



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

**Analyse nationale de l'état du déploiement  
des pratiques professionnelles concourant à la Bienveillance  
des résidents en établissement d'hébergement pour  
personnes âgées dépendantes et perception de leurs effets  
par les conseils de vie sociale**

\* \* \* \*

*QUESTIONNAIRE D'AUTOEVALUATION DES PRATIQUES DE  
BIENVEILLANCE EN Ehpad 2009*

Février 2010

# Sommaire

<b>1. Le questionnaire d'autoévaluation</b> .....	<b>4</b>
1.1. Objectifs .....	4
1.2. Qu'est-ce que la « bien-traitance » ? .....	4
1.3. Construction du questionnaire .....	5
1.4. Méthodologie d'élaboration et de passation .....	6
<b>2. Le taux de retour</b> .....	<b>7</b>
2.1. Période d'enquête et établissements concernés.....	7
2.2. Taux de retour .....	7
2.3. Exploitation des données .....	8
<b>3. Les résultats</b> .....	<b>9</b>
3.1. Données descriptives des Ehpad ayant répondu .....	9
3.2. Qui a complété le questionnaire ? .....	15
3.3. L'identification des éléments de personnalisation du projet de la personne.....	15
3.4. L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé .....	19
3.5. La mise en œuvre de mesures de protection : Equilibre entre autonomie, indépendance et sécurité.....	22
3.6. Les modalités de participation collective .....	26
3.7. La gestion des ressources humaines et l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur.	28
3.8. Organisation de l'établissement .....	30
3.9. Appréciation du Président du conseil de la vie sociale .....	34

## Recommandations sources applicables aux Ehpad

- **La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre**  
Anesm, juillet 2008
- **Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance**  
Anesm, décembre 2008
- **L'accompagnement médico-psycho-social des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés**  
Anesm, février 2009
- **Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance**  
Anesm, décembre 2008
- **Ouverture de l'établissement à et sur son environnement**  
Anesm, décembre 2008
- **Les attentes de la personne et le projet personnalisé**  
Anesm, juillet 2008
- **Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées**  
Anesm, juillet 2008
- **Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement**  
Anesm, novembre 2009

## 1. Le questionnaire d'autoévaluation

### 1.1. Objectifs

Dans le cadre de la mission d'évaluation de la « Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement », l'Anesm a été sollicitée pour la réalisation d'un questionnaire destiné à accompagner les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) dans le développement d'une culture de bientraitance telle que définie dans la recommandation de pratiques professionnelles sur « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », éditée par l'Anesm en juillet 2008.

L'objectif de ce questionnaire est de soutenir les professionnels dans une dynamique de déploiement de la bientraitance au sein des Ehpad, en leur permettant de :

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

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

Ce questionnaire s'inscrit en complémentarité avec des outils existants (tel que le guide « gestion des risques de maltraitance en établissement » élaboré par le comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés) et à venir (recommandation cadre sur l'évaluation interne en Ehpad, inscrite au programme de travail 2010 de l'Anesm). Il ne saurait toutefois être à lui seul assimilé à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées, à laquelle les Ehpad sont tenus en application des dispositions de l'article L.312-8 du code de l'Action sociale et des familles (CASF).

### 1.2. Qu'est-ce que la « bien-traitance » ?

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. Mais c'est l'une des dimensions essentielles de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

Elle vise, en priorité :

- les conditions d'exercice des professionnels qui concourent à une relation personne accueillie – professionnels respectueuse des droits des personnes accueillies, favorisant l'individualisation et la prise en compte de toutes les dimensions de l'accompagnement (médicale, psychologique, sociale). ;
- 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, de façon à permettre la mise en œuvre d'un accompagnement inscrit dans une logique d'individualisation, de respect des droits et de prévention.

### 1.3. Construction du questionnaire

#### 1.3.1. Un questionnaire portant sur des aspects de structure et de processus

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

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

Ce questionnaire est volontairement focalisé sur les conditions et les facteurs organisationnels principaux de déploiement des activités qui soutiennent un accompagnement de qualité. Il propose des questions couvrant pour l'essentiel des aspects de structure et de processus. Il ne comporte en revanche aucun indicateur de résultats. Une sélection d'indicateurs de résultats sera présentée dans la recommandation cadre sur l'évaluation interne en Ehpad (à paraître en 2010).

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

**Ce questionnaire constitue une sélection de domaines et ne saurait à lui seul être assimilé à une évaluation interne.**

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

**Ce questionnaire ne présente donc pas une revue exhaustive des conditions de vie et pratiques d'accompagnement en Ehpad ; il est focalisé sur quelques aspects fondamentaux qui conditionnent fortement les pratiques d'accompagnement au quotidien.**

Cet outil fournit ainsi une première base de réflexion collective sur quelques pratiques déterminantes, qui favorisent ou entravent le déploiement de la bienveillance dans les accompagnements au quotidien. La version 2009 du questionnaire d'autoévaluation des pratiques de bienveillance porte plus particulièrement sur les dimensions suivantes :

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

Ce questionnaire est un outil qui s'inscrit comme l'un des éléments contributifs à la démarche d'évaluation interne et l'amélioration des pratiques.

#### **1.4. Méthodologie d'élaboration et de passation**

Le questionnaire ainsi que son guide de remplissage ont été conçus par un groupe de travail piloté par l'Anesm, représentant des professionnels intervenant en Ehpad (médecins coordonnateurs, IDE, psychologues, animateurs), des usagers, des experts, des représentants de professionnels et d'usagers. Une première sélection de domaines a été proposée sur la base d'une analyse internationale de littérature et des outils d'évaluation de la qualité des pratiques en Ehpad existants. Le questionnaire et le guide ont fait l'objet d'un test de faisabilité multicentrique auprès d'un échantillon de 6 Ehpad, afin de s'assurer de la compréhensibilité des items et du guide de passation retenus.

Ce questionnaire a été conçu pour être rempli par une équipe comportant notamment le directeur de l'établissement, le médecin coordonnateur, un ou plusieurs soignants, le président du conseil de la vie sociale ainsi que d'autres professionnels de l'établissement.

## 2. Le taux de retour

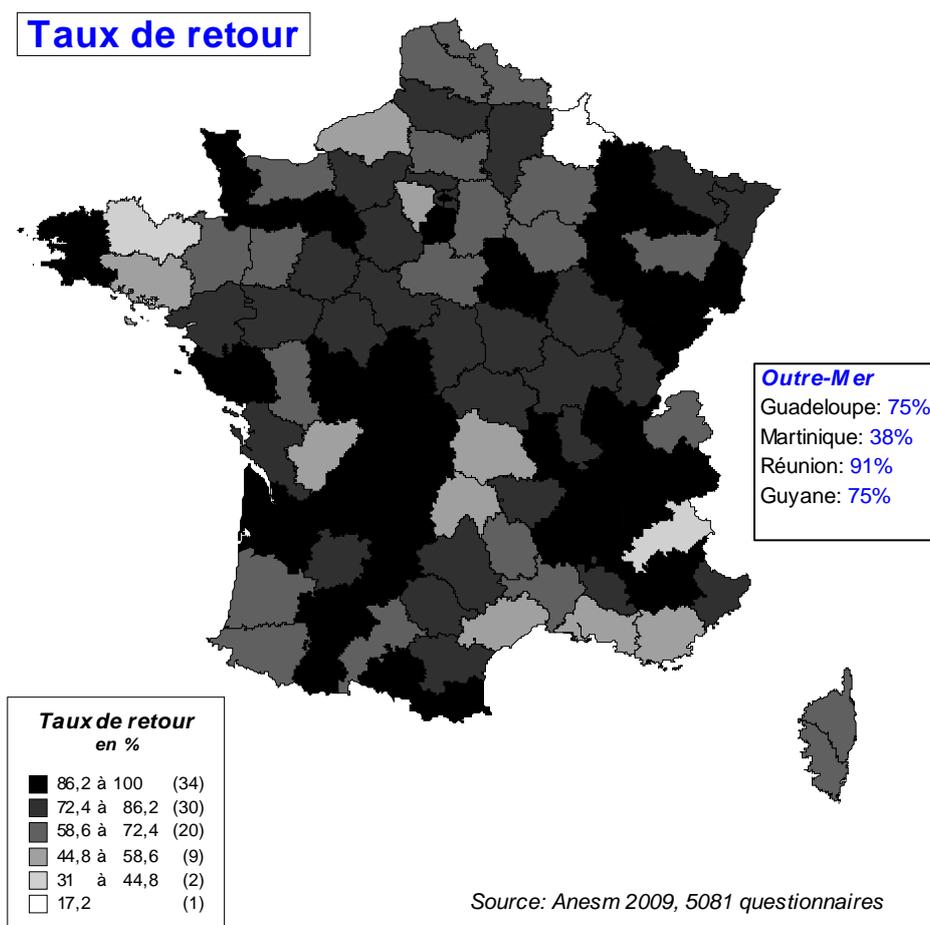
### 2.1. Période d'enquête et établissements concernés

La période d'enquête s'est étendue de mai à décembre 2009.

Les Ddass ont transmis le questionnaire et le guide de remplissage à l'ensemble des établissements identifiés par leurs services comme ayant le statut d'« Ehpad ».

### 2.2. Taux de retour

Sur la base de la déclaration des Ddass, le taux moyen national de retour du questionnaire par les Ehpad est de **76%**, avec un minimum de 17% et un maximum de 100%.



Ce taux de retour traduit globalement une **forte mobilisation des équipes**. Par ailleurs, les données recueillies se caractérisent par une grande cohérence et transparence des réponses, qui témoignent d'une adhésion des acteurs à la démarche d'évaluation pour améliorer leurs pratiques en continu.

### 2.3. Exploitation des données

Sur les 5148 questionnaires reçus<sup>1</sup>, 5081 ont pu être exploités (questionnaires complets et lisibles).

Il est à noter que certains établissements ont complété un seul questionnaire pour plusieurs Ehpad gérés par la même entité juridique. Ce cas a été rencontré principalement pour les Ehpad gérés par un centre hospitalier.

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

L'absence de biais sur les caractéristiques structurelles de cet échantillon a été vérifiée sur la base de résultats d'enquêtes antérieures menées par d'autres organismes et de la base Finess (cf. infra).

L'ensemble des associations entre deux ou plusieurs variables présentées dans ce document sont statistiquement significatives. Elles ont été vérifiées par des analyses bi-variées (test du khi2) ou multivariées (régressions logistiques)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> L'enquête EHPA 2007 réalisée par la Drees recense 6855 Ehpad (logements-foyers, maisons de retraite, USLD) au niveau national.

<sup>2</sup> Ces dernières permettent de vérifier l'impact des variables en contrôlant leur effet par rapport à d'autres variables.

### 3. Les résultats

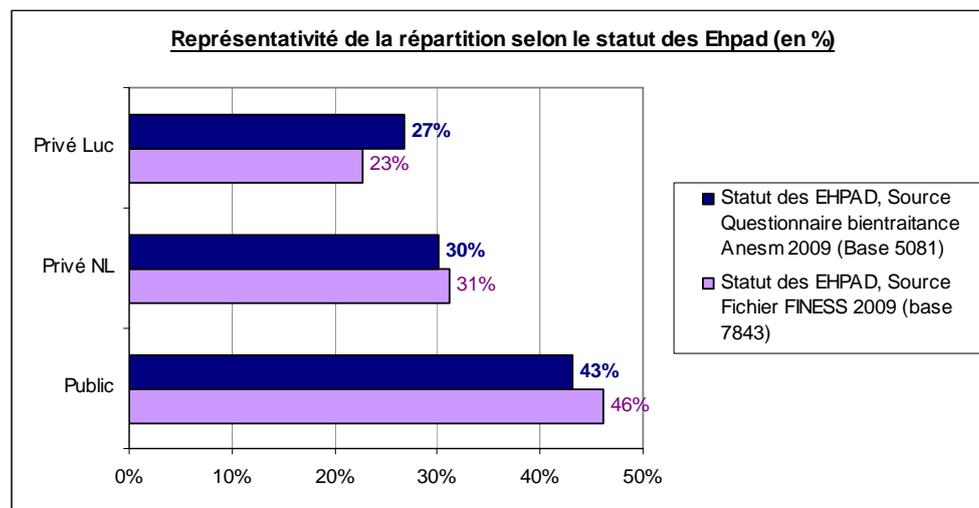
#### 3.1. Données descriptives des Ehpad ayant répondu

##### 3.1.1. Données sur le profil des établissements

##### Statut des Ehpad ayant complété le questionnaire

La répartition par statut des Ehpad ayant retourné leur questionnaire est représentative de la répartition nationale. Deux premières conclusions peuvent en être tirées :

- la réponse à la demande de l'Etat a été globalement suivie quel que soit le statut des établissements ;
- les données recueillies ne sont pas statistiquement entachées d'un risque de biais qui résulterait d'une catégorie d'établissements sous représentée.



**Données structurelles nationales déclarées**

Sont présentées ci-après les données structurelles déclarées par les Ehpad ayant complété le questionnaire.

	<i>Effectifs (valides)</i>	<b>Moyenne</b>	<b>Médiane</b>	<b>Ecart-type</b>
Nombre de places autorisées <sup>3</sup>	5024	<b>82,0</b>	75,0	50,3
%résidents déclarés atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées <sup>4</sup>	4876	<b>44,3</b>	43,5	22,1
Si unité(s) Alzheimer, % de résidents accueillis <sup>5</sup>	1645	<b>24,0</b>	18,6	20,4
% résidents déclarés en fin de vie <sup>6</sup>	4611	<b>3,7</b>	2,0	6,6
Age moyen <sup>7</sup>	4902	<b>85,0</b>	85,2	3,0
GMP <sup>8</sup>	4937	<b>671,1</b>	683,0	100,7
Nombre total d'ETP (tous types de postes confondus) <sup>9</sup>	4910	<b>47,2</b>	40,0	34,0
Ratio 'ETP total/Nombre de places'	4879	<b>0,58</b>	0,56	0,15
Nombre d'ETP pour les postes en lien direct avec les personnes accueillies	4853	<b>37,8</b>	32,0	28,6
Turnover du personnel (uniquement pour les postes en lien direct avec les personnes accueillies) (en %) <sup>10</sup>	4073	<b>8,6</b>	5,0	11,1
% de postes budgétés mais non pourvus (uniquement pour les postes en lien direct avec les personnes accueillies) <sup>11</sup>	4176	<b>1,7</b>	0,0	3,8

En ce qui concerne l'âge moyen, le GMP moyen et le nombre total d'ETP, ces chiffres sont analogues aux données issues d'autres enquêtes nationales récentes<sup>12</sup>.

Les données recueillies confirment des différences légères mais statistiquement significatives dans le profil des populations accueillies selon le statut de l'établissement. Les Ehpad du secteur privé lucratif se caractérisent par un GMP, un âge moyen et un pourcentage de personnes déclarées atteintes de maladie d'Alzheimer et apparentées plus élevés que dans les Ehpad du secteur public. Le nombre de personnes accueillies en unités dédiées y est également plus élevé.

