

Entrée et accueil des personnes âgées en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Admission of elderly residents into nursing homes

Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE¹, Didier CHARLANNE²

RÉSUMÉ

L'entrée en Établissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes (EHPAD) concerne chaque semaine des milliers de personnes âgées et presque tout autant de familles, et mobilise plus encore de professionnels travaillant au sein de ces établissements. Selon les études, lorsque la personne âgée a bien vécu son arrivée, cela impacte durablement sur sa qualité de vie au sein de l'établissement. Cet article propose donc de s'interroger sur les facteurs qui favorisent une entrée réussie. Une entrée ne se limitant pas au premier jour de l'arrivée, nous présenterons l'ensemble des éléments conditionnant un accueil favorable au cours du premier mois de présence au sein de la résidence. Nous insisterons plus particulièrement sur des éléments qui participent à l'élaboration du projet personnalisé. Pour rappel, celui-ci comprend un volet social et un volet médical. Si, sur ce dernier point, les médecins coordonnateurs sont plus particulièrement vigilants, nous verrons que différentes enquêtes mettent en évidence les points d'amélioration possibles notamment dans les axes de prévention. Quant au volet social, il passe souvent en second plan, notamment lorsqu'il s'agit d'intégrer pleinement les proches au sein de ce projet personnalisé. Pour chacun de ces thèmes, nous présenterons les outils sur lesquels les professionnels des EHPAD peuvent s'appuyer.

Mots clés : Accueil - Résidents - Qualité de vie - Prévention - Évaluation gériatrique standardisée - Projet personnalisé - Bienveillance

¹ Anthropologue, Responsable de Projet « Secteur Personnes Âgées » à l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements Sociaux et Médicaux sociaux (Anesm), 53 boulevard d'Ornano, Pleyad 3, 93200 Saint Denis, France.
² Directeur de l'Anesm, 53 boulevard d'Ornano, Pleyad 3, 93200 Saint Denis, France.

Article reçu le 17/07/2015 et accepté le 28/08/2015

ABSTRACT

Every week, admission in a nursing home concerns thousands of elderly people, almost as many families, and many more professionals working in these institutions. Studies show that a good admission experience has a long-term impact on the elderly resident's quality of life within the institution. This article aims to identify the factors that contribute to a successful admission. Since admission is not limited to the very first day, we will describe all the elements contributing to a positive admission during the first month of stay within the institution. We will insist on those aspects contributing to the drafting of an individual plan. As a reminder, such plan comprises a social and a medical section. Though coordinating doctors are cautious about the medical section, we will show that various surveys highlight potential improvement points, particularly in relation to prevention. As regards the social section, it is often neglected, especially in terms of fully integrating the resident's relatives in this individual plan. For each of these items, we will describe the tools that can be used by nursing home professionals.

Rev Geriatr 2015 ; 40 (7) : 409-16.

Keywords: Admission - Residents - Quality of life - Prevention - Standardized geriatric assessment - Individual plan - Well-treatment

Auteur correspondant : Madame Delphine Dupré-Lévêque, Docteur en Anthropologie, Responsable de Projet « Secteur Personnes Âgées » à l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements Sociaux et Médicaux sociaux (Anesm), 53 boulevard d'Ornano, Pleyad 3, 93200 Saint Denis, France.
Courriel : delphine.dupre-leveque@sante.gouv.fr

PRÉAMBULE

Presque 700 000 personnes âgées vivent dans un des 10 500 établissements pour personnes âgées (dont 116 000 en logement-foyer) selon l'enquête EHPA réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2011⁽¹⁾. On note que les EHPAD proposent près de 576 000 places en hébergement permanent. Environ 250 000¹ personnes âgées y sont entrées au cours de cette année⁽²⁾. Si l'on considère que l'accueil d'un résident a toujours lieu un jour de la semaine (samedi et dimanche exclus), ce sont presque 5 000 personnes âgées en France qui intègrent, chaque semaine, un établissement d'hébergement.

Profil des entrants

Les trois quarts des résidents sont des résidentes. L'âge moyen au moment de leur entrée en EHPAD est de plus de 84 ans et 9 mois⁽²⁾. Majoritairement, elles viennent de leur domicile (58 %) et pour 28 % d'entre elles à l'issue d'un séjour dans un établissement sanitaire. Pour les résidents les plus jeunes (moins de 70 ans), 9 % viennent d'un établissement psychiatrique et 3 % d'un établissement pour adultes handicapés⁽³⁾. Quarante huit pour cent des nouveaux entrants sont très dépendants (GIR 1-2).

