehpad privés** à caractère commercial et les établissements associatifs (à but non lucratif) appartiennent et sont gérés par des caisses de retraite, des mutuelles, des groupes hôteliers, des groupes privés spécialisés, des associations loi 1901 ou des fondations.

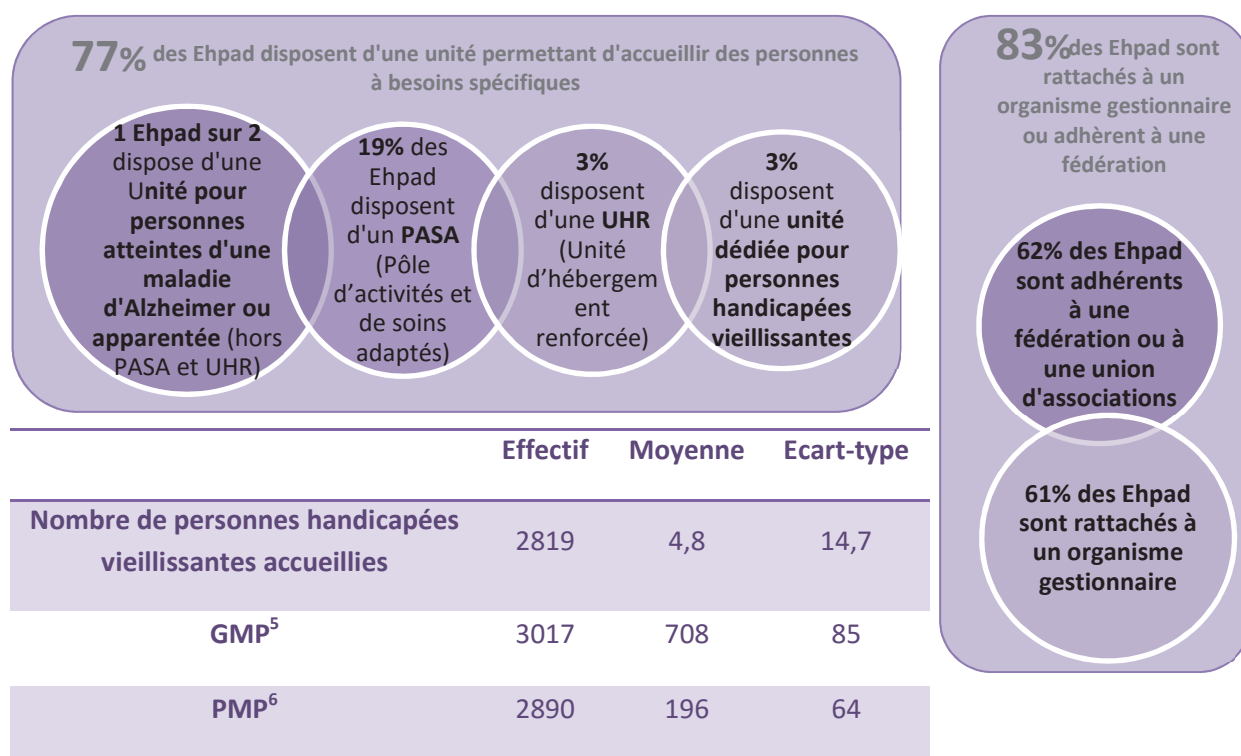
Proportionnellement, les Ehpad privés sont plus nombreux (55%) que les Ehpad publics (45%).

A noter : Par comparaison des variables structurelles entre les statuts juridiques des Ehpad répondants on observe que :

- **Les établissements publics hospitaliers** sont des Ehpad ayant la plus grande capacité d'accueil (en moyenne). Ils accompagnent les personnes les plus fortement dépendantes (**Gir moyen pondéré (GMP)**), ayant le plus de pathologies (**Pathos moyen pondéré (PMP)**). Ce sont aussi les Ehpad qui accueillent le plus fréquemment des personnes handicapées vieillissantes.
- **Les établissements privés lucratifs** sont des Ehpad ayant la plus petite capacité d'accueil (en moyenne). Ils accueillent des personnes fortement dépendantes, mais avec un PMP inférieur à celui des Ehpad publics hospitaliers.
- **Les établissements publics non hospitaliers et privés non lucratifs** sont, en moyenne, de petits établissements accueillant un public plus faiblement dépendant et avec un PMP plus faible.

	Effectif	Moyenne
Nombre de places installées au 31/12/2014	3119	81,8
Dont nombre de places en hébergement temporaire	2926	1,9
Nombre de résidents en hébergement permanent ayant quitté l'établissement en 2014 (départ ou décès)	2855	23,7
Effectif budgété autorisé en ETP (budget 2014)	2810	50,4

⁴ La répartition des Ehpad par statut est présentée ici après redressement de l'échantillon. Il correspond donc à la répartition observée sur la base FINESS (mars 2015).



Le **GMP** moyen des Ehpad **continue à augmenter**, ce qui confirme les tendances observées⁷ depuis 2007. Il est en 2015 de 708 contre 686 en 2010⁸. Cette tendance, que l'on observe également avec le PMP, est liée à l'évolution du profil des personnes accueillies en Ehpad. Les personnes âgées intègrent ces établissements à un âge plus avancé⁹ et avec un degré de dépendance plus important.

On retrouve ces mêmes données dans l'ensemble des études réalisées sur les évolutions des résidents en Ehpad¹⁰.

Lors de la campagne 2015 de l'enquête Bientraitance, l'Anesm a interrogé pour la première fois les Ehpad sur le nombre de personnes handicapées vieillissantes accueillies¹¹. Plus d'une structure sur deux déclarent alors en accueillir au moins une ce qui représente, en moyenne par établissement, **6,5% de personnes handicapées vieillissantes parmi les personnes accueillies en Ehpad**. Ce sont les Ehpad publics hospitaliers qui en accueillent le plus.

⁵ GIR Moyen Pondéré. Le cumul de l'ensemble des GIR des personnes présentes dans l'établissement à un instant "t" permet à l'établissement de déterminer le GMP (Gir Moyen Pondéré), qui est le niveau moyen de dépendance des résidents et permet à la structure de percevoir des moyens en conséquence. Plus le niveau de dépendance des résidents est élevé, plus le GMP est élevé.

⁶ Pathos Moyen Pondéré. Niveau de soins donnés pour une population donnée.

⁷ KPMG. *Observatoire des Ehpad*. Paris : KPMG, 2014.

CNSA. *Les soins en Ehpad en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan de la coupe PATHOS*. Paris : CNSA, 2012.

⁸ Anesm. *Bientraitance Analyse nationale 2010*. Saint-Denis : Anesm, 2010.

⁹ VOLANT, S. 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Etudes et résultats*, 2014, n° 899.

¹⁰ KPMG. *Observatoire des Ehpad*. Paris : KPMG, 2014.

¹¹ Anesm. *Adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes*. Saint-Denis : Anesm, 2014.

Une des réponses apportées par les Ehpad pour faire face à l'évolution des publics accueillis est le développement d'unités dédiées. Si les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ont connu un grand essor depuis 2009, en revanche, seulement 3% des Ehpad disposent d'une Unité d'hébergement renforcée (UHR)¹².

12 Dans le décret 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Journal officiel du 28 août 2016) il est notamment question des PASA et des UHR. L'Anesm programme la diffusion de recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant les PASA et UHR pour début 2017. Pour l'élaboration de ces recommandations, l'Anesm a lancé une étude nationale auprès des UHR. Cette dernière devrait permettre une photographie la plus précise possible sur leurs organisations, la population accueillie, les professionnels intervenants, etc. L'analyse de ces données sera un support parmi d'autres (analyse de la littérature nationale et internationale) pour l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

I. Le parcours de la personne et la personnalisation de l'accompagnement

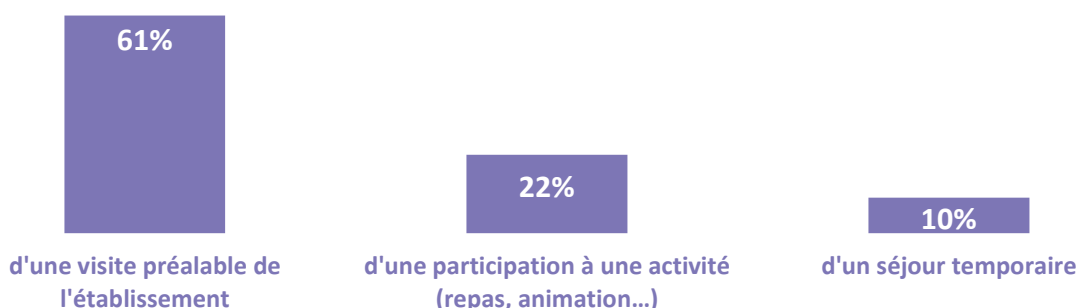
1. L'accueil et l'évaluation initiale

1.1 Avant l'admission

Le temps de réflexion et de préparation avant une admission en Ehpad est identifiée par l'Anesm comme un élément clé pour la qualité de vie ultérieure de la personne¹³. Sont donc recommandées des pratiques visant à faire connaître les établissements aux futurs résidents, afin d'améliorer leur perception de l'Ehpad et qu'ils puissent mieux connaître son fonctionnement.

L'enquête révèle qu'est surtout privilégiée l'organisation de visites de l'Ehpad pour préparer les admissions :

Proportion de nouveaux résidents ayant bénéficié avant leur arrivée dans l'Ehpad ...
(en moyenne par Ehpad)



Lire ainsi : en moyenne par établissement, 61% des nouveaux résidents ont bénéficié d'une visite préalable de l'établissement avant leur arrivée dans l'Ehpad.

Cette pratique n'est cependant pas encore généralisée puisque :

- plus d'1 résident sur 3 ne visite pas l'Ehpad avant d'y être admis (en moyenne par établissement) ;
- moins d'1 Ehpad sur 3 organise cette visite pour tous ses résidents.

L'organisation de séjours temporaires reste rare, 66% des Ehpad n'ayant jamais recours à cette pratique. Il existe une grande disparité des pratiques selon le statut des établissements : 12% des nouveaux résidents en Ehpad privés lucratifs ont bénéficié d'un séjour temporaire préalable contre seulement 6% des résidents des Ehpad publics hospitaliers (en moyenne par établissement). 22% des résidents en moyenne par Ehpad participent à une activité avant leur admission et 59% des Ehpad n'en font jamais bénéficier leurs futurs résidents.

Enfin, certains Ehpad organisent des visites au domicile des personnes qui ne peuvent pas s'y rendre (64% des Ehpad le font au moins parfois et 15% le font systématiquement). C'est surtout le cas dans les Ehpad privés non lucratifs (70% de ces Ehpad organisent au moins parfois ces visites, contre 39% des Ehpad publics hospitaliers).

¹³ Anesm. *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 1. Saint-Denis : Anesm, 2011, p. 22.

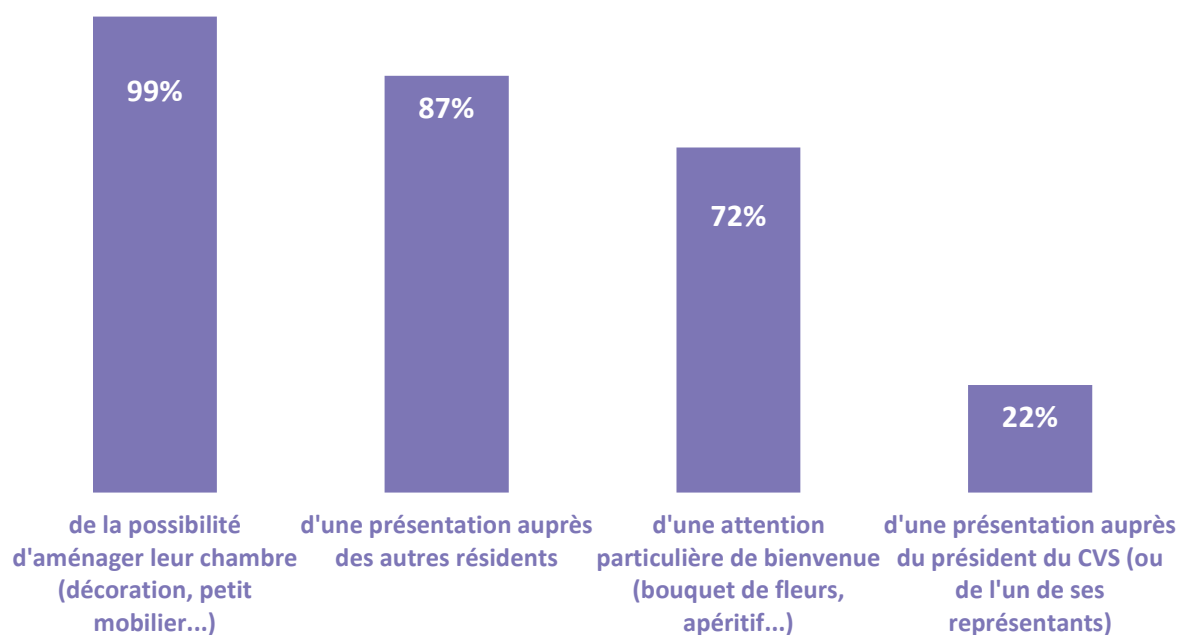
1.2 Le premier accueil

En moyenne par établissement, **le consentement lors de l'accueil a été recueilli pour 83% des nouveaux résidents.**

72% des Ehpad réalisent systématiquement¹⁴ ce recueil. C'est plus qu'en 2010 (50%), même s'il existe encore une marge de progression possible des Ehpad.

Les autres résultats relatifs à l'arrivée du résident en Ehpad témoignent d'une volonté accrue de **personnalisation de l'accueil**, afin de permettre aux personnes de prendre rapidement des repères dans l'établissement et de se sentir reconnues.

Proportion de nouveaux résidents ayant bénéficié lors de leur accueil dans l'Ehpad ...
(en moyenne par Ehpad)



Lire ainsi : en moyenne par établissement, 99% des nouveaux résidents ont bénéficié de la possibilité d'aménager leur chambre lors de leur accueil dans l'Ehpad.

Les Ehpad privés lucratifs personnalisent plus que les autres Ehpad l'accueil du résident. Ils ont la plus forte proportion de résidents bénéficiant d'une attention particulière de bienvenue (bouquet de fleur, apéritif) : 85% des nouveaux résidents en ont bénéficié dans les Ehpad privés lucratifs, contre 45% des nouveaux résidents d'Ehpad publics hospitaliers (en moyenne par établissement). Les Ehpad privés lucratifs systématisent aussi davantage la présentation auprès des autres résidents¹⁵ et auprès du président du Conseil de la vie sociale ou de l'un de ses représentants. Concernant cette présentation au président du CVS ou un de ses représentants, l'écart est particulièrement marqué puisque 32% des nouveaux résidents en ont bénéficié dans les Ehpad privés lucratifs, contre 10% des nouveaux résidents d'Ehpad publics hospitaliers (en moyenne par établissement).

¹⁴ C'est-à-dire pour au moins 90% des résidents.

¹⁵ En moyenne par établissement, 91% des nouveaux résidents en ont bénéficié dans les Ehpad privés lucratifs, contre 82% des nouveaux résidents d'Ehpad publics hospitaliers.

Malgré tout, la **présentation des nouveaux résidents aux présidents de CVS** demeure une pratique **peu courante**, ce qui renseigne peut-être plus sur une difficulté d'associer le CVS au quotidien de l'établissement que sur une absence de volonté des Ehpad. Cette pratique est toutefois plus fréquente lorsque les CVS sont intégrés à un réseau inter-CVS (35%) et quand le GMP de la structure est inférieur à 600 (30%).

Pour rappel, « *Le bien-être des résidents est influencé de manière significative par la façon dont ils ont vécu leur entrée en établissement. Pour les personnes qui l'ont bien vécue, les chances de se sentir bien aujourd'hui sont six fois plus élevées que pour les personnes ayant mal vécues leur entrée, toutes choses étant égales par ailleurs*¹⁶ » (Prévost J.).

L'accueil est un moment qui nécessite une attention particulière de la part des équipes puisqu'il impacte durablement sur l'adaptation et la qualité de vie perçue de la personne au sein de son nouveau lieu de vie.

1.3 L'évaluation des besoins et des attentes de la personne

L'évaluation initiale des besoins de la personne constitue un préalable nécessaire à la mise en place d'un accompagnement adapté. Dans ce cadre, le travail des professionnels consiste à aider les personnes à exprimer leurs attentes et à définir avec elles les modalités d'un projet personnalisé¹⁷.

Sur ce point, l'enquête révèle une **nette amélioration des pratiques de recueil des attentes** :

- 84% des Ehpad recueillent systématiquement¹⁸ les attentes du résident lors de l'évaluation initiale (contre 51% des Ehpad en 2010) ;
- 79% des Ehpad recueillent systématiquement¹⁹ les attentes de l'entourage des nouveaux résidents (contre 48% en 2010).

Cependant, ces pratiques varient selon le statut des établissements. Les attentes de la personne sont recueillies pour 94% des nouveaux résidents en Ehpad privés non lucratifs et 93 % des nouveaux résidents en Ehpad privés lucratifs, contre 87% des nouveaux résidents en Ehpad publics hospitaliers (en moyenne par établissement). Concernant le recueil des attentes de l'entourage, des écarts existent aussi et sont même plus marqués puisqu'il est recueilli pour 94 % des nouveaux résidents en Ehpad privés non lucratifs, contre 82% des nouveaux résidents en Ehpad publics hospitaliers (en moyenne par établissement).

En revanche, près de 7% des Ehpad ne recueillent jamais le nom de la personne de confiance. Les Ehpad privés lucratifs et les Ehpad publics hospitaliers sont ceux qui recueillent le moins le consentement de la personne lors de son admission : en moyenne par Ehpad, ils le font pour 79% des nouveaux résidents contre 87% en Ehpad privés non lucratifs.

¹⁶ PREVOST, J. *La satisfaction des personnes âgées vivant en Ehpad et en maison de retraite en 2007*. In : DREES. La vie en établissement d'hébergement du point de vue des résidents et de leurs proches. *Dossier Solidarité et Santé*, 2011, n°18, pp.28-36.

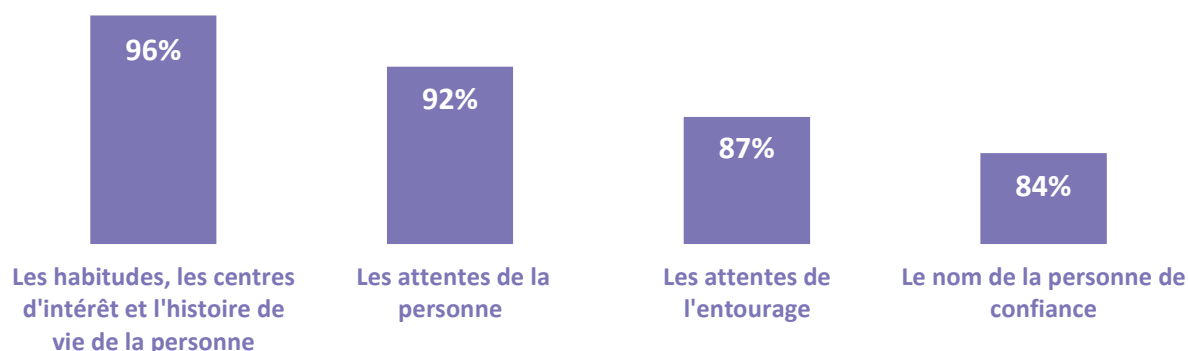
VOLANT, S. 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Etudes et résultats*, 2014, n° 899.

¹⁷ Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint-Denis : Anesm, 2008. p. 14.

¹⁸ C'est-à-dire pour au moins 90% des résidents.

¹⁹ C'est-à-dire pour au moins 90% des résidents.

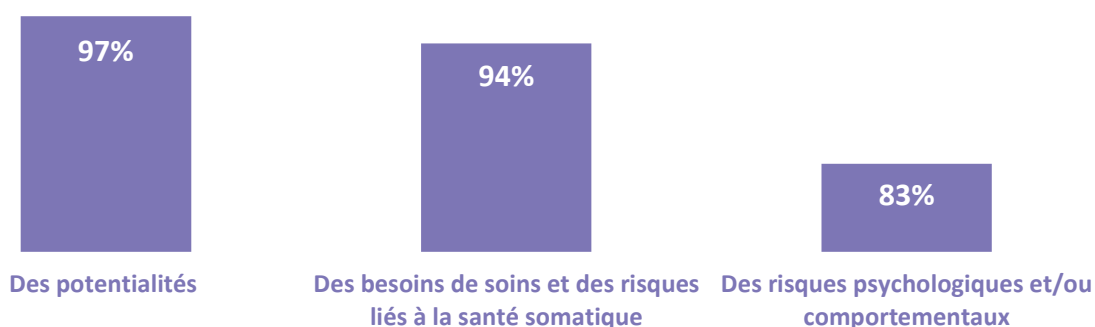
Lors de l'accueil et au cours de l'évaluation initiale, proportion de nouveaux résidents pour lesquels ont été recueillis ...
(en moyenne par Ehpad)



Lire ainsi : en moyenne par établissement, les habitudes, les centres d'intérêt et l'histoire de vie de la personne ont été recueillis auprès de 96% des nouveaux résidents au cours de l'évaluation initiale.

Les évaluations des potentialités, des besoins de soins et des risques liés à la santé somatique et psychologique, recommandées par l'Anesm, sont globalement mises en œuvre dans les établissements.

Lors de l'accueil et au cours de l'évaluation initiale, proportion de nouveaux résidents ayant bénéficié d'une évaluation...
(en moyenne par Ehpad)



Lire ainsi : en moyenne par établissement, 97% des nouveaux résidents ont bénéficié d'une évaluation de leurs potentialités au cours de leur évaluation initiale.