<sup>3</sup> Chiffres pour l'année en cours.

<sup>4</sup> Nombre de personnes accueillies atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées rapporté au nombre total de personnes accueillies au moment de l'enquête.

<sup>5</sup> Nombre de personnes accueillies dans les unités dédiées à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées rapporté au nombre total de personnes accueillies au moment de l'enquête.

<sup>6</sup> Nombre de personnes accueillies identifiées comme étant en fin de vie rapporté au nombre total de personnes accueillies (au moment de l'enquête).

<sup>7</sup> Ont été exclues du calcul les personnes en accueil temporaire et en accueil de jour. Moyenne calculée sur la population des personnes accueillies au moment de l'enquête.

<sup>8</sup> Chiffres pour l'année en cours.

<sup>9</sup> Chiffres pour l'année en cours.

<sup>10</sup> Nombre de démissions et de licenciements rapporté à l'effectif total de cette catégorie de personnel (calcul sur les 12 derniers mois).

<sup>11</sup> Nombre de postes prévus au budget mais non pourvus (en ETP) rapporté à l'effectif total de cette catégorie de personnel budgété (en ETP, sur le budget annuel en cours).

<sup>12</sup> L'enquête EHPA 2007 de la Drees fait état d'un âge moyen de 84 ans et 9 mois, d'un GMP moyen de 663 et d'un nombre moyen d'ETP tous personnels confondus de 42,99. Cette enquête ne livre en revanche aucun chiffre sur le turnover et le nombre de postes non pourvus. Cf. « PREVOT, J. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *Etudes et Résultats*, août 2009, n°699, 8 p. » ; « PRÉVOT J. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *Etudes et Résultats*, mai 2009, n°689, 8 p. » Une enquête réalisée par la Drass Auvergne sur l'ensemble des établissements et services médico-sociaux de cette région indique que pour un quart des structures médico-sociales, les postes médicaux restent vacants plus de 6 mois. Soulignons cependant que le taux de réponse à cette enquête n'a été que de 43% (Drass Auvergne. Le développement de la bienveillance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux en 2007. *Photostat*, août 2008, 4 p.)

▪ **Ehpad statut public**

	<i>Effectifs (valides)</i>	<b>Moyenne</b>	<b>Médiane</b>	<b>Ecart-type</b>
Nombre de places autorisées	2139	<b>95,7</b>	80,0	65,1
%résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées	2053	<b>42,6</b>	41,1	21,2
Si unité(s) Alzheimer, % de résidents accueillis	613	<b>19,6</b>	16,3	14,9
% résidents identifiés en fin de vie	1946	<b>3,9</b>	2,0	6,9
Age moyen	2082	<b>84,3</b>	85,0	3,0
GMP	2099	<b>666,5</b>	673,0	99,5
Total ETP tous postes	2073	<b>58,4</b>	45,4	44,9
Ratio 'ETP total/Nombre de places'	2057	<b>0,61</b>	0,59	0,14
ETP en lien direct avec résidents	2071	<b>46,5</b>	35,5	37,8
% Turnover du personnel (en lien direct avec les résidents)	1672	<b>6,7</b>	3,2	10,2
% postes budgétés non pourvus (pour les postes en lien direct avec les résidents)	1776	<b>1,5</b>	0,0	3,4

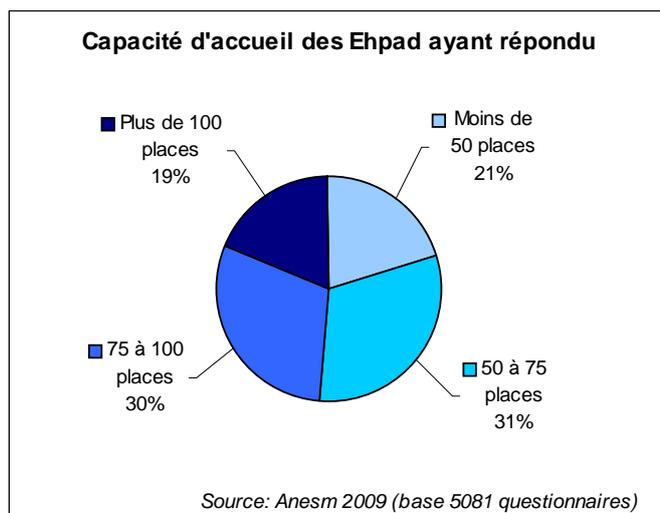
▪ **Ehpad statut privé non lucratif**

	<i>Effectifs (valides)</i>	<b>Moyenne</b>	<b>Médiane</b>	<b>Ecart-type</b>
Nombre de places autorisées	1499	<b>73,7</b>	70,0	34,8
%résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées	1465	<b>42,3</b>	40,0	22,3
Si unité(s) Alzheimer, % de résidents accueillis	489	<b>26,2</b>	19,4	22,9
% résidents identifiés en fin de vie	1380	<b>3,5</b>	2,0	6,3
Age moyen	1462	<b>85,4</b>	86,0	3,2
GMP	1470	<b>652,8</b>	661,4	104,2
Total ETP tous postes	1472	<b>40,5</b>	37,1	21,6
Ratio 'ETP total/Nombre de places'	1464	<b>0,56</b>	0,54	0,18
ETP en lien direct avec résidents	1436	<b>32,1</b>	29,7	17,9
% Turnover du personnel (en lien direct avec les résidents)	1242	<b>8,2</b>	5,0	10,1
% postes budgétés non pourvus (pour les postes en lien direct avec les résidents)	1231	<b>1,7</b>	0,0	3,8

▪ **Ehpad statut privé lucratif**

	<i>Effectifs (valides)</i>	<b>Moyenne</b>	<b>Médiane</b>	<b>Ecart-type</b>
Nombre de places autorisées	1333	<b>69,6</b>	72,0	28,5
%résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées	1308	<b>49,1</b>	50,0	22,6
Si unité(s) Alzheimer, % de résidents accueillis	531	<b>27,3</b>	20,0	22,7
% résidents identifiés en fin de vie	1239	<b>3,5</b>	2,0	6,7
Age moyen	1307	<b>85,7</b>	86,0	2,7
GMP	1317	<b>699,3</b>	710,0	91,4
Total ETP tous postes	1315	<b>37,2</b>	37,0	15,7
Ratio 'ETP total/Nombre de places'	1309	<b>0,55</b>	0,54	0,11
ETP en lien direct avec résidents	1297	<b>30,4</b>	29,8	14,0
% Turnover du personnel (en lien direct avec les résidents)	1125	<b>11,8</b>	9,8	12,3
% postes budgétés non pourvus (pour les postes en lien direct avec les résidents)	1128	<b>2,1</b>	0,0	4,4

### Nombre de places autorisées

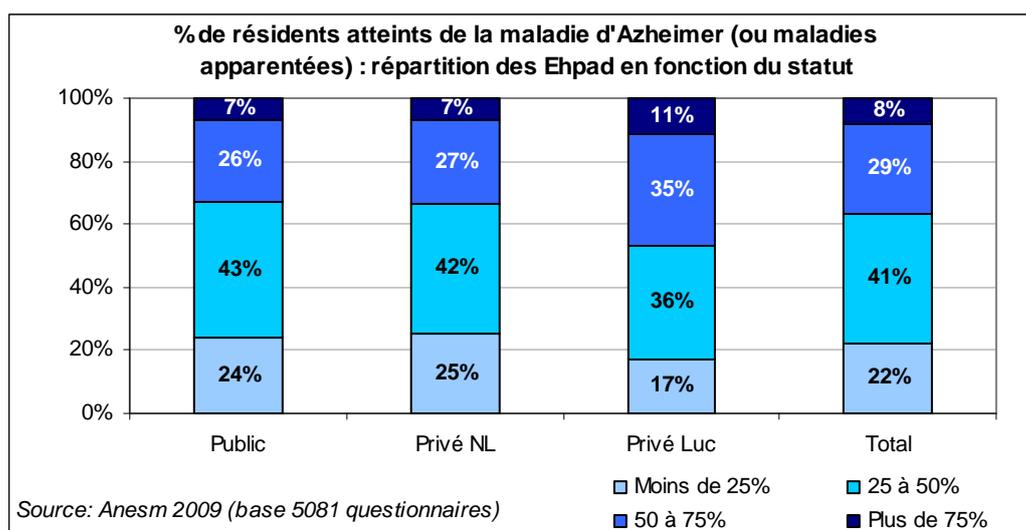


La répartition par taille montre une grande diversité des capacités d'accueil. La majorité des Ehpad sont des établissements de taille moyenne, disposant de 50 à 100 places<sup>13</sup>, 19% des Ehpad sont des structures de plus de 100 places et 21% présentent une capacité d'accueil réduite de moins de 50 places.

On constate un effet taille sur le développement d'unités Alzheimer, et ce quel que soit le statut juridique de l'Ehpad : **plus la capacité d'accueil de l'établissement est importante, plus il présente une offre d'unité dédiée.**

La moyenne globale du nombre de places autorisées se situe à 74,6 places en l'absence d'unités dédiées et à 96,5 places en cas d'unités dédiées disponibles.

### Résidents déclarés atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées



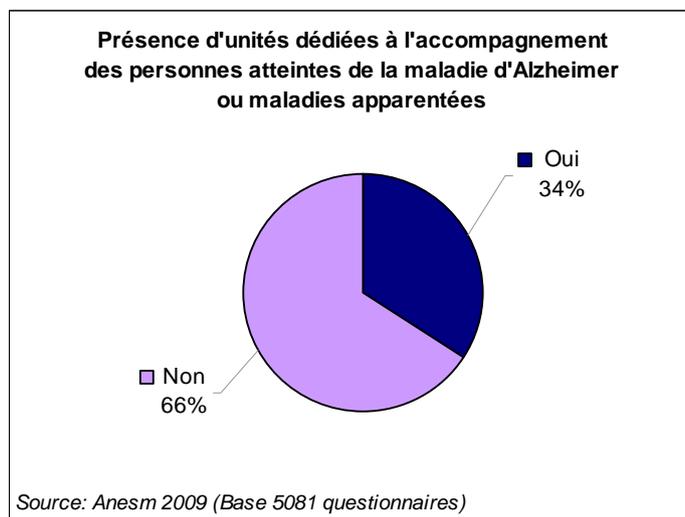
La répartition du nombre de résidents déclarés atteints de maladie d'Alzheimer et apparentées est inférieure aux taux de prévalence de ce type de pathologies dans les classes d'âges correspondant à celles des résidents. Ce résultat est sans doute à mettre au compte à la fois du pourcentage de ce type de populations accueillies au sein des USLD et de celles accompagnées au domicile ; il relève vraisemblablement également d'une prudence des répondants face au libellé de la question (« résidents atteints de maladie d'Alzheimer et apparentées »)<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Parmi les répondants déclarant plus de 100 places (soit 942 questionnaires), 75 indiquent un nombre de places autorisées de plus de 250 places (soit 8% de cette tranche). 65 d'entre eux sont des établissements du secteur public, majoritairement hospitalier. Ceci est à mettre en relation avec la complétion d'un questionnaire pour plusieurs Ehpad gérés par un même établissement hospitalier dans ce secteur en particulier.

<sup>14</sup> L'enquête de la Fondation Médéric Alzheimer réalisée sur la même période rapporte en effet un pourcentage déclaré de résidents atteints de « troubles cognitifs » de 52%.

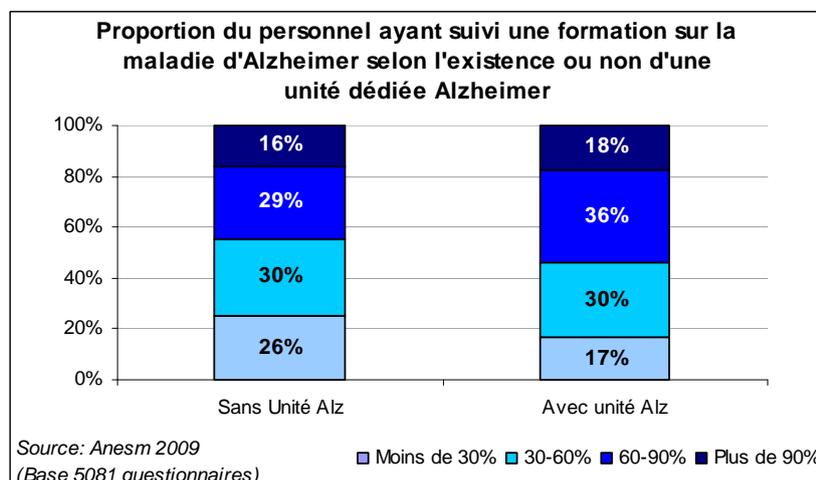
En dix ans cependant, le nombre de personnes déclarées atteintes de la maladie d'Alzheimer a augmenté et signe une amélioration des pratiques visant une meilleure prise en compte des spécificités des besoins des personnes accueillies avec ce type de pathologies dans l'accompagnement proposé en Ehpad<sup>15</sup>.

### Présence d'unités dédiées à l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées



L'offre d'unités dédiées est en nette progression, avec 34% des Ehpad qui proposent aujourd'hui ce type d'accompagnement. Ainsi, un Ehpad sur trois ayant répondu dispose aujourd'hui d'une unité dédiée à l'accompagnement des malades d'Alzheimer ou maladie apparentée, contre un Ehpad sur cinq en 2007<sup>16</sup>. Le pourcentage des Ehpad ayant une offre d'unité dédiée a donc doublé en deux ans. Cette offre est plus développée dans le secteur privé lucratif que dans les autres secteurs (42% d'Ehpad y proposent une unité dédiée, contre 30% dans le public et 34% dans le privé non lucratif).

Le pourcentage déclaré de résidents atteints de maladie d'Alzheimer est plus élevé dans les Ehpad disposant d'une unité dédiée (50,2% contre 41% pour les Ehpad sans unité). Les Ehpad disposant d'une unité forment dans une proportion plus importante leur personnel à la maladie d'Alzheimer.



<sup>15</sup> En effet, le pourcentage de résidents déclarés atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées est en cohérence avec les résultats des enquêtes précédentes auprès des établissements pour personnes âgées. Les plus anciennes données sur cette prévalence sont issues de l'enquête réalisée par la Drass Ile de France en 2001 qui indique que 47% des résidents en maisons de retraite étaient « déments ». D'après l'enquête EHPA de la Drees, réalisé en 2003, la fréquence du syndrome démentiel est de 56% en USLD et de 32% en maison de retraite. L'enquête REHPA mise en œuvre en 2007 conclut, quant-à-elle, que le diagnostic de démence est d'environ 44%. Toutefois, ces résultats sont bien en deçà de la prévalence calculée à partir de la cohorte PAQUID qui est de 71,6%. Cette forte prévalence par rapport aux résultats issus des autres enquêtes peut être expliquée par la méthodologie de l'enquête permettant un meilleur diagnostic de la maladie d'Alzheimer. En effet les personnes faisant partie de la cohorte PAQUID étaient soumises à un ensemble de tests neuropsychologiques.