La durée moyenne de séjour est de 2 ans et demi et reste stable depuis 2007. Cette moyenne recouvre des réalités diverses : 1/3 des nouveaux entrants quitteront la même année leur établissement et pour 2 personnes sur 5, il s'agit d'un décès. Cependant, un quart des personnes y resteront un peu moins de 4 ans.

Ainsi, chaque semaine, ce sont plusieurs milliers de personnes âgées qui entament une nouvelle tranche de vie et, pour une majorité d'entre elles, ce lieu de vie sera le dernier.

INTRODUCTION

Entrer en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est un événement marquant dans la vie d'une personne et de ses proches mais aussi dans la vie des établissements. C'est un événement qui se prépare à différents niveaux. La préparation concerne la personne âgée et sa famille, mais elle concerne aussi les professionnels de l'EHPAD et l'ensemble des autres résidents. Les professionnels doivent être particulièrement prêts, car le vécu de ces premiers moments au sein de l'établissement est

primordial. En effet, il va influencer assez durablement sur l'adaptation ou non du résident au sein de ce nouveau lieu de vie. Selon l'analyse réalisée par la Drees, cette première impression impacte longuement la satisfaction et la qualité de vie du résident. « *Le bien-être des résidents est influencé de manière significative par la façon dont ils ont vécu leur entrée dans l'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 vécu leur entrée, toutes choses étant égales par ailleurs.* » (Julie Prévost, 2011, p. 34)⁽⁴⁾. Partant de ce constat on comprend que l'entrée est un moment décisif pour les résidents et leur entourage, et sur lequel les établissements doivent être particulièrement attentionnés. Cet article insistera sur les points déterminant les conditions d'accueil les plus favorables : de l'anticipation de l'entrée à l'accompagnement tout au long du premier mois.

LE CHOIX DE L'EHPAD POUR UNE DÉCISION ANTICIPÉE

Un facteur significatif pour bien vivre son entrée est d'y être préparé. Les personnes qui ont programmé leur entrée sont deux fois plus nombreuses à déclarer l'avoir bien vécue^(4,5). Préparer, c'est anticiper le mieux possible. Les recommandations de l'Anesm insistent sur la visite préalable à l'entrée en EHPAD par le futur résident mais, selon l'enquête nationale « Bientraitance 2010, État de déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en EHPAD³ » de l'Anesm, seuls 37 % des résidents ont fait une visite préalable⁽⁵⁾ et leur consentement n'a été recueilli que pour 50 % d'entre eux.

Tout un chacun peut comprendre qu'il est difficile pour une personne âgée d'anticiper sur l'aggravation de son état de santé et sa perte d'autonomie. Il est aussi difficile de s'imaginer quitter son domicile, de se projeter « finir » en maison de retraite. Cette projection est parfois encore plus douloureuse, voire insupportable, pour les proches. C'est là que les EHPAD ont un rôle déterminant à jouer sur leur territoire⁴, d'autant plus que, toujours à partir de l'enquête EHPA, la situation géographique est le premier critère pour choisir un établissement⁽⁶⁾.

1. Sont exclues de ces chiffres les 18 000 personnes ayant intégré un logement-foyer.

2. Concernant les personnes handicapées vieillissantes, l'Agence nationale de l'évaluation et la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) a élaboré des recommandations publiées en 2014.

3. Cette enquête a été renouvelée en 2015. Les résultats seront publiés à la fin de l'année 2015 sur le site de l'Anesm. L'auto-questionnaire ainsi que son guide d'utilisation sont d'ores et déjà téléchargeables sur le site.

4. Le premier volet des recommandations de bonnes pratiques en « Qualité de vie en EHPAD : de l'accueil de la personne à son accompagnement » commence d'ailleurs par le chapitre « Anticipation de la décision » et se décline en 4 sous parties, se faire connaître du grand public, améliorer la perception de l'EHPAD, participer à la vie de la cité, et enfin, inscrire l'EHPAD dans le paysage partenarial.

Les EHPAD ont donc un rôle décisif en matière de communication. Ils doivent s'ouvrir⁵ sur la communauté afin que l'ensemble de la population du territoire y découvre un lieu de vie et d'accompagnement. Cette ouverture viendra contrecarrer l'image de mouroir, d'enfermement, de prison. Dans le même temps, chaque EHPAD peut être amené à faire connaître ses spécificités : Accueil spécialisé, pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), espace sécurisé, etc. La population (pas seulement les personnes âgées) doit aussi être informée de la pluridisciplinarité des équipes, de leur rôle, de leur formation. Peuvent être explicitées la spécificité des médecins coordonnateurs par rapport aux médecins traitants, l'organisation de la continuité des soins de jour et de nuit, etc., et, enfin, l'ensemble des partenariats formalisés et les recours externes possibles en fonction des besoins des résidents : Hospitalisation à domicile (HAD), Équipe mobile de gériatrie externe (EMGE), réseaux soins, filière gériatrique, télé médecine, etc.