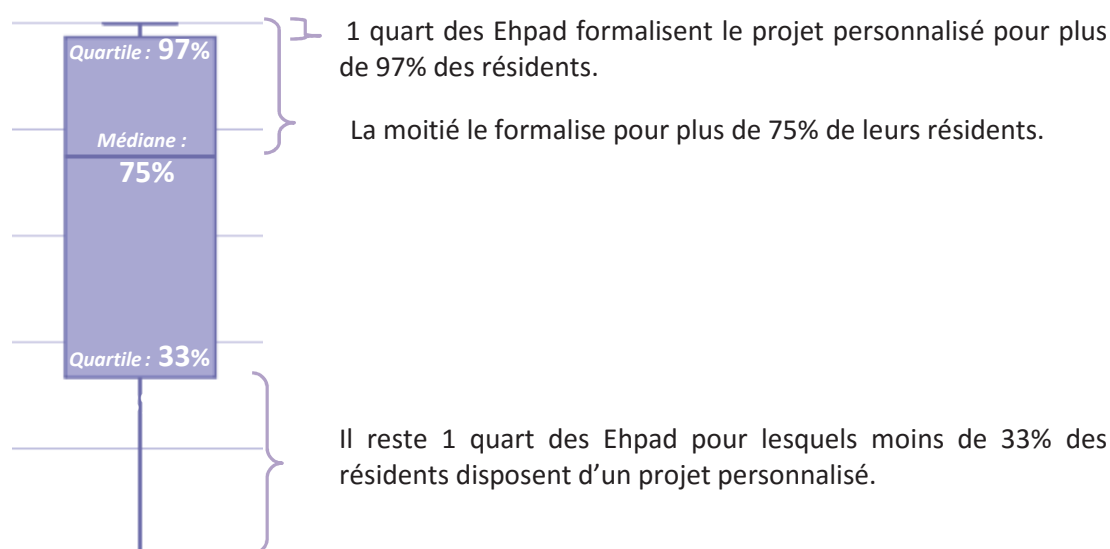
Cependant, 10% des Ehpad n'évaluent jamais les risques psychologiques et/ou comportementaux auprès de leurs nouveaux résidents²⁰.

²⁰ Sur ce point, voir notamment : Anesm. *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement*. Saint-Denis : Anesm, 2014.

2. Le projet personnalisé

2.1 La formalisation et l'élaboration pluridisciplinaire du projet personnalisé

Les résultats de l'enquête font apparaître des pratiques clivées entre des Ehpad qui élaborent et formalisent des projets personnalisés pour une petite proportion de personnes accompagnées et des établissements au sein desquels presque tous les usagers disposent d'un tel projet :



En moyenne par établissement, ce sont **64% des personnes accompagnées qui disposaient, au moment de l'enquête, d'un projet personnalisé** formalisé, élaboré en équipe pluridisciplinaire et global (c'est-à-dire incluant les différentes dimensions de l'accompagnement).

Les analyses réalisées ne montrent pas d'influence significative du taux d'encadrement, de l'adhésion à une fédération ou du rattachement à un organisme gestionnaire sur la mise en place du projet personnalisé.

C'est principalement la taille de la structure ou le statut juridique qui influe sur cette mise en place : les petits Ehpad ainsi que les Ehpad privés lucratifs formalisent plus souvent le projet personnalisé (69% pour les Ehpad de moins de 50 places, et 77% pour les privés lucratifs).

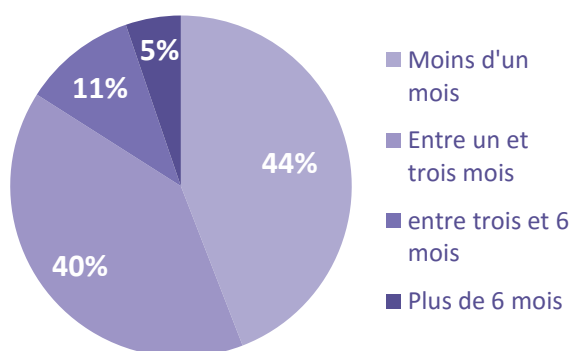
On remarque que, lorsque les Ehpad accueillent un public moins dépendant, ils formalisent moins souvent le projet personnalisé (59% pour les Ehpad ayant un GMP de moins de 700).

Pour autant, cette pratique est liée à un avis positif du président du CVS sur des aspects tels que le maintien de l'autonomie ou l'expression de la volonté des personnes accueillies²¹.

²¹ Les Ehpad dont le Président de CVS considère que le maintien de l'autonomie n'est pas ou très partiellement favorisé par la vie dans l'établissement ont en moyenne 50% de résidents avec un projet personnalisé formalisé. Ceux dont le président de CVS considère que c'est toujours le cas ont en moyenne 69% de résidents avec un projet personnalisé.

Les Ehpad dont le Président de CVS considère que l'expression de la volonté des résidents n'est pas ou très partiellement favorisée par la vie dans l'établissement ont en moyenne 55% de résidents avec un projet personnalisé formalisé. Ceux dont le président de CVS considère que c'est toujours le cas ont en moyenne 69% de résidents avec un projet personnalisé.

Durée entre l'arrivée du résident et la réalisation de son projet personnalisé :



Lire ainsi : 44% des Ehpad mettent moins d'un mois pour réaliser les projets personnalisés de leurs nouveaux résidents.

Les projets personnalisés élaborés le sont généralement peu de temps après les admissions des nouveaux résidents, 84% des projets personnalisés étant réalisés au cours des trois premiers mois du résident dans l'établissement. Les délais nécessaires à la réalisation du projet personnalisé sont plus courts dans les Ehpads privés lucratifs (55 jours en moyenne) et publics hospitaliers (65 jours) que dans les autres structures (avec 76 jours dans les Ehpads publics non hospitaliers et 75 jours dans ceux privés non lucratifs).

Les Ehpads mettant en moyenne plus de 6 mois à réaliser le projet personnalisé voient seulement 44% de leurs résidents disposer d'un projet personnalisé formalisé.

Par ailleurs, **78% des Ehpads** ont mis en place un **recueil informatisé des informations** relatives à ces projets personnalisés, avec des disparités importantes, selon le statut des établissements (87% dans les Ehpads privés lucratifs contre 53% dans les Ehpads publics hospitaliers).



33% des présidents de CVS ont participé à l'élaboration de **la méthode d'évaluation du projet de vie personnalisé**.

2.2 La co-construction du projet avec la personne et son entourage

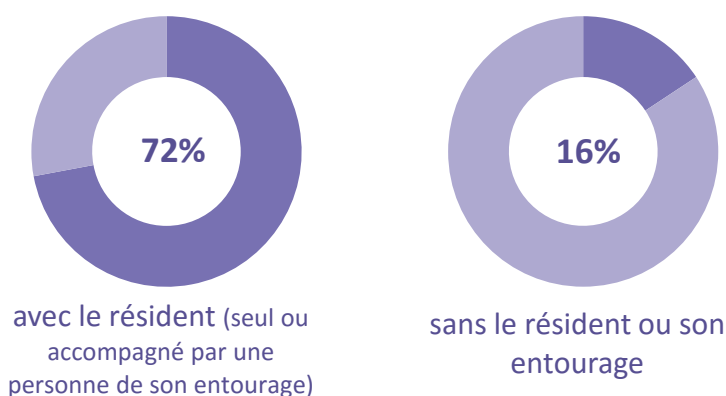
Les projets personnalisés sont généralement co-construits : la moitié des Ehpads élaborent systématiquement²² le projet personnalisé avec le résident (seul ou accompagné par une personne de son entourage) et, en moyenne par établissement, près des trois quarts des projets personnalisés sont ainsi co-construits.

Cependant, des projets sont encore parfois réalisés uniquement par les professionnels, sans que le résident ou ses proches ne soient associés au travail d'élaboration de ces projets : 10% des Ehpads n'associent jamais le résident ou son entourage dans l'élaboration de ce projet. Les Ehpads publics (en particulier ceux hospitaliers) sont plus nombreux à ne jamais associer les résidents ou leur entourage au projet personnalisé²³.

²² C'est-à-dire pour au moins 90% des résidents.

²³ 16% des Ehpads publics hospitaliers et 12% des Ehpads publics non hospitaliers n'associent jamais le résident ou son entourage pour élaborer les projets personnalisés, contre 9% des Ehpads privés non lucratifs et 5% des Ehpads privés lucratifs.

En moyenne par établissement, proportion de projets personnalisés élaborés :



Lire ainsi : en moyenne par établissement, 72% des projets personnalisés ont été élaborés avec le résident (seul ou accompagné par une personne de son entourage).

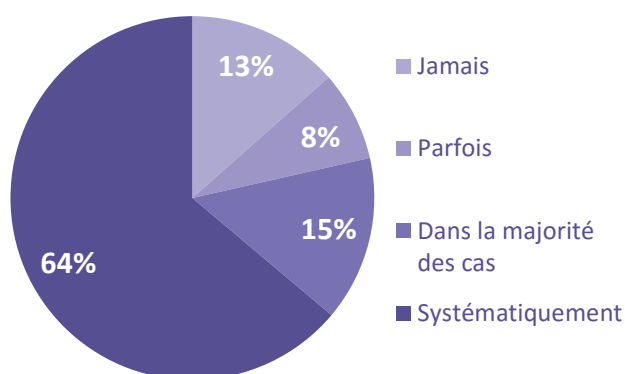
2.3 Le suivi et la co-évaluation du projet personnalisé

Dans près de 2 Ehpad sur 3, un professionnel (soignant ou non) est systématiquement désigné pour être référent du projet personnalisé et de l'accompagnement du résident.

Cette pratique est plus courante dans le secteur public (67%) que dans le secteur privé non lucratif (63%) ou privé lucratif (59%).

Les résidents des Ehpad ayant la plus forte proportion de personnels référents ont également la plus forte proportion de projets personnalisés²⁴.

Les résidents ont-ils un personnel référent?



Lire ainsi : 64% des Ehpad proposent systématiquement à leurs résidents qu'un professionnel soit référent de leur accompagnement.

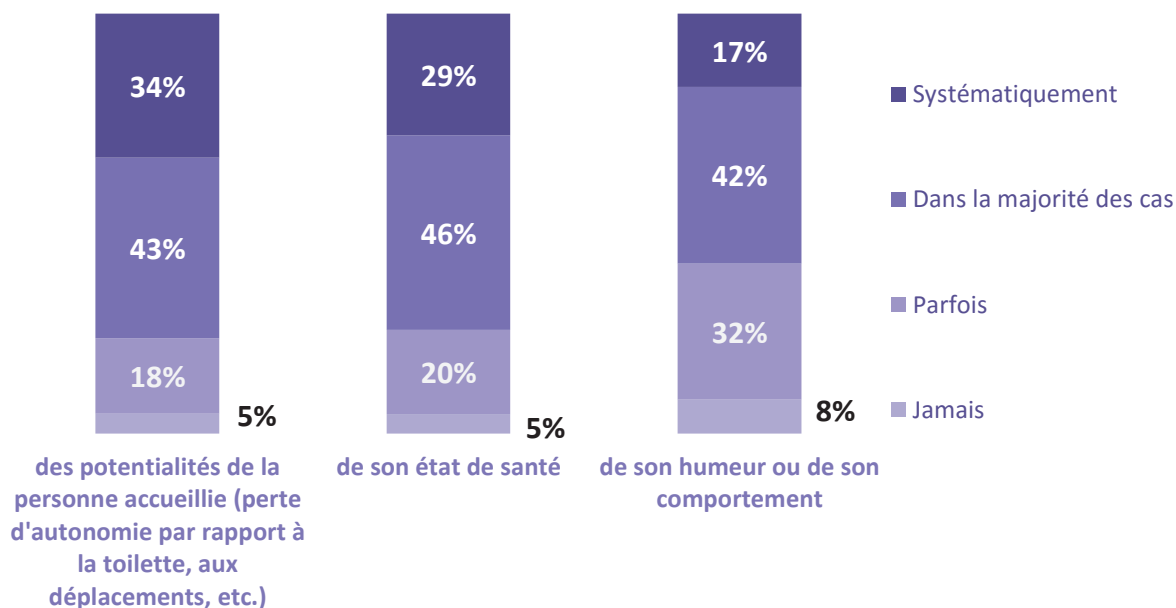
Les projets personnalisés doivent être réévalués en cas de modification de la situation de la personne ou si celle-ci le demande.

Ce sont surtout les modifications de potentialités de la personne qui conduisent les professionnels à réévaluer les projets personnalisés. La réévaluation des projets pour des raisons de modifications de l'humeur ou du comportement est moins systématiquement pratiquée par les Ehpad²⁵.

Par ailleurs, 13% des Ehpad non rattachés à un organisme gestionnaire ou une fédération n'associent jamais le résident ou son entourage pour élaborer les projets personnalisés, contre 9% des Ehpad rattachés à un organisme gestionnaire ou une fédération.

²⁴ En moyenne par établissement, 67% des résidents des Ehpad désignant systématiquement un personnel référent disposent d'un projet personnalisé, contre 56% des résidents dans les Ehpad ne désignant pas de référent, ou seulement occasionnellement.

Le projet personnalisé est-il réévalué en cas de modification...



Lire ainsi : 34% des Ehpad réévaluent systématiquement les projets personnalisés en cas de modification des potentialités de la personne accueillie.

Par ailleurs :

- un tiers des Ehpad réévaluent systématiquement les projets personnalisés à la demande du résident, mais près d'un quart ne le font jamais sur ce motif ;
- moins d'un quart des Ehpad réévaluent systématiquement ces projets à la demande de l'entourage, et 18% ne le font jamais.

Une évaluation du projet personnalisé sur ces motifs n'est bien sûr possible que si des demandes sont formulées par la personne ou par son entourage, c'est pourquoi il est indispensable que les bénéficiaires de l'accompagnement et leurs proches soient encouragés à s'exprimer.



Ces résultats peuvent être mis en perspective avec le fait que **près d'1 président du CVS sur 2 considère que son établissement ne favorise pas toujours l'expression de la volonté des personnes accueillies²⁵**, même s'il est possible que cet avis exprime également une réserve vis-à-vis des modalités de participation des personnes au fonctionnement de l'Ehpad.

Les comparaisons de ces résultats avec ceux de l'enquête 2010 font apparaître que **les Ehpad ont moins tendance qu'auparavant à réévaluer systématiquement les projets personnalisés lorsque la situation des usagers change ou sur demande des personnes concernées.**

²⁵ Sur ce point on observe que les projets personnalisés sont plus souvent réévalués en cas de modification de l'humeur ou du comportement du résident dans les Ehpad qui forment le plus leur personnel à la maladie d'Alzheimer.

²⁶ Ce résultat pointe que les présidents de CVS sont loin d'être unanimes sur la capacité des Ehpad à encourager l'expression des volontés. Cependant, il montre tout de même une amélioration de leur appréciation depuis 2010 puisque le pourcentage exact de présidents de CVS déclarant que leur Ehpad favorise toujours l'expression de la volonté des personnes est passé de 43% en 2010 à 54% en 2015.

Même si les comparaisons doivent être appréhendées avec précaution (dans la mesure où les modalités de réponse à ces questions pour l'enquête 2010 s'organisaient en « jamais, parfois, souvent, toujours »), il s'avère que :

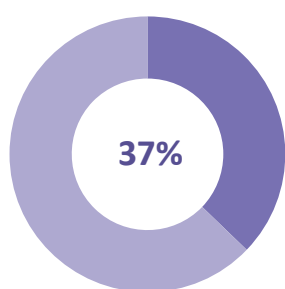
- 65% des Ehpad réévaluaient toujours les projets personnalisés en cas de modification de l'état de santé (contre 29% qui le font systématiquement en 2015) ;
- 58% des Ehpad réévaluaient toujours les projets personnalisés en cas de modification des potentialités (contre 34% qui le font systématiquement en 2015) ;
- 43% des Ehpad réévaluaient toujours les projets personnalisés en cas de modification de l'humeur ou du comportement de la personne (contre 17% qui le font systématiquement en 2015).

Si, dans l'ensemble, les établissements élaborent les projets personnalisés, force est de constater que des progrès peuvent être réalisés quant à leur réévaluation notamment lorsque que c'est à la demande du résident. Concernant cet item spécifique, les écarts sont importants entre les Ehpad privés lucratifs (42% réévaluent systématiquement les projets personnalisés sur ce motif) et les Ehpad publics hospitaliers (27%). Il en est de même lorsque les projets doivent être réévalués consécutivement à une modification des potentialités : 42% des Ehpad privés lucratifs les réévaluent systématiquement sur ce motif, contre 26% des Ehpad publics hospitaliers.

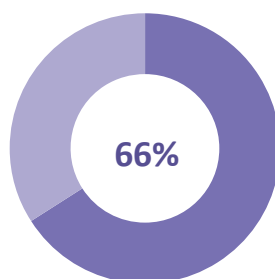
Impliquer le résident dans l'élaboration de son projet personnalisé, l'encourager à y participer, être à son écoute dès lors que ce dernier souhaite qu'il soit revu est déterminant. En effet, différentes études mettent en évidence que, le fait d'encourager les personnes âgées et/ou souffrant de polypathologies²⁷ chroniques à s'exprimer sur leurs attentes et de les faire participer aux prises de décision impactent non seulement sur leur satisfaction, mais « favorisent même leur rétablissement ».²⁸

3. Les activités proposées aux personnes, l'exercice des droits civiques et de culte

En moyenne par établissement :



de résidents réalisent
au moins une fois par
semaine une activité
individuelle



de résidents participent
au moins une fois par
semaine à une activité
collective

Seuls 6% des Ehpad ont permis à plus de 9 résidents sur 10 de réaliser une activité individuelle la semaine précédant l'enquête (s'agissant des activités collectives, 20% des Ehpad y sont parvenus).

²⁷ BERENDSEN, et al, 2009 cité par GUILLAUME, S. et OR, Z.

²⁸ GUILLAUME, S., OR, Z. La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et coordination des soins : une approche qualitative exploratoire. *Question d'économie de la santé*, 2016, n°214.

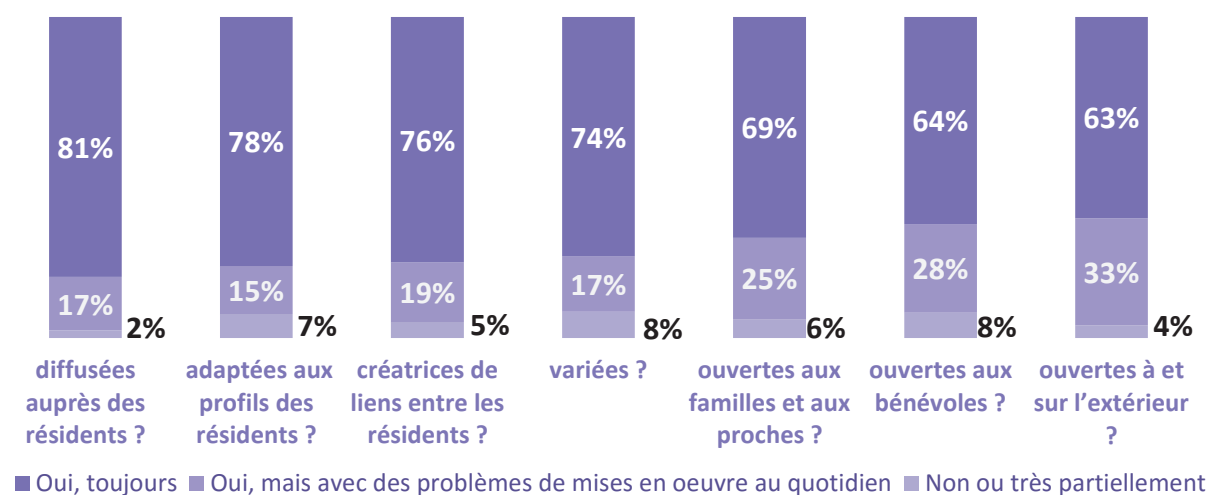
Au moins **44% des Ehpad accompagnent des résidents qui ne participent pas toutes les semaines à une activité** (individuelle ou collective).

Les Ehpad privés (et surtout ceux lucratifs) accueillent proportionnellement plus de résidents réalisant au moins une activité individuelle ou collective hebdomadaire²⁹. Par ailleurs, les Ehpad élaborant le plus régulièrement des projets personnalisés ont également une plus forte proportion de résidents participant à des activités individuelles et collectives hebdomadaires. **C'est d'ailleurs tout l'enjeu de l'élaboration du projet personnalisé. Il doit permettre de proposer et de mettre en place des activités qui correspondent aux attentes et aux besoins des personnes accueillies.**

- Les Ehpad s'inscrivent dans une dynamique de consultation des résidents sur ces activités, puisqu'au cours des 2 années précédents l'enquête, **88% des Ehpad ont interrogé les résidents sur leur satisfaction relative aux activités collectives proposées** (au moyen d'une enquête spécifique ou au sein d'une enquête de satisfaction générale).
- Consulter les résidents sur leurs attentes en matière d'activités et d'animations proposées est déterminant pour adapter les activités proposées, augmenter le nombre de participants : 44% des résidents ne participent pas chaque semaine à ces activités. La palette des activités doit être plus variées et adaptées. La participation aux activités est d'autant plus importante qu'elles sont créatrices de liens entre les résidents. Ceci est d'autant plus important à prendre en compte que la moitié des résidents ne reçoit pas la visite hebdomadaire de proches .

Dans le questionnaire Anesm 2015, les **présidents de CVS** ont également été invités à s'exprimer sur les animations proposées par les Ehpad. Leur **avis est globalement positif, même si des difficultés de mise en œuvre sont exprimées, concernant surtout la capacité des établissements à ouvrir ces activités à/sur l'extérieur.**

Selon vous, les animations dans l'établissement sont-elles ...



Lire ainsi : 81% des présidents de CVS déclarent que, dans leur Ehpad, les informations sur les animations sont toujours diffusées auprès des résidents.

²⁹ En moyenne par établissement, 43% des résidents d'Ehpad privés lucratifs ont participé à au moins une activité individuelle, contre 30% des résidents d'Ehpad publics hospitaliers. 72% des résidents d'Ehpad privés lucratifs ont participé à au moins une activité collective, contre 58% des résidents d'Ehpad publics hospitaliers.