<sup>16</sup> Recensement 2008, Fondation Médéric Alzheimer : Etablissements d'hébergement collectif déclarant accueillir à l'entrée des personnes malades atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

### Résidents déclarés en fin de vie

Le pourcentage de résidents déclarés en fin de vie est de 3,7%. Ce pourcentage augmente très légèrement à 4,3% quand le GMP moyen est supérieur à 700, mais reste globalement bien inférieur à la réalité du nombre de décès en Ehpad<sup>17</sup>. Cette sous-déclaration du nombre de personnes en fin de vie est un phénomène qui a été démontré dans d'autres pays également<sup>18</sup>. Les enquêtes qui n'interrogent que des médecins se caractérisent par des estimations beaucoup plus élevées, de l'ordre de 14 à 20%<sup>19</sup>.

### Nombre d'ETP & ratio d'encadrement

Les ratios moyens 'ETP total/Nombre de places' sont de 0,58 et les ratios moyens 'ETP en lien direct avec les personnes accueillies/Nombre de places' de 0,46.

	ratio « ETP total / nombre de places »	ratio « ETP en lien direct avec les personnes accueillies / nombre de places »
<b>Moyenne</b>	<b>0,58</b>	<b>0,46</b>
Médiane	0,56	0,45
Ecart-type	0,15	0,14

Les ratios d'encadrement augmentent directement en fonction du GMP et du pourcentage déclaré de résidents atteints de maladie d'Alzheimer ; l'existence d'unités dédiées n'a pas d'incidence en tant que telle :

GMP	ratio « ETP total / nombre de places »			ratio « ETP en lien direct avec les personnes accueillies / nombre de places »		
	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Moyenne	Ecart-type	Médiane
Moins de 600	<b>0,51</b>	0,20	0,50	<b>0,40</b>	0,17	0,40
600 à 700	<b>0,56</b>	0,10	0,55	<b>0,44</b>	0,11	0,44
Plus de 700	<b>0,62</b>	0,14	0,60	<b>0,50</b>	0,14	0,49

% résidents atteints de la maladie d'Alzheimer	ratio « ETP total / nombre de places »			ratio « ETP en lien direct avec les personnes accueillies / nombre de places »		
	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Moyenne	Ecart-type	Médiane
Moins de 25%	<b>0,55</b>	0,20	0,54	<b>0,43</b>	0,18	0,43
25 à 50%	<b>0,56</b>	0,12	0,55	<b>0,45</b>	0,12	0,45
50 à 75%	<b>0,59</b>	0,12	0,58	<b>0,48</b>	0,12	0,47
Plus de 75%	<b>0,65</b>	0,16	0,62	<b>0,53</b>	0,14	0,51

Présence d'unités dédiées	ratio « ETP total / nombre de places »			ratio « ETP en lien direct avec les personnes accueillies / nombre de places »		
	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Moyenne	Ecart-type	Médiane
Avec unités dédiées	<b>0,59</b>	0,13	0,57	<b>0,48</b>	0,13	0,47
Sans unités dédiées	<b>0,57</b>	0,16	0,56	<b>0,45</b>	0,15	0,45

<sup>17</sup> A titre d'exemple, le taux de décès des Ehpad du Tarn en 2007 rapporté à la capacité d'accueil globale du département est de 18,5%. 6% des nouveaux entrants de cette année sont décédés dans les 3 mois qui ont suivi leur entrée.

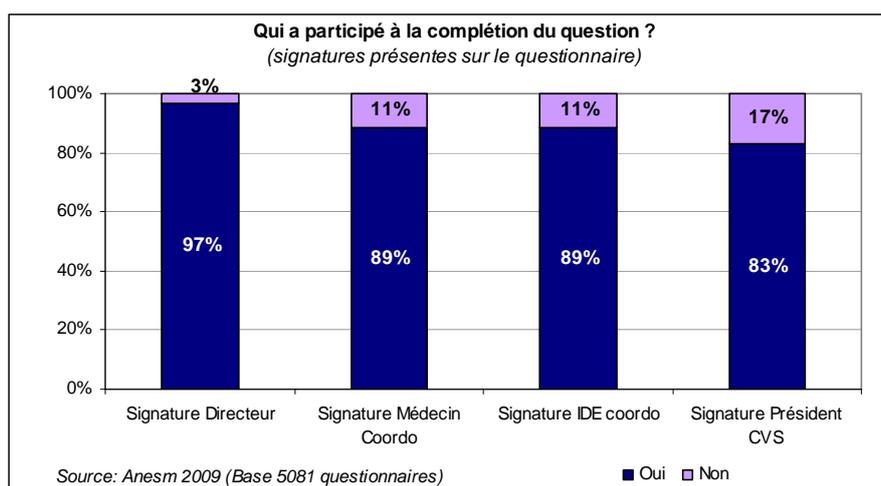
<sup>18</sup> Cf. Mitchell SL, Morris JN, Park PS, Fries BE. Terminal care for persons with advanced dementia in the nursing home and home care settings. J Palliat Med. 2004 Dec. 7(6):808-16.

<sup>19</sup> Ainsi, l'enquête EHPA de la Drees réalisée en 2003 présente une estimation beaucoup plus élevée de 14% des personnes en établissements pour personnes âgées encourant un « risque vital ».

Le pourcentage de postes budgétés non pourvus n'est pas lié à l'importance du GMP. En revanche, **plus le GMP est élevé, plus le turnover du personnel en lien direct avec les résidents est important**. Ainsi le turnover déclaré est d'environ 7% en moyenne pour les répondants présentant un GMP inférieur à 700. Ce turnover moyen augmente à 10% lorsque le GMP est supérieur à 700.

### 3.2. Qui a complété le questionnaire ?

*Une démarche participative, impliquant direction, professionnels et président du CVS*



Près de 2 Ehpads sur 10 n'ont pas sollicité le conseil de la vie sociale ou n'ont pas été en mesure de recueillir son avis et 1 Ehpads sur 10 n'a pas associé de médecin coordonnateur<sup>20</sup>.

*Spécificités des Ehpads dont le président du CVS n'est pas signataire du questionnaire*

856 questionnaires ne sont pas signés par le président du CVS, soit 16,8% des répondants.

Ils se situent davantage parmi les établissements de petite capacité (31% d'entre eux ont une capacité inférieure à 50 places) et de capacité moyenne (52% ont une capacité comprise entre 50 et 100 places).

### 3.3. L'identification des éléments de personnalisation du projet de la personne

Constituant une phase cruciale de la préparation du séjour du résident, l'évaluation initiale des besoins et attentes des personnes accueillies a fait l'objet de deux recommandations nationales par l'Agence<sup>21</sup>. Elle permet la préparation du projet personnalisé et du contrat de séjour. Elle se décline en un processus d'entrée et une phase d'élaboration à proprement parler du projet personnalisé.

<sup>20</sup> L'absence d'association du médecin coordonnateur à la complétion du questionnaire est associée à une fréquence de réunions documentées de l'équipe de direction plus faible au sein des Ehpads concernés, ce qui témoignerait plutôt de difficultés générales dans le fonctionnement pluridisciplinaire de l'Ehpads que d'un problème fortuit. La non signature par un médecin coordonnateur peut également renvoyer au fait que le poste ne soit pas pourvu.

<sup>21</sup> Anesm. « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », décembre 2008 ; Anesm. « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », février 2009.

### 3.3.1. Le processus d'admission

Le processus d'entrée dans l'établissement a été largement décrit dans la littérature comme ayant un impact décisif sur le devenir du résident et sa qualité de vie perçue<sup>22</sup>.

#### *La visite préalable de l'établissement : systématique dans 1 Ehpad sur 3*

1 Ehpad sur 3 (32%) indique ne pas mettre en place de visite préalable pour la majorité de ses résidents. 32% des Ehpads indiquent réaliser une visite préalable systématiquement (pour plus de 90% de leurs résidents).

Plus le nombre de personnes déclarées atteintes de maladie d'Alzheimer et apparentées est important, moins ces visites préalables sont réalisées, ce qui s'explique en partie par une fréquence d'entrée en urgence plus importante pour ces résidents.

#### *Le recueil de l'accord des résidents sur leur entrée au sein de l'Ehpad ou son accompagnement si cet accord n'est pas effectif ou exprimé : une pratique commune dans 4 Ehpads sur 5*

Cependant, un Ehpad sur 5 (21% des répondants) indique que cette pratique n'est effective que pour moins de 30% de ses résidents.

6 Ehpads sur 10 ne recueillent pas cet accord et n'accompagnent pas une absence d'accord formel du résident de façon systématique.

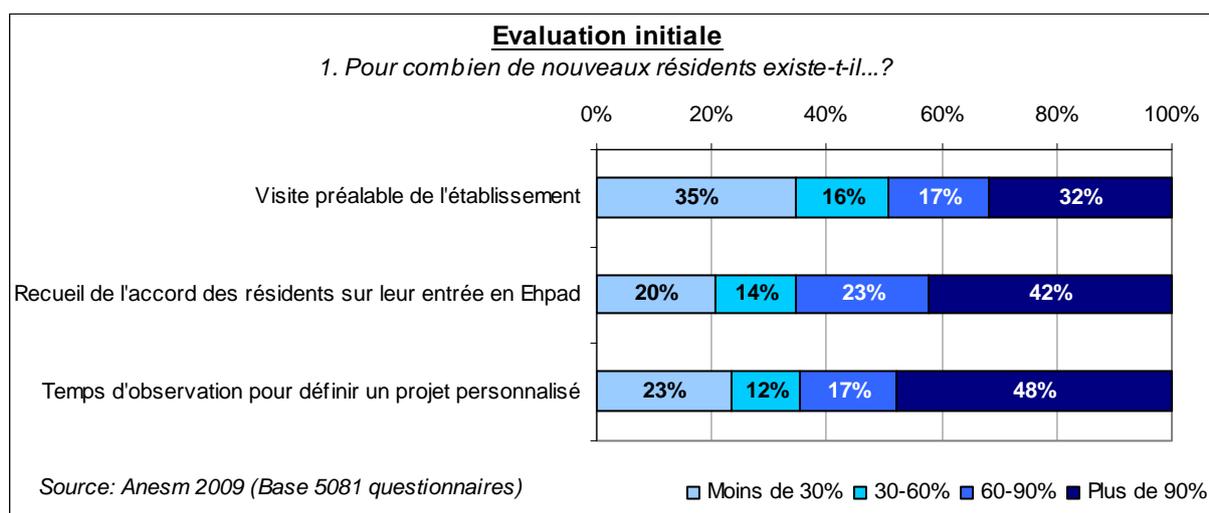
*Le temps d'observation mis à profit pour personnaliser l'accompagnement : une pratique qui tend à s'établir mais qui n'est pas mise en œuvre de manière systématique.*

Près d'un Ehpad sur 4 (23% des répondants) indique que le temps d'observation pour définir le projet personnalisé de la personne accueillie est réalisé pour moins de 30% de ses résidents.

Un temps d'observation est important, non seulement pour les nouveaux résidents présentant des difficultés d'expression de leurs besoins ou des troubles du comportement, mais pour tout nouvel entrant. Une observation structurée permet notamment d'identifier des besoins d'orientation individuels au sein de l'établissement, des difficultés pour réaliser des activités préconisées, pour l'accès aux espaces collectifs et individuels, elle permet de mieux identifier les moyens permettant aux nouveaux résidents de se mouvoir de manière autonome, d'identifier leurs habitudes, etc.

---

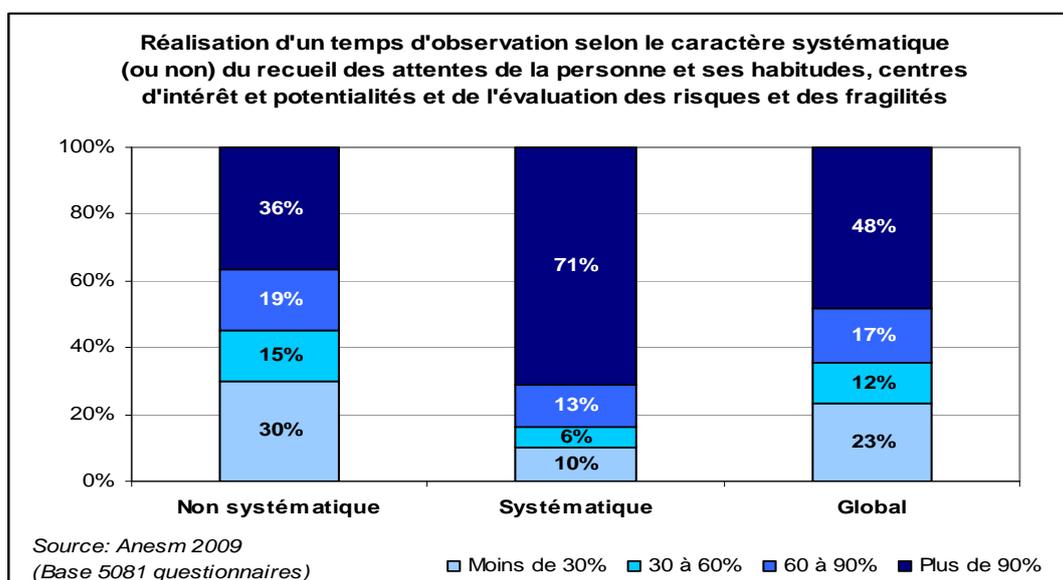
<sup>22</sup> L'enquête réalisée par la Drass Aquitaine en 2004 sur l'opinion des résidents montre que les conditions de l'entrée agissent sur le ressenti des résidents quant à leurs conditions de vie, en particulier sur les points suivants : le respect de l'intimité, le sentiment de se sentir chez soi dans sa chambre, le sentiment de solitude. Source : Drass Aquitaine et ORS d'Aquitaine, L'opinion des résidents d'établissements pour personnes âgées sur leurs conditions de vie. *Les dossiers de la Drass Aquitaine*, juin 2006, n°44, 89 p.



On constate que l'ensemble de ces pratiques sont plus développées lorsque le nombre déclaré de résidents atteints de maladie d'Alzheimer et apparentées est plus élevé :

64% des Ehpad déclarant plus de 75% de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer procèdent à un temps d'observation systématique (pour plus de 90% de leurs résidents), alors que cette pratique est nettement moins développée (42% des résidents) lorsque les Ehpad déclarent moins de 25% de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Les Ehpad qui déclarent procéder à un temps d'observation systématique se distinguent également par le développement d'une évaluation plus différenciée des besoins et attentes des résidents, intégrant le recueil des attentes de la personne accueillie et de ses habitudes, de ses centres d'intérêt et potentialités ainsi que l'évaluation à l'entrée de ses risques et fragilités individuels.