Les EHPAD doivent présenter leurs compétences particulières, et quoi qu'il en soit, doivent insister sur le fait qu'ils sont des établissements médicalisés sans pour autant être des établissements sanitaires. Les partenariats internes et externes (médecin coordonnateur et médecin traitant par exemple) participent de l'ouverture de l'établissement et garantissent la continuité du parcours de soins.

Certains EHPAD instaurent systématiquement des visites de pré-admission avec une évaluation préalable afin de s'assurer qu'un accompagnement de qualité est possible compte tenu de la ou des pathologies du futur résident, à défaut, la personne âgée est réorientée vers un autre établissement. Bien expliciter le rôle, les capacités en soins, les compétences de l'EHPAD permet aussi d'en définir les limites.

Selon les résidents, l'accueil, l'organisation, la restauration notamment ainsi que le fait de s'être senti rapidement entouré ont une incidence sur le vécu positif à l'arrivée. L'ensemble de ces thèmes est abordé dans les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm⁽⁷⁻¹³⁾.

Par contre, préparée ou non, lorsque l'admission se fait de manière précipitée (aggravation d'un état de santé, place libérée), les chances de bien vivre ce moment sont réduites de moitié⁽⁴⁾. L'ensemble des équipes des EHPAD doivent alors mettre en place des stratégies pour limiter le stress lié à cette arrivée précipitée et tout mettre en œuvre pour rassurer le nouveau résident et ses aidants..

LA PLACE DES FAMILLES

Les études mettent en évidence le rôle important des aidants familiaux dans l'accompagnement à domicile des personnes âgées. D'après l'enquête Handicap Santé, huit personnes âgées sur dix reçoivent de l'aide de leur entourage. À domicile, le plus souvent l'aide professionnelle et l'aide de l'entourage se complètent. Huit personnes âgées sur dix sont aidées par leur famille (un ou plusieurs aidants) et elles sont 7 sur 10 à aussi bénéficier d'une aide de professionnels. Le degré de l'aide est aussi corrélé au degré de dépendance⁽¹⁴⁾. Les familles sont donc très présentes dans l'accompagnement à domicile. Pour autant, les relations ne disparaissent pas du fait de l'institutionnalisation de la personne âgée désormais « résident ». « *L'hypothèse que les relations familiales pourraient être différenciées selon le lieu de vie et le type configuration familiale n'est donc pas vérifiée.* » (Sylvie Renaut, 2001, p. 72)⁽¹⁵⁾.

À chaque nouvelle entrée, il s'agit donc d'accueillir non seulement le résident mais les proches, qui sont d'ailleurs le plus souvent des aidants. Environ 90 % des résidents reçoivent des visites régulières de leur proche (seuls 5 % des résidents sont très isolés sans famille)⁽¹⁶⁾.

Par conséquent, si l'entrée en établissement bouleverse les habitudes familiales, elle ne transforme pas le fond de la relation. Si une fille a aidé au quotidien sa mère chaque jour jusqu'à ce que le maintien à domicile ait atteint ses limites, l'entrée en établissement ne va pas mettre un terme à cette relation. Pour autant, il va falloir que cette fille trouve sa place et qu'elle soit rassurée par rapport à l'accompagnement qui va être proposé par les professionnels. Souvent l'aide fréquente à domicile a permis aux aidants d'acquérir une connaissance privilégiée des habitudes de la personne, de connaître ce qui lui apporte de la satisfaction, du bien-être, ou non. Il est donc tout à fait déterminant pour les établissements, dès l'évaluation initiale, de tenir compte des attentes non seulement de la personne mais aussi de celles de son entourage⁽¹⁷⁾. En 2010, selon l'enquête Bientraitance de l'Anesm⁽⁵⁾ les attentes des proches aidants ne sont recueillies que dans moins de la moitié des établissements. La marge de progrès des établissements sur cette thématique est encore très importante.

Par conséquent, si l'entrée est angoissante pour la personne âgée, elle l'est presque tout autant pour son entourage. Les proches, confrontés à cette nouvelle étape de vie, sont le plus souvent préoccupés par la qualité de l'accompagnement qui va être proposé. Une des grandes difficultés pour les établissements est de reconnaître la singularité de chaque famille. Chacune d'elle a son histoire, son mode de fonctionnement, son organisation. « *Paradoxalement, le premier espace familial en institution est la chambre de la personne âgée. Il s'agit bien sûr d'un espace personnel, mais tout autant d'une création familiale. Lieu de l'intimité, elle est aussi un marqueur de l'identité, statutaire*

5. Les actions mises en œuvre pour ouvrir son établissement sont nombreuses : loto, expos de peintres locaux, journées portes ouvertes, journées intergénérationnelles, prêt de salle, etc. Pour aller plus loin sur ce thème l'Anesm a élaboré, des 2008, en ensemble de recommandations : « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement », téléchargeable sur le site de l'Anesm.

