

EHESP

DESSMS

Promotion **2014 – 2015**

Albert Jacquard

La recherche du consentement chez la personne âgée entrant en EHPAD, un idéal restant à mettre en œuvre

Une illustration à travers les EHPAD du pôle médico-social
du Centre Hospitalier de Laval (53)

Christophe CAPRON

Remerciements

Je remercie Monsieur André Gwénael PORS, directeur du Centre Hospitalier de Laval, pour avoir bien voulu m'accueillir comme stagiaire dans son établissement.

Je remercie les résidents, les familles et les professionnels du Centre Hospitalier de Laval et des EHPAD du Rocher Fleuri, de Jeanne Jugan, du Faubourg Saint Vénérand et des Charmilles qui ont bien voulu participer à mes entretiens et pour la qualité de leur accueil.

J'adresse également mes remerciements à Mme Karine CHAUVEL, directrice de l'EHPAD de Livré-sur-Changeon pour ses conseils et son accompagnement, ainsi qu'à Monsieur Michel BARBE, directeur de l'EHPAD de Châteaugiron.

Je remercie enfin ma famille, mes amis et mes collègues pour leur écoute et leur soutien tout au long de ce stage et de la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	2
1 Les personnes âgées face à l'entrée en EHPAD	7
1.1 La recherche du consentement est une obligation légale répondant à plusieurs définitions	7
1.1.1 La définition juridique du consentement :.....	7
1.1.2 La dimension psychologique du consentement :.....	9
1.1.3 La recherche du consentement sort renforcée de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.....	11
1.2 Si l'entrée en EHPAD répond à des situations individuelles diverses, elle reste dans la plupart des cas un choix contraint	11
1.2.1 L'entrée en EHPAD peut être volontairement demandée par la personne âgée.	11
1.2.2 L'entrée en EHPAD reste majoritairement un choix subi.....	13
1.3 La place ambivalente de l'entourage familial lors de l'entrée en EHPAD	16
2 L'EHPAD devant le consentement des personnes âgées	21
2.1 Le recueil du consentement dans la procédure d'admission actuelle	21
2.1.1 Les temporalités de l'entrée en EHPAD :.....	21
2.1.2 La procédure d'admission répond aux bonnes pratiques de l'ANESM	22
2.1.3 Une procédure d'accueil pluridisciplinaire non encore formalisée	27
2.2 Les règles de fonctionnement de l'EHPAD peuvent porter atteinte au respect du consentement à l'entrée en EHPAD	31
2.2.1 L'entrée repoussée en EHPAD de personnes de plus en plus âgées et dépendantes influe sur les conditions de recueil du consentement.....	32
2.2.2 La personne âgée ne peut choisir ni le moment, ni le lieu de son entrée.....	36

3	La recherche du consentement peut être renforcée au moment de l'admission et de l'accueil de la personne âgée	42
3.1	Renforcer la communication externe et interne du pôle médico-social.....	43
3.1.1	Anticiper l'entrée en EHPAD nécessite de faire évoluer les représentations sur l'EHPAD auprès du grand public.	44
3.1.2	Développer la communication externe à l'adresse des médecins libéraux.....	45
3.1.3	Ouvrir la commission d'admission aux représentants du service de médecine gériatrique aigue et du SSR	46
3.2	Mobiliser le personnel afin d'assurer une meilleure prise en compte du consentement au moment de l'entrée en EHPAD	47
3.2.1	Définir une procédure d'accueil pluridisciplinaire précisant la place de chacun ..	47
3.2.2	Redéfinir les fonctions des personnes référentes	48
3.2.3	Donner une place centrale au psychologue dans les phases d'admission et d'accueil du résident	49
3.3	Fluidifier le parcours de la personne âgée pour favoriser son consentement.....	49
3.3.1	Permettre aux patients hospitalisés au CH de visiter leur futur lieu de vie.	49
3.3.2	Remettre les documents d'accueil à jour avant l'entrée :.....	50
3.3.3	Assurer un suivi du résident postérieur à son entrée.....	51
	Conclusion.....	56
	Sources et bibliographie.....	57
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AMP :	Aide Médico-Psychologique
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM :	Agence Nationale d'Evaluation du secteur Social et Médico-social
ARS :	Agence Régionale de Santé
AS :	Aide-Soignant
ASH :	Agent de Service Hospitalier
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CH :	Centre Hospitalier
CHSCT :	Comité Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CNCDH :	Commission nationale consultative des droits de l'homme,
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CS :	Conseil de Surveillance
CTE :	Comité Technique Paritaire
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes
ETP :	Equivalent Temps Plein
GIR :	Groupe Iso-Ressources
GMP :	GIR Moyen Pondéré
HAD :	Hospitalisation à domicile
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
PASA :	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PATHOS :	Système d'information sur les niveaux de soins nécessaires par résident
PMP :	PATHOS Moyen Pondéré
PVI :	Projet de Vie individualisé
SSR :	Service de Soins Suite et de Réadaptation
SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
UCC :	Unité Cognitivo- Comportementale.
UPAD :	Unité pour Personnes Agées Désorientées
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée