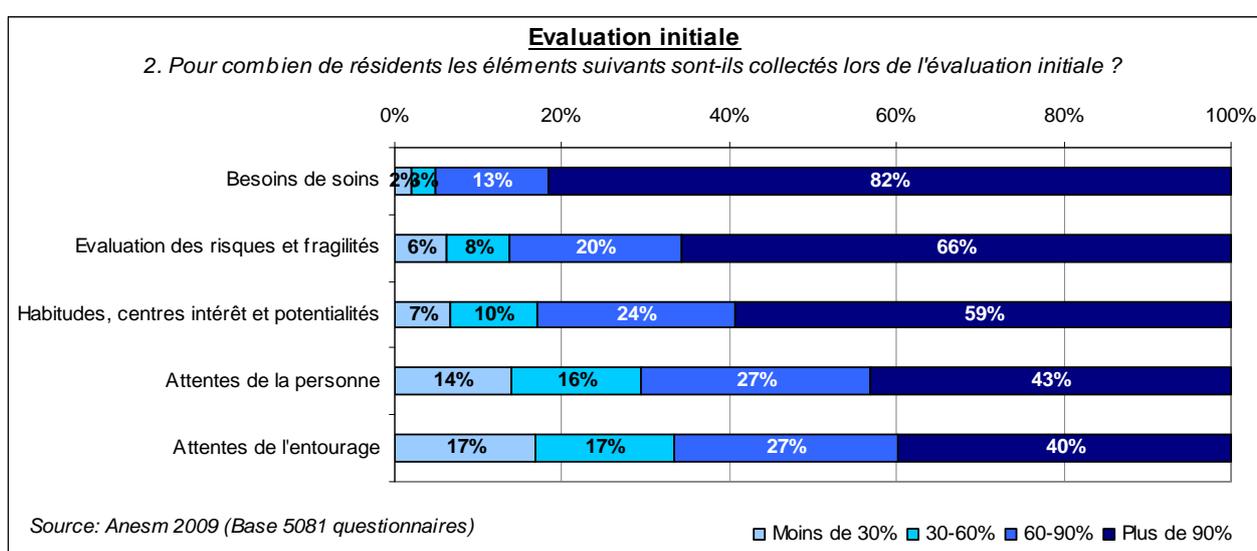
### 3.3.2. L'évaluation des besoins et attentes de la personne et de son entourage

L'élaboration du projet personnalisé nécessite, en amont, l'évaluation des besoins et attentes de la personne. Un aspect décisif pour la qualité du projet personnalisé ultérieurement mis en œuvre a trait aux éléments recueillis lors de la phase d'admission initiale.

Les éléments les plus fréquemment collectés de façon systématique sont les besoins de soins : 82% des répondants indiquent les évaluer pour l'ensemble de leurs résidents<sup>23</sup>.

En revanche, une évaluation systématique des risques (chutes, iatrogénie, dénutrition, déshydratation, escarres, douleur...) et fragilités (troubles cognitifs, isolement social, fin de vie...) spécifiques et individuels n'est réalisée que dans 66% des cas. Ainsi, **1 Ehpad sur 3 ne procède pas de manière systématique à une évaluation des risques et des fragilités des résidents accueillis.**

Par ailleurs, 4 Ehpad sur 10 ne recueillent pas les habitudes et centres d'intérêt des nouveaux résidents de manière systématique. De même, les attentes de la personne accueillie et les attentes de l'entourage ne sont recueillies systématiquement que par respectivement 43% et 40% des répondants.



La phase d'évaluation initiale est donc essentiellement focalisée sur les besoins en soins. Elle n'intègre pas systématiquement l'évaluation des risques et fragilités au niveau individuel de chaque résident. Les habitudes, les centres d'intérêt, les attentes des personnes et de leurs proches ne sont pas systématiquement explorés et recueillis.

Ces pratiques d'évaluation initiale sont nettement améliorées lorsque l'Ehpad accueille davantage de résidents atteints de maladie d'Alzheimer et apparentée.

Ainsi, l'évaluation systématique des risques et fragilités est davantage réalisée dans les Ehpad déclarant plus de 75% de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer que dans les Ehpad déclarant moins de 50% de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (77% contre 62%).

De même, ces derniers recueillent les habitudes, les centres d'intérêt et les potentialités du résident plus fréquemment que ceux déclarant moins de 25% de résidents atteints de maladie d'Alzheimer et apparentées (74% des Ehpad contre 57%).

<sup>23</sup> 18% des Ehpad ne recueillent pas les besoins de soins de façon systématique (i.e. pour plus de 90% de leurs résidents), soit 925 répondants. Ces établissements présentent certaines particularités : la proportion de résidents déclarés atteints de la maladie d'Alzheimer y est plus faible mais reste tout de même important (40,7% contre 45% pour les Ehpad réalisant systématiquement le recueil des besoins de soins) ; le GMP y est également plus faible (657 contre 674).

Indépendamment du taux déclaré de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, le fait de disposer d'une unité dédiée favorise le développement de ces pratiques, et ce au-delà des résidents accueillis en unité.

Ainsi, le temps d'observation pour définir un projet personnalisé est réalisé systématiquement (c'est-à-dire pour plus de 90% des résidents) pour 52% des Ehpad disposant d'une unité dédiée, contre 46% parmi ceux qui n'en disposent pas. Rappelons que le nombre d'ETP n'est pas plus élevé dans les Ehpad disposant d'unités Alzheimer.

De même, 63% des Ehpad disposant d'unités dédiées recueillent de manière systématique les habitudes, centres d'intérêt et potentialités de la personne accueillie (contre 57% des Ehpad sans unité dédiée). Un constat similaire est fait en ce qui concerne la prise en compte des attentes de l'entourage.

### 3.4. L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé

L'élaboration du projet personnalisé s'appuie sur l'ensemble des évaluations réalisées et du recueil d'informations lors de l'évaluation initiale. Il intègre toutes les dimensions de l'accompagnement (soins, maintien de l'autonomie, qualité de vie, activité...).

La mise en œuvre des projets personnalisés va dépendre en grande partie de l'organisation de l'établissement. Ces projets ne sont pas appelés à rester figés mais à évoluer en fonction des changements dans l'état ou la situation de la personne. La réévaluation des besoins et attentes (amélioration ou dégradation des capacités, évolution de la fréquence des troubles psychologiques ou comportementaux, souhait de changer d'activités, apparition de nouvelles fragilités...) contribue à actualiser les projets personnalisés en adaptant les différentes dimensions de l'accompagnement.

Les items qui suivent concernent les modalités organisationnelles et autres facteurs pouvant avoir un impact sur l'évolution d'un projet personnalisé pour une personne accueillie dans l'établissement.

#### 3.4.1. Les modalités d'élaboration et d'évaluation du projet

La majorité des Ehpad déclarent s'appuyer, pour la mise en œuvre effective des projets personnalisés, sur :

- un partage formalisé des informations : 62% des répondants déclarent que cette documentation existe pour plus de 90% des résidents ;
- une coordination des professionnels : 45% des répondants la déclarent effective pour plus de 90% des résidents.

Corrélativement à l'absence de prise en compte systématique des attentes de la personne, **le projet n'est dans la plupart des cas pas élaboré avec la personne :**

- seuls 19% des répondants associent systématiquement (pour plus de 90% des résidents) le résident à l'élaboration de son projet
- 38% des répondants le font pour plus de 60% des résidents.

**Ce résultat n'est pas lié à une proportion plus importante de résidents présentant des difficultés d'expression de leurs besoins et attentes, mais à la formation du personnel.**

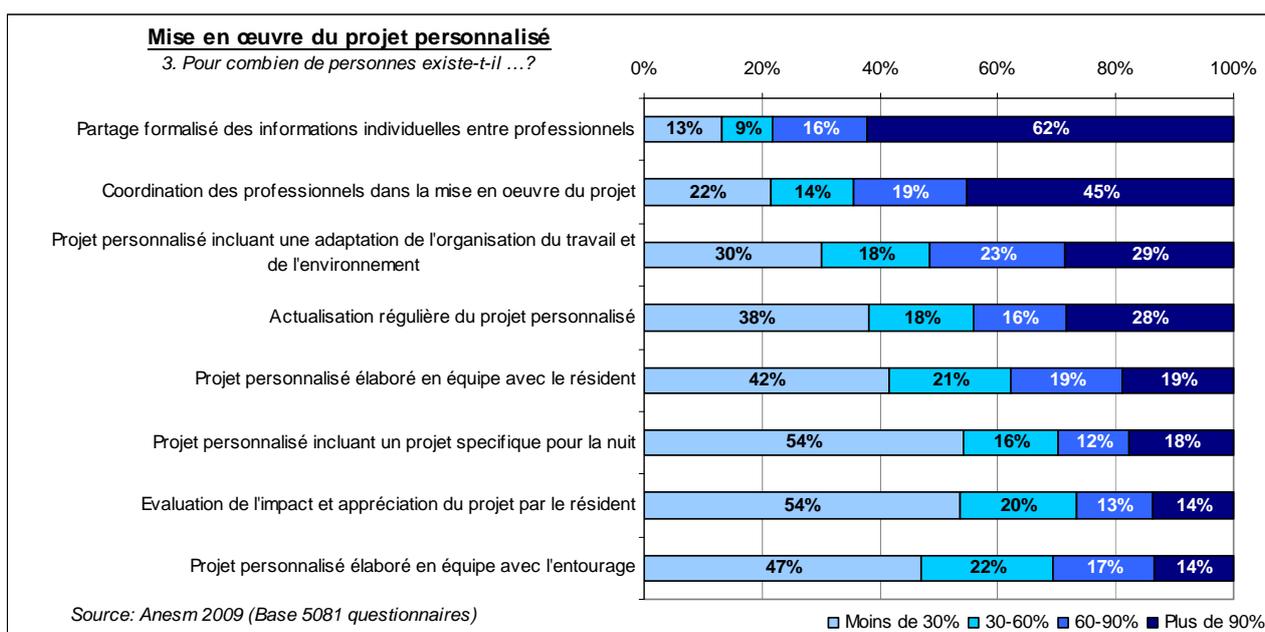
### En effet, le fait d'avoir reçu une formation Alzheimer ou une formation Bientraitance favorise le développement de ces pratiques (cf. point 4.1.7.1.).

Le nombre de professionnels ayant bénéficié de ces formations est plus important dans les Ehpad déclarant un nombre important de résidents atteints de maladie d'Alzheimer et apparentées.

L'analyse révèle que les Ehpad qui procèdent de manière systématique à l'élaboration du projet personnalisé avec le résident sont également ceux qui recueillent une appréciation globale plus positive de la part du président du conseil de vie sociale, notamment en ce qui concerne les thématiques « image de soi positive » et « bonne qualité de vie ».

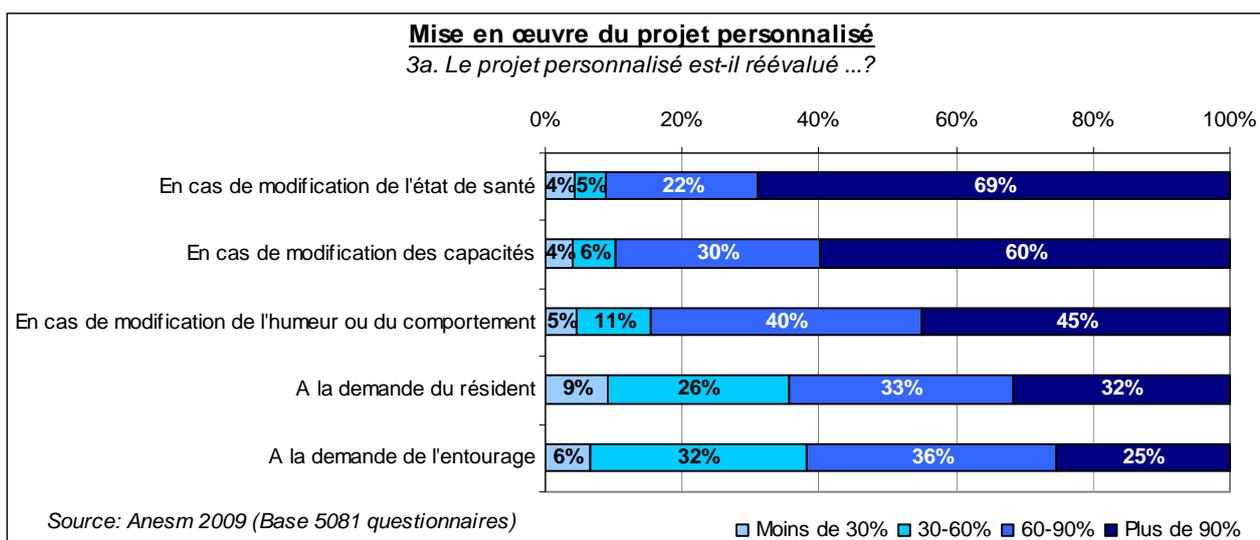
**Plus la proportion de résidents associés à l'élaboration du projet personnalisé est importante, plus la perception globale du président du conseil de vie sociale sur l'accompagnement réalisé par l'Ehpad est positive.**

**Enfin, la majorité des Ehpad déclarent ne pas réévaluer systématiquement le projet personnalisé** (28% le font pour plus de 90% des résidents ; 44% pour plus de 60% des résidents). De même, l'impact du projet sur le bien-être de la personne n'est pas systématiquement évalué. Ainsi seuls 14% des répondants procèdent à une évaluation de l'impact et de l'appréciation du projet par le résident pour plus de 90% des résidents (27% pour plus de 60%).



#### 3.4.2. Les origines de la réévaluation du projet

Un projet personnalisé peut devenir inadapté en raison d'une modification de l'état de la personne, de ses besoins, de ses demandes. L'objectif est d'évaluer sur quels éléments l'équipe se fonde pour procéder à une adaptation du projet personnalisé.



Le projet de la personne étant très majoritairement établi sur le recueil des besoins en santé, sa révision trouve logiquement son origine principale dans une variation de l'état de santé du résident ou de ses capacités fonctionnelles ou cognitives. Les modifications du comportement ou de l'humeur et les incidences qu'elles peuvent avoir sur les activités et la vie collective constituent la 3<sup>ème</sup> motivation de révision. L'établissement procède à une modification à la demande de la personne ou de l'entourage plus systématiquement lorsque le personnel a suivi une formation à la bienveillance (cf. infra).