- par l'inscription de soi dans la lignée, et personnelle - par la poursuite, plus ou moins conflictuelle, des relations avec les proches. Dans son décor, elle met en scène la filiation autant pour les « sans famille » que pour les plus entourés des résidents. Pour ceux dont la famille est présente (et nous avons vu que c'est le cas pour 90 % des résidents), elle est le lieu privilégié de la réception des proches. » (Isabelle Mallon, 2005, p. 164)⁽¹⁸⁾.

Au vu de ces différentes études, il est déterminant que chaque établissement consacre un temps important dès l'arrivée de la personne accueillie pour comprendre⁶ l'organisation familiale établie. L'objectif est de permettre à chaque famille de prendre place au sein de l'institution. Rassurées, les familles pourront s'investir au sein de l'établissement et prendre la place qui leur convient auprès du résident et, en outre, maintenir la bonne distance avec le personnel. Angoissées, les familles risquent d'entrer en conflit.

Mais, pour les équipes, il est aussi important de bien observer si cet accompagnement correspond aux souhaits du nouveau résident et contribue effectivement à sa qualité de vie. En effet, l'entrée en institution peut être un soulagement dans une relation aidant/aidé difficile voire douloureuse, conflictuelle et allant jusqu'à des situations maltraitantes. Ce sont parfois même ces observations du vécu à domicile qui conduisent à un accueil en établissement. Entendre les professionnels du domicile (médecins traitants, infirmiers, auxiliaires de vie, etc.) sur cette relation aidant/aidé à domicile contribue tout autant à l'élaboration d'un projet personnalisé de qualité. Enfin, certaines familles seront particulièrement absentes et là aussi leur histoire est à considérer.

De ce fait, il est nécessaire lors de l'accueil d'un nouveau résident de comprendre et d'entendre les attentes et les besoins du résident et ceux des aidants. Les aidants peuvent aussi être sollicités afin de mieux connaître l'histoire de vie de la personne mais aussi les parcours de soins et les évolutions des différentes pathologies.

« Cette connaissance, légitime, est complémentaire de celle de la personne aidée et des professionnels dans le cadre de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de la réévaluation du projet personnalisé » (Anesm, 2014, p. 14)⁽¹⁷⁾. L'avis des proches aidants permet souvent d'éclairer les décisions, et leurs savoir-faire et savoir-être reconnus peuvent apporter un plus au professionnel.

L'objectif est bien de rechercher le juste équilibre entre les attentes et les besoins de la personne âgée accompagnée, les attentes des aidants et les capacités de l'équipe.

Enfin, lorsque les aidants accompagnent des personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives, que la

communication verbale n'est plus, ils sont parfois plus déstabilisés encore. Des réunions de famille, le conseil de vie sociale, etc., sont autant d'instances sur lesquelles les EHPAD peuvent s'appuyer pour permettre à ces proches de s'impliquer, voire de s'investir à leur niveau en fonction de leurs envies et besoins. Ainsi, dès l'accueil et tout au long de l'accompagnement, la communication avec l'entourage, les résidents et les professionnels est à privilégier afin de prévenir les risques de conflits qui pourraient nuire à la qualité de vie de la personne accueillie. L'entourage nécessite donc d'être accueilli avec la même attention que le résident. Il doit prendre place dans ce nouveau lieu, dans cette nouvelle organisation.

L'ensemble de ces échanges et observations entre le résident, les proches aidants et les professionnels participe incontestablement au temps nécessaire d'observation pour l'élaboration du projet personnalisé. Pourtant, en 2010, seuls 52 % des établissements ont pris ce temps, selon l'enquête nationale de l'Anesm⁽⁵⁾.

Ainsi, aujourd'hui encore, l'accueil est toujours axé sur les problématiques médicales plus que sociales et familiales. Seuls 70 % des EHPAD recueillent les habitudes de vie, les centres d'intérêts et les potentialités, toujours selon l'enquête Bientraitance réalisée par l'Anesm 2010⁷. Plus remarquable encore, alors que la vie d'un résident ne peut se réduire à une somme de pathologies et la liste des molécules qui y sont associées pour les traiter, leurs attentes ne sont recueillies que pour 51 % d'entre eux.