Le dernier chambardement

Qui aurait cru, le jour de mes 79 ans, que mon destin était tracé, après cette soirée où la fièvre, sournoisement, doucement, prenait possession de moi. Pour me retrouver désemparé, en totale déchéance dans un lit d'hôpital (que de mauvais souvenirs !) ou après une convalescence de me retrouver dans une grande maison où tout le monde est bien gentil, mais où il manque, malgré tout, un petit chez soi ! Heureusement que je me suis fait des amis et que j'ai la totale liberté de pouvoir sortir, en espérant que ma petite lumière qui veille en moi évitera une chute qui me priverait de celle-ci, de pouvoir contempler le soleil disparaître à l'horizon, englouti dans la mer, laissant le temps d'un instant un reflet dantesque qu'aucun peintre de sa palette n'a su donner l'éclat rutilant !

Fait et écrit à l'Arc-en-ciel

Le 17-04-1997 par Gilbert DEBATS

*En mémoire de mon grand-père
(1918-2004)*

Introduction

La recherche du consentement à l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) repose sur une contradiction fondamentale. Le consentement éclairé s'oppose en effet à la nécessité pour la personne âgée de quitter son domicile pour vivre en établissement en raison de son état de dépendance physique et psychique, ce que rappelle Robert MOULIAS : « *On n'entre pas en institution parce qu'on est âgé, mais parce qu'on ne veut plus ou surtout qu'on ne peut plus demeurer chez soi* ». L'obtention du consentement à l'entrée reste pourtant déterminante, car elle permet de rendre acceptable pour la personne âgée son entrée en établissement.

Admission, accueil et consentement, une combinaison improbable :

Afin de régler ce dilemme initial, il est nécessaire d'élargir la question du consentement à l'entrée en élargissant ce questionnement à l'ensemble de la procédure d'accueil et d'admission en EHPAD.

Selon JR LOUBAT², l'admission est une procédure essentiellement administrative qui vise à mettre en concordance une demande de prise en charge et les conditions à réunir pour y prétendre. Cette procédure répond à des questions prosaïques : *le profil de la personne postulante correspond-t-il à l'agrément et aux compétences de l'établissement ? Celui-ci possède-t-il de la place ? Offre-t-il des prestations et des conditions adéquates ?* Généralement, la procédure d'admission comporte plusieurs étapes successives. Elle débute par un premier contact de la famille, visite, appel téléphonique ou par internet. Elle se concrétise par l'établissement d'un dossier, puis se poursuit par une première visite de l'établissement permettant la découverte du cadre de vie. Elle comprend l'examen du dossier par une commission, qui peut s'accompagner d'une seconde visite plus approfondie. La procédure d'admission se finalise par une décision administrative d'entrée dans l'établissement.

La procédure d'accueil poursuit quant à elle un autre but : elle ne décide pas de l'entrée du bénéficiaire dans l'établissement, mais vise à définir le cadre de la relation entre le résident et l'EHPAD. Pour LOUBAT, « *il s'agit, tout à la fois de créer un climat rassurant et de confiance, de livrer un maximum d'informations utiles et de sceller un accord le plus clair possible*³ ». Elle peut se définir comme le fait et la manière de recevoir la personne et de sceller la relation d'accompagnement. L'entrée en EHPAD représente une question à

1 MOULIAS R, 2007, « Pour de bonnes pratiques de l'admission en institution gériatrique », *Gérontologie et Société*, n°112, pp 239-240.p 93

2 LOUBAT J.R, 2007, « Mettre en oeuvre un projet personnalisé de promotion », in ANESM, *Accueil et projet personnalisé en Ehpad, Analyse documentaire Accueil et projet personnalisé en Ehpad*, 59 p.