Les **présidents de CVS** ont été invités à s'exprimer sur la capacité des Ehpad à favoriser l'exercice des droits et libertés fondamentaux des personnes accompagnées :

- **71% considèrent que l'Ehpad favorise toujours l'exercice des droits civiques ;**
- **94% qu'il favorise toujours la liberté de culte.**

Il a également été demandé aux **présidents de CVS** si la vie dans l'Ehpad favorisait une **bonne image de soi et un respect des personnes** (langage respectueux, respect des rythmes, respect de l'intimité). **Leurs avis**, sur ces points, **sont plus positifs qu'en 2010** :

- **57% considèrent que la vie dans l'Ehpad favorise toujours une bonne image de soi** (contre 44% en 2010) ;
- **71% qu'elle favorise toujours le respect des personnes** (contre 60% en 2010).

4. L'accompagnement de la fin de vie

Pour rappel, les soins palliatifs se définissent ainsi, selon la définition donnée par l'OMS en 2002 :

« Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle : par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision ; ainsi que par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge ».

Compte tenu que plus de 150 000 résidents décèdent chaque année, la mise en œuvre de ces pratiques est particulièrement déterminante pour un accompagnement de qualité jusqu'à la fin de la vie³⁰. Selon l'enquête de l'INED « Fin de vie en France³¹ », 28 jours avant le décès, 29% des personnes âgées sont déjà hospitalisés, 45% sont à leur domicile et 24% vivent en Ehpad. Le jour J de leur décès, ils ne seront plus que 17% à leur domicile, 64% à l'hôpital et 18% des résidents d'Ehpad mourront à l'hôpital.

³⁰ Anesm. *Accompagner la fin de vie des personnes âgées en Ehpad*. (A paraître)

³¹ PENNEC, S., GAYMU, J., RIOU, F., et al. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. *Population & sociétés*, Juillet-Août 2015, n°524.

En moyenne par Ehpad :

- les **directives anticipées** sont recueillies auprès de **28% des résidents**.

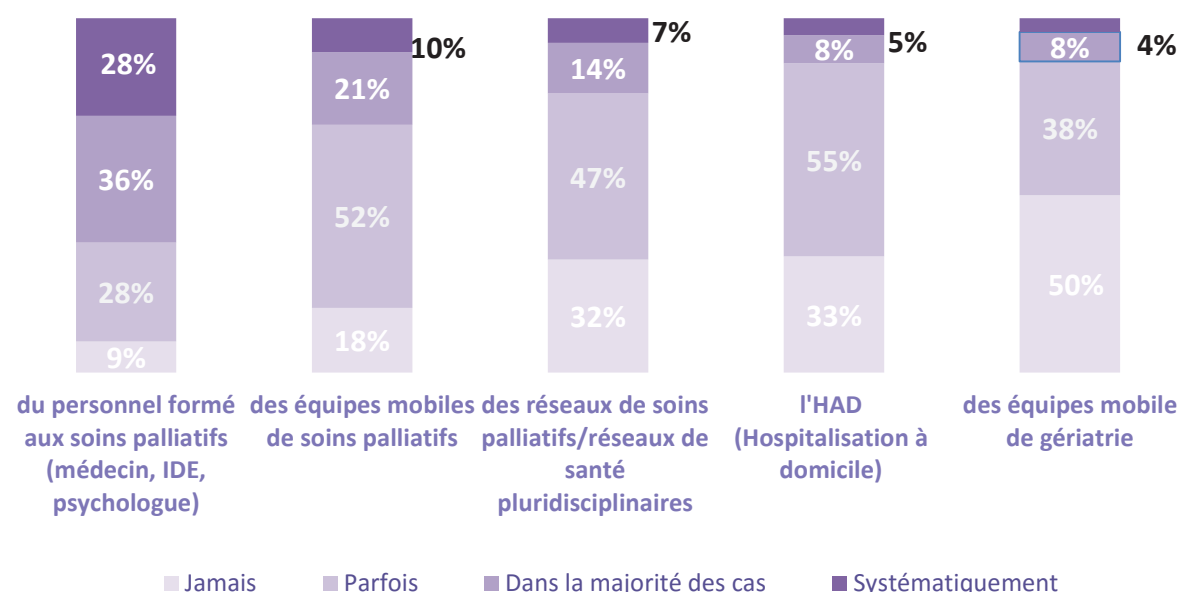
En 2012, seulement 5% de résidents avaient rédigé ces directives selon l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV).³²

- **41% des professionnels** de l'établissement ont été **formés à la fin de vie** au cours des 3 dernières années.

Ces deux variables sont corrélées, puisque plus les professionnels sont formés à la fin de vie, plus ils recueillent les directives anticipées.

Les Ehpad s'appuient d'ailleurs avant tout sur des professionnels formés aux soins palliatifs pour accompagner la fin de vie de leurs résidents.

Pour accompagner la fin de vie des résidents, l'organisation de l'établissement s'appuie sur ...



Lire ainsi : 28% des Ehpad s'appuient systématiquement sur du personnel interne formé aux soins palliatifs pour accompagner la fin de vie des résidents.

La **formation à l'accompagnement de la fin de vie**³³ l'**identification d'une personne de confiance**³⁴, le **recours à des compétences externes** (HAD, équipes mobiles, etc.)³⁵ ainsi que l'**accueil des familles auprès du résident pour accompagner ses derniers moments de vie**³⁶ apparaissent comme des enjeux forts des plans et programmes nationaux. Ces enjeux sont aussi identifiés dans la littérature comme les facteurs favorisant un accompagnement de qualité à la fin de vie.

³² Observatoire National de la Fin de Vie. *Vivre la fin de sa vie chez soi*. Paris : ONFV, 2013.

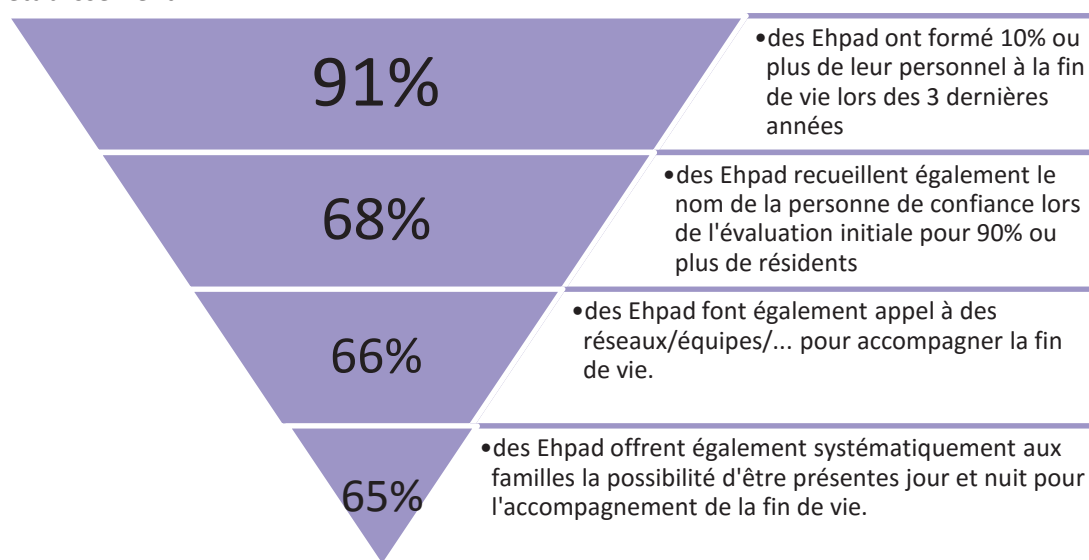
³³ Plan national 2015 – 2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie – Action 4-4 : Fixer des objectifs de formation aux soins palliatifs pour les professionnels des établissements d'hébergement et services sociaux et médicosociaux

³⁴ Plan national 2015 – 2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie – Action 2-2 : Communiquer spécifiquement auprès des personnes de confiance pour qu'elles appréhendent mieux leur rôle notamment dans les situations de fin de vie

³⁵ Plan national 2015 – 2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie – Action 9-2 : Améliorer le partenariat des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et des réseaux de soins palliatifs avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux

³⁶ Plan national 2015 – 2018 - Action 2-2 op. cit

Près des deux tiers des Ehpad (65%) mettent en œuvre ces quatre pratiques au sein de leur établissement :



Influent sur la mise en œuvre de ces pratiques :

- le statut juridique de la structure (70% des Ehpad privés lucratifs mettent ces quatre pratiques en œuvre contre 55% des établissements publics hospitaliers) ;
- l'adhésion/le rattachement de l'établissement à une fédération ou à un organisme gestionnaire (les Ehpad non rattachés à un organisme gestionnaire ou à une fédération ne sont que 59% à les mettre en place) ;
- le PMP (67% des Ehpad dont le PMP est inférieur à 150 les mettent en œuvre, contre 61% de ceux ayant un PMP supérieur à 200).

II. Les relations sociales et l'expression collective

Le thème de la vie sociale des résidents a particulièrement été investi par l'Anesm, qui y a consacré un volet au sein de la série de recommandations « Qualité de vie en Ehpad »³⁷.

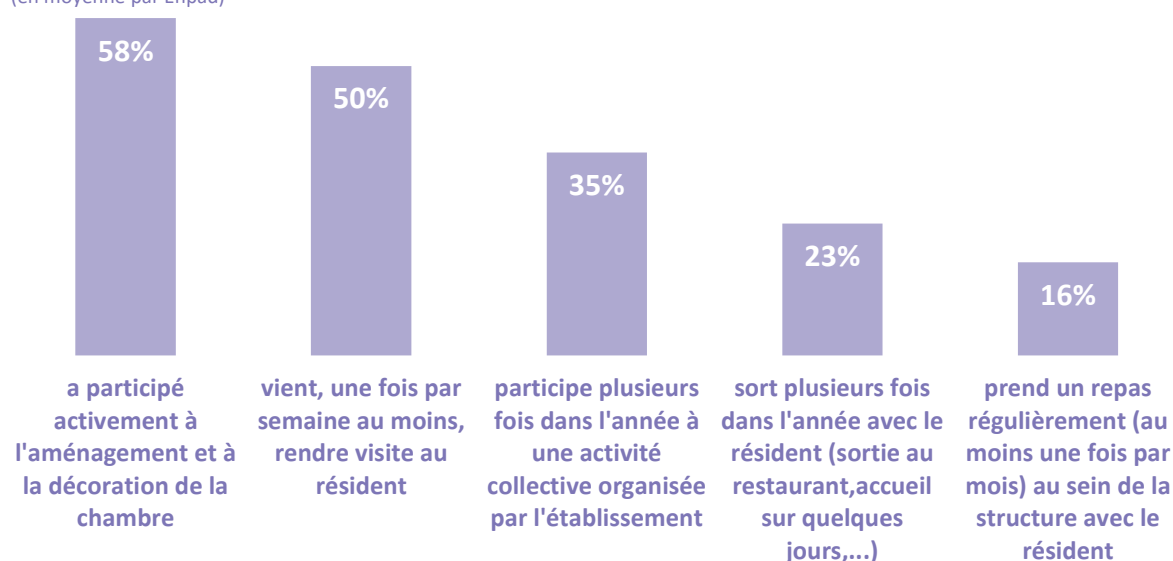
L'objectif de ces recommandations est d'offrir aux résidents la possibilité de maintenir ou de renouer les relations sociales antérieures et d'en créer d'autres, tant au sein de l'établissement qu'à l'extérieur. Cela permet aux résidents de continuer à exercer différents rôles sociaux et de recréer un nouveau réseau social.

1. Les relations sociales et familiales

L'enquête révèle que, pour une majorité de résidents (58%), **l'entourage se mobilise au moment de l'arrivée à l'Ehpad, à travers une participation active à l'aménagement/décoration de la chambre**. Cette pratique, même si elle n'est pas généralisée à l'ensemble des résidents arrivant dans l'établissement, témoigne sans doute d'une volonté partagée (par une majorité de proches et par les professionnels) d'aider la personne à se créer un espace personnalisé.

Passé le moment du premier accueil, les relations du résident avec ses proches se limitent surtout à des visites, l'entourage s'impliquant assez peu dans des activités, repas ou sorties avec le résident.

Pour quelle proportion de résidents, l'entourage...
(en moyenne par Ehpad)



Lire ainsi : en moyenne par établissement, l'entourage de 58% des résidents a participé activement à l'aménagement de la chambre.

On observe que :

- plus l'entourage participe à des activités collectives organisées par l'établissement ou sort régulièrement avec le résident, plus forte est la proportion de résidents qui participent à des activités individuelles ou collectives hebdomadaires ;
- une proportion plus importante de résidents prend régulièrement des repas avec un proche au sein des Ehpad privés lucratifs. C'est le cas pour 20% des résidents de ces Ehpad, contre 10% de ceux des Ehpad publics hospitaliers (en moyenne par établissement).

³⁷ Anesm. *La vie sociale des résidents. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 3. Saint-Denis : Anesm, 2012.

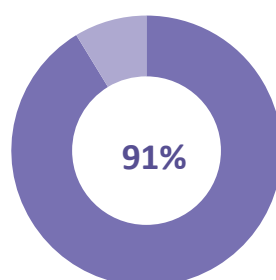


Près des trois quart des présidents de CVS considèrent que leur Ehpad favorise toujours l'implication des proches auprès des résidents.

Pourtant et même si, en moyenne par Ehpad, **la moitié des résidents reçoit chaque semaine la visite de proches, 10% des résidents n'ont reçu aucune visite, ou n'en ont effectué aucune au domicile de l'entourage depuis 6 mois**³⁸.

La majorité de ces résidents (64%) n'ont par ailleurs eu aucun contact à distance avec leur entourage (c'est-à-dire téléphonique, par courrier postal ou électronique, etc.). Ces personnes particulièrement isolées socialement représentent 6% de l'ensemble des résidents accompagnés par les Ehpad.

Pour l'ensemble des résidents, mais plus particulièrement pour ceux-là, la présence de bénévoles au sein de l'établissement peut représenter une opportunité de rompre l'isolement relationnel et d'offrir des activités ou modalités de soutien individuel différentes de celles proposées par les professionnels.



des Ehpad ont fait intervenir des bénévoles dans l'établissement en 2014

Lorsque des bénévoles interviennent, c'est généralement dans le cadre d'animations/activités collectives ou de loisirs et pour accompagner des sorties extérieures : dans 95% des Ehpad ayant recours aux bénévoles, ces derniers investissent ce domaine d'intervention. Par ailleurs :

- dans 75% des Ehpad les bénévoles sont impliqués dans les accompagnements individuels (maintien du lien social, aide aux déplacements, etc.) ;
- dans 35% des Ehpad ils participent à des accompagnements de fin de vie.

Les Ehpad **publics hospitaliers recourent plus que les autres Ehpad à des bénévoles**³⁹, quel que soit le domaine d'intervention de ces bénévoles (c'est-à-dire dans le cadre des animations et sorties, des accompagnements individuels ou de la fin de vie). Leur rôle est d'autant plus déterminant au sein de ces établissements qu'ils accueillent la plus forte proportion de résidents isolés.



Les deux tiers des présidents de CVS considèrent que leur Ehpad favorise toujours le maintien des liens sociaux pour les personnes les plus isolées.

³⁸ Ce chiffre global cache des disparités d'un Ehpad à l'autre, puisque 1 Ehpad sur 2 compte moins de 5% de personnes isolées.

³⁹ 97% des Ehpad publics hospitaliers ont eu recours à des bénévoles en 2014 contre 84% des Ehpad privés lucratifs.

2. Le Conseil de la vie sociale (CVS) et les autres formes de participation

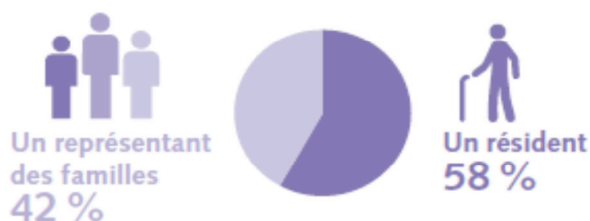
2.1 La composition et le fonctionnement des Conseils de la vie sociale (CVS)

La composition et le fonctionnement du CVS sont définis dans le Code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire – articles D 311-4 à D 311-20). Le CVS se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président. Il peut aussi se réunir à la demande des deux tiers de ses membres ou de celle de l'organisme gestionnaire.

Au moment de l'enquête, 74% des Ehpad avaient un CVS organisant au moins 3 réunions annuelles⁴⁰.

Seuls 8% des CVS étaient intégrés à un réseau inter-CVS.

Le président du Conseil de la Vie Sociale est :



Lire ainsi : le président du CVS est un représentant des familles dans 42% des Ehpad.

Les Ehpad privés non lucratifs sont les Ehpad qui, proportionnellement, comptent le plus de CVS « opérationnels », c'est-à-dire comptant 3 réunions ou plus par an⁴¹.



87% des présidents de CVS considèrent que leur Ehpad met toujours à disposition un soutien matériel pour favoriser le bon déroulement des réunions (salle, ordinateur, envoi de courrier, affichage, etc.) et **99% considèrent que la liberté d'expression est effective au sein de cette instance.**

En dehors du cadre strict de la réunion de CVS, il apparaît que **les présidents de CVS sont aussi souvent impliqués dans la démarche d'amélioration continue de la qualité :**

PARTICIPATION DES PRÉSIDENTS DE CVS

Évaluation interne 72 %



Évaluation externe 81 %



INFORMATION DES PRÉSIDENTS DE CVS SUR :

Les résultats de l'évaluation interne 81 %



Les résultats de l'évaluation externe 83 %



Lire ainsi : 72% des présidents de CVS déclarent avoir été sollicités pour participer à l'évaluation interne de leur Ehpad.

⁴⁰ Par ailleurs de premières élections étaient en cours dans 2,3% des Ehpad, et 1,7% n'avaient pas commencé à mettre en place cette instance. Le reste des Ehpad (22%) avaient un CVS mais avec moins de 3 réunions annuelles.

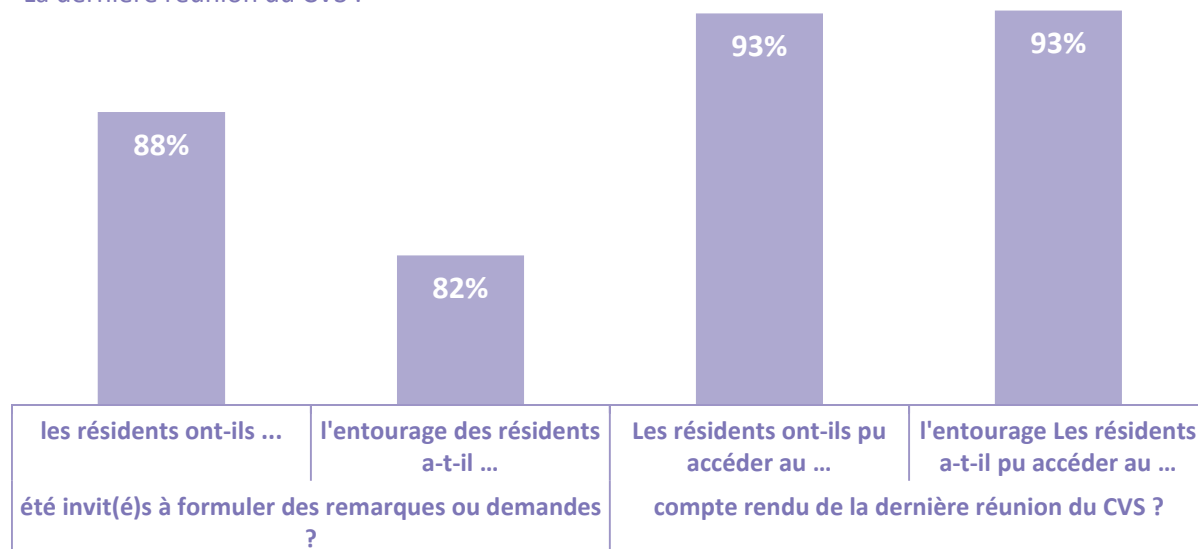
⁴¹ 82% de ces Ehpad ont des CVS en place avec 3 réunions ou plus par an, contre 63% des Ehpad publics non hospitaliers.

Par ailleurs, 70% des présidents de CVS ont été invités à suivre une formation, assister à des conférences ou participer à d'autres réunions internes (commissions menus, commissions animations, etc.)

2.2 Les modalités de participation de l'ensemble des résidents et des familles aux CVS et à la vie des Ehpad

Une très large proportion des Ehpad répondants déclare rechercher l'implication des résidents et de leurs proches autour du CVS (dans la préparation des réunions et pour qu'ils prennent connaissance du contenu des échanges et décisions).

La dernière réunion du CVS :



Lire ainsi : 88% des Ehpad déclarent qu'en préalable à la dernière réunion du CVS les résidents ont été invités à formuler des remarques ou des demandes.

Les présidents du CVS ont également été interrogés sur les modalités de participation de l'ensemble des résidents et des familles au fonctionnement de cette instance. Leurs réponses semblent confirmer qu'il existe bien une **volonté des Ehpad de recueillir les remarques des résidents et de les encourager à jouer un rôle actif au sein du CVS**, même si subsistent **quelques difficultés de mise en œuvre** et que **14% des Ehpad sont décrits comme ne présentant pas** (ou très partiellement) **le rôle du CVS** auprès des résidents et des familles.

Les Ehpad privés lucratifs ont plus tendance que les autres Ehpad à associer l'ensemble des résidents en amont et en aval des réunions du CVS (c'est-à-dire en les invitant à formuler des remarques ou des demandes⁴², en mettant à leur disposition des comptes-rendus) et à solliciter par d'autres moyens les personnes dans l'incapacité de s'exprimer, bien que sur ce dernier point d'importantes marges de progression existent⁴³. Ils analysent aussi plus que les autres Ehpad les résultats de l'expression des personnes accueillies⁴⁴.

⁴² 94% de ces Ehpad ont invité les résidents à formuler des remarques ou demandes préalablement à la dernière réunion du CVS, contre 84% des Ehpad publics hospitaliers. 95% de ces Ehpad ont mis à la disposition de résidents et de leur entourage le compte-rendu du dernier CVS, contre 84% des Ehpad publics hospitaliers.