### 3.4.3. La documentation du projet personnalisé

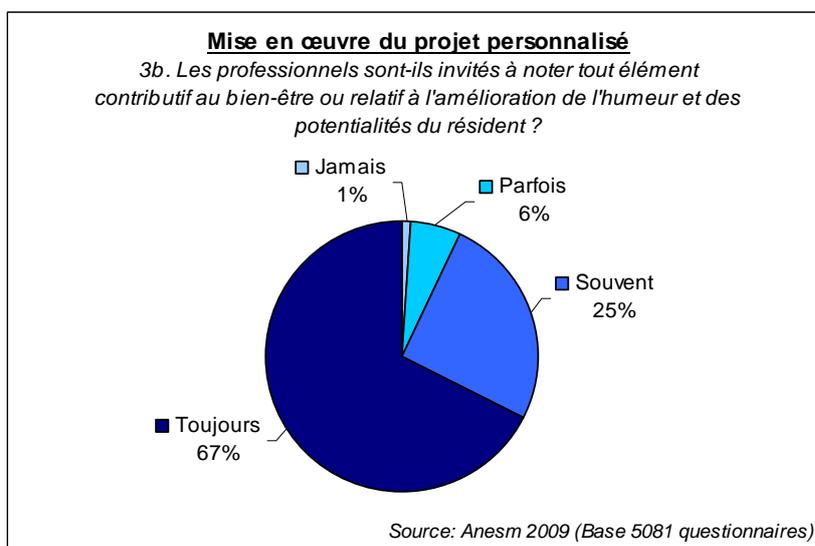
La pratique de documentation a pour objectif de permettre une évaluation des activités et prestations programmées. Il s'agit ainsi d'organiser un recueil des évolutions positives et négatives dans la situation de la personne et de sa qualité de vie pour évaluer l'adéquation des activités et prestations programmées.

Le recueil de toute observation permettant d'ajuster le projet personnalisé, notamment sur les capacités fonctionnelles, les réactions positives, les éléments favorisant le bien-être ou au contraire sources d'inconfort est d'autant plus important chez les résidents présentant des troubles cognitifs et des difficultés de communication.

Seuls 2 Ehpad sur 3 indiquent inciter les professionnels à noter tout élément contributif au bien être ou relatif à l'amélioration de l'humeur et des potentialités de chaque résident.

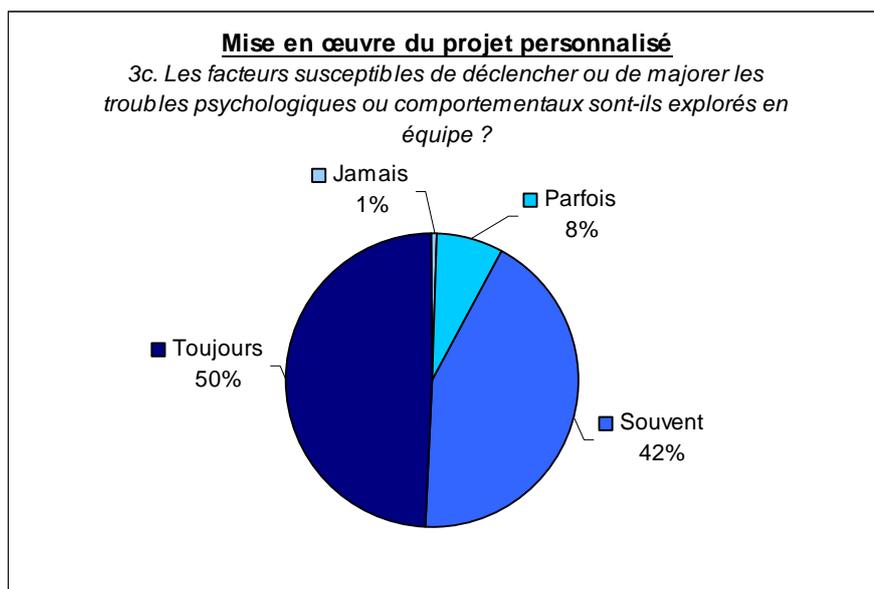
Cependant, plus la proportion du personnel ayant suivi une formation sur la maladie d'Alzheimer est importante, plus cette pratique de documentation est fréquente

(77% des répondants ayant formé plus de 90% de leur personnel, contre 63% ayant formé moins de 30%).



### 3.4.4. L'analyse des facteurs déclenchant ou majorant les troubles psychologiques ou comportementaux

Un Ehpad sur 2 indique que les facteurs déclenchant ou majorant les troubles psychologiques ou comportementaux sont systématiquement analysés en équipe. Ce taux est porté à 9 Ehpad sur 10 si l'on considère que cette analyse est effectuée fréquemment. Mais dans 1 établissement sur 10, cette pratique déterminante pour favoriser une meilleure qualité de vie des résidents atteints de maladie d'Alzheimer<sup>24</sup> n'est pas ou peu mise en œuvre.



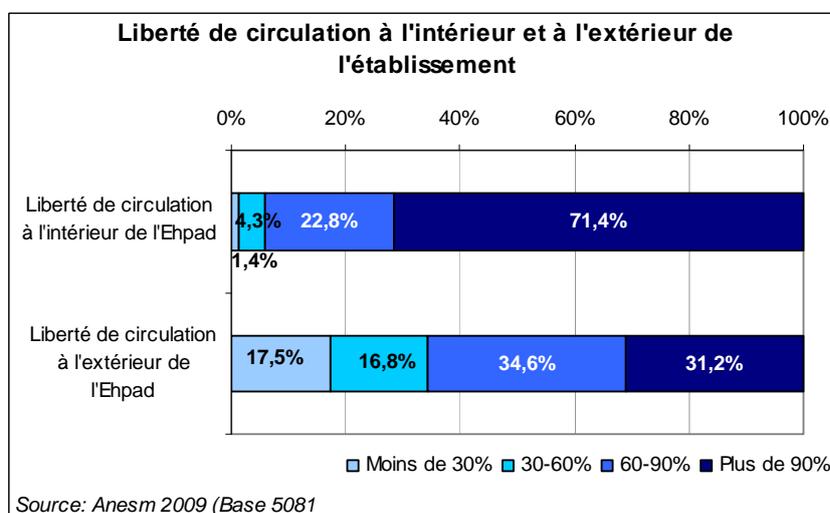
Ni la proportion de résidents déclarés atteints de maladie d'Alzheimer et apparentée, ni le fait de disposer d'une unité dédiée ne fait progresser ce type de pratique.

En revanche, plus la proportion du personnel ayant suivi une formation sur la maladie d'Alzheimer est importante, plus cette pratique est fréquente (64% des répondants ayant formé plus de 90% de leur personnel, contre 41% ayant formé moins de 30%).

## 3.5. La mise en œuvre de mesures de protection : Equilibre entre autonomie, indépendance et sécurité

### 3.5.1. La liberté de circuler

La liberté d'aller et venir au sein de l'Ehpad a été définie dans ce questionnaire comme l'accessibilité aux espaces intérieurs et extérieurs à disposition des résidents au sein de l'Ehpad. Il a été demandé aux Ehpad de répondre à cette question en s'interrogeant en équipe sur l'accessibilité *effective* à ces espaces et, en ce qui concerne les personnes atteintes de troubles cognitifs, l'accessibilité effective aux espaces intérieurs et à un espace extérieur sécurisé.



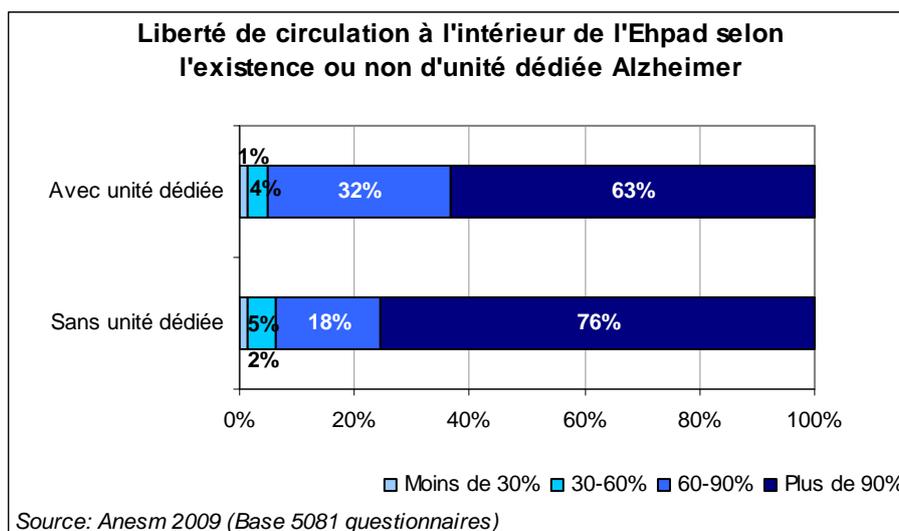
<sup>24</sup> Cf. Anesm. Recommandation « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », février 2009.

**71,4% des répondants déclarent que la liberté de circuler à l'intérieur de leur établissement est effective pour plus de 90% de leurs résidents** et 22,8% pour 60 à 90%. En ce qui concerne la liberté de circuler à l'extérieur de l'Ehpad<sup>25</sup>, les réponses sont respectivement de 31,2 % et 34,6 %.

### La liberté de circulation à l'intérieur de l'Ehpad

Ces proportions changent selon le profil des populations accueillies. Ainsi, les Ehpad déclarant que plus de 90% de leurs résidents disposent de la liberté d'aller et venir à l'intérieur de leur établissement sont globalement caractérisés par un pourcentage moyen déclaré de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer plus faible (43,3%, contre 50% pour les Ehpad indiquant que moins de 30% des résidents bénéficient de cette liberté) et un GMP moyen plus faible (666 contre 725 pour les Ehpad indiquant que moins de 30% des résidents bénéficient de cette liberté). **Plus le nombre déclaré de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer est élevé, plus la liberté de circuler à l'intérieur de l'établissement est déclarée limitée** (circulation effective à l'intérieur de l'Ehpad pour 67% des résidents lorsque le pourcentage déclaré est de plus de 75% de résidents atteints de maladie d'Alzheimer et apparentées, contre 78% pour ceux qui déclarent accueillir moins de 25% de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer).

La liberté de circulation à l'intérieur est déclarée moins effective au sein des Ehpad disposant d'unités dédiées Alzheimer. La plupart des unités dédiées sont conçues comme des espaces sécurisés et clos par rapport au reste de l'établissement, qui n'offrent pas systématiquement un accès à un espace extérieur sécurisé<sup>26</sup>.



**La liberté de circuler à l'intérieur de l'établissement est plus importante lorsque l'Ehpad réalise de manière systématique et individuelle une évaluation initiale des besoins en soins et des risques et fragilités de chaque résident.**

<sup>25</sup> La liberté de circuler à l'extérieur de l'Ehpad a été comprise comme la possibilité de sortir de l'enceinte de l'établissement.

<sup>26</sup> Ce résultat est similaire à celui d'autres enquêtes. Cf. Lettre de l'observatoire, Fondation Médéric Alzheimer. Janvier 2010 : Respect des droits des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Ehpad – 2<sup>ème</sup> partie : la vie dans l'établissement.

**Plus la proportion de résidents pour laquelle les besoins de soins sont recueillis est importante, plus la liberté de circulation au sein de l'Ehpad est effective.** Ainsi, lorsque le recueil des besoins de soins est réalisé de façon systématique, 74% des répondants indiquent que cette liberté de circuler au sein de l'établissement est effective pour plus de 90% de leurs résidents (contre 55% des répondants lorsque ce recueil est réalisé pour moins de 30% des résidents).

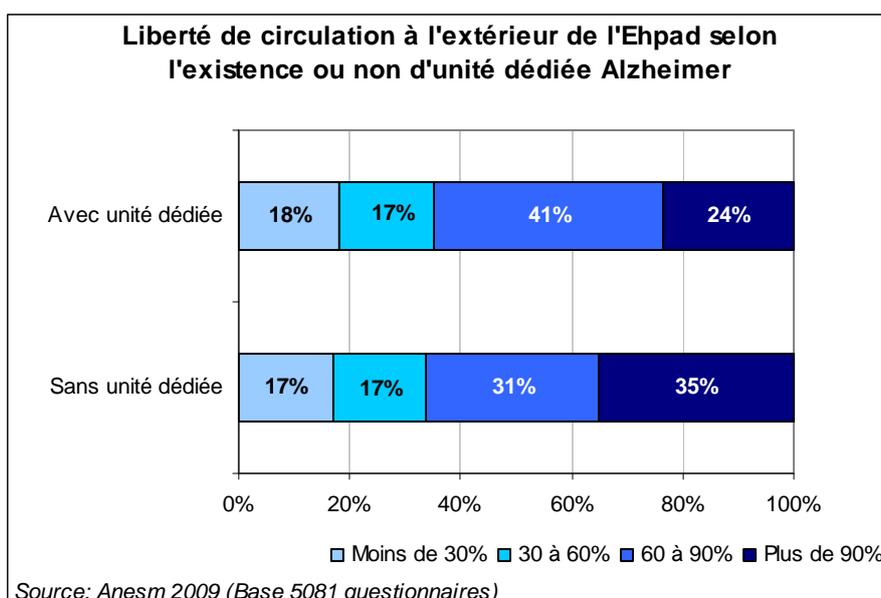
En ce qui concerne l'évaluation initiale systématique des risques et fragilités, la tendance est la même : plus la proportion de résidents pour laquelle les risques et fragilités sont initialement recueillis est importante, plus la liberté de circulation au sein de l'Ehpad est effective.

**Cette tendance reste sensible quand bien même le pourcentage de résidents atteints de maladie d'Alzheimer augmente.** Ainsi, parmi les Ehpad à forte orientation dans la prise en charge de résident ayant des troubles cognitifs (déclarant plus de 75% de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer), ceux qui réalisent systématiquement une évaluation initiale des risques et fragilités sont significativement plus nombreux à indiquer que la liberté de circulation est effective pour plus de 90% de leurs résidents que ceux chez qui cette évaluation n'est pas réalisée de manière systématique (respectivement 69 % contre 57%).

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

Un Ehpad sur 3 (31% des répondants) indique que plus de 90% des résidents bénéficient de la liberté de circuler à l'extérieur de l'établissement. La liberté de circuler à l'extérieur est entendue ici comme la liberté de circuler hors des enceintes (espaces intérieurs et extérieurs) de l'établissement.

La liberté de circulation à l'extérieur est moins effective au sein des Ehpad disposant d'unités dédiées Alzheimer. En effet 35% des Ehpad sans unité dédiée indiquent que plus de 90% des résidents bénéficient de la liberté d'aller et venir à l'extérieur, contre 24% des Ehpad avec unité dédiée.



Contrairement à la liberté de circulation à l'intérieur de l'Ehpad, les pratiques d'évaluation initiale des résidents n'ont pas d'impact sur une effectivité plus grande de la liberté de circuler à l'extérieur de l'établissement.

### 3.5.2. Les risques procédurés

L'identification des risques majeurs au sein de la population accueillie (chutes, iatrogénie, dénutrition, déshydratation, escarres, douleur ...) et la gestion des événements indésirables, c'est-à-dire de tout événement non souhaité (ex. : troubles comportementaux suite à un atelier, chute après la prise d'un hypnotique...) et de tout dysfonctionnement (ex. : chute, iatrogénie, survenue d'une infection nosocomiale...) sont en majorité l'objet de procédures ou protocoles. Il est à souligner cependant qu'un Ehpad sur 5 ne dispose pas encore de cette formalisation.