³ LOUBAT J.R, 2007, *ibidem*.

laquelle se confrontent les futurs résidents et leur famille. En effet, suivant Robert MOULIAS, « *décider ou non d'entrer en institution pour y finir ses jours est une des décisions les plus importantes qu'une personne ait à prendre durant son existence. Cette décision survient de plus en des circonstances où la vieille personne est vulnérable, parfois incapable de recevoir l'information ou de la retenir*⁴ ».

La réussite de l'accueil conditionne bien souvent la qualité du séjour du nouveau résident. Pour MOULIAS, « *La qualité de l'accueil des résidents a un impact évident sur la suite du parcours et de l'accompagnement de la personne âgée en institution. La manière dont se déroule l'entrée en EHPAD joue un rôle capital pour désamorcer cette phase critique pour le résident et ses proches. Une intégration réussie contribuera fortement à réduire le risque de dépression consécutif à l'arrachement des repères et facilitera le maintien de l'autonomie. Elle facilitera par la suite les contacts entre les proches et l'établissement* ». Un constat empirique fait par le cadre supérieur de santé du pôle médico-social du CH de Laval valide ce postulat, en constatant que les familles « *à problèmes* » sont celles où l'accueil de leur proche en institution s'est mal passé.

Par ailleurs, une enquête belge indique que lorsque les personnes avaient pris la décision seules, elles étaient 74 % à se déclarer satisfaites de leur vie en établissement. Lorsque c'était en concertation avec la famille, elles l'étaient à 59 %, et lorsque la famille avait décidé seule, elles n'étaient plus que 37,5 %⁵. Une entrée réussie représente donc un défi partagé pour le résident, ses proches et l'établissement d'accueil.

L'entrée en institution est également synonyme de déracinement. Les personnes âgées entrantes doivent en effet se séparer de certains biens et quitter leur domicile, leurs habitudes et leur cercle social. Cette situation peut s'accompagner de tensions au niveau familial, avec des familles qui culpabilisent de « *placer* » leur parent, ou des personnes âgées qui s'en veulent d'être un poids pour leur famille. La méconnaissance et les idées reçues envers les EHPAD, davantage perçus comme une antichambre de la mort que comme des lieux de vie, sont de plus sources d'angoisse. Un accompagnement portant sur la recherche du consentement à l'entrée devra ainsi inclure un travail en amont portant sur les représentations négatives pesant sur l'établissement d'accueil.

Le contexte institutionnel du Centre Hospitalier de Laval :

Le Centre hospitalier (CH) de Laval est l'établissement de recours du département de la Mayenne. Il couvre à ce titre une population de 300 000 habitants L'établissement compte 610 lits répartis entre les différentes activités de soins : médecine chirurgie obstétrique (MCO) adulte et enfant, gynécologie-obstétrique, psychiatrie adulte et enfant, soins de

⁴ MOULIAS R, ibidem.

⁵ CASMAN, M.-T., LENOIR, V., BAWIN-LEGROS, B., 1998, *Vieillir en maison de repos : quiétude ou inquiétude ?* Bruxelles, Ministère de l'emploi du travail et de la politique d'égalité des chances,. 127 p. <http://www.revueobservatoire.be/parutions/44/CasmanD44.htm>.

suite et de réadaptation, 113 places en activité ambulatoire, 19 places en Hospitalisation à domicile (HAD) et 10 postes de dialyse. L'établissement gère également une structure d'urgences ainsi qu'une unité de régulation des appels téléphoniques (centre 15) et interventions médicales urgentes (SAMU-SMUR).

Le Centre Hospitalier de Laval a signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire, tandis que les quatre EHPAD rattachés disposent d'une convention tripartite commune signée en 2008. Cette convention est toutefois divisée par site, afin de préciser leurs moyens et leurs objectifs spécifiques respectifs. Cette convention a été prolongée pour deux ans par avenant, successivement en 2011 et en 2013. La convention tripartite actuelle devrait être renégociée fin 2015. L'évaluation interne du pôle médico-social est effective depuis décembre 2013. L'évaluation externe des EHPAD est intervenue quant à elle en novembre 2014. Toutefois, cette dernière fait l'objet d'un litige avec le cabinet d'audit et n'est de ce fait actuellement pas exploitable. Le CH procède cette année à l'élaboration de son projet d'établissement, dans un contexte budgétaire difficile marqué par la mise en œuvre d'un PREM (plan de retour à l'équilibre et d'amélioration de la performance)