⁴³ 16% des Ehpad privés lucratifs le font systématiquement, contre 9% des Ehpad publics non hospitaliers.

⁴⁴ 87% de ces Ehpad privés lucratifs l'ont fait en 2014, contre 66% des Ehpad publics non hospitaliers.

Selon les présidents de CVS, l'Ehpad :

Sollicite les résidents pour qu'ils formulent des remarques sur l'établissement



Encourage les familles et les résidents à avoir un rôle actif au sein du CVS



Présente le rôle du CVS auprès des résidents et des familles

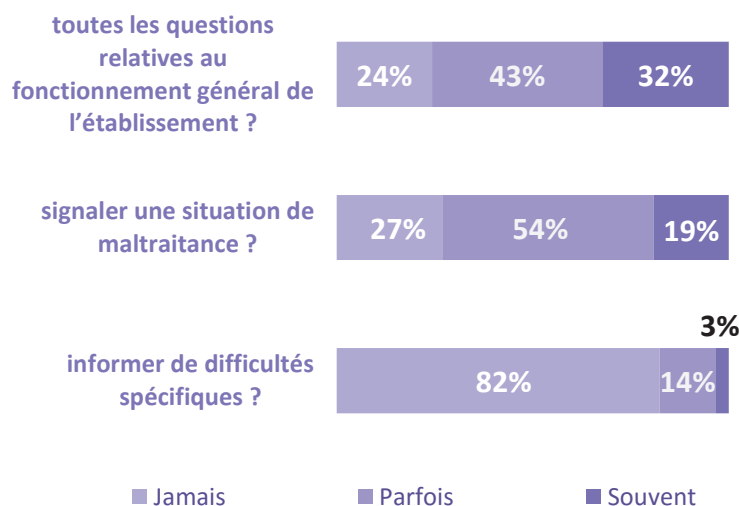


■ Non ou très partiellement ■ Oui, mais avec des problèmes de mises en œuvre au quotidien
■ Oui, toujours

Lire ainsi : 9% des présidents de CVS déclarent que leur Ehpad ne sollicite pas (ou très partiellement) les résidents pour qu'ils formulent leurs remarques sur l'établissement.

Le CVS est surtout saisi par les résidents ou les familles des résidents pour des questions relatives au fonctionnement de l'établissement, mais aussi parfois pour informer de difficultés spécifiques. Les saisines relatives à des situations de maltraitance sont plus rares, mais existent tout de même dans une petite proportion d'Ehpad (18%). Elles existent surtout au sein des Ehpad publics hospitaliers⁴⁵.

Le CVS est-il saisi par les résidents ou par les familles de résidents pour :



Lire ainsi : 24% des présidents de CVS déclarent que les CVS n'est jamais saisi par les résidents ou leurs familles pour toutes les questions relatives au fonctionnement général de l'établissement.

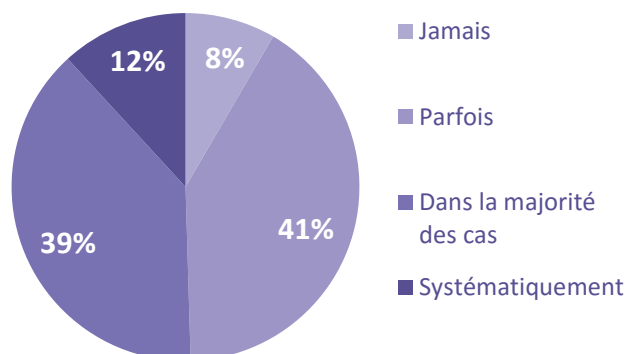
⁴⁵ Dans 26% de ces Ehpad le CVS est saisi par les résidents ou les familles des résidents pour signaler une situation de maltraitance, contre 14% des Ehpad publics non hospitaliers et 16% des Ehpad privés lucratifs.

96% des Ehpad ont mis en place des formes de participation alternatives au CVS :

- 85% de ces établissements ont organisé une enquête de satisfaction générale ;
- 56% ont introduit une « boîte à idées » dans l'Ehpad.

En revanche, 8% des Ehpad ne sollicitent jamais les personnes dans l'incapacité de s'exprimer.

Les personnes qui sont dans l'incapacité de s'exprimer sont-elles sollicitées par d'autres moyens ?



Dans les trois quart des Ehpad les résultats de l'expression des personnes accueillies ont fait l'objet d'une analyse en équipe au cours de l'année 2014.

2.3 Les réponses aux demandes du CVS

Dans la plupart des Ehpad, les demandes du CVS font systématiquement l'objet de réponses par les professionnels des établissements, puisque plus de 60% des Ehpad ont répondu à toutes demandes du CVS au cours des 2 dernières années. Seuls 20% des établissements ont un taux de réponses aux demandes du CVS inférieur à 80%.

En moyenne par établissement :



Au cours des 2 dernières années, les CVS ont formalisé en moyenne 15,4 demandes qui ont obtenu 14 réponses.

Le **taux** de réponses aux demandes du CVS est plus élevé dans les établissements :

- qui mettent en œuvre des pratiques d'analyse collective de l'expression des personnes accueillies⁴⁶ et dont les équipes se réunissent régulièrement pour travailler sur des retours d'expérience et développer une réflexion éthique⁴⁷ ;

⁴⁶ Les Ehpad qui analysent les résultats de l'expression des personnes accueillies répondent (en moyenne) à 91,5% des demandes ou remarques de résidents notés dans les comptes-rendus du CVS. Le taux de réponses aux demandes du CVS est en revanche de 83,4% (en moyenne) pour les établissements qui ne mettent pas en œuvre cette pratique d'analyse collective.

⁴⁷ Les Ehpad dont les équipes se réunissent au moins une fois par trimestre pour travailler sur des retours d'expérience et développer une réflexion éthique répondent (en moyenne) à 91% des demandes ou remarques de résidents notés dans les comptes-rendus du CVS. Le taux de réponse aux demandes du CVS est en revanche de 85,7% (en moyenne) pour les établissements qui ne mettent jamais en œuvre cette pratique d'analyse collective, ou moins d'une fois par an.

- qui, d'après leurs présidents de CVS, favorisent une bonne qualité de vie⁴⁸ ;
- qui mettent en œuvre des pratiques favorisant l'implication de tous les résidents autour de cette instance (par exemple, les établissements qui présentent toujours le rôle du CVS auprès des résidents et des familles et ceux qui sollicitent les résidents pour formuler des remarques ont un meilleur taux de réponses aux demandes du CVS⁴⁹) ;

Les **principaux freins déclarés à la prise en compte des remarques** issues du CVS sont :

- le manque de moyens (57% des présidents de CVS l'identifient comme un frein) ;
- le manque de motivation et le manque de formation du personnel (11%) ;
- le manque de motivation de la direction (7%).

⁴⁸ Les Ehpad qui, selon leurs présidents de CVS, favorisent toujours une bonne qualité de vie répondent (en moyenne) à 91% des demandes ou remarques de résidents notés dans les comptes-rendus du CVS. Le taux de réponses aux demandes du CVS est en revanche de 75% dans les Ehpad qui, selon leurs présidents de CVS, ne favorisent pas (ou très partiellement) une bonne qualité de vie.

⁴⁹ Les Ehpad qui, d'après leurs présidents de CVS, présentent toujours le rôle du CVS auprès des résidents et des familles répondent (en moyenne) à 91% des demandes ou remarques de résidents notés dans les comptes-rendus du CVS (contre un taux de réponse de 77% dans les établissements qui ne mettent pas en œuvre cette pratique, ou seulement très partiellement). Ceux qui, d'après leurs présidents de CVS, sollicitent les résidents à formuler des remarques répondent (en moyenne) à 92% des demandes ou remarques de résidents notés dans les comptes-rendus du CVS (contre un taux de réponse de 84% dans les établissements qui ne mettent pas en œuvre cette pratique, ou seulement très partiellement).

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

1. La liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir est une composante de la liberté individuelle, ainsi qu'un droit inaliénable de la personne humaine⁵⁰. La conférence de consensus sur ce thème explique que le « *confinement injustifié* » figure parmi les principales causes de maltraitance au sein des structures⁵¹.

En pratique, la problématique pour les établissements est de réussir à concilier pour chaque personne deux principes qui peuvent être en tension : respecter la liberté et assurer la sécurité. L'Anesm fait référence dans plusieurs de ses travaux à cette tension nécessitant de trouver un juste équilibre⁵².

L'enquête s'est intéressée à la liberté d'aller et venir :

- au sein de l'établissement, qui concerne l'ensemble des locaux à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement, y compris les espaces de plein air (jardins) sécurisés ou non, et à l'exclusion des locaux techniques accessibles uniquement au personnel autorisé (par exemple la chaufferie) ;
- à l'extérieur de l'établissement.

Comme le montre le graphique ci-après, **ce droit est effectif pour une proportion importante des nouveaux arrivants au sein des Ehpad, mais plus particulièrement concernant la liberté d'aller et venir à l'intérieur des établissements.**

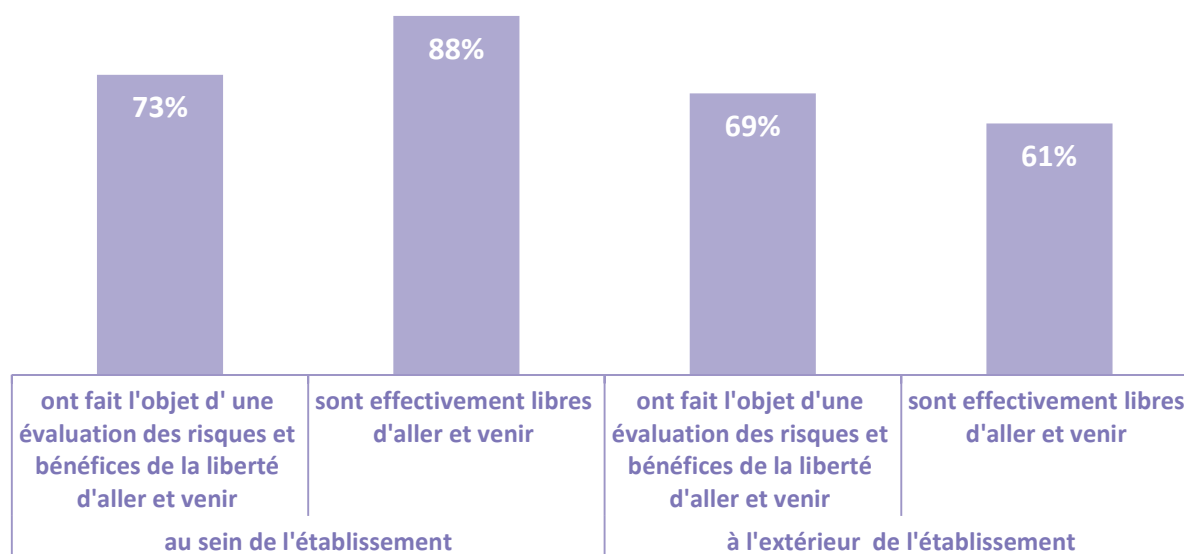
⁵⁰ ANAES, FHF. (Conférence de consensus, Paris, 24-25 novembre 2004). *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité*. Paris : FHF, 2004. 32 p.

⁵¹ « (...) le confinement et l'absence de formation des personnels sont deux des principales causes de la maltraitance dans les établissements ». ANAES, FHF. (Conférence de consensus, Paris, 24-25 novembre 2004). *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité*. Paris : FHF, 2004. p. 8.

⁵² « Questionner la tension entre autonomie et protection : La prise de risques est inhérente à la vie en général, et à la prise en charge de personnes vulnérables en particulier. Il existe une tension irréductible entre la liberté de la personne accueillie, la mission d'insertion sociale et d'intégration portée par les structures, la recherche d'autonomie par les personnes et la protection que les établissements leur doivent » ; « S'interroger sur la liberté d'aller et venir dans l'établissement (...) : Cette interrogation présente une dimension éthique : il s'agit de parvenir à un juste équilibre entre la promotion d'une autonomie réelle pour les personnes et la nécessaire prise en compte des risques inhérents à l'exercice de cette autonomie. Ainsi, limiter l'existence des espaces fermés, saisir chaque occasion pour décroquer les espaces au sein des établissements et par là-même travailler à une réelle possibilité de liberté pour les usagers, appelle en contrepoint une vigilance soutenue sur les risques que cette liberté fait peser sur la sécurité physique ou psychique des personnes accueillies » (Anesm. *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*. Saint-Denis : Anesm, 2008. pp. 23-24).

« Évaluer le risque et travailler à l'équilibre entre marge d'autonomie et marge d'incertitude : Les professionnels doivent être sensibilisés à ce travail sur les marges d'autonomie et les marges d'incertitude par l'équipe de direction, pour que le respect des règles de sécurité en vigueur ne conduise pas à des restrictions de liberté inutiles ou injustifiées et pour que, autant que possible, la liberté reste la règle et la restriction de liberté, l'exception. » (Anesm. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint-Denis : Anesm, 2008. p. 20)

En moyenne par Ehpad, proportion de nouveaux résidents qui ...



Lire ainsi : en moyenne par Ehpad, 73% des nouveaux résidents d'Ehpad (c'est-à-dire parmi les 10 derniers résidents accueillis) ont fait l'objet d'une évaluation des risques et bénéfices de la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement.

Des évaluations des risques et bénéfices de la liberté d'aller et venir des nouveaux résidents sont souvent mises en place par les structures et impliquent généralement les résidents ou son entourage. En moyenne par Ehpad, plus de 55% des nouveaux résidents sont impliqués dans ces évaluations (que celles-ci portent sur la liberté d'aller et venir à l'intérieur ou à l'extérieur de l'Ehpad)⁵³.

Lorsque ces pratiques d'évaluation des risques/bénéfices sont mises en places, elles sont dans 80% des cas réalisées pour tous les nouveaux résidents.

Les structures réalisant ces évaluations pour tous les nouveaux résidents en les y impliquant systématiquement sont celles pour lesquelles la liberté d'aller et venir est la plus effective. Les différences sont néanmoins très faibles entre ces Ehpad et ceux ne les réalisant jamais. **C'est lorsque les évaluations ne sont réalisées que pour une partie seulement des nouveaux résidents que la liberté d'aller et venir est la moins effective**⁵⁴.

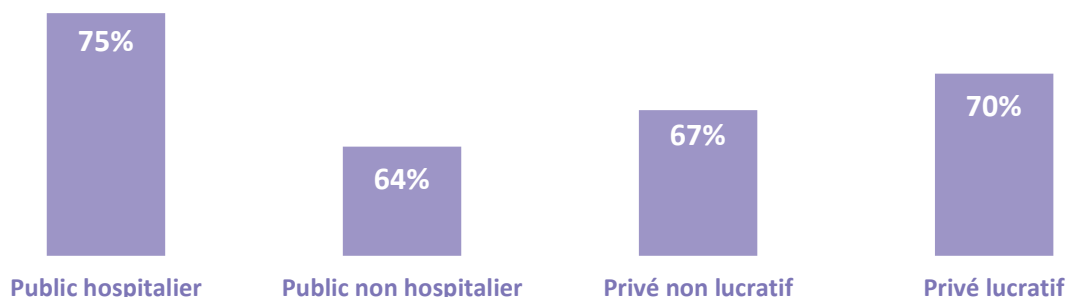
Toutes choses égales par ailleurs, **l'existence d'une unité Alzheimer dans l'Ehpad et le statut juridique influent sur la mise en place d'évaluations des risques et bénéfices de la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement** :

- relativement rares (16%) sont les structures avec unité Alzheimer ne mettant jamais en place cette évaluation ;
- les Ehpad publics hospitaliers mettent plus fréquemment en place cette évaluation (75% le font pour tous les nouveaux résidents) et impliquent plus les résidents ou leur entourage.

⁵³ Il a en effet été demandé aux Ehpad, dans le questionnaire, si la personne (ou, le cas échéant, son entourage) était impliquée dans l'évaluation des risques et bénéfices de la liberté d'aller et venir à l'intérieur / à l'extérieur de l'établissement.

⁵⁴ Par exemple, les Ehpad qui évaluent les risques et bénéfices de la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement pour tous les nouveaux résidents en les impliquant dans cette démarche accordent cette liberté à 91% de leurs nouveaux résidents (contre 88% des nouveaux résidents dans les Ehpad qui ne réalisent pas d'évaluation et 69% des nouveaux résidents dans les Ehpad qui la réalisent, mais pour une partie seulement des nouveaux résidents).

Proportion d'Ehpad réalisant une évaluation des risques et bénéfices de la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement pour tous les nouveaux résidents

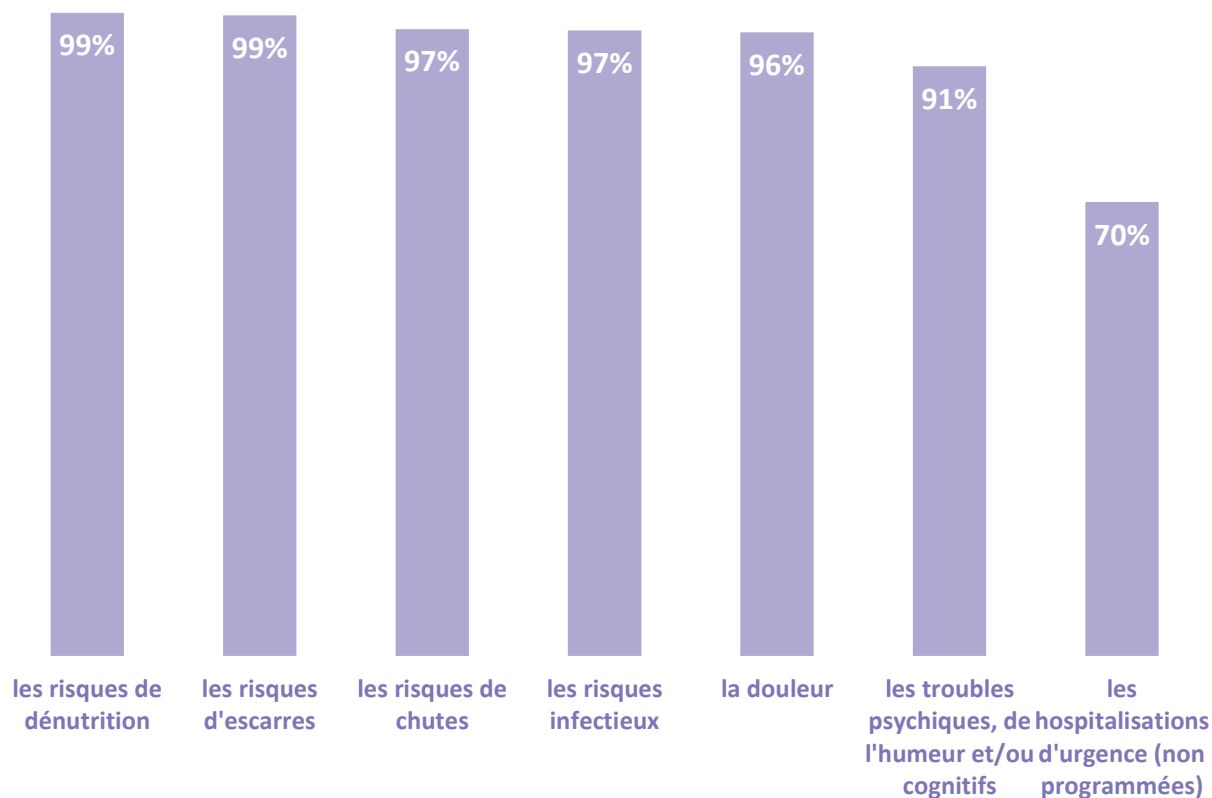


Lire ainsi : 75% des Ehpad publics hospitaliers réalisent une évaluation des risques et bénéfices de la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement pour tous leurs nouveaux résidents.

2. Les principaux axes de prévention

La quasi totalité des Ehpad mettent en œuvre des actions de prévention relatifs aux risques de dénutrition et aux risques d'escarres. **L'action de prévention la moins mise en œuvre au sein des Ehpad, parmi celles interrogées dans l'enquête, est celle portant sur le risque d'hospitalisation en urgence.**

Proportion d'Ehpad ayant mis en place des actions de prévention concernant...



Lire ainsi : 99% des Ehpad ont mis en place des actions de prévention concernant les risques de dénutrition.

Les politiques préventives au sein des établissements ont pour objectif la réduction des risques visés par les actions de prévention, afin notamment que soit maintenue au mieux l'autonomie des personnes accompagnées.



Interrogés sur ce point, **65% des présidents de CVS considèrent que leur établissement favorise toujours le maintien de l'autonomie** des personnes (contre 50% en 2010).

Par ailleurs, **67% déclarent que leur Ehpad favorise toujours une bonne qualité de vie** des personnes (contre 59% en 2010).

Sur ces deux enjeux majeurs de l'accompagnement en Ehpad, les présidents de CVS portent donc un regard plus positif qu'en 2010.

2.1 Les risques de dénutrition

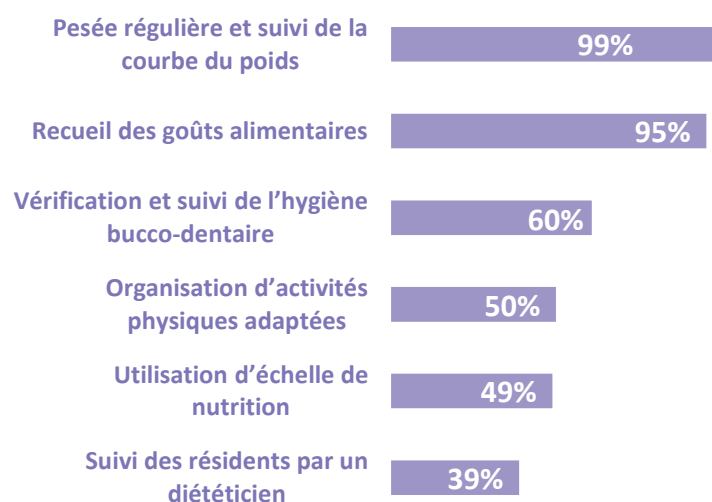
La **pesée régulière**, le **suivi de la courbe de poids** et le **recueil des goûts alimentaires des résidents** sont mis en œuvre **dans la quasi-totalité des Ehpad**.