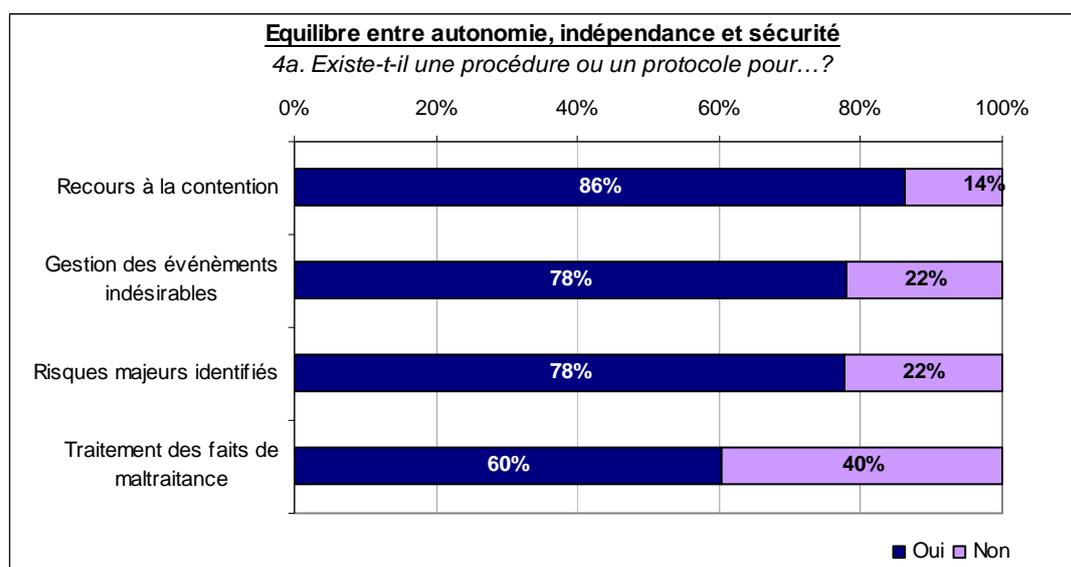
Ces réponses sont cependant à rapprocher des résultats obtenus concernant l'évaluation des risques et fragilités de chaque résident au moment de son entrée en Ehpad : du fait du faible développement de cette pratique systématique de prévention au niveau individuel, la gestion des risques identifiés comme majeurs au sein de la population accueillie est une pratique fondamentale, mais qui aujourd'hui reste plutôt inscrite dans une logique réactive.

Cent soixante neuf Ehpad déclarent ne disposer d'aucun protocole parmi les 4 réponses possibles (contention, événements indésirables, risques majeurs, maltraitance), soit 3,3% des répondants. Ils sont majoritairement de statut public, avec des capacités d'accueil de moins de 50 places. Ces Ehpad présentent une proportion de résidents déclarés atteints de la maladie d'Alzheimer de 38,4%, plus faible que la moyenne nationale située à 44,3%. Le GMP de ces Ehpad est également moins important : 627, contre 671,1 au niveau national.

**757 établissements ne possèdent pas de protocole pour la gestion d'événements indésirables ni de protocole pour la gestion des faits de maltraitance, soit 15% de l'ensemble de l'échantillon.**

**Il est à noter enfin que seuls 60% des Ehpad ayant répondu indiquent disposer d'une procédure relative au traitement des faits de maltraitance** (contre 80% des répondants en moyenne pour les autres types de procédures ou de protocoles).

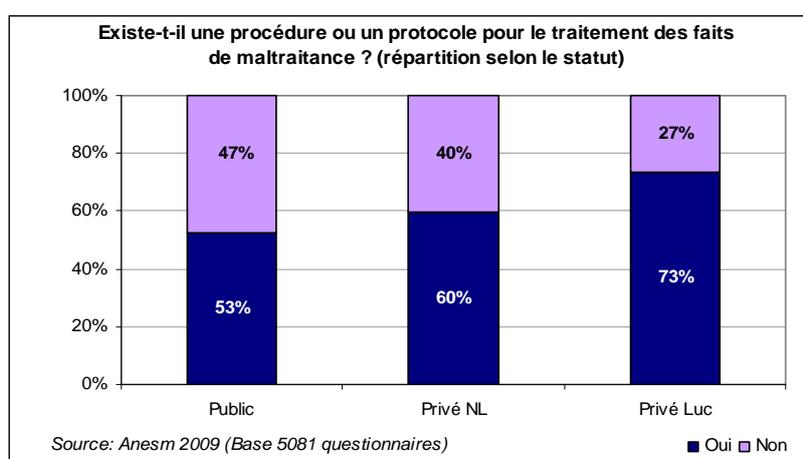
*La recommandation « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » produite par l'Anesm préconise de formaliser une procédure de gestion de crise en cas de maltraitance.*



On constate que plus la capacité d'accueil de l'établissement est importante, plus l'existence d'un protocole pour le traitement des faits de maltraitance est fréquent, avec une légère inflexion pour les établissements de plus de 100 places.

**Soulignons surtout une association nette entre le fait d'avoir réalisé une formation bientraitance ou une formation de prévention de la maltraitance et le développement d'un protocole pour le traitement des faits de maltraitance** dans les établissements concernés. La corrélation est également positive lorsque l'établissement a développé des formations douleur ou fin de vie.

Enfin, si le secteur privé notamment lucratif, dispose très majoritairement de procédures ou de protocoles relatifs au traitement des faits de maltraitance, les Ehpad publics ne sont qu'un sur deux (53% des répondants) à avoir formalisé la gestion de ce risque.



### 3.6. Les modalités de participation collective

Les modalités de participation collective s'expriment principalement par le recueil des plaintes et suggestions des résidents. Cette pratique est à rapprocher de la culture, très développée en Ehpad comparativement à d'autres catégories d'ESSMS, de la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction, qui font office de recueil de l'expression collective des résidents<sup>27</sup>. Ainsi, 74% des répondants déclarent faire le recueil des plaintes et suggestions de leurs résidents.

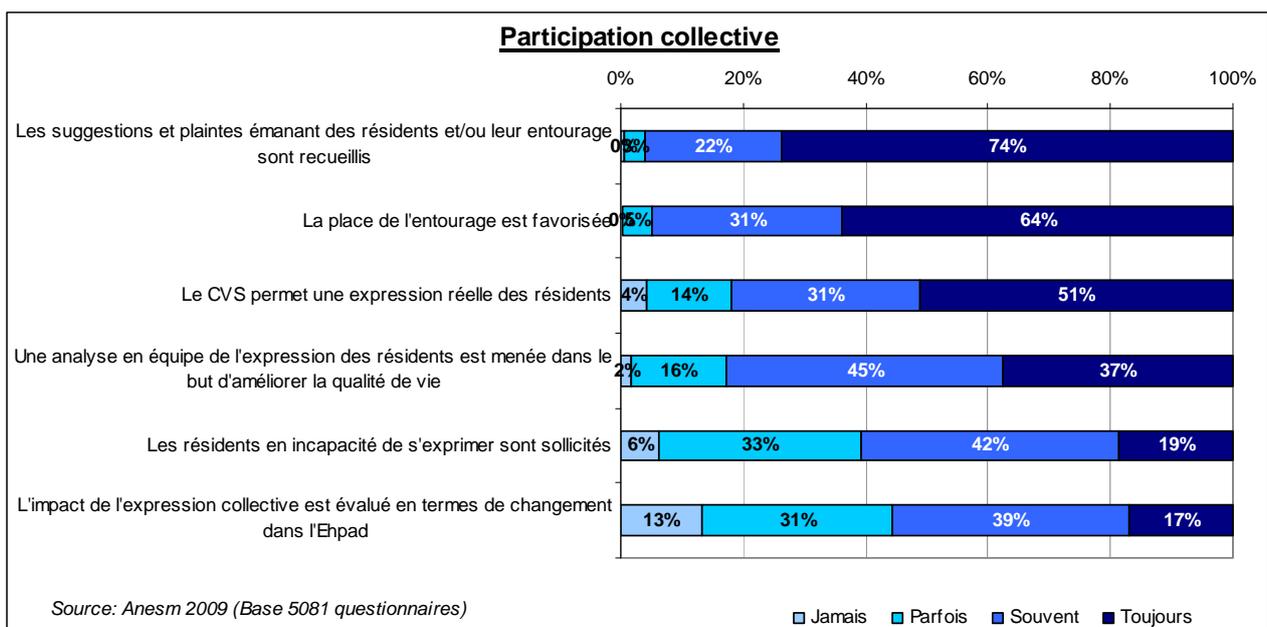
En revanche, seul un peu plus d'un Ehpad sur 3 (37,5% des répondants) indique procéder systématiquement à l'analyse des informations recueillies et seuls 18% indiquent évaluer, sur le plus long terme, l'impact de l'expression collective des résidents en termes de changement effectif observé dans l'établissement (près de 40% déclarent le faire 'souvent'). Cette pratique d'évaluation de l'expression des résidents est plus développée lorsque l'Ehpad a une capacité d'accueil plus réduite (18% y procèdent systématiquement pour les moins de 50 places contre 14% pour les plus de 100 places). Par ailleurs, **plus le GMP est élevé et plus cette évaluation est effectuée régulièrement.**

<sup>27</sup> Anesm, Mars 2009. Enquête nationale 2008 relative à la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS.

Compte tenu du profil des populations accueillies, comportant une large proportion de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et apparentées, il faut souligner les limites de cet abord de l'expression collective pour les personnes atteintes de troubles cognitifs. Celles-ci ne sont que rarement intégrées à ces pratiques de recueil de l'expression par le développement d'outils de recueil adaptés à leurs difficultés de communication et d'expression ou par des pratiques d'observation régulières. Ainsi, seuls 19% des répondants sollicitent de façon systématique les résidents ayant des difficultés de communication. Cette pratique est plus répandue lorsque le GMP moyen des résidents est plus élevé et la capacité globale d'accueil plus petite (entre 50 et 75 places). Elle augmente également avec le pourcentage déclaré de résidents atteints de maladie d'Alzheimer, mais pas de manière massive : 38% des répondants avec moins de 25% de résidents Alzheimer procèdent ainsi à cette analyse systématique, et 41% des répondants parmi ceux qui déclarent plus de 75% de résidents atteints de maladie d'Alzheimer et apparentée.

L'évaluation du CVS comme permettant une « expression réelle des résidents » témoigne globalement d'un bon fonctionnement déclaré (51% des répondants estiment qu'ils la permettent « toujours » et 31% « souvent »), mais également du constat de limites à son exercice, puisque **près d'1 Ehpad sur 5 estime que le CVS ne permet que peu ou pas du tout cette expression**. Ce résultat peut traduire des difficultés d'ordres différents, que les données recueillies ne permettent pas de définir plus précisément (limites des thématiques traitées par le CVS, représentativité partielle, notamment en ce qui concerne la représentation des personnes atteintes de troubles cognitifs, faible impact des avis émis par le CVS, etc.)

Tout comme le recueil des plaintes et suggestions, le CVS reste un outil certes majeur mais non exclusif de l'expression des résidents. Afin de développer cette expression et surtout sa prise en compte pour l'amélioration des pratiques, **il apparaît nécessaire de consolider au sein des Ehpad une culture du recueil en continu de données objectivées permettant d'évaluer la perspective de tous les résidents accueillis**.



Soulignons enfin une grande cohérence entre les réponses concernant la capacité du CVS à permettre une expression réelle des résidents et le fait que le président du CVS ait participé à la complétion du questionnaire : pour 55% des établissements ayant répondu dont le président du CVS a signé le questionnaire, le CVS permet une expression réelle des résidents, contre 30% pour ceux dont le président n'a pas signé. L'absence de signature est donc fréquemment associée à une faiblesse générale dans le fonctionnement du CVS.

### 3.7. La gestion des ressources humaines et l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur

#### 3.7.1. Le développement de formations en adéquation avec le profil des résidents accueillis

Les formations (réalisées au cours des 3 dernières années) portant sur les problématiques transversales de la bientraitance et de la maltraitance sont proposées à une proportion importante du personnel ; les formations Alzheimer et fin de vie sont en général limitées à des catégories de personnel plus spécifiques :

- Formation Alzheimer : 52% des répondants déclarent que moins de 60% de leur personnel ont bénéficié de ce type de formation
- Formation Douleur et Fin de vie : 61% des répondants déclarent que moins de 60% de leur personnel ont bénéficié de ce type de formation

La proportion du personnel ayant été formé sur la maladie d'Alzheimer augmente, en toute logique, en fonction de l'importance du GMP et du pourcentage déclaré de résidents atteints de maladie d'Alzheimer : 40% des Ehpad déclarant moins de 25% de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ont formé plus de 60% de leur personnel sur cette pathologie. Ce pourcentage grimpe à 63% lorsque les Ehpad déclarent plus de 75% de résidents.

#### Formation à la bientraitance et déploiement de pratiques améliorant la qualité de vie des résidents

**Plus le personnel est formé à la bientraitance et plus le recueil de l'accord du résident ou son accompagnement sont réalisés.** Ainsi lorsque plus de 90% du personnel est formé à la bientraitance, cette pratique est réalisée dans 46% des Ehpad. Il en est de même pour le pourcentage de nouveaux résidents bénéficiant d'un temps d'observation pour la définition de leur projet personnalisé (60% des répondants le réalisent pour plus de 90% de leurs résidents lorsque 90% du personnel a été formé à la bientraitance). De manière similaire, le recueil des attentes de la personne, le recueil des attentes de l'entourage et l'évaluation des risques et fragilités sont plus systématiquement réalisés.

De même, **le fait de recevoir une formation bientraitance est associé à une collecte plus ample et précise des besoins et attentes des résidents lors de l'évaluation initiale.**

Ainsi, plus le personnel est formé à la bientraitance et plus le recueil des besoins de soins (88% des répondants dont plus de 90% du personnel est formé disent le faire pour plus de 90% des résidents) ainsi que des habitudes et centres d'intérêts du résident (70% des répondants dont plus de 90% du personnel est formé disent le faire pour plus de 90% des résidents) sont systématiquement effectués.

La formation bientraitance est également associée à une co-élaboration du projet personnalisé avec le résident (26% des répondants dont plus de 90% du personnel est formé disent le faire pour plus de 90% des résidents).