Encore aujourd'hui, l'histoire de vie du résident semble avoir un intérêt secondaire par rapport à son histoire médicale. « Ce qui importe vraiment (quelque part c'est d'ailleurs vital), c'est leur ordonnance, leurs médicaments, leur parcours médical, leur identité de malade : cardiaque, déprimé, diabétique... ? L'individu, son nom, son identité se déclinent désormais après son « identifiant médical ». Le nouvel arrivant est abordé d'une certaine manière, non en tant qu'individu mais en tant que malade. » (Delphine Dupré-Lévêque, 2002, p. 178)⁽¹⁹⁾. Pour autant, cette évaluation médicale est-elle toujours bien réalisée ? Toutes les actions de prévention sont-elles observées et mises en œuvre ?

L'ÉVALUATION DES BESOINS EN SOINS

Dans la mesure où c'est l'aggravation de l'état de santé de la personne qui la « contraint » malgré tout à venir vivre en EHPAD, faire de l'évaluation des besoins en santé une priorité des équipes se justifie. D'ailleurs, l'évaluation initiale de ses besoins participe pleinement à la qualité de l'accueil du

6. Il s'agit de s'interroger sur le sens de la relation établie et surtout identifier comment cette relation peut améliorer ou non la qualité de vie du résident.

7. On peut espérer que ces résultats lors de l'enquête 2015 soient en nette progression.

nouveau résident. Malgré tout, les enquêtes montrent que là aussi les EHPAD peuvent améliorer certaines de leurs pratiques notamment en matière de prévention. Même si l'évaluation des besoins en santé est quasi-systématique, l'évaluation des risques et des fragilités n'est réalisée que pour 48 % des résidents (Anesm 2010)⁽⁵⁾. Par conséquent, c'est à peine un résident sur deux pour qui les risques⁸ liés aux chutes, à la douleur, à la dénutrition, à la déshydratation notamment, mais aussi les risques psychologiques ou comportementaux comme la dépression, l'apathie, l'agitation, voire le risque suicidaire⁹ sont évalués. En outre, l'évaluation d'éléments de fragilité comme les déficiences sensorielles¹⁰, l'état bucco-dentaire, l'isolement social est encore plus rarement¹¹ réalisée.

« Outre le respect de dispositions réglementaires, il est recommandé que les structures prennent toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des personnes par l'identification et la prévention de tous les risques spécifiques aux populations qu'elles accompagnent. » (Anesm, Enquête bientraitance, 2010 p. 26). Pour évaluer ces risques, les gériatres et médecins coordonnateurs s'appuient sur l'évaluation gériatrique standardisée. Celle-ci a pour mission notamment d'évaluer les risques et fragilités, d'instituer des actions de prévention primaire ou secondaire, de faire un dépistage des pathologies les plus fréquentes. Les principaux domaines à évaluer sont le statut nutritionnel, l'évaluation fonctionnelle - échelle des Activités de la vie quotidienne (ADL), échelle des Activités instrumentales de vie quotidienne (IADL), mobilité équilibre et chute -, les troubles cognitifs et le statut émotionnel, les fonctions sensorielles (acuité visuelle et auditive), les syndromes gériatriques, l'évaluation des comorbidités, la polymédication et enfin l'évaluation de l'environnement. Concernant l'ensemble de ces domaines, la HAS (Haute autorité de santé) publie de très nombreuses recommandations¹² tant en termes de repérage que de dépistage et propose un certain nombre d'outils, d'échelles qui contribuent à un meilleur accompagnement en soins.

8. Afin d'outiller les EHPAD sur l'identification des risques de pertes d'autonomie et de son aggravation pour les personnes âgées, l'Anesm publie un ensemble de recommandations qui seront disponibles sur le site à partir du dernier trimestre 2015⁽²⁰⁾.

9. Concernant cette thématique l'Anesm a publié en 2014 des recommandations sur la « prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée »⁽¹¹⁾.

10. Concernant le repérage des déficiences sensorielles, l'Anesm élabore des recommandations sur ce thème qui seront disponibles sur le site dès 2016.

11. L'enquête nationale concourant à la bientraitance permet à l'Agence d'orienter et de prioriser l'écriture des recommandations sur les thèmes les moins développés par les établissements et pourtant garants de la qualité de vie des résidents. Sont notamment en cours des recommandations sur l'accompagnement à la fin de vie, le repérage des déficiences sensorielles et l'accompagnement des personnes qui en sont atteintes, etc.

12. L'ensemble des recommandations de la HAS sont téléchargeables sur le site de la HAS. Concernant cette thématique, il y a plus de 200 recommandations.