En moyenne par établissement, 93% des résidents sont **pesés une fois par mois**

Cette proportion de résidents pesés chaque mois est plus importante dans :

- les petits Ehpad⁵⁵ ;
- les Ehpad au GMP supérieur à 700⁵⁶ ;
- ceux qui disposent de projets personnalisés pour plus de 95% de leurs résidents⁵⁷ ;
- ceux qui disposent de professionnels référents pour chaque résident⁵⁸.

Moyens mis en oeuvre concernant les risques de dénutrition :



Lire ainsi : 99% des Ehpad pèsent régulièrement les résidents et assurent un suivi de leur courbe de poids.

⁵⁵ Avec 96% de résidents pesés, en moyenne par Ehpad, dans ceux de moins de 50 places.

⁵⁶ Avec 94% de résidents pesés, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents pesés de 88% dans les Ehpad dont le GMP est inférieur à 600.

⁵⁷ Avec 97% de résidents pesés, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents pesés de 91% dans les Ehpad disposant de projets personnalisés pour moins de la moitié de leurs résidents.

⁵⁸ Avec 94% de résidents pesés, en moyenne par Ehpad, dans les établissements ayant systématiquement des référents pour leurs résidents, contre un taux de résidents pesés de 91% dans les Ehpad n'ayant pas de référents, ou parfois seulement.

Des **activités physiques adaptées** ne sont proposées que **dans la moitié des Ehpad**, et **plus rares encore (39%)** sont les Ehpad qui font appel à un diététicien pour leurs résidents.

2.2 Les risques d'escarres

En moyenne par Ehpad, **2,4% des résidents ont acquis une escarre** depuis leur admission dans l'établissement.

Les Ehpad ayant la proportion la plus importante de résidents ayant acquis une escarre sont ceux :

- dont le GMP est supérieur à 700⁵⁹ ;
- avec un fort taux d'encadrement (c'est-à-dire supérieur à 70%)⁶⁰, ce qui montre que la présence de personnel ne suffit pas, en elle-même, à préserver les résidents des escarres ;
- qui ne réévaluent pas systématiquement les projets personnalisés en cas de modification des potentialités des résidents et en cas de modification de leurs états de santé, humeurs ou comportements.
- avec un fort taux de résidents ayant chuté (c'est-à-dire supérieur à 60%)⁶¹ ;
- avec une faible proportion de nouveaux résidents libres d'aller et venir au sein de l'établissement (c'est-à-dire supérieure à 50%)⁶².

2.3 Les risques de chutes

« La prévention du déclin fonctionnel doit être une priorité pour l'ensemble des résidents vivant en Ehpad. (...)Chez les résidents ayant des capacités fonctionnelles restantes, la qualité de vie est fortement conditionnée par le maintien de l'autonomie. » (ROLLAND Y., MAUBOURGUET N., 2015)⁶³

Les **actions de prévention** concernant les risques de chutes, mises en œuvre par 97% des Ehpad, **se traduisent surtout par des accompagnements spécifiques encourageant la marche et par une sécurisation des locaux**.

En revanche, l'équilibre des résidents n'est testé que dans une minorité d'établissements (37%).

⁵⁹ Avec 2,7 % de résidents ayant acquis une escarre, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents ayant acquis une escarre de 1,5% dans les Ehpad dont le GMP est inférieur à 600.

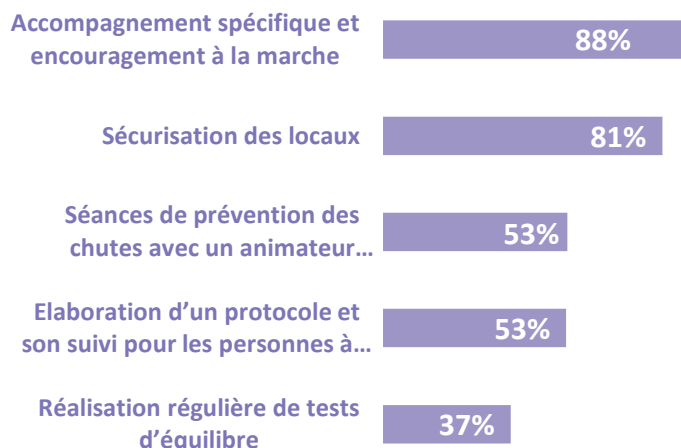
⁶⁰ Avec 2,8 % de résidents ayant acquis une escarre, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents ayant acquis une escarre de 2% dans les Ehpad dont le taux d'encadrement est inférieur à 50%.

⁶¹ Avec 3% de résidents ayant acquis une escarre, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents ayant acquis une escarre de 1,4% dans les Ehpad avec un taux de résidents ayant chuté inférieur à 30%.

⁶² Avec 2,7% de résidents ayant acquis une escarre, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents ayant acquis une escarre de 2,2% dans les Ehpad au sein desquels tous les résidents sont libres d'aller et venir.

⁶³ ROLLAND, Y., MAUBOURGUET, N. Fragilité en Ehpad. In : IAGG, SFGG. *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles*. Livre blanc. 2015. (Document électronique). pp 92-95

Moyens mis en oeuvre concernant les risques de chutes :



Lire ainsi : 88% des Ehpad mettent en œuvre des accompagnements spécifiques et des encouragements à la marche.

En moyenne par établissement, **43% des résidents ont chuté** au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Le taux de résidents ayant chuté est moins élevé dans les Ehpad :

- qui réévaluent systématiquement les projets personnalisés lorsque l'état de santé des personnes accompagnées se modifie⁶⁴ et lorsque leurs potentialités se modifient⁶⁵ ;
- qui ont travaillé en équipe ou utilisé dans la démarche d'évaluation interne les recommandations de l'Anesm « *Qualité de vie en Ehpad (volet 4) – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* »⁶⁶ ;
- dont une faible proportion de résidents (moins de 30%) reçoivent une/des visite(s) hebdomadaires⁶⁷ ;
- dont une faible proportion de résidents (moins de 30%) ont aménagé leur chambre avec l'aide de leurs proches⁶⁸. Sur ce point, on peut faire l'hypothèse qu'il est nécessaire que les proches et la personne soient accompagnés ou conseillés par des professionnels compétents pour aménager les chambres, afin que cet aménagement ne favorise pas le risque de chutes.

Ce taux est également légèrement inférieur dans les Ehpad publics hospitaliers, avec 40% de résidents ayant chuté, en moyenne par établissement, dans ces Ehpad, contre 44% dans les Ehpad publics non hospitaliers et privés lucratifs.

⁶⁴ Avec 42% de résidents ayant chuté, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents ayant chuté de 46% dans les Ehpad ne réévaluant que parfois les projets personnalisés en cas de modification de l'état de santé.

⁶⁵ Avec 41% de résidents ayant chuté, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents ayant chuté de 47% dans les Ehpad ne réévaluant que parfois les projets personnalisés en cas de modification des potentialités.

⁶⁶ Avec 40% de résidents ayant chuté, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents ayant chuté de 45% dans les Ehpad n'ayant pas utilisé ces recommandations.

⁶⁷ Avec 40% de résidents ayant chuté, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents ayant chuté de 45% dans les Ehpad au sein desquels presque tous les résidents (90% et plus) reçoivent la visite hebdomadaire de proches.

⁶⁸ Avec 38% de résidents ayant chuté, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents ayant chuté de 46% dans les Ehpad au sein desquels presque tous les résidents (90% et plus) ont aménagé leur chambre avec leurs proches.

En outre, et cela pourrait sembler paradoxal, les établissements mettant en œuvre des moyens pour prévenir les risques de chute (sécurisation des locaux⁶⁹, séances de prévention des chutes avec un animateur sportif⁷⁰, accompagnement spécifique et encouragement à la marche⁷¹, réalisation régulière de tests d'équilibre⁷²) ont tendance à avoir des taux de résidents ayant chuté plus élevés que ceux qui ne le font pas.

Ces résultats ne traduisent pas nécessairement un « échec » de ces méthodes de prévention des chutes, puisqu'on peut faire l'hypothèse que ces établissements les mettent en œuvre parce qu'ils sont davantage concernés par le risque de chutes. Les professionnels des établissements engagés dans une action de prévention des chutes assurent aussi généralement un recensement plus précis de toutes les chutes, afin de pouvoir analyser ce phénomène et y apporter des solutions⁷³.

2.4 Les risques infectieux

Les **actions de prévention** concernant les risques infectieux, mises en œuvre par 97% des Ehpad, **prennent surtout la forme d'un suivi de la vaccination des résidents.**

Moyens mis en œuvre concernant les risques infectieux :

Suivi de la vaccination des résidents

91%

Utilisation du manuel d'auto-évaluation du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH)

58%

Lire ainsi : 91% des Ehpad organisent un suivi de la vaccination de leurs résidents.

Le GREPHH est plus utilisé dans les Ehpad publics hospitaliers (66% de ces Ehpad l'utilisent) et privés lucratifs (67%).

2.5 La douleur

Les **actions de prévention** concernant la douleur, mises en œuvre par 96% des Ehpad, **se traduisent surtout par l'utilisation d'échelles de douleur**, la douleur étant par ailleurs régulièrement réévaluée chez les résidents prenant des traitements, dans une très forte proportion d'Ehpad.

⁶⁹ Avec 44% de résidents ayant chuté, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents ayant chuté de 41% dans les Ehpad n'ayant pas mis en œuvre cette pratique.

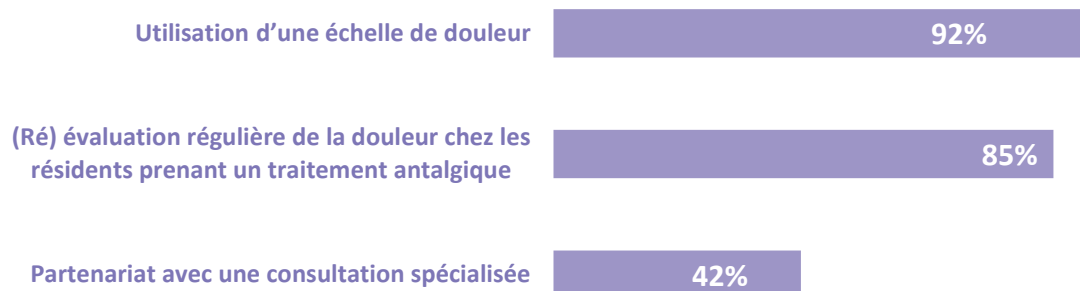
⁷⁰ Avec 44% de résidents ayant chuté, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents ayant chuté de 42% dans les Ehpad n'ayant pas mis en œuvre cette pratique.

⁷¹ Avec 44% de résidents ayant chuté, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents ayant chuté de 41% dans les Ehpad n'ayant pas mis en œuvre cette pratique.

⁷² Avec 45% de résidents ayant chuté, en moyenne par Ehpad, dans ces établissements, contre un taux de résidents ayant chuté de 43% dans les Ehpad n'ayant pas mis en œuvre cette pratique.

⁷³ Il serait intéressant, dans le questionnaire de la prochaine enquête bientraitance, de distinguer les chutes nécessitant des soins ou une hospitalisation des chutes sans conséquences sur l'intégrité physique des personnes, afin de permettre une appréhension plus fine de ces phénomènes.

Moyens mis en oeuvre concernant la douleur :



Lire ainsi : 92% des Ehpad utilisent une échelle de douleur.

2.6 Les troubles psychiques, de l'humeur et/ou cognitifs

Les **actions de prévention** concernant les troubles psychiques, de l'humeur et/ou cognitifs, mises en oeuvre par 91% des Ehpad, **se traduisent surtout par des actions de soutien de la vie sociale et par la proposition de suivis psychologiques** des résidents.

Les facteurs déclenchant ces troubles sont recherchés dans plus de deux tiers des Ehpad et moins de la moitié des établissements évaluent et suivent un protocole.

Moyens mis en oeuvre concernant les troubles psychiques, de l'humeur et/ou cognitifs :

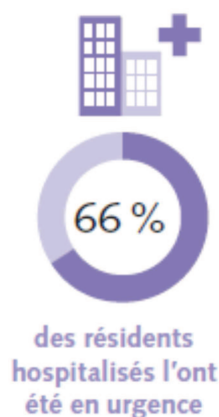


Lire ainsi : 84% des Ehpad proposent un encouragement et un accompagnement à la vie sociale.

Les Ehpad disposant d'une unité spécialisée (PASA, UHR ou autre) organisent plus que les autres Ehpad des suivis de résidents par un psychologue (89% de ces Ehpad le font).

2.7 Les hospitalisations d'urgence

En moyenne par établissement, lors de l'année précédant l'enquête :



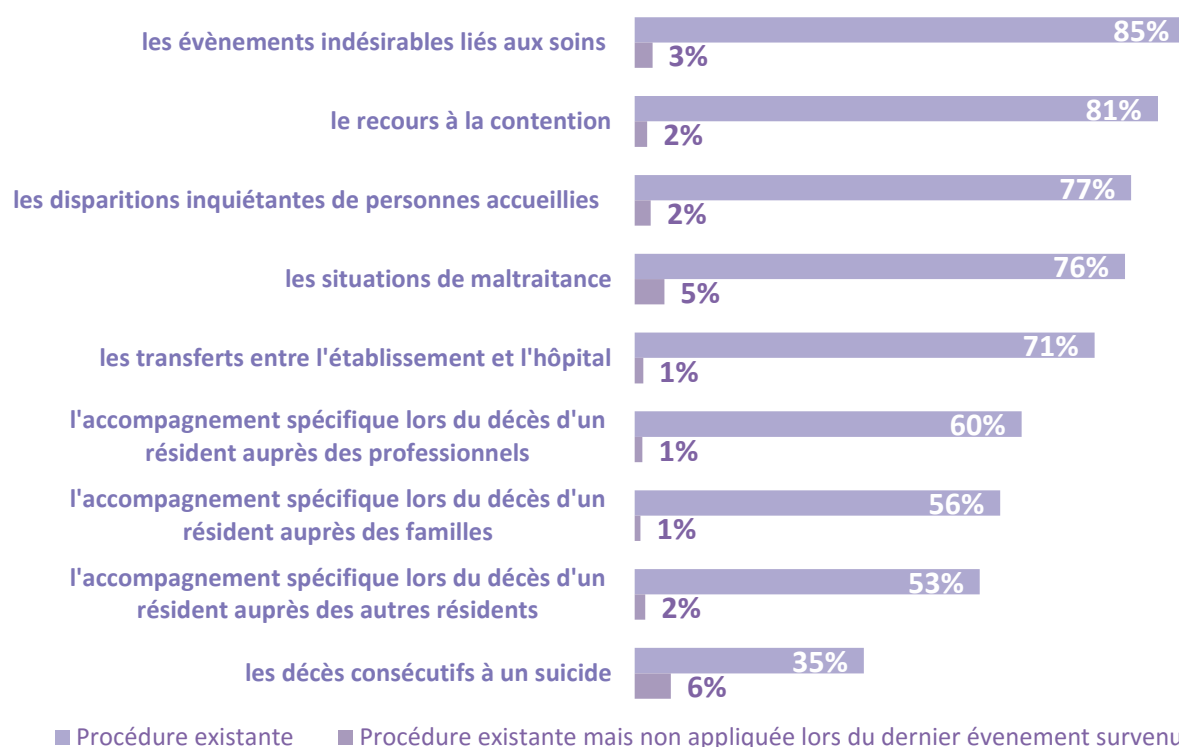
Les variables structurelles des Ehpad (taille, statut, GMP, taux d'encadrement, etc.) de même que la proportion de professionnels formés à différentes problématiques rencontrées dans les accompagnements n'ont pas d'impact significatif sur ce taux. Les structures qui déclarent ne jamais s'appuyer sur du personnel interne formé aux soins palliatifs pour accompagner la fin de vie des résidents ont, par contre, un taux d'hospitalisation en urgence plus important (72%).

Sur l'ensemble des personnes accueillies dans chaque Ehpad, un quart ont été hospitalisées en urgence, avec une utilisation du dossier de liaison d'urgence (DLU) dans 86% des cas.

3. Les procédures et protocoles

Certaines situations peuvent faire l'objet de procédures ou de protocoles ayant pour objectif d'aider les structures à les prendre en charge et à les analyser.

Existence et application des procédures dans l'Ehpad :

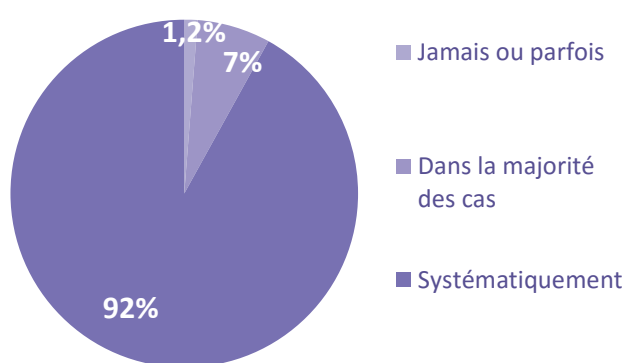


Lire ainsi : 85% des Ehpad disposent d'une procédure relative aux événements indésirables liés aux soins. Ces procédures ne sont pas appliquées dans 3% des survenues d'événements indésirables.

L'enquête révèle que **les décès des résidents sont les thèmes interrogés dans l'enquête pour lesquels les Ehpad disposent le moins de procédures**, notamment concernant les décès consécutifs à un suicide.

Les procédures existantes sont généralement utilisées par les Ehpad. En revanche, les présidents de CVS ne sont pas systématiquement informés des événements faisant l'objet d'une procédure, lorsqu'ils surviennent. Si certains établissements (37%) déclarent que leurs présidents de CVS ont été informés de la dernière situation de maltraitance ou communiquent sur les décès consécutifs à un suicide (29% ont prévenu le président de CVS lors du dernier suicide survenu), les Ehpad n'informent presque jamais les présidents de CVS lorsqu'ils recourent à la contention⁷⁴. Ce recours, par ailleurs, ne se fait pas toujours sur prescription médicale.

Le recours à la contention fait-il l'objet d'une prescription médicale ?



Lire ainsi : 1,2% des Ehpad déclarent que le recours à la contention ne fait jamais l'objet d'une prescription médicale, ou que la contention ne se fait que parfois sur prescription.

Dans les structures où il existe une procédure ou un protocole portant sur la contention, le recours à la contention se fait davantage sur prescription médicale⁷⁵.



78% des présidents de CVS déclarent que leur Ehpad favorise toujours la prévention des situations de maltraitance.

⁷⁴ Contention physique, dite passive, caractérisée par « l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté » (parmi les moyens utilisés, on peut citer les gilets et sangles thoraciques, ceintures, attaches de poignets et de chevilles, sièges avec un adaptable fixe, barrières de lit, etc.). Comme tout processus de soins à risque, la contention physique répond à un certain nombre d'impératifs : « une prescription médicale motivée, l'information du patient et de ses proches, une surveillance et une évaluation fréquentes de la sécurité du patient et de l'efficacité de cette mesure sont à réaliser ». Source : ANAES. *Limiter les risques de contention physique de la personne âgée*. Paris : ANAES, 2000.

⁷⁵ 7% des Ehpad ayant une procédure contention n'ont pas systématiquement eu recours à une prescription médicale lors de contentions. Ce pourcentage est presque doublé quand l'Ehpad ne dispose pas d'une procédure ou d'un protocole (12%).

Ce chapitre concernant la prévention et la gestion des risques dans le respect des droits des personnes est particulièrement déterminant pour limiter les risques de perte d'autonomie des résidents ou de son aggravation⁷⁶. Une grande partie des thèmes abordés rejoint les problématiques identifiées dans le cadre des travaux conduits par l'Anesm sur les actions à mettre en œuvre pour réduire les hospitalisations non programmées en Ehpad⁷⁷. Ces travaux identifient les interventions visant à améliorer la qualité des soins en Ehpad, qui passe en premier lieu par l'amélioration de la gestion des urgences, par la nécessaire formation des professionnels à l'utilisation du DLU⁷⁸, par l'augmentation des vaccinations des résidents mais aussi des personnels ainsi que de l'ensemble des visiteurs et par le renforcement des soins palliatifs. Au-delà de l'amélioration de la qualité des soins, sont particulièrement ciblées les interventions visant les causes les plus fréquentes d'hospitalisations programmées en Ehpad. Cela concerne en priorité la diminution des chutes, qui passe par une intervention multifactorielle : une supplémentation en vitamine D, la promotion de l'activité physique encadrée⁷⁹, une vigilance accrue sur la gestion des risques médicamenteux⁸⁰ et enfin le développement des liens avec les partenaires externes.

⁷⁶ Pour accompagner l'ensemble de tous les professionnels et pas seulement les professionnels soignants au repérage de la risque de perte d'autonomie ou de son aggravation (volet Ehpad), l'Anesm a élaboré des recommandations et un ensemble de fiches-repère sur ce sujet, juillet 2016

⁷⁷ Anesm, HAS. *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad ?* Fiche-repère. Saint Denis : Anesm, 2015.

Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint-Denis : Anesm, 2008. p. 14.

⁷⁸ L'Anesm et La HAS ont d'ailleurs réalisé un DLU simplifié (DLU 1015) pour une appropriation simplifiée par les professionnels des Ehpad mais répondants au plus près aux besoins des urgentistes.