**Plus le personnel est formé à la bientraitance, plus la circulation à l'intérieur de l'établissement est effective pour une proportion plus importante de résidents. Cette association demeure, indépendamment du nombre déclaré de personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées.**

### Association entre les formations Bientraitance et l'appréciation du président du CVS

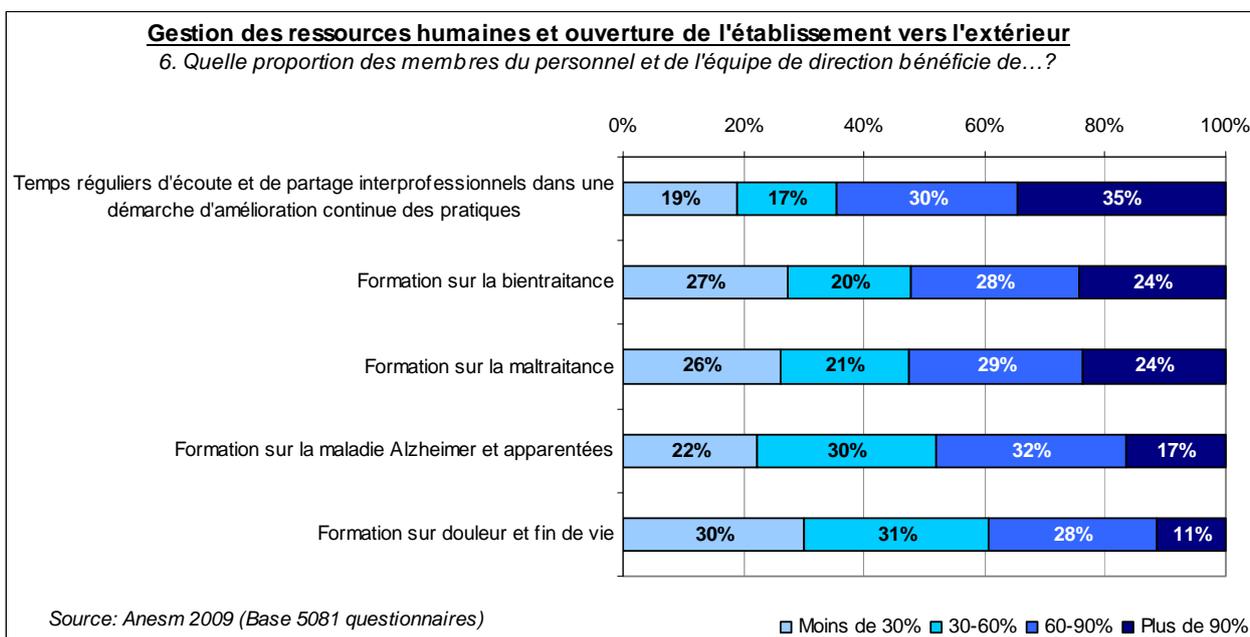
**Globalement, l'appréciation du président du CVS est meilleure lorsque le personnel est plus systématiquement formé à la bientraitance.**

Cette tendance vaut particulièrement pour l'appréciation concernant le respect des personnes dans sa mise en œuvre au quotidien (59% des présidents de CVS le jugent effectif pour plus de 90% des lorsque la formation bientraitance a été reçue par plus de 90% du personnel) ainsi que l'image de soi au quotidien (59% des présidents de CVS le jugent effectif pour plus de 90% des lorsque la formation bientraitance a été reçue par plus de 90% du personnel).

En toute logique, on retrouve une **association nette entre le développement massif de formation à la bientraitance ou à la prévention de la maltraitance et le fait de disposer d'un protocole de gestion des faits de maltraitance**. 43% des Ehpad ayant formé moins de 30% de leur personnel sur la maltraitance dispose d'une procédure relative au traitement des faits de maltraitance. Ce taux passe à 73% quand le personnel est formé à plus de 90%.

### Association entre les formations et la gestion des ressources humaines

Il existe par ailleurs une association entre le fait de faire bénéficier un maximum de personnel de formations (quelles qu'elles soient) et le fait de procéder systématiquement à une identification et une mise à profit des ressources du personnel. De même, des temps réguliers d'écoute et de partage interprofessionnels sont plus fréquemment mis en œuvre dans les Ehpad qui forment l'ensemble de leur personnel (65% des répondants pour plus de 60% des professionnels).

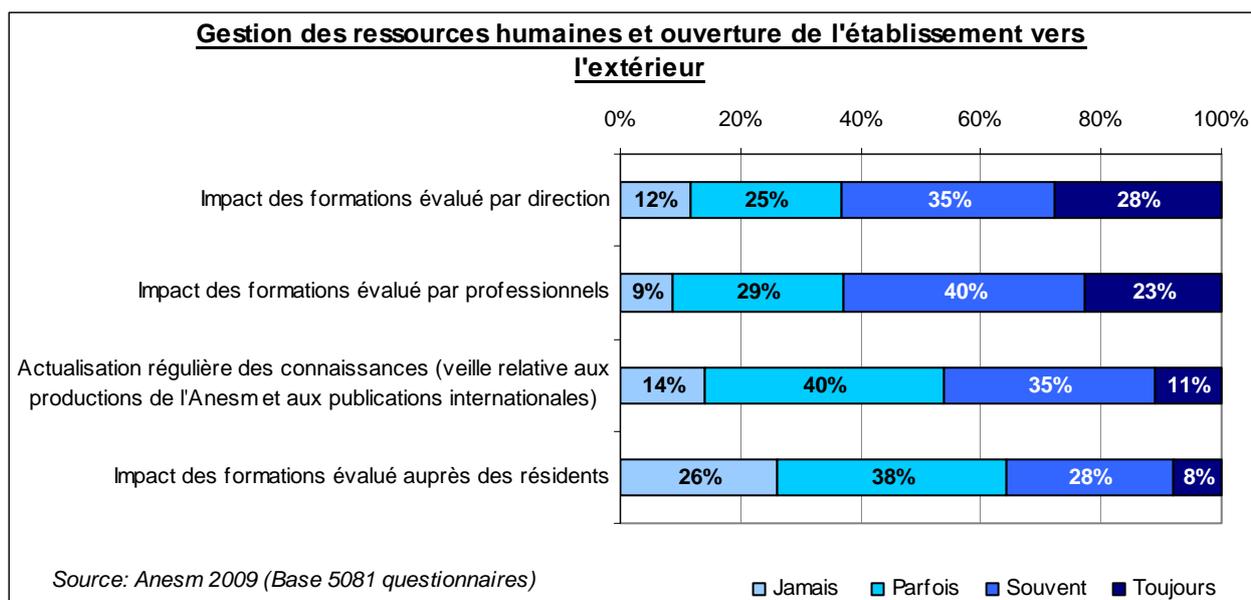


De manière similaire aux pratiques de recueil de l'expression collective, l'impact des formations en termes d'amélioration des pratiques est déclaré « généralement évalué par la direction et les professionnels » (63% des répondants déclare y procéder « souvent » ou « toujours ») ; il l'est en revanche beaucoup plus rarement auprès des résidents : 36% des répondants déclarent évaluer l'impact des formations reçues en termes d'effets objectifs pour les résidents, en d'autres termes, 2 Ehpad sur 3 n'ont pas encore développé ce type d'évaluation. 53% des répondants qui évaluent toujours l'impact de ces formations auprès des résidents, se distinguent de même par une actualisation régulière du projet personnalisé pour plus de 90% des résidents.

De même, l'actualisation régulière des connaissances des professionnels <sup>28</sup>est une pratique à promouvoir : seuls 46% des répondants déclarent le faire « souvent » ou « toujours ».

### Impact de la formation Alzheimer

**Plus le personnel a suivi une formation sur la maladie d'Alzheimer, plus le projet personnalisé est réévalué en cas de modification de l'humeur ou du comportement de la personne** : lorsque moins de 30% du personnel est formé, 40% des répondants déclarent le faire systématiquement. Lorsque plus de 90% du personnel est formé, 59% des répondants déclarent le faire systématiquement.



## 3.8. Organisation de l'établissement

### 3.8.1. Organisation et gestion des ressources humaines

Les questions suivantes ne concernent pas des éléments de contenu (teneur des informations transmises, type de compétences professionnelles mobilisées, etc.), mais d'organisation et de gestion des ressources humaines au sein des Ehpad.

<sup>28</sup> Il s'agit de savoir si les productions de l'Anesm, et plus largement les publications internationales sur l'accompagnement des personnes accueillies en Ehpad contribuent à l'actualisation des connaissances des professionnels, de quelle manière l'établissement s'assure d'une actualisation des connaissances du personnel et notamment d'une diffusion des recommandations de pratiques professionnelles au sein de l'établissement.

Les répondants déclarent, dans leur très grande majorité (96%) une formalisation et des processus de transmission quotidienne des informations relatives aux résidents (68% estiment que cela est « toujours » le cas, 28% « souvent »).

En revanche, l'accompagnement de la prise de poste des nouveaux salariés *comme le préconise la recommandation « mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées »*, n'est systématiquement réalisé que pour 53% des répondants et « souvent » réalisé pour 35%.

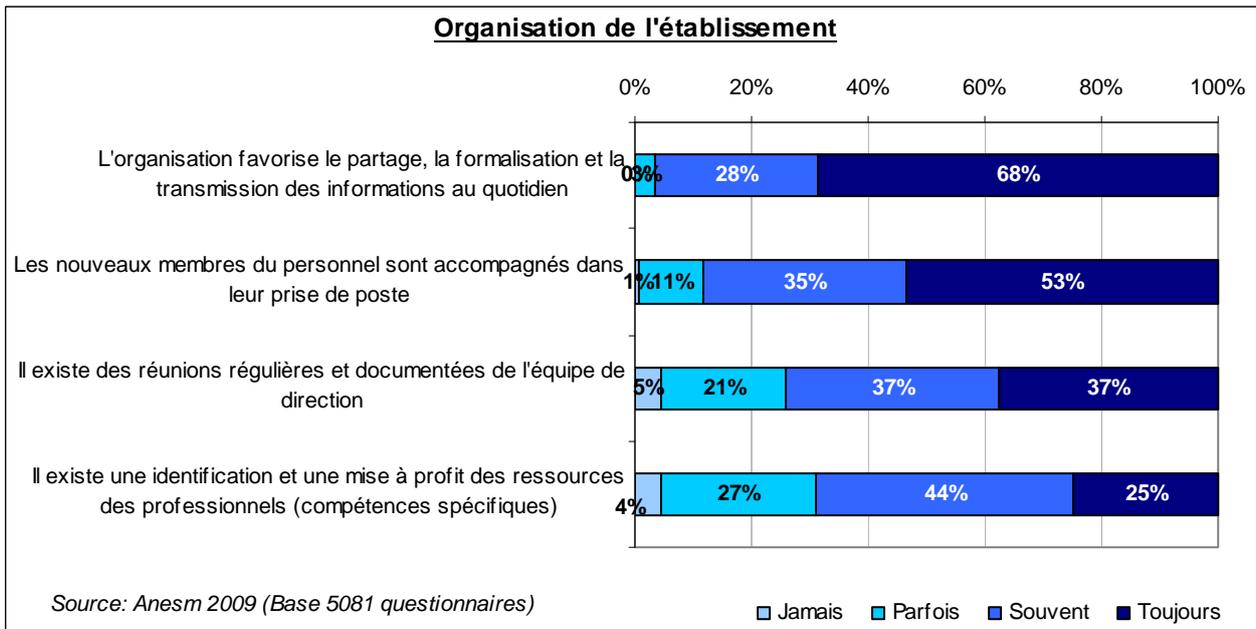
L'instauration de réunions régulières et documentées de l'équipe de direction, tout comme l'identification et surtout la mise à profit de compétences spécifiques des professionnels sont des pratiques nettement moins développées.

**On constate que la fréquence de réunions de direction est associée à la mise en œuvre plus fréquente d'un ensemble d'autres pratiques favorisant la bientraitance.**

Ainsi, plus il existe des réunions régulières de la direction et plus la formalisation et la transmission des informations est effectuée (84% des répondants où les réunions de direction sont systématiques déclarent une transmission quotidienne des informations concernant les résidents contre 54% pour les répondants où il n'existe jamais de réunion de direction). De même, une association étroite existe entre le fait que l'Ehpad organise des réunions régulières de la direction et une plus grande coordination des professionnels dans la mise en œuvre des projets personnalisés des résidents.

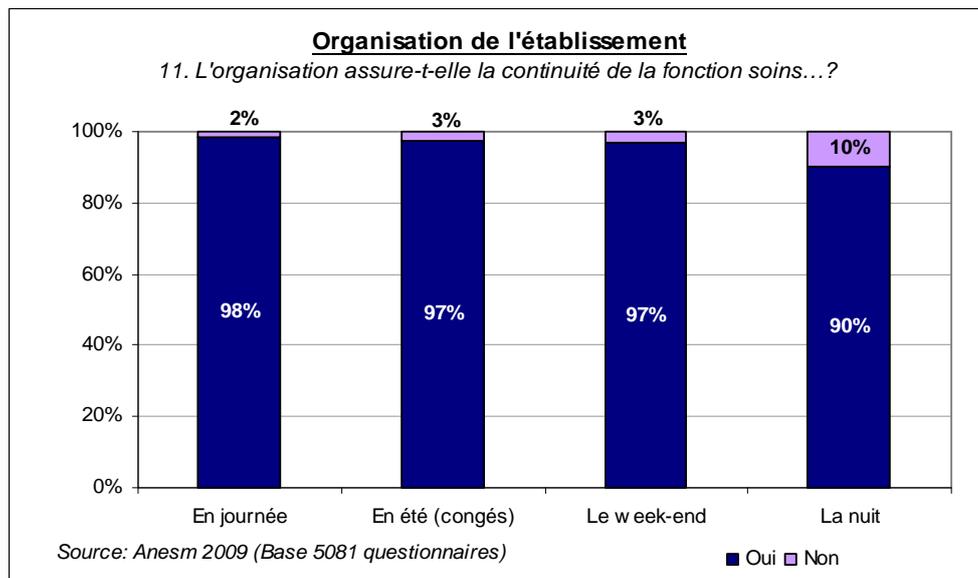
L'existence de réunions de direction fréquentes est également associée à des pratiques de réévaluation des projets personnalisés plus nombreuses et pour des causes plus diversifiées. Autrement dit, cet élément s'inscrit dans un management plus coordonné et pluridisciplinaire des équipes en lien direct avec les résidents. Ainsi par exemple 67% des répondants qui se distinguent par des réunions de direction systématiques réévaluent toujours le projet personnalisé en cas de modification des capacités du résident, contre 45% des répondants qui ne font jamais de réunion avec la direction. La proportion est de 54% contre 33% en ce qui concerne une réévaluation systématique en cas de changement de l'humeur ou du comportement du résident.

Les Ehpad qui déclarent toujours transmettre les informations au quotidien sur les résidents sont également ceux qui se distinguent par un accompagnement plus fréquent des nouveaux membres d'équipe à leur prise de poste.



### 3.8.2. Continuité des soins

La continuité des soins<sup>29</sup> est généralement assurée, avec une légère inflexion pour la « nuit », (90% des répondants contre 97-98% sur les autres périodes).



L'existence ou non de partenariats externes<sup>30</sup> n'explique pas la continuité (ou l'absence de continuité) des soins la nuit (indépendance entre les 2 variables).