Réaliser ce bilan est primordial car souvent les nouveaux entrants, même s'ils viennent majoritairement de leur domicile, connaissent pour la plupart une aggravation de leur état de santé^(21, 22) qui les a conduits à être hospitalisés et à consulter différents spécialistes (cardiologue, oncologue, diabétologue, ophtalmologiste, etc.), et pas toujours au sein d'un parcours coordonné. Un bilan gériatrique s'impose donc : diagnostiquer une démence, une incontinence, une déficience auditive, une malnutrition permet de limiter la perte de l'autonomie et son aggravation. Il peut permettre de détecter des maladies traitables (cataractes, etc.), de réduire le déclin fonctionnel (rééducation fonctionnelle avec un kinésithérapeute par exemple), de réduire les risques d'accident iatrogénique, etc., et enfin de limiter les hospitalisations (hospitalisations évitables).

L'analyse de la littérature internationale montre que certaines actions simples peuvent être mises en place pour limiter la perte d'autonomie du résident. Concernant la prévention des chutes une supplémentation en vitamine D est désormais recommandée pour l'ensemble des résidents (cf. travaux Anesm HAS sur les hospitalisations évitables)⁽²³⁾. Un autre thème, souvent peu abordé, concerne la vaccination. La vaccination antigrippale devrait faire l'objet d'une campagne systématique dans chaque EHPAD afin d'encourager les résidents, les familles mais aussi l'ensemble des personnels à se faire vacciner. L'objectif est de tout mettre en œuvre pour limiter les risques de contamination et surtout de réduire le nombre de complications consécutives à cette pathologie aiguë. La vaccination antipneumococcique devrait aussi être systématiquement proposée à tous les nouveaux entrants notamment ceux qui souffrent de pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, respiratoire et antécédents de pneumopathies). Un autre geste simple qui a un effet préventif sur les pneumonies et les infections respiratoires basses est l'hygiène bucco-dentaire par brossage mécanique. « En moyenne ces soins de bouche chez ces personnes âgées dépendantes pourraient empêcher un décès sur dix dû aux pneumopathies et avoir des effets équivalents dans la prévention des pneumopathies. » (HAS, 2015, p. 27)⁽²³⁾.

Nous ne développerons pas tout ce qui concerne le dépistage de la prévention de la dénutrition et du risque de chutes des résidents en EHPAD, ces thématiques ayant été développées dans des numéros précédents^(24, 25).

L'évaluation gériatrique standardisée doit être réalisée pour tous les nouveaux résidents afin d'élaborer un projet personnalisé, et un projet de soins qui viendra s'appuyer sur l'ensemble des capacités restantes. Elle permettra la mise en œuvre des actions préventives et/ou correctives afin de prévenir les risques d'aggravation de la perte d'autonomie. Ces actions de prévention sont encore trop souvent considérées comme secondaires en EHPAD compte tenu (au

prétexte) du degré de dépendance, alors qu'elles sont déterminantes pour la qualité de vie du résident et surtout pour le maintien de l'autonomie restante. Les EHPAD ne se limitent pas à des accompagnements en soins palliatifs. Comme nous l'avons noté en première partie de cet article, un nombre non négligeable de résidents y vivra plusieurs années. En 2012, les travaux de recherche de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) mettent en évidence que c'est à peine un peu plus de la moitié des résidents qui sont considérés comme très dépendants (GIR 1 et 2) ; pour les autres résidents, 13 % sont évalués en GIR 5 et 6 et donc considérés comme non dépendants et 33 % des résidents sont évalués en GIR 3 et 4 donc considérés comme dépendants⁽²⁶⁾. Pour tous ces résidents, des actions doivent être mises en œuvre pour leur permettre de maintenir leurs capacités. L'évaluation gériatrique standardisée y contribue, si, consécutivement à cette évaluation, les actions préventives et ou correctives nécessaires sont mises en place. Cette évaluation, sous l'égide du médecin coordonnateur et en lien avec le médecin traitant, est à réaliser par une équipe pluri professionnelle (masseur-kinésithérapeutes, orthophonistes, podologues, pharmaciens, etc.). L'ensemble de ces évaluations peut se réaliser au cours du premier mois suivant l'arrivée de la personne pour élaborer progressivement le projet personnalisé (qui est composé d'un volet social et d'un volet médical) et observer avec elle si le projet lui permet effectivement une meilleure adaptation au lieu de vie. Selon le bilan des inspections d'EHPAD réalisées en 2012 par l'Agence régionale de santé Pays de Loire, c'est un tiers seulement des établissements qui réalisent une évaluation formalisée de l'adaptation du nouveau résident⁽²⁷⁾.

LE DOSSIER DE LIAISON D'URGENCE, NE POURRAIT-IL PAS ÊTRE UTILISÉ COMME APPUI À LA FORMALISATION DU PROJET PERSONNALISÉ ?