⁷⁹ SOUTO BARRETO (De), P., ROLLAND Y. Activité physique, exercice physique et maladie d'Alzheimer : prévention et traitement. In : SFGG, France Alzheimer, FCMRR. *Unités de soins, d'évaluation et de prise en charge Alzheimer*. Livre blanc. 2015. pp 88-90. (Document électronique)

⁸⁰ Sur ce thème l'Anesm réalise une fiche repère « la prise du médicament en Ehpad » (A paraître en 2017)

IV. L'adaptation de l'établissement aux besoins des personnes accompagnées

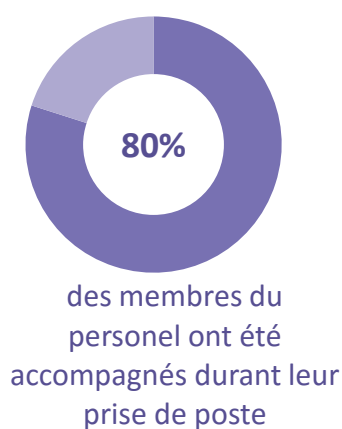
1. L'organisation du travail et les partenariats

L'Anesm recommande d'informer les professionnels de chaque établissement et en particulier les nouveaux personnels sur :

- le projet de la structure et son organisation ;
- la population accompagnée (du point de vue de ses besoins, de ses ressources et de ses vulnérabilités).

Lors de la phase d'accueil, l'accompagnement du nouvel arrivant peut par exemple passer par l'identification d'un référent professionnel, l'accompagnement par un pair disponible durant le temps de travail ou l'organisation du travail en binôme débutant/expérimenté⁸¹.

En moyenne par Ehpad :



36% des Ehpad accompagnent tous les membres de leur personnel dans leur prise de fonction.

Dans le cadre du travail d'équipe, il est ensuite important de veiller au partage des observations et des expériences professionnelles, aussi bien en utilisant des supports formalisés qu'à travers des espaces de concertation et d'échange. En effet, « *les interactions entre les différents intervenants, dans la pluridisciplinarité et la transversalité, participent à l'adaptation à l'emploi des personnels et, plus largement à la construction d'une compétence collective seule à même de répondre aux besoins des populations accompagnées* »⁸².

En 2015, **43% des Ehpad réunissent leurs équipes moins d'une fois par semestre pour travailler sur des retours d'expérience⁸³ et développer une réflexion éthique.** Les établissements privés lucratifs sont les Ehpad qui organisent le plus régulièrement ces réunions⁸⁴.

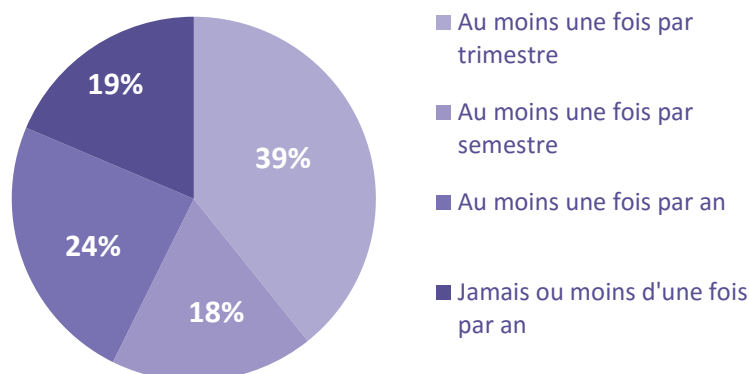
⁸¹ Anesm. *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées*. Saint-Denis : Anesm, 2008. pp. 20-21.

⁸² Anesm. *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées*. Saint-Denis : Anesm, 2008. p. 11.

⁸³ Les fiches-repères incluses dans les recommandations de bonnes pratiques sur le repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation seront particulièrement pertinentes dans ce cadre-là.

⁸⁴ 45% des Ehpad privés lucratifs réunissent au moins une fois par trimestre leurs équipes pour travailler sur des retours d'expérience et développer une réflexion éthique, contre 33% des Ehpad publics non hospitaliers.

Vos équipes se réunissent-elles pour travailler sur des retours d'expérience et développer une réflexion éthique ?



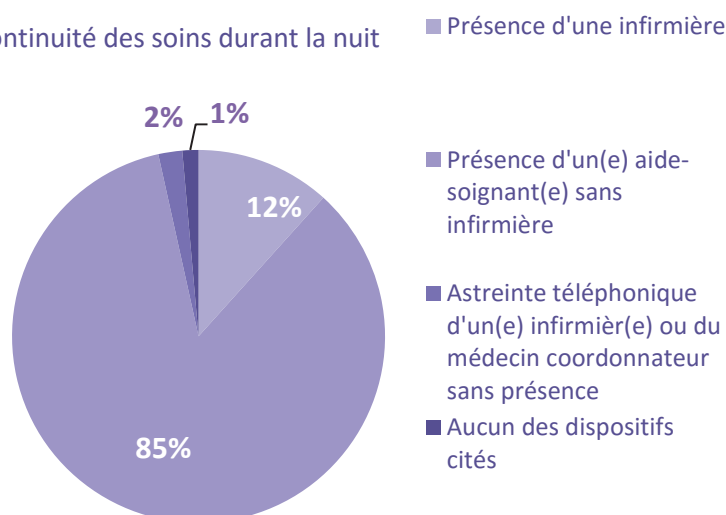
Lire ainsi : 39% des Ehpad déclarent que leurs équipes se réunissent au moins une fois par trimestre pour travailler sur des retours d'expérience et développer une réflexion éthique.

En revanche, **86% des Ehpad déclarent mettre en place des réunions régulières** (au moins une fois par trimestre) **de l'équipe de direction** (directeur, médecins coordonnateurs, infirmière coordinatrice, etc.) **dont l'objet est l'amélioration continue des pratiques.**

Concernant l'organisation du travail, et plus précisément celle des soins, **les Ehpad ne parviennent généralement pas à garantir la présence de personnels qualifiés pour mettre en œuvre une continuité des soins la nuit. Cette continuité repose alors plutôt sur une astreinte téléphonique d'infirmiers ou de médecins qui ne sont pas présents dans l'Ehpad.**

L'enquête Anesm révèle que, durant la nuit, une **infirmière** est en permanence présente dans **12% des Ehpad**. Cette organisation concerne 42% des Ehpad publics hospitaliers.

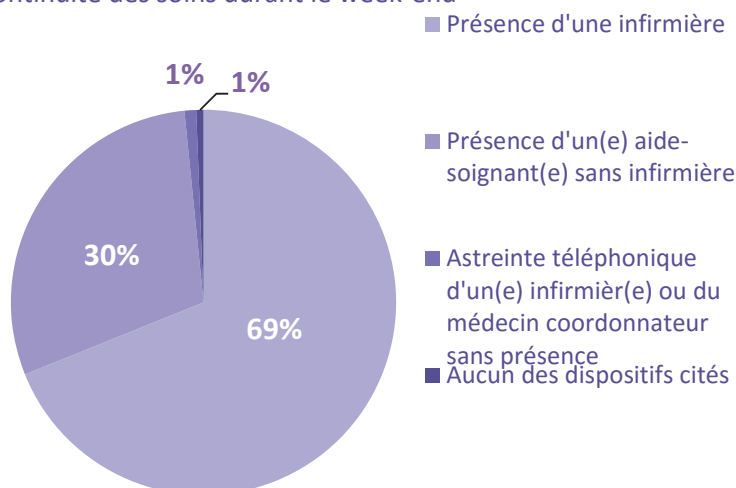
Continuité des soins durant la nuit



Lire ainsi : 12% des Ehpad déclarent qu'une infirmière est présente la nuit pour assurer la continuité des soins.

Le week-end, en revanche, une infirmière ou une aide-soignante est présente dans 97% des Ehpad.

Continuité des soins durant le week-end

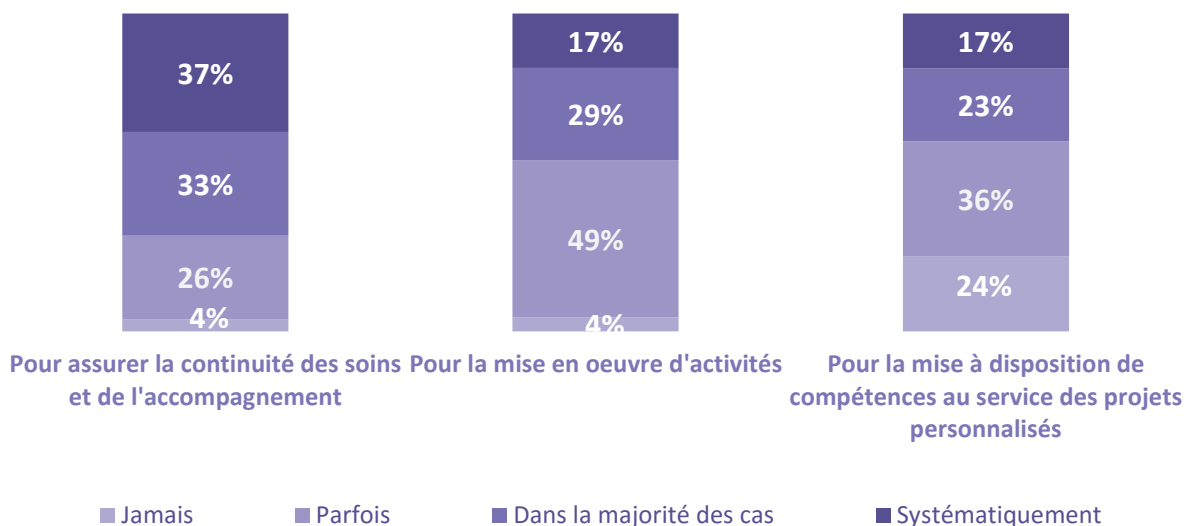


Lire ainsi : 69% des Ehpad déclarent qu'une infirmière est présente le week-end pour assurer la continuité des soins.

La plupart des Ehpad recourent à des partenariats formalisés pour assurer une continuité de soins et d'accompagnement et pour mettre à la disposition des résidents des compétences non disponibles en interne, dans le cadre de leurs projets personnalisés et pour les activités (ateliers, animations, excursion, etc.) contribuant à leur qualité de vie.

Seuls 1% des Ehpad ne recourent jamais à des partenariats.

L'établissement a-t-il recours à des partenariats formalisés?



Lire ainsi : 37% des Ehpad ont systématiquement recours à des partenariats formalisés pour assurer la continuité des soins et de l'accompagnement.

Concernant la continuité des soins, par exemple, **39% des Ehpad ont mis en place une hospitalisation à domicile pour au moins un résident** en 2014.

2. La stratégie d'adaptation à l'emploi

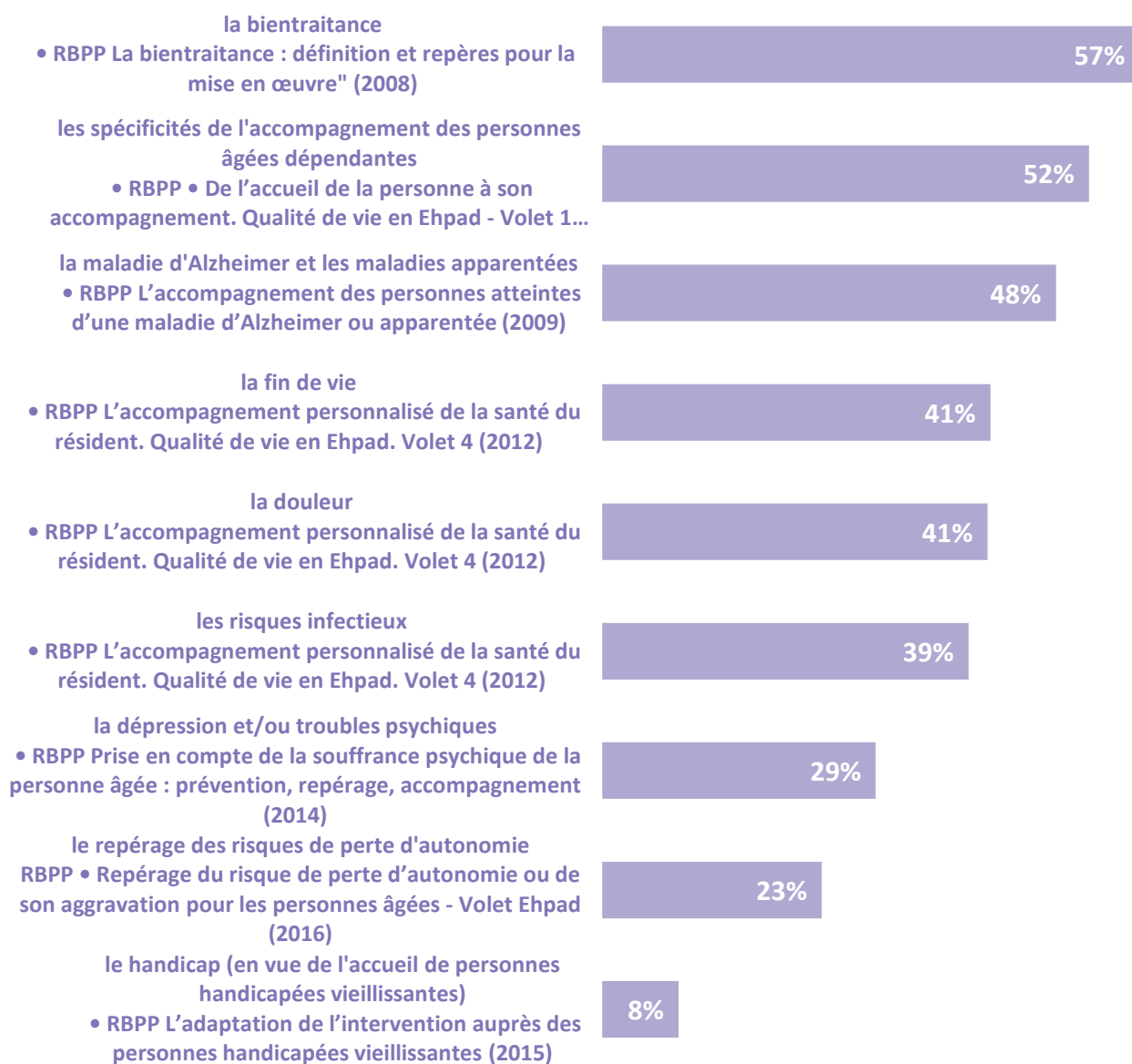
2.1 La qualification et la formation

La formation des professionnels portant sur des sujets tant spécifiques que transversaux (comme les spécificités du public accueilli et son évolution, la bientraitance, la douleur, etc.) permettent de répondre de manière plus adéquate aux besoins des personnes accompagnées. Ils favorisent une consolidation des compétences et des pratiques professionnelles par rapport à des aspects complexes de l'accompagnement.

Au cours des trois dernières années, **les Ehpad ont particulièrement investi les sujets relatifs à la bientraitance et aux spécificités de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes**, plus de la moitié du personnel en poste ayant été formé sur ces thèmes. En revanche, **moins d'un quart a été formé au repérage des risques de perte d'autonomie**⁸⁵ alors que cette problématique est susceptible de concerner l'ensemble des usagers d'Ehpad.

⁸⁵ Anesm. *Repérage de la perte d'autonomie ou de son aggravation chez les personnes âgées*. Volet Ehpad. Saint Denis : Anesm, 2016.

En moyenne par Ehpad, proportion des membres du personnel et de l'équipe de direction ayant bénéficié, au cours des 3 dernières années, de formations portant sur:



Lire ainsi : en moyenne par Ehpad, 57% du personnel et de l'équipe de direction en poste au moment de l'enquête a bénéficié d'une formation portant sur la bientraitance.

2.2 Les recommandations de l'Anesm : de la veille documentaire à leur appropriation

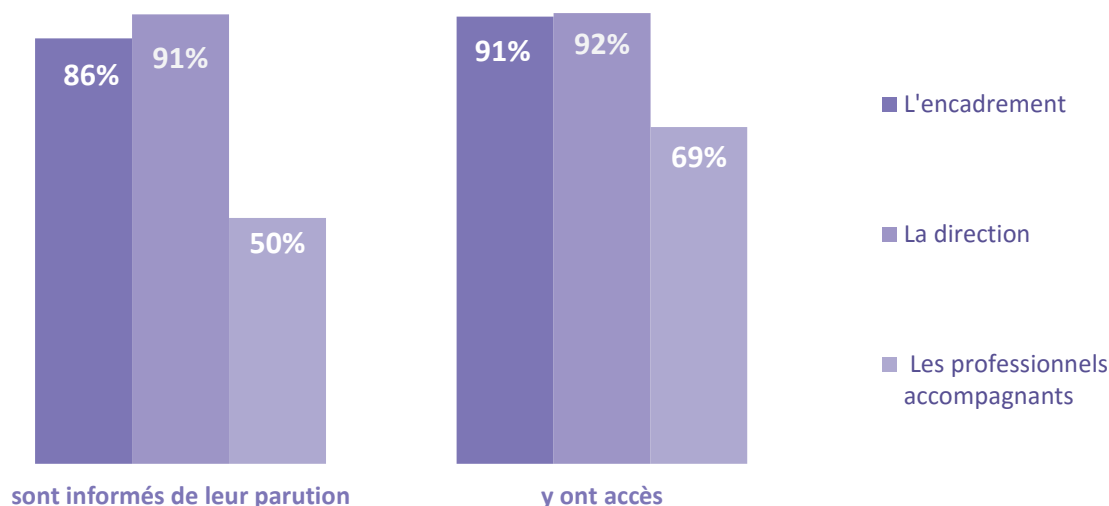
Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm se situent à l'interface d'une logique d'évaluation et d'une logique d'amélioration continue de la qualité, dans le droit fil des principes de la loi du 2 janvier 2002.

Elles sont légalement les références utiles à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services et elles constituent des repères propres à guider les professionnels dans leurs pratiques d'accompagnement.

La veille documentaire

Les recommandations de l'Anesm sont **presque unanimement connues** des professionnels **et accessibles** à ces derniers. Les cadres, en particulier, se sont saisis de ces recommandations.

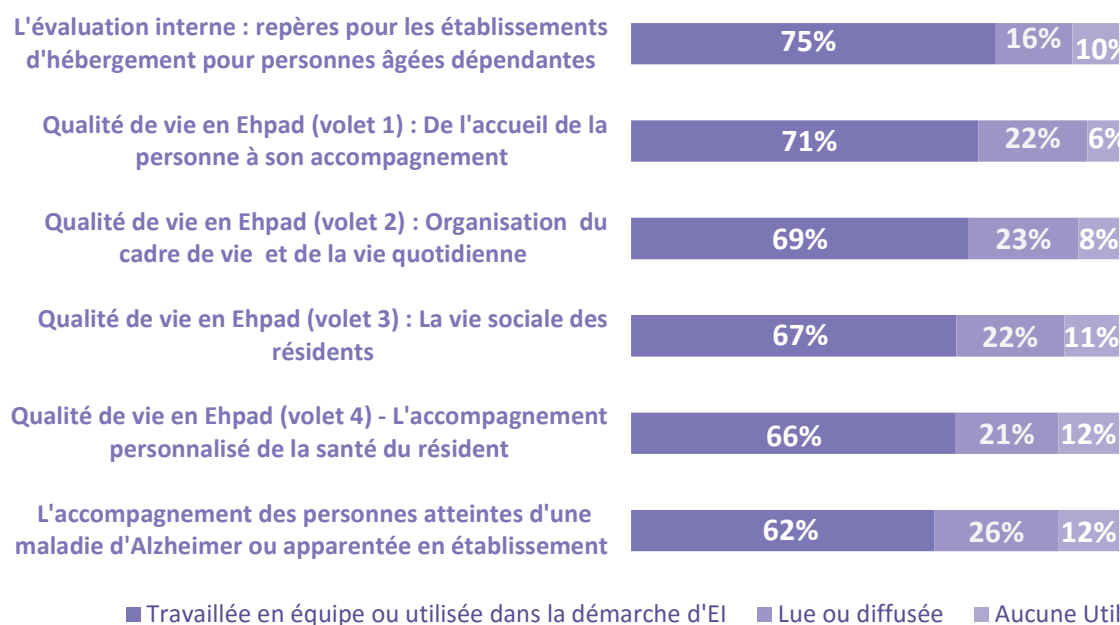
Les recommandations de l'Anesm : Quels membres du personnel ...



Lire ainsi : 86% des Ehpad déclarent que leur encadrement est informé de la parution des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm.

Lorsque les professionnels se saisissent des recommandations de l'Anesm, c'est le plus souvent **en équipe et/ou pour leur démarche d'évaluation interne**.

Niveau d'utilisation des recommandations de l'Anesm



Lire ainsi : 75% des Ehpad déclarent avoir travaillé en équipe ou utilisé dans la démarche d'évaluation interne les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm sur « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ».

Dans le cadre de leur démarche d'amélioration continue, **72% des Ehpad déclarent utiliser les indicateurs figurant dans les recommandations « Evaluation interne : repères pour les Ehpad »** (dont 19% seulement partiellement).

Enfin, et cette démarche est complémentaire de celle liée à l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm, **71% des Ehpad déclarent assurer une veille sur les publications du secteur des personnes âgées.**

Influence des recommandations sur les pratiques

Au-delà de la seule utilisation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, il est important d'observer, à partir de cette enquête, dans quelle mesure ces recommandations influent effectivement sur les pratiques, et donc sur la qualité de vie et d'accompagnement des personnes accueillies en Ehpad.

Accueil et évaluation initiale :

Les Ehpad **qui travaillent en équipe ou utilisent dans leur démarche d'évaluation interne les recommandations « De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad. Volet 1 »⁸⁶ :**

- **sont les plus attentifs au recueil des attentes de la personne et de son entourage lors de l'accueil.** Les attentes de la personne ont été recueillies pour 93% des nouveaux résidents de ces Ehpad (en moyenne par établissement), contre 88% des nouveaux résidents dans les Ehpad qui n'utilisent pas ces recommandations et on observe un écart plus important quant au recueil des attentes de l'entourage (88% contre 81%).
- **comptent les plus forts taux de recueil des habitudes, centres d'intérêt et histoires de vie de la personne⁸⁷.**

Les Ehpad **qui travaillent en équipe toutes les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm applicables aux Ehpad** comptent les plus forts taux d'évaluation des **potentialités⁸⁸, des besoins de soins et risques liés à la santé somatique⁸⁹ et des risques psychologiques et/ou comportementaux.** Concernant ces derniers, ils sont évalués pour 85% des nouveaux résidents pour ceux qui utilisent toutes les recommandations de l'Anesm contre seulement 79% pour ceux qui ne les utilisent pas (en moyenne par établissement).