Par contre la continuité des soins la nuit est en lien avec le nombre d'ETP : **plus le nombre total d'ETP de l'établissement est important, plus la continuité des soins durant la nuit est assurée.**

<sup>29</sup> Présence en permanence au sein de l'Ehpad d'un médecin et/ou d'un IDE assurant la fonction Soins. L'organisation mise en œuvre doit permettre la continuité de la fonction soins quelle que soit la période de l'année, et notamment lors de périodes à risques comme la nuit, le week-end et l'été (l'absence des personnels habituels du fait des congés annuels se combinant avec des facteurs de risques liés à la chaleur).

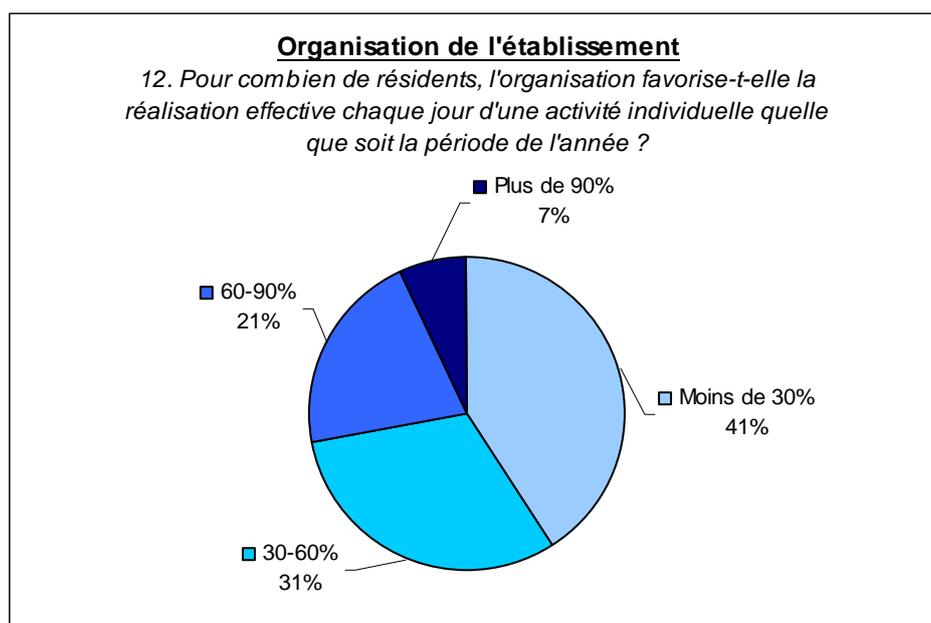
<sup>30</sup> Croisement avec la question du développement de partenariats visant une meilleure continuité des soins et la mise à contribution de compétences externes nécessaires au bien-être des résidents.

Les Ehpad qui déclarent ne pas assurer une continuité des soins la nuit se distinguent également par d'autres tendances critiques. Ainsi la continuité des soins la nuit est moins assurée dans les établissements où les nouveaux membres d'équipe ne sont jamais accompagnés dans leur prise de poste (31% des répondants qui n'assurent pas la continuité des soins la nuit n'accompagnent jamais les nouveaux membres, contre 9% des répondants qui le font toujours). L'existence de protocoles (de quelque nature qu'ils soient) y est également moins développée (13% contre 9%).

### 3.8.3. Possibilité pour les résidents de réaliser une activité quotidienne préconisée

Une très grande majorité des Ehpad indiquent que l'organisation de leur établissement ne permet pas la réalisation d'une activité individuelle quotidienne privilégiée par chaque résident. Il s'agit d'un indicateur qualité utilisé dans un certain nombre de pays pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, et qui vise plus particulièrement le degré d'individualisation de l'accompagnement. Cette pratique est par ailleurs spécifiquement recommandée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, en vue de prévenir et gérer les troubles psycho-comportementaux. Le projet personnalisé permet-il d'identifier une activité quotidienne à laquelle la personne tient particulièrement ? L'organisation de l'accompagnement est-elle en mesure d'assurer la possibilité pour chaque résident de vaquer à cette occupation ? Il peut s'agir d'activités anodines mais dont l'élaboration du projet personnalisé a permis d'identifier la valeur particulière qu'y attache le résident (ex. lire le journal, promenades extérieures, activités de bricolage ou activités ménagères...).

**Seuls 7% des Ehpad déclarent identifier et permettre la réalisation d'une activité individuelle pour plus de 90% de leurs résidents. 1 répondant sur 3 déclare que l'organisation de l'établissement ne permet ce déploiement des activités individuelles privilégiées que pour moins de 30% de ses résidents.**

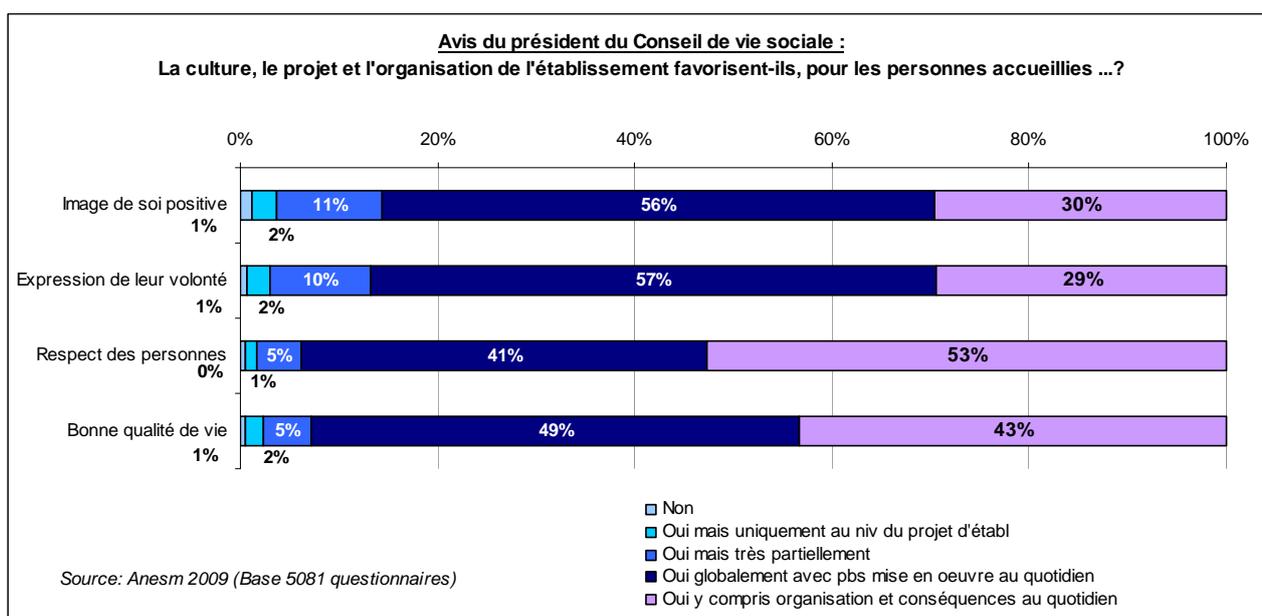


Ce résultat est à rapprocher du faible nombre d'Ehpad procédant systématiquement à une évaluation initiale des attentes et des habitudes de vie des personnes nouvellement accueillies. Cette pratique n'est pas liée au nombre d'ETP en lien direct avec les résidents.

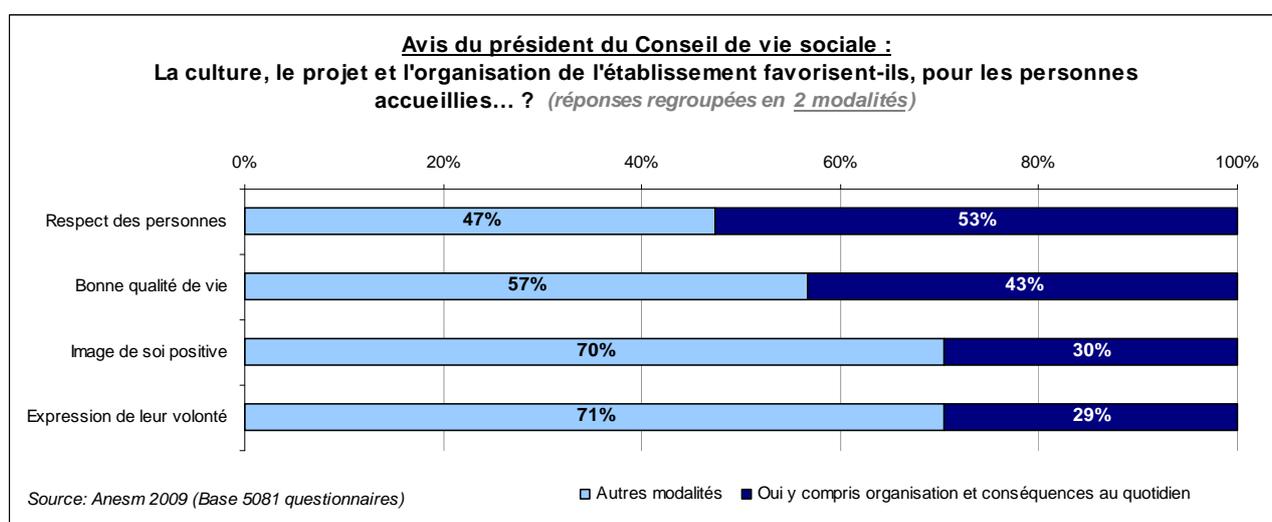
### 3.9. Appréciation du Président du conseil de la vie sociale

**Nota :** le taux global de non-réponses sur cet ensemble de questions adressées au président du CVS est de 16,5%. Les graphiques présentent ci-après uniquement les résultats des questionnaires complétés par le président du conseil de vie sociale.

#### Analyse globale (modalités détaillées)



**Nota :** Pour les graphiques suivants, seule la modalité « *Oui, y compris organisation et conséquences au quotidien* » a été retenue comme étant la modalité satisfaisante. Les quatre autres modalités ont été regroupées en une seule dénommée « autres modalités ».



### Analyse de l'appréciation du président du CVS en fonction de la capacité d'accueil et des pratiques développées dans l'Ehpad

Les analyses statistiques multivariées permettent de mettre en évidence une **corrélation significative entre l'avis du président du CVS et certaines caractéristiques et pratiques de l'Ehpad**. Les aspects qui influent le plus sur son avis sont en partie différents selon les dimensions interrogées.

Ainsi, concernant **l'image de soi**, on constate un impact très significatif des variables suivantes :

- la taille de l'établissement (lorsque la capacité d'accueil est supérieure à 75 places, la perception du président du CVS devient moins positive) ;
- le fait que le personnel ait bénéficié d'une formation bientraitance ;
- le fait que l'élaboration du projet personnalisé comporte une adaptation de l'environnement de chaque personne, individuellement, afin de favoriser son autonomie ;
- le fait de pouvoir réaliser une activité individuelle privilégiée quotidiennement ;
- et le fait que l'établissement procède à une évaluation systématique des modes d'expression collective des résidents.

L'avis porté sur l'Ehpad concernant **l'expression de la volonté** des résidents au quotidien est quant à lui déterminé par les variables suivantes :

- le recueil de l'accord du résident à son entrée ;
- l'évaluation systématique de l'impact des modes d'expression collectifs par l'Ehpad ;
- l'évaluation systématique de l'impact du projet personnalisé auprès de chaque résident ;
- le fait de permettre la réalisation d'une activité individuelle privilégiée quotidienne<sup>31</sup>.

L'avis porté par le président du CVS concernant **le respect des personnes** dans l'Ehpad apparaît lié de manière significative aux aspects suivants :

- la taille de l'établissement (perception moins bonne au delà de 75 places) ;
- l'élaboration des projets personnalisés incluant une adaptation individuelle de l'environnement pour une plus grande autonomie ;
- le fait de disposer d'un protocole de traitement des faits de maltraitance ;
- ainsi que deux variables de gestion du personnel, qui montrent le lien entre un mode de gestion respectueux du personnel et le respect des résidents accueillis par le personnel : l'identification et la promotion des ressources et compétences du personnel et l'accompagnement des nouveaux personnels à leurs prise de poste.

Enfin, l'avis du président de CVS sur la propension de l'Ehpad à favoriser une **bonne qualité de vie** des résidents au quotidien est corrélée de manière très significative aux aspects suivants :

- la taille de l'établissement (perception moins bonne plus l'établissement est grand) ;
- l'élaboration des projets personnalisés incluant une adaptation individuelle de l'environnement pour une plus grande autonomie ;
- et le fait de permettre la réalisation d'une activité individuelle privilégiée quotidienne.

---

<sup>31</sup> L'effet « taille », sensible dans l'analyse bivariée, disparaît dans l'analyse multivariée.

Le questionnaire ainsi que le guide de remplissage ont été conçus par un groupe de travail piloté par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (Anesm).

Ce groupe était composé des personnes suivantes :

- Jean-Luc NOVELLA, médecin – professeur de santé publique, service de gériatrie CHU de Reims EA 3797
- Isabelle BARGES, directrice qualité de vie, Fnaqpa
- Valérie BLONDEL, psychologue, Ehpad Les Vergers (Noyarey)
- Gérard BRAMI, directeur, Ehpad La Vençoise (Vence)
- Bernadette BURNIER, représentant CFDT
- Kevin CHARRAS, responsable du pôle études, Fondation Médéric Alzheimer
- Rachida CHERGUI, coordonnatrice, Alma Paris
- Marine DARNAULT, directrice pôle médico-social, Fehap
- Moustapha DRAMÉ, médecin, service de gériatrie CHU de Reims EA 3797
- Philippe DENORMANDIE, directeur de la politique médicale et des relations institutionnelles, groupe Korian
- Jacques DOURY, représentant CFTC
- Joëlle ETCHEVERRY, IDE coordonnatrice, Ehpad Résidence Arcade (Fontenay-aux-Roses)
- Anne GARREC, chef de projet lutte contre la maltraitance, DGAS
- Pascal GOULFIER, directeur-adjoint à l'action sociale, Conseil Général de la Manche
- Marianne HAMELIN, vice-présidente, Fnadepa
- Joël JACQUES, Inspecteur MRIICE, Drass Paca
- Jean-Marie LAFOND, directeur, Ehpad Maison de retraite St Vincent de Paul (Stains)
- Judith MOLLARD, chef de projet, France-Alzheimer
- Norbert NAVARRO, directeur, AD-PA
- Marie-Béatrice OMER-DECUGIS, directrice, Ehpad Résidence du chemin de la jonchère (Rueil-Malmaison)
- Chantal REGNIER, médecin-coordonnateur, Ehpad Ste Anne d'Auray (Chatillon)
- Florian ROGER, conseiller technique, Synerpa
- Geneviève RUAULT, déléguée générale, SFGG
- Madeleine SUAUD, usager, présidente du Conseil de la Vie Sociale, Ehpad Résidence du chemin de la jonchère (Rueil-Malmaison)
- Alain VILLEZ, conseiller technique, Uniopss