Pour rappel, le dossier de liaison d'urgence (DLU)⁽²⁸⁾ est un dossier qui doit être rempli pour chaque résident. Il contient un ensemble de documents utiles pour une prise en charge optimale d'un résident par un médecin intervenant en urgence.

Parce qu'il est un document synthétique, le DLU 2015¹³ peut être utilisé comme support pédagogique à la formalisation du projet personnalisé. Ce dernier peut être rempli

13. L'Anesm et la HAS viennent d'élaborer un nouveau DLU simplifié : il est téléchargeable sur le site de l'Anesm ou de la HAS. Il est composé d'un document de liaison d'urgence et d'une fiche de liaison d'urgence et de son guide d'utilisation. Sont aussi disponibles sur les sites de l'Anesm et de la Has les documents d'appui.

un mois environ après l'arrivée du résident (après avoir réalisé l'ensemble des évaluations). Le DLU doit être rempli avec la personne âgée et selon les situations en présence de son aidant ou de la personne de confiance. Le remplissage du DLU est alors l'occasion, d'une part de connaître les établissements de préférence lors d'une hospitalisation, mais il permet surtout d'aborder l'ensemble des questions relatives aux soins palliatifs et plus généralement aux directives anticipées, dont le recueil pose souvent problème au sein des EHPAD. Selon l'enquête réalisée par l'Anesm en 2010 « Évaluation interne en EHPAD »⁽²⁹⁾, cette donnée était disponible pour seulement 44 % des résidents. On retrouve des scores identiques dans une étude réalisée en Ontario⁽³⁰⁾. Selon l'étude réalisée par MA. Cwinn *et al.* à l'arrivée d'un service des urgences en Ontario, cette information est absente du DLU pour plus de 46 % des résidents arrivant aux services des urgences.

On peut supposer que les professionnels et y compris les médecins coordonnateurs des EHPAD ne sont pas toujours « à l'aise » avec cette thématique¹⁴⁽³¹⁾. D'ailleurs, l'enquête réalisée par l'Anesm⁽²⁹⁾ concernant l'évaluation interne en EHPAD va dans ce sens, puisqu'à l'item « la facilité de recueil concernant les directives anticipées », seuls 45 % des EHPAD jugent les données faciles à recueillir. La même proportion les juge difficiles (25 %) ou impossibles (19 %) à recueillir.

Ainsi, les personnels peuvent utiliser le moment de remplissage du DLU pour la formalisation du projet personnalisé avec les résidents et/ou leurs aidants (et/ou personnes de confiance) et aborder les questions des directives anticipées. Cela peut même être un préalable aux questions liées à la fin de vie¹⁵ (choix des funérailles, etc.).

CONCLUSION

La qualité de l'accueil concourt à la qualité de vie des résidents tout au long de son accompagnement. Cela passe notamment par un recueil des attentes de la personne âgée accueillie mais aussi de celles des aidants, un bilan médical approfondi, la mise en œuvre d'actions préventives et/ou correctives. Un temps de formalisation du projet personnalisé doit être programmé. Le DLU peut être utilisé comme un appui à cette formalisation.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm permettent de donner des points de repère et contribuent à la formation des professionnels pour un meilleur suivi des résidents quel que soit leur degré de

14. Il semblerait que plus les personnels sont formés aux soins palliatifs, moins ces accompagnements posent problème (cf. étude de l'Anesm bien-traitance).

15. Les croyances et pratiques religieuses sont abordées lors des entretiens d'admission (Anesm, Qualité de vie en Ehpads - volet 2 - organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, p. 21).

dépendance, et pour garantir un accompagnement de qualité jusqu'à la fin de la vie¹⁶. Enfin, les équipes peuvent s'appuyer sur le questionnaire « bientraitance des personnes âgées en EHPAD »⁽³⁰⁾, afin de faire un point sur ses pratiques

16. L'Anesm publiera des recommandations en 2016 sur l'accompagnement à la fin de vie des personnes âgées.

et de mettre en œuvre des actions spécifiques là où des points d'amélioration ont été identifiés. C'est le principe même de la démarche d'amélioration continue de la qualité⁽³¹⁾. ■

Liens d'intérêts : les auteurs n'ont déclaré aucun lien d'intérêt concernant cet article.