⁸⁶ Anesm. *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad. Volet 1.* Saint-Denis : Anesm, 2011. Saint-Denis : Anesm, 2011.

⁸⁷ En moyenne par établissement, les habitudes, centres d'intérêt et histoire de vie de la personne ont été recueillies pour 97% des nouveaux résidents de ces Ehpad, contre 94% des nouveaux résidents dans les Ehpad qui n'utilisent pas ces recommandations.

⁸⁸ En moyenne par établissement, les potentialités ont été évaluées pour 97% des nouveaux résidents de ces Ehpad, contre 94% des nouveaux résidents dans les Ehpad qui n'utilisent pas les recommandations de l'Anesm.

⁸⁹ En moyenne par établissement, les besoins de soins et risques liés à la santé somatique ont été évalués pour 95% des nouveaux résidents de ces Ehpad, contre 92% des nouveaux résidents dans les Ehpad qui n'utilisent pas les recommandations de l'Anesm.

Accompagnement personnalisé du résident :

Les Ehpad **qui travaillent en équipe toutes les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm applicables aux Ehpad :**

- **ont plus tendance que les autres Ehpad à avoir des personnels référents** (68% de ces Ehpad ont systématiquement des personnels référents contre 57% dans les Ehpad qui n'utilisent pas les recommandations de l'Anesm) ;
- sont ceux qui disposent le plus d'un **recueil informatisé des informations du projet personnalisé** (81% contre 74%) et qui **co-élaborent** le plus ces projets avec ces résidents et les personnes de leur entourage (50% contre 43%);
- sont les Ehpad qui **réévaluent le plus fréquemment les projets personnalisés**, notamment à la demande de l'entourage de la personne⁹⁰, en raison de modifications des potentialités de la personne⁹¹ mais aussi en l'absence de toutes demandes ou modifications de la situation du résident⁹². On observe le même type d'écarts si l'on compare les résultats entre les Ehpad qui travaillent en équipe ou utilisent dans leur démarche d'évaluation interne les recommandations « *De l'accueil de la personne à son accompagnement* » et ceux qui n'utilisent pas ces recommandations, notamment pour ce qui concerne les réévaluations des projets à la demande de la personne⁹³ ou en cas de modification de son état de santé⁹⁴.

Vie sociale et familiale du résident :

Les Ehpad **qui travaillent en équipe ou utilisent dans leur démarche d'évaluation interne les recommandations « La vie sociale des résidents. Qualité de vie en Ehpad. Volet 3 »⁹⁵ :**

- recourent plus que les autres Ehpad à des **bénévoles**, notamment dans le cadre des accompagnements individuels (77% contre 69% des Ehpad qui n'utilisent pas ces recommandations) ou de la fin de vie (37% contre 29%) ;
- ont plus tendance que les autres Ehpad à permettre aux familles des résidents d'être présentes jour et nuit pour l'accompagnement de la fin de vie⁹⁶.

⁹⁰ 27% de ces Ehpad réévaluent systématiquement les projets personnalisés sur ce motif, contre 19% des Ehpad qui n'utilisent pas les recommandations de l'Anesm.

⁹¹ 38% de ces Ehpad réévaluent systématiquement les projets personnalisés sur ce motif, contre 27% des Ehpad qui n'utilisent pas les recommandations de l'Anesm.

⁹² 72% de ces Ehpad réévaluent les projets personnalisés au moins une fois par an en l'absence de toutes demandes ou modifications de la situation du résident, contre 58% des Ehpad qui n'utilisent pas les recommandations de l'Anesm.

⁹³ 36% des Ehpad qui travaillent en équipe ou utilisent dans leur démarche d'évaluation interne les recommandations « *De l'accueil de la personne à son accompagnement* » réévaluent systématiquement les projets personnalisés sur ce motif, contre 28% des Ehpad qui n'utilisent pas ces recommandations.

⁹⁴ 32% des Ehpad qui travaillent en équipe ou utilisent dans leur démarche d'évaluation interne les recommandations « *De l'accueil de la personne à son accompagnement* » réévaluent systématiquement les projets personnalisés en cas de modification de l'état de santé du résident, contre 21% des Ehpad qui n'utilisent pas ces recommandations.

⁹⁵ Anesm. *La vie sociale des résidents. Qualité de vie en Ehpad. Volet 3*. Saint-Denis : Anesm, 2012.

⁹⁶ C'est le cas pour 97% de ces Ehpad, contre 94% de ceux qui n'utilisent pas ces recommandations.

Expression collective :

Les Ehpad **qui travaillent en équipe ou utilisent dans leur démarche d'évaluation interne les recommandations « La vie sociale des résidents. Qualité de vie en Ehpad. Volet 3 »**⁹⁷ :

- sont les Ehpad qui, proportionnellement, comptent le **plus de CVS « opérationnels »**, c'est-à-dire comptant 3 réunions ou plus par an (c'est le cas de 76% de ces Ehpad contre 65% des Ehpad qui n'utilisent pas ces recommandations) ;
- ont plus tendance à mettre à la disposition des résidents et de leurs proches des **comptes-rendus des réunions de CVS**⁹⁸, à proposer des **formes d'expression collective alternatives** (97% contre 90%) et à **solliciter** par d'autres moyens **les personnes dans l'incapacité de s'exprimer**⁹⁹. Ils **analysent** aussi plus que les autres Ehpad **les résultats de l'expression des personnes accueillies** (79% contre 62%).

Prise en compte de la santé et des « risques » dans le respect des droits et libertés des personnes :

Les Ehpad **qui travaillent en équipe ou utilisent dans leur démarche d'évaluation interne les recommandations « L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Qualité de vie en Ehpad. Volet 4 »**¹⁰⁰ :

- ont plus mis en place des **actions de prévention**, notamment concernant les hospitalisations d'urgence (73% de ces Ehpad ont mis en place ces actions, contre 63% des Ehpad qui n'utilisent pas ces recommandations) et les troubles psychiques, de l'humeur et/ou cognitifs (93% contre 85%) ;
- ont plus tendance à utiliser des échelles d'évaluation de la douleur (94% contre 85%) et à évaluer régulièrement la douleur chez les patients prenant des traitements antalgiques (88% contre 75%) . Dans le cadre de la prévention des risques infectieux, ils ont aussi plus tendance à utiliser le manuel d'auto-évaluation du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH)(65% contre 39%) ;
- Dans le cadre de la prévention des risques de chutes, les Ehpad qui utilisent les recommandations « L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Qualité de vie en Ehpad. Volet 4 » sécurisent plus les locaux (83% contre 73%), réalisent plus de tests d'équilibres (40% contre 29%)et de séances de prévention des chutes et d'accompagnement spécifique à la marche¹⁰¹, de même qu'ils ont plus tendance à élaborer des protocoles et à les suivre pour les personnes à risque ou ayant chuté (56% contre 43%).

⁹⁷ Anesm. *La vie sociale des résidents. Qualité de vie en Ehpad. Volet 3*. Saint-Denis : Anesm, 2012.

⁹⁸ 94% de ces Ehpad ont mis à la disposition des résidents le compte-rendu de la dernière réunion du CVS, contre 89% Ehpad qui n'utilisent pas ces recommandations.

94% de ces Ehpad ont mis à la disposition de l'entourage des résidents le compte-rendu de la dernière réunion du CVS, contre 89% Ehpad qui n'utilisent pas ces recommandations.

⁹⁹ Seuls 7% de ces Ehpad ne le font jamais, contre 13% des Ehpad qui n'utilisent pas ces recommandations.

¹⁰⁰ Anesm. *L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Qualité de vie en Ehpad. Volet 4*. Saint-Denis : Anesm, 2012.

¹⁰¹ 56% de ces Ehpad organisent des séances de prévention des chutes avec un animateur sportif, contre 49% des Ehpad qui n'utilisent pas ces recommandations. 90% de ces organisent un accompagnement spécifique encourageant la marche, contre 83% des Ehpad qui n'utilisent pas ces recommandations.

- Dans le cadre de la prévention des risques de dénutrition, les Ehpad qui utilisent ces recommandations ont plus tendance à utiliser des échelles de nutrition (54% contre 38%), à vérifier et assurer un suivi de l'hygiène bucco-dentaire (65% contre 47%), à proposer un suivi par un diététicien (42% contre 33%) ou des activités physiques adaptées (53% contre 44%).
- Dans le cadre de la prévention des troubles psychiques, de l'humeur et/ou cognitifs, les Ehpad qui utilisent ces recommandations ont plus tendance à élaborer et suivre des protocoles dédiés (48% contre 33%), à mettre en place des partenariats avec des consultations spécialisées (76% contre 63%), à mettre en place des suivis par un psychologue (86% contre 74%), à encourager/accompagner la vie sociale (87% contre 74%) et surtout à rechercher les facteurs déclenchant ces troubles (74% contre 52%).

Gestion des ressources humaines et organisation de l'établissement :

Les Ehpad **qui travaillent en équipe toutes les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm applicables aux Ehpad sont les plus engagés dans une politique de formation des professionnels**, puisqu'ils comptent les plus importantes proportions de personnels formés, quels que soient les thèmes des formations interrogés dans l'enquête. Par exemple : 61% des professionnels de ces Ehpad ont été formés au cours des 3 dernières années à la bientraitance, contre 49% des professionnels d'Ehpad qui n'utilisent pas les recommandations de l'Anesm. 56% des professionnels de ces Ehpad ont été formés au cours des 3 dernières années aux spécificités de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, contre 43% des professionnels d'Ehpad qui n'utilisent pas les recommandations de l'Anesm (en moyenne par établissement).

En conséquence, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par l'Anesm ont un impact très important et à plusieurs niveaux pour l'ensemble des professionnels œuvrant au quotidien auprès des personnes âgées. D'une part, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont particulièrement utilisées dans le cadre de la démarche continue de l'évaluation de la qualité mais, au-delà de ces « obligations » réglementaires, cette analyse nationale met en évidence que les recommandations, dès lors qu'elles sont travaillées en équipe, ont un impact direct sur la qualité de l'accompagnement. Cet impact est particulièrement remarquable concernant **l'accompagnement personnalisé, l'expression collective et enfin la prise en compte de la santé et des « risques » dans le respect des droits et libertés des personnes**. Enfin, elles ont également une incidence sur le soutien des professionnels eux-mêmes puisque plus les recommandations sont travaillées en équipe et plus les professionnels bénéficient de formation continue. Cette dernière vient appuyer les besoins et les attentes à la fois des personnes âgées hébergées mais répond aussi aux besoins et aux attentes des professionnels.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a institué la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Ces derniers sont tenus de mettre en place une évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Les évaluations¹⁰² se conduisent, notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques élaborées par l'Agence. Le pilotage de la qualité est un processus continu qui nécessite une vigilance constante pour le bien-être des personnes accueillies

Les résultats de l'enquête nationale 2015 relative au degré de déploiement des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie (bientraitance) dans les Ehpad dite enquête « Bientraitance en Ehpad » mettent en évidence deux éléments essentiels :

En premier lieu, force est de constater, les améliorations des pratiques concourant à la bientraitance et à la qualité de vie des personnes âgées réalisées par les Ehpad en 5 ans au regard des recommandations de bonnes pratiques. Mieux se faire connaître sur leur territoire, intégrer les filières gériatriques, promouvoir leurs offres en matière d'accompagnement et mieux faire connaître leur spécificité notamment auprès de la population générale sont des points sur lesquels les Ehpad doivent poursuivre leurs efforts. Ces éléments sont d'autant plus importants que l'on sait aujourd'hui qu'ils participent à la préparation à l'entrée en Ehpad et donc influent sur la qualité de vie perçue par le résident¹⁰³. Cette ouverture est d'ailleurs une demande forte des présidents du Conseil de vie sociale.

En second lieu, cette enquête permet d'observer que les recommandations élaborées par l'Anesm influent sur les pratiques des professionnels en Ehpad : Il y a corrélation entre le fait de travailler en équipe les recommandations de bonnes pratiques et leur mise en œuvre au sein de l'établissement. De même, dans ces établissements qui travaillent le plus en équipe les recommandations de bonnes pratiques, les professionnels bénéficient de davantage de formation continue.

Les résultats de cette enquête permettront enfin à chaque établissement de se situer au regard des pratiques et des données moyennes nationales.

¹⁰² Selon l'article L 312-8 du CASF

¹⁰³ DUPRE-LEVEQUE, D., CHARLANNE, D. Entrée et accueil des personnes âgées en établissement pour personnes âgées dépendantes. *La revue de gériatrie*, 2015, tome 40, n°7, pp 409-415.

V. Les annexes

Annexe 1 - Méthodologie d'élaboration de l'enquête

Conduite des travaux

Equipe projet de l'Anesm

Delphine DUPRE-LEVEQUE, responsable secteur « Personnes âgées »

Mahel BAZIN, Chargé d'études statistiques

Emilie COLE, Chef de projet

Participants au comité de pilotage

Cécile BALANDIER, Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Gilles HERBILLON, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Christian TROMEUR, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Arnaud FIZZILA, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Mélanie VANDERSCHULDEN, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Béatrice ROLLAND, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Adeline BERSCH, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Gaëlle LAVANANT, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Xavier DUPONT, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

Isabelle BARGES, Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Agées (FNAQPA)

Rédacteur circulaire

Dominique TERRASSON, DGCS

Correspondant MISI

Gaëlle LAVANANT DGCS

Référents conseil scientifique de l'Anesm

Professeur Claude Jeandel

Annie Fouquet (Présidente du conseil scientifique de l'Anesm)

Adoption des travaux

Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm

Coordination éditoriale

Yaba BOUESSE, chargée de communication, Anesm

Annexe 2 - Les questionnaires

« BIENTRAITANCE DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES EN EHPAD » QUESTIONNAIRE EHPAD 2015

A- Données sur le profil de l'établissement

1.

Nombre de places installées au 31/12/2014 (i→nombre total de lits ou de logements en état d'accueillir une personne, y compris les logements temporairement fermés pour cause de travaux, congé de personnel...)	
Dont nombre de places installées en hébergement temporaire	
Nombre de personnes accueillies en hébergement permanent au moment de l'enquête	
Nombre de personnes accueillies en hébergement temporaire au moment de l'enquête	
Nombre de personnes handicapées vieillissantes accueillies (i → Personnes dont la situation de handicap a précédé les effets du vieillissement)	
GMP	
PMP (le dernier disponible) Année du dernier PMP disponible :	
Nombre de résidents en hébergement permanent ayant quitté l'établissement en 2014 (départs ou décès)	
Nombre de résidents en hébergement permanent ayant intégré l'établissement en 2014	
Date de première ouverture de l'établissement	Jj/mm/aaaa

2.

	Oui	Non
Votre Ehpac est-il adhérent à une fédération ou à une union d'associations ?(i → Forme de partenariat permettant une mise en commun de moyens, d'expériences et une représentativité reconnue.)	☐	☐
Votre Ehpac est-il rattaché un organisme gestionnaire ? (i → Association, groupe ou entité juridique qui assure la gestion de plusieurs structures autorisées)	☐	☐

3.

<i>L'établissement dispose-t-il...</i>	Oui	Non	Si oui : nombre de personnes accueillies (en hébergement permanent ou temporaire) dans ce dispositif
D'unité(s) dédiée(s) à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de	☐	☐	

maladies apparentées – hors PASA et UHR ?			
D'une unité dédiée à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes	☐	☐	
D'un PASA (pôle d'activités et de soins adaptés) ?	☐	☐	
D'une UHR (unité d'hébergement renforcée) ?	☐	☐	

4.

Effectif budgété autorisé, en ETP (tous types de postes confondus) (budget 2014)	
--	--

B- Accueil et évaluation initiale

1. Parmi les dix dernières personnes accueillies en hébergement permanent au sein de votre structure, combien ont bénéficié avant leur arrivée ?

D'une visite préalable de l'établissement	
D'une participation à une activité (repas, animation,...)	
D'un séjour temporaire	

2.

	Jamais	Parfois	Dans la majorité des cas	Systématiquement
Pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer pour effectuer une visite préalable de l'établissement, un personnel de l'établissement se rend-il au domicile de la personne ?	☐	☐	☐	☐

3. Parmi les dix dernières personnes accueillies en hébergement permanent au sein de votre structure, combien ont bénéficié lors de leur accueil... ? (i -> La période de l'accueil est comprise jusqu'à 15 jours après l'entrée de la personne accueillie)

D'un recueil du consentement à leur entrée dans l'établissement	
D'une attention particulière de bienvenue (bouquet de fleurs, apéritif, etc.)	
D'une présentation auprès des autres résidents	
D'une présentation auprès du président du Conseil de la Vie Sociale (ou de l'un de ses représentants)	
De la possibilité d'aménager leur chambre (décoration, petit mobilier, etc.)	

4. Parmi les dix dernières personnes accueillies en hébergement permanent, pour combien d'entre elles les éléments suivants ont-ils été recueillis lors de l'accueil et au cours de l'évaluation initiale?

Les attentes de la personne	
Les attentes de l'entourage ((i → Est entendu tout au long du questionnaire, comme « entourage », la famille, les proches (voisin, ami,...) tuteur, curateur, personne de confiance, de la personne accueillie et n'étant pas hébergé dans la structure.)	
Les habitudes, les centres d'intérêt et l'histoire de vie de la personne	
Une évaluation des potentialités (dont les modes de communication et potentialités sensorielles de la personne) et du niveau d'autonomie	
Une évaluation des risques psychologiques et/ou comportementaux (dépression, risque de suicides, etc.)	
Les besoins de soins et une évaluation des risques liés à la santé somatique	
Le nom de la personne de confiance	

C- Mise en œuvre du projet personnalisé

1.	Oui	Non
L'établissement dispose-t-il d'un recueil informatisé des informations du projet personnalisé	☐	☐

2.	
Parmi l'ensemble des résidents accueillis en hébergement permanent au moment de l'enquête, combien ont un projet personnalisé* ?	

* Est entendu comme projet personnalisé un projet formalisé, élaboré en équipe pluridisciplinaire et global, c'est-à-dire incluant les différentes dimensions de l'accompagnement (vie sociale, vie quotidienne, soins).

3. Parmi les 10 derniers projets personnalisés réalisés par votre structure, combien ont été élaborés :

Avec la personne accueillie uniquement	
Avec une personne de l'entourage de la personne accueillie uniquement	
Avec la personne accueillie ET une personne de son entourage	

4.	
Pour les 10 derniers projets personnalisés élaborés par votre structure, combien de jours se sont écoulés, en moyenne, entre l'arrivée du résident et la réalisation de son projet personnalisé ?	

5.	Jamais	Parfois	Dans la majorité des cas	Systématiquement
Les résidents accueillis en hébergement permanent ont-ils un personnel référent (soignant ou non) ?	☐	☐	☐	☐

6. Le projet personnalisé est-il réévalué :

	Jamais	Parfois	Dans la majorité des cas	Systématiquement
En cas de modification de l'état de santé de la personne accueillie ?	☐	☐	☐	☐
En cas de modification de son humeur ou de son comportement ?	☐	☐	☐	☐
En cas de modification de ses potentialités (perte d'autonomie par rapport à la toilette, aux déplacements, etc.)?	☐	☐	☐	☐
A la demande de la personne accueillie?	☐	☐	☐	☐
A la demande de l'entourage de la personne accueillie ?	☐	☐	☐	☐

7.

	Au moins une fois par an	Au moins une fois tous les deux ans	Plus rarement ou jamais
En l'absence des éléments cités ci-dessus, à quelle fréquence le projet personnalisé est-il réévalué au minimum ?:	☐	☐	☐

Les relations sociales et familiales

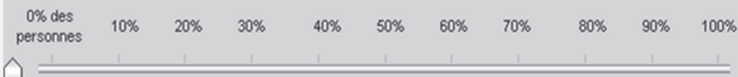
1. Les situations d'isolement

Nombre de résidents accueillis en hébergement permanent au moment de l'enquête et n'ayant reçu aucune visite, ou n'ayant effectué aucune visite au domicile de l'entourage depuis 6 mois	
Parmi eux, nombre de résidents totalement isolés socialement, c'est-à-dire n'ayant eu aucun contact téléphonique, n'ayant reçu aucun courrier postal ou électronique, etc. de la part de l'entourage depuis 6 mois	

2. Pour quelle proportion de résidents accueillis en hébergement permanent, l'entourage?

Vient, une fois par semaine au moins, rendre visite au résident	0% des personnes 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Prend un repas régulièrement (au moins une fois par mois) au sein de la structure avec le résident	0% des personnes 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Participe, plusieurs fois dans l'année, à une activité collective organisée par l'établissement.	0% des personnes 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Sort, plusieurs fois dans l'année, avec le résident (sortie au restaurant, accueil sur quelques jours, ...).	0% des personnes 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

A participé activement à l'aménagement et à la décoration de la chambre du résident



3.

Les familles des résidents ont-elles la possibilité d'être présentes JOUR ET NUIT pour l'accompagnement de la fin de vie ?

Oui Non

☐ ☐

4.

Des bénévoles sont-ils intervenus en 2014 dans l'établissement (autres que les aidants familiaux)?

Oui Non

☐ ☐

Si oui, préciser le(s) domaine(s) de leurs interventions :

Animations collectives, activités de loisirs, accompagnement des sorties extérieures

☐ ☐

Accompagnements individuels (maintien du lien social, aide aux déplacements, etc.)

☐ ☐

Accompagnement de fin de vie

☐ ☐

Autres domaines : précisez :

☐ ☐

D- Les principaux axes de prévention

1. Afin de limiter les risques d'aggravation de la perte d'autonomie, votre établissement a-t-il mis en place des actions de prévention concernant... ?

	Oui	Non
Les hospitalisations d'urgence (non programmées)	☐	☐
Les risques d'escarres	☐	☐
Les risques de chutes	☐	☐
Les risques de dénutrition	☐	☐
La douleur	☐	☐
Les troubles psychiques, de l'humeur et/ou cognitifs	☐	☐
Les risques infectieux	☐	☐

2. Si « oui » à « prévention des risques de chutes », merci de préciser les moyens mis en œuvre :

☐ Sécurisation des locaux
☐ Séances de prévention des chutes avec un animateur sportif
☐ Accompagnement spécifique et encouragement à la marche
☐ Réalisation régulière de tests d'équilibre
☐ Elaboration d'un protocole et son suivi pour les personnes à risque ou ayant chuté
☐ Autre, précisez : ...

3. Si « oui » à « risque de dénutrition », merci de préciser les moyens mis en œuvre

☐ Recueil des goûts alimentaires
☐ Pesée régulière et suivi de la courbe du poids
☐ Utilisation d'échelle de nutrition
☐ Organisation d'activités physiques adaptées
☐ Vérification et suivi de l'hygiène bucco-dentaire
☐ Suivi des résidents par un diététicien
☐ Autre, précisez : ...

4. Si « oui » à « la douleur », merci de préciser les moyens mis en œuvre

☐ (Ré) évaluation régulière de la douleur chez les résidents prenant un traitement antalgique
☐ Utilisation d'une échelle de douleur
☐ Partenariat avec une consultation spécialisée
☐ Autre, précisez : ...

5. Si « oui » à « troubles psychiques, de l'humeur et/ou cognitifs », merci de préciser les moyens mis en œuvre

☐ Evaluation et suivi d'un protocole
☐ Partenariats avec une consultation spécialisée
☐ Suivi des résidents par un psychologue
☐ Encouragement et accompagnement à la vie sociale
☐ Recherche des facteurs déclenchants
☐ Autre, précisez : ...

6. Si « oui » à « Risques infectieux », merci de préciser les moyens mis en œuvre

☐ Utilisation du manuel d'auto-évaluation du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH)
☐ Suivi de la vaccination des résidents
☐ Autre, précisez : ...

7.

Parmi les résidents accueillis en hébergement permanent au moment de l'enquête, combien ont chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois :	
Parmi les résidents accueillis en hébergement permanent au moment de l'enquête, combien ont une escarre acquise dans l'établissement :	
Parmi les résidents accueillis en hébergement permanent au moment de l'enquête, combien ont été pesés au cours du mois précédent l'enquête ?	

8.

Nombre de résidents en hébergement permanent ayant été hospitalisés* au moins une fois en 2014 (i → Ces résidents peuvent ne plus être présents au moment de l'enquête)	
Nombre de résidents en hébergement permanent ayant été hospitalisés en urgence une ou plusieurs fois en 2014 (i → Ces résidents peuvent ne plus être présents au moment de l'enquête)	
Parmi les résidents en hébergement permanent ayant été hospitalisés en urgence en 2014, pour combien d'entre eux, un Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) a-t-il été utilisé ? (i → Ces résidents peuvent ne plus être présents au moment de l'enquête)	
Nombre de résidents en hébergement permanent ayant bénéficié d'une HAD en 2014 (i → Ces résidents peuvent ne plus être présents au moment de l'enquête)	

*** Est considéré comme ayant été hospitalisé un résident ayant passé au moins une nuit à l'hôpital.**

E- Liberté d'aller et venir des personnes accueillies

1. Parmi les dix dernières personnes accueillies en hébergement permanent, combien d'entre elles... ?

ont fait l'objet d'une évaluation des risques et bénéfices de la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement	
ont été impliquées dans cette évaluation (ou le cas échéant leur entourage)	
sont effectivement libres d'aller et venir au sein de l'établissement (i → Est compris dans l'intérieur de l'établissement, l'ensemble des locaux, parties communes, jardins,...)	

2. Parmi les dix dernières personnes accueillies en hébergement permanent, combien d'entre elles... ?

ont fait l'objet d'une évaluation des risques et bénéfices de la liberté d'aller et venir à l'extérieur de l'établissement	
ont été impliquées dans cette évaluation (ou le cas échéant leur entourage)	
sont effectivement libres d'aller et venir à l'extérieur de l'établissement (i-> Est entendu comme liberté d'aller et venir à l'extérieur de l'établissement, le fait de se déplacer librement en dehors des murs de l'établissement (par exemple le jardin de l'Ehpad n'est pas considéré comme un espace extérieur à l'établissement))	

3.

	Jamais	Parfois	Dans la majorité des cas	Systématiquement
Le recours à la contention fait-il l'objet d'une prescription médicale ? (i→Il s'agit de contention physique réalisée au moyen d'objets tels que les gilets et les sangles thoraciques, les ceintures, les attaches de poignets et de chevilles, les sièges avec un adaptable fixe, les barrières de lit, etc.)	☐	☐	☐	☐

F- Procédures et protocoles

1. Existe-t-il une procédure ou un protocole pour prendre en charge? (i -> Une procédure est la description organisationnelle de l'ensemble des démarches (étapes/instructions) à suivre dans une situation déterminée. Elle répond à la question « comment faire ? » en décrivant de façon détaillée la méthode sous forme de règles dans un processus donné)

	Oui	Non	Evènement non survenu
les situations de maltraitance (i -> « la maltraitance s'entend ici comme une situation de violence, d'abus, de privation ou de négligence survenant dans une configuration de dépendance d'une personne vulnérable à l'égard d'une personne en situation de pouvoir, d'autorité ou d'autonomie plus grande. Elle est plus large que celle justifiant la réalisation d'un signalement au sens des articles 226-3, 226-13, 226-14, 434-1, 434-3 du code de procédure pénale. » p11 de la recommandation « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »).	☐	☐	
[si oui] la dernière fois qu'une situation de maltraitance est survenue, cette procédure a-t-elle été appliquée ? [Si la procédure n'a pas été appliquée] pourquoi :	☐	☐	☐
La dernière fois qu'une situation de maltraitance est survenue, a-t-elle été déclarée au président du CVS	☐	☐	
le recours à la contention	☐	☐	
[si oui] la dernière fois que votre structure a eu recours à la contention, cette procédure a-t-elle été appliquée ?	☐	☐	
La dernière fois que votre structure a eu recours à la contention, le président du CVS en a-t-il été informé ?	☐	☐	☐
les événements indésirables liés aux soins (i → exemples : iatrogénie, troubles comportementaux consécutifs à un traitement, allergie cutanée, escarres, etc.)	☐	☐	
[si oui] la dernière fois qu'un tel événement indésirable est survenu, cette procédure a-t-elle été appliquée ?	☐	☐	☐
La dernière fois qu'un tel événement indésirable est survenu, le président du CVS en a-t-il été informé ?	☐	☐	
Les transferts entre l'établissement et l'hôpital	☐	☐	
[si oui] la dernière fois qu'un transfert a eu lieu, cette procédure a-t-elle été appliquée ?	☐	☐	☐
les disparitions inquiétantes de personnes accueillies	☐	☐	
[si oui] la dernière fois qu'un tel événement est survenu, cette procédure a-t-elle été appliquée ?	☐	☐	☐
La dernière fois qu'un tel événement est survenu, le président du CVS en a-t-il été informé ?	☐	☐	
les décès consécutifs à un suicide	☐	☐	
[si oui] la dernière fois qu'un tel événement est survenu, cette procédure a-t-elle été appliquée ?	☐	☐	☐

La dernière fois qu'un tel évènement est survenu, le président du CVS en a-t-il été informé?	☐	☐	
Existe-t-il un protocole ou une procédure d'accompagnement spécifique lors du décès d'un résident (hors décès accidentels et suicides)... ?	☐	☐	
Auprès des autres résidents [Si oui] La dernière fois qu'un décès est survenu, cette procédure auprès des résidents a-t-elle été appliquée ?	☐	☐	☐
Auprès des professionnels [Si oui] La dernière fois qu'un décès est survenu, cette procédure auprès des professionnels a-t-elle été appliquée ?	☐	☐	☐
Auprès des familles [Si oui] La dernière fois qu'un décès est survenu, cette procédure auprès des familles a-t-elle été appliquée ?	☐	☐	☐

G- Participation collective

1.

Au cours de la semaine précédente, quelle proportion de personnes accueillies en hébergement permanent a pu réaliser... ?

Au moins une activité individuelle	0% des personnes	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Au moins une activité (et/ou animation) collective	0% des personnes	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

2.

	Oui	Non
Au cours des deux dernières années avez-vous interrogé les résidents au sujet de leur satisfaction vis-à-vis des activités collectives proposées (au sein d'une enquête spécifique ou d'une enquête de satisfaction générale) ?	☐	☐

3. Le Conseil de vie sociale (CVS)...

☐ Est en place avec 3 réunions par an ou plus
☐ Est en place avec moins de 3 réunions par an
☐ En cours de mise en place (1ères élections en cours)
☐ N'est pas mis en place
Année de mise en place du CVS :

4. Son président est...

☐ Une personne en hébergement permanent
☐ Un représentant des familles de ces personnes

5.	Oui	Non
En préalable à la dernière réunion du CVS, les résidents ont-ils été invités à formuler des remarques ou demandes ?	☐	☐
En préalable à la dernière réunion du CVS, l'entourage des résidents a-t-il été invité à formuler des remarques ou demandes ?	☐	☐
Le compte rendu de la dernière réunion du CVS a-t-il été mis à disposition des résidents (affichage, diffusion,...) ?	☐	☐
Le compte rendu de la dernière réunion du CVS a-t-il été mis à disposition de l'entourage des résidents (affichage, diffusion,...) ?	☐	☐

6.	Oui	Non
Existe-t-il d'autres formes d'expression des personnes accueillies que le CVS ?	☐	☐

Si oui lesquelles ?

☐ Enquêtes de satisfaction générale
☐ Boîtes à idées
☐ Autres, Précisez _____

7.	Oui	Non
Les résultats de l'expression des personnes accueillies ont-ils fait l'objet d'une analyse en équipe au cours de l'année 2014 ?	☐	☐

8.	Jamais	Parfois	Dans la majorité des cas	Systematiquement
Les personnes qui sont dans l'incapacité de s'exprimer sont-elles sollicitées par d'autres moyens ?	☐	☐	☐	☐

H-Gestion des ressources humaines et ouverture de l'établissement vers l'extérieur

1. Quelle proportion des membres du personnel et de l'équipe de direction en poste au moment de l'enquête a bénéficié, au cours des trois dernières années, de formations portant sur :

Les spécificités de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes	0% des personnes	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
La bientraitance	0% des personnes	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées	0% des personnes	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
La douleur	0% des personnes	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
La dépression et/ou troubles psychiques	0% des personnes	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
La fin de vie	0% des personnes	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
Le handicap (en vue de l'accueil de personnes handicapées vieillissantes)	0% des personnes	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
Le repérage des risques de perte d'autonomie	0% des personnes	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
Les risques infectieux	0% des personnes	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%

2.

	Oui	Non
Une veille documentaire est-elle assurée sur les publications du secteur personnes âgées ?	☐	☐

3.

	Aucun	L'encadrement	La direction	Les professionnels accompagnants (i → infirmiers, aides soignants, animateurs, psychologues, etc.)
Quels membres du personnel sont informés de la parution des recommandations de l'Anesm ?	☐	☐	☐	☐
Quels membres du personnel ont accès aux recommandations de l'Anesm au sein de l'établissement ?	☐	☐	☐	☐

4.

Connaissez-vous, plus particulièrement, les recommandations suivantes :	Oui	Non
L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement (février 2009)	☐	☐
Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement (février 2011)	☐	☐
Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (septembre 2011)	☐	☐
Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad (janvier 2012)	☐	☐
Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre 2012)	☐	☐
L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012)	☐	☐

Si oui, merci de préciser pour chacune d'entre elles son niveau d'utilisation	Lue	Diffusée aux professionnels	Travaillée et exploitée en équipe	Utilisée dans la démarche d'évaluation interne
L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement (février 2009)	☐	☐	☐	☐
Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement (février 2011)	☐	☐	☐	☐
Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (septembre 2011)	☐	☐	☐	☐
Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad (janvier 2012)	☐	☐	☐	☐
Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre 2012)	☐	☐	☐	☐
L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012)	☐	☐	☐	☐

5.

	Oui	Partiellement	Non
Suite à votre évaluation interne ou dans le cadre de votre démarche d'amélioration continue, utilisez-vous les indicateurs de l'Anesm ?	☐	☐	☐
Si vous avez répondu « Partiellement », quels sont les indicateurs que vous prenez en compte ?			
.....			
.....			
.....			
.....			

6. L'établissement a-t-il recours à des partenariats formalisés?

	Jamais	Parfois	Dans la majorité des cas	Systématiquement
Pour assurer la continuité des soins et de l'accompagnement (réseau sanitaire et médico-social de proximité)	☐	☐	☐	☐
Pour la mise à disposition de compétences non disponibles en interne, nécessaires à la mise en œuvre du projet personnalisé des personnes accueillies	☐	☐	☐	☐
Pour la mise en œuvre d'activités (ateliers, animations, excursions...) contribuant à la qualité de vie des personnes accueillies	☐	☐	☐	☐

I- Organisation de l'établissement

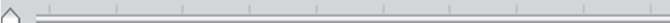
1.

	Oui	Non
Existe-t-il des réunions régulières (au moins une fois par trimestre) de l'équipe de direction (directeur, IDE coordonnateur, médecin-coordonnateur) dont l'objet est l'amélioration continue des pratiques ?	☐	☐

2.

	Jamais ou moins d'une fois par an	Au moins une fois par an	Au moins une fois par semestre	Au moins une fois par trimestre
Vos équipes se réunissent-elles pour travailler sur des retours d'expérience et développer une réflexion éthique (intégrant notamment les risques de maltraitance)	☐	☐	☐	☐

3.

Quelle proportion des membres du personnel a été accompagnée dans sa prise de poste ? (travail en doublon, accompagnement par un pair durant le temps de travail, formations aux spécificités des personnes accueillies, accès aux informations individuelles)	0% des personnes	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
										

4. La continuité des soins :

	Oui	Non
Durant la nuit , un(e) infirmier(e) est-il en permanence présent dans l'Ehpad ?	☐	☐
<i>[Si non]</i> : Y-a-t-il une permanence assurée par un(e) aide-soignant(e) ?	☐	☐
Une astreinte téléphonique d'un(e) infirmier(e) ou du médecin coordonnateur est-elle mise en place durant la nuit?	☐	☐
Durant le week-end , un(e) infirmier(e) est-il en permanence présent dans l'Ehpad ?	☐	☐
<i>[Si non]</i> : Y-a-t-il une permanence assurée par un(e) aide-soignant(e) ?	☐	☐
Une astreinte téléphonique d'un(e) infirmier(e) ou du médecin coordonnateur est-elle mise en place ?	☐	☐

5. L'organisation de l'établissement s'appuie-t-elle sur les ressources suivantes pour accompagner la fin de vie des personnes accueillies en hébergement permanent ?

	Jamais	Parfois	Dans la majorité des cas	Systématiquement
HAD (hospitalisation à domicile)	☐	☐	☐	☐
Equipe mobile de gériatrie	☐	☐	☐	☐
Equipe mobile de soins palliatifs	☐	☐	☐	☐
Réseaux de soins palliatifs/ réseaux de santé pluridisciplinaires	☐	☐	☐	☐
Personnel interne formé aux soins palliatifs (médecin, IDE, psychologue)	☐	☐	☐	☐

6.

Quelle est la proportion des personnes accueillies en hébergement permanent au moment de l'enquête pour lesquelles les directives anticipées ont été recueillies ?	0% des personnes	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
										

**« BIENTRAITANCE DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES EN
EHPAD »
QUESTIONNAIRE PRESIDENT DU CVS 2015**

1. Selon vous, la vie dans l'établissement favorise-t-elle...?

	Non ou très partiellement	Oui, mais avec problèmes de mise en œuvre au quotidien	Oui, toujours
Une bonne image de soi	☐	☐	☐
L'expression de la volonté des personnes accueillies	☐	☐	☐
Le respect des personnes (langage respectueux, respect des rythmes, respect de l'intimité)	☐	☐	☐
Le maintien de l'autonomie des personnes	☐	☐	☐
Une bonne qualité de vie des personnes	☐	☐	☐

2. Selon vous, l'organisation dans l'établissement favorise-t-elle...?

	Non ou très partiellement	Oui, mais avec problèmes de mise en œuvre au quotidien	Oui, toujours
L'implication des proches auprès des résidents	☐	☐	☐
L'exercice des droits civiques	☐	☐	☐
La liberté de culte	☐	☐	☐
La prévention des situations de maltraitance	☐	☐	☐
Le maintien de liens sociaux (pour les personnes les plus isolées)	☐	☐	☐

3. Selon vous, les animations dans l'établissement sont-elles... ?

	Non ou très partiellement	Oui, mais avec problèmes de mise en œuvre au quotidien	Oui, toujours
Diffusées auprès des résidents (bonne circulation l'information)	☐	☐	☐
Adaptées aux profils des résidents	☐	☐	☐
Créatrices de liens entre les résidents	☐	☐	☐
Variées	☐	☐	☐
Ouvertes aux familles et aux proches	☐	☐	☐
Ouvertes aux bénévoles	☐	☐	☐
Ouvertes à et sur l'extérieur	☐	☐	☐

4. L'établissement réalise-t-il les actions suivantes... ?

	Non ou très partiellement	Oui, mais avec problèmes de mise en œuvre au quotidien	Oui, toujours
Présentation du rôle du CVS auprès de résidents et des familles	☐	☐	☐
Encouragement des familles et des résidents à avoir un rôle actif au sein du CVS	☐	☐	☐
Sollicitation des résidents à formuler des remarques sur l'établissement	☐	☐	☐
Mise à disposition de soutiens matériels pour le bon déroulement des réunions (salle, ordinateur, secrétaire, envoi de courrier, affichage, etc.)	☐	☐	☐

5.

Nombre de demandes/remarques de résidents notés dans les comptes-rendus du CVS sur une période de 2 ans		Nombre de réponses (positives ou négatives) apportées à ces remarques par le CVS sur une période de 2 ans	
---	--	---	--

6. Quels sont, selon vous, les principaux freins à la prise en compte des remarques issues du CVS ?

☐ Manque de moyens
☐ Manque de motivation du personnel
☐ Manque de motivation de la direction
☐ Manque de formation du personnel
☐ Autre, précisez :
☐ Pas de frein

7. Est-ce que vous ou votre prédécesseur ont été sollicités pour participer à ... ?

	Non	Oui	Non concerné (L'évaluation n'a pas été réalisée)
L'évaluation interne	☐	☐	☐
L'évaluation externe	☐	☐	☐

8. Est-ce que vous ou votre prédécesseur ont été informés des résultats de... ?

	Non	Oui	Non concerné (L'évaluation n'a pas été réalisée)
L'évaluation interne	☐	☐	☐
L'évaluation externe	☐	☐	☐

9. Avez-vous été sollicité par la direction pour... ?

	Non	Oui	Non concerné
Participer à l'élaboration la méthode d'évaluation du projet de vie personnalisé	☐	☐	☐
Suivre une formation ou assister à des conférences Participer à d'autres réunions internes (commission menu, commission animation, ...)	☐	☐	☐

10. Selon vous, l'établissement est-il reconnu sur le territoire... ?

	Non	Oui
Pour son histoire	☐	☐
Pour sa qualité d'accueil ?	☐	☐

11. Si vous avez répondu non à l'une des deux modalités ci-dessus, est-ce car vous pensez que... ?

	Non	Oui
L'établissement est trop récent	☐	☐
L'établissement ne communique pas assez	☐	☐
Autre raison, précisez	☐	☐

12.

Combien le CVS compte-t-il de membres parmi les familles de résidents ?	
Combien le CVS compte-t-il de membres parmi les résidents ?	
Combien le CVS compte-t-il de membres parmi les professionnels de la structure ?	
Combien le CVS compte-t-il de représentant du personnel ?	

Combien de personnes étaient présentes en moyenne sur les 3 dernières réunions ?	
Combien de personnes non élues ont été invitées et sont venues au CVS (famille, résidents, professionnels, bénévoles...)	

13. Selon vous, la liberté d'expression est-elle effective au sein du CVS ?

Oui ☐ Non ☐

14. Le CVS est-il saisi par les résidents ou par les familles de résidents... ?

	Jamais	Parfois	Souvent
Pour informer de difficultés spécifiques	☐	☐	☐
Pour signaler une situation de maltraitance	☐	☐	☐
Pour toutes les questions relatives au fonctionnement général de l'établissement	☐	☐	☐

15. Votre CVS est-il intégré à un réseau inter -CVS ?

Oui ☐	Non ☐
------------------------------	------------------------------

L'équipe de l'Anesm vous remercie pour votre participation. Le questionnaire rempli, vous n'avez plus qu'à le glisser dans l'enveloppe T prévue à cet effet.

Annexe 3 - Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) applicables 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.

RBPP publiées depuis l'enquête bienveillance 2010

- Anesm. *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad. Volet 1*. Saint-Denis : Anesm, 2011.
- Anesm. *La vie sociale des résidents. Qualité de vie en Ehpad. Volet 3*. Saint-Denis : Anesm, 2012
- Anesm. *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en Ehpad. Volet 2*. Saint-Denis : Anesm, 2011
- Anesm. *L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Qualité de vie en Ehpad. Volet 4*. Saint-Denis : Anesm, 2012
- Anesm. *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Saint-Denis : Anesm, 2012
- Anesm. *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*. Saint-Denis : Anesm, 2014
- Anesm. *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique*. Saint-Denis : Anesm, 2012
- Anesm. *Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile*. Saint-Denis : Anesm, 2014
- Anesm. *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes*. Saint-Denis : Anesm, 2015

Recommandations publiées depuis l'enquête bienveillance 2015

- Anesm. *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Ehpad*. Saint-Denis : Anesm, 2016

Fiches thématiques publiées depuis l'enquête bientraitance 2015

- *Anesm. Dossier de Liaison d'urgence. Saint-Denis : Anesm, 2015*
- *Anesm. Fiche-repères : Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad. Saint-Denis : Anesm, 2015*