RÉFÉRENCES

1. **Volant S.** L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Études et résultats, Drees* ; Février 2014 ; n° 877.
2. **Volant S.** 693 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Études et résultats, Drees* ; Décembre 2014 ; n° 899.
3. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Adaptation_Personnes_handicapees_vieillissantes-Interactif.pdf
4. **Prévost J.** La satisfaction des personnes âgées vivant en EHPAD et en maison de retraite en 2007. In *La vie en établissement d'hébergement du point de vue des résidents et de leurs proches. Dossier solidarité et Santé, Drees* ; 2011 ; 18 : 28-36.
5. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). Bienveillance, déploiement des pratiques professionnelles en établissement pour personnes âgées dépendantes, analyse nationale 2010, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bienveillance00-2_Vdefpdf.pdf
6. **Ramos-Gorand M.** Accessibilité et accès aux établissements pour personnes âgées dépendantes en 2011. *Études et résultats, Drees* ; Septembre 2014 ; n° 891.
7. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). Qualité de vie en EHPAD (volet 1), de l'accueil de la personne à son accompagnement, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_qualite_de_vie_ehpad_v1_anesm.pdf
8. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). Qualité de vie en EHPAD (volet 2), la vie sociale des résidents en EHPAD, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_04_QDV2_CS4_web090911pdf-2.pdf
9. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). Qualité de vie en EHPAD (volet 3), la vie sociale des résidents en EHPAD, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_06_QDV3_CS4_web-2.pdf
10. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). Qualité de vie en EHPAD (volet 4), l'accompagnement personnalisé de la santé du résident, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_QDV4_Novembre_2012.pdf
11. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANE-Agees-Souffrance_psychique_BAT.pdf
12. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées et établissement médico-social, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf
13. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). Les attentes de la personne et le projet personnalisé, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf
14. **Soullier N, Weber A.** L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. *Études et résultats, Drees* ; Aout 2011 ; n° 771.
15. **Renaut S.** Vivre ou non à domicile après 75 ans : l'influence de la dimension générationnelle. *Gérontologie et société* 2001 ; 98 : 65-83.
16. **Groult S, Chazal J.** La vie sociale des résidents en EHPA : relations avec les autres résidents, contact avec la famille, participation aux activités collectives et occupations l'après-midi. In *La vie en établissement d'hébergement du point de vue des résidents et de leurs proches. Dossier solidarité et Santé, Drees* 2011 ; 18 : 52-9
17. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). Le soutien des aidants non professionnels, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANETRANS-RBPP-Soutien_aidants-Interactif.pdf
18. **Mallon I.** Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux. *Espaces et sociétés* 2005 ; 2 : 163-78.
19. **Dupré-Lévêque D.** Le médicament : un outil de communication ? Le regard de l'ethnologue dans une maison de retraite. *Gérontologie et Société* 2002 ; 4 : 161-76.
20. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). (Volet EHPAD) Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_de_cadrage_Reperage_risque_de_perte_d_autonomie_personnes_agees.pdf
21. **Marquier R.** Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000. *Dossiers solidarité et santé, Drees* Octobre 2013, n° 47.
22. **Bouvier G, Lincot L, Rebiscoul C.** Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial. *France, portrait social* 2011 : 125-32
23. HAS. (Page consultée le 20/08/2015). Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD, (en ligne). http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf
24. **Rolland Y, Laffon de Mazières C, Guyonnet S, et le groupe des experts en gériatrie et nutrition (GEGN) de la société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG).** Le dépistage de la dénutrition en EHPAD. *Rev Geriatr* 2015 ; 40 : 153-62.
25. **Podevin-Deleplanque J, Dreuil D, Huvent D, Pusieux F.** Prévention des chutes en EHPAD, *Rev Geriatr* 2015 ; 40 : 353-62.
26. CNSA. (Page consultée le 20/08/2015). Les soins en EHPAD en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes Pathos, (en ligne). http://www.cnsa.fr/documentation/plaquette_resultats_enquete_couts2013_vdef.pdf
27. ARS Pays de la Loire. (Page consultée le 20/08/2015). Bilan des inspections d'EHPAD réalisées en 2012 (programme national de prévention de la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux), (en ligne). http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_qualite_efficience/qualite-securite/syntheses-inspections/bienveillance_EHPAD_pays_de_la_loire.pdf
28. Anesm, HAS. (Page consultée le 20/08/2015). Guide d'utilisation du Dossier de Liaison d'urgence (DLU), (en ligne). http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/guide_utilisation_dlu.pdf
29. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). Évaluation interne en EHPAD : Résultats de l'enquête de faisabilité des indicateurs, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_test_faisabilite_ISQ_Ehpad.pdf
30. HAS. (Page consultée le 20/08/2015). Note méthodologique et de synthèse documentaire « DLU : dossier de liaison d'urgence », (en ligne). http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/dlu_note_methodologique.pdf
31. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). Guide de remplissage « Bienveillance des personnes âgées accueillies en EHPAD » Questionnaire EHPAD 2015, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM_Guide-questionnaire-bienveillance_avril_2015.pdf
32. Anesm. (Page consultée le 20/08/2015). L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, (en ligne). http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_Evaluation_Interne_web3.pdf