L'activité du Centre Hospitalier de Laval s'organise en onze pôles, dont le pôle médico-social qui est le premier opérateur médico-social du département avec ses 472 places, soit près de 10 % des places d'EHPAD en Mayenne. Ces places se répartissent dans quatre EHPAD rattachés au CH : le Rocher-Fleuri, Jeanne Jugan, le Faubourg Saint-Vénérand et les Charmilles. Le pôle gère aussi une unité de soins longue durée (USLD) de 54 lits. Le pôle est géré par un directeur adjoint assisté d'un cadre supérieur de santé et, depuis novembre 2013, d'un cadre administratif. (cf. annexe I, organigramme de la Direction des EHPAD). Le Centre Hospitalier de Laval dispose d'une filière gériatrique complète constituée d'une équipe mobile de gériatrie, de consultations mémoire, d'un service de court séjour gériatrique, de soins de suite polyvalent et d'une unité cognitivo-comportementale (UCC). Elle est en lien avec les autres acteurs de l'agglomération et du territoire : EHPAD, hôpitaux locaux et centres hospitaliers.

L'accueil et l'intégration des nouveaux résidents figurent par ailleurs en tête des objectifs poursuivis au regard de la qualité de vie des personnes âgées hébergées développées dans le plan d'action qualité 2010-2014. Ce plan d'action qualité reprend le volet médico-social du projet d'établissement, ainsi que les objectifs fixés dans la convention tripartite des EHPAD. Le contrat d'objectif 2010-2014 fixe plusieurs objectifs en termes d'accueil du nouveau résident. Il fait au préalable le constat suivant : *« Afin d'accueillir au mieux un nouveau résident, les équipes sont prévenues d'une entrée imminente, lors des transmissions. Cependant, aucune information n'est faite aux intervenants extérieurs ainsi qu'aux personnels absents. L'établissement souhaite donc mettre en place une organisation (fiche d'accueil...) permettant d'informer tout le personnel et les intervenants extérieurs de l'arrivée d'une nouvelle personne »*. A cette fin, le jour de son arrivée, la

personne âgée doit être accueillie par un(e) Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) ou un(e) Aide Soignant(e) (AS). Un dossier administratif, est constitué lors de l'admission, comprenant plusieurs types de renseignements médicaux et administratifs (personne à contacter, référents familiaux, patrimoine...). Afin d'optimiser et d'individualiser l'accompagnement de la personne, le contrat d'objectif prévoit aussi la création d'un formulaire de recueil des habitudes de vie devant être renseigné au moment de l'admission. Cette mise en place doit s'accompagner de la désignation de référents soignants chargés de l'accueil de chaque résident.

Méthodologie

La recherche bibliographique représente la première étape de ce travail de recherche. Cette étape est indispensable à une compréhension exhaustive des termes du sujet, et à la délimitation des contours du mémoire. Ce travail nécessite de trier l'information pertinente au traitement du sujet. Les recommandations de l'ANESM occupent une place de choix dans ce travail de collecte d'informations. Cette recherche porte aussi sur les documents internes au Centre Hospitalier : rapports d'activités, conventions tripartites précédentes évaluation interne, projet d'établissement, résultats de l'enquête de satisfaction réalisée pour les EHPAD en 2012.

Plusieurs entretiens ont permis de recueillir des informations et de confirmer ou d'infirmer certaines hypothèses posées à la suite de l'étude documentaire. Ces entretiens, d'une durée comprise entre 30 minutes et une heure, ont été réalisés tout d'abord auprès du personnel du Pôle médico-social, à savoir le cadre supérieur de santé en charge du pôle, le médecin coordonnateur du pôle médico-social, l'assistante sociale et la psychologue; les cadres de santé des EHPAD des quatre sites, les Aides Médico-Psychologique (AMP) et les Infirmières diplômées d'Etat (IDE) de l'EHPAD Jeanne Jugan. Le chef de service et le cadre de santé du service de médecine interne gériatrique, ainsi que le chef du pôle soins de suite et chef de service de soins de suite et de réadaptation, ont également été interrogés. Quatre résidents des EHPAD et deux représentants des familles de résidents ont également répondu à mes questions. Il est important en effet d'interroger les résidents présents sur leur ressenti quant à leur entrée en institution. Si pour ces derniers le temps de l'admission est révolu, prendre en compte cet élément est important si l'on veut être en mesure d'apporter une réponse aux difficultés posées par l'entrée en EHPAD aux nouveaux résidents. Cette évidence peine toutefois à se traduire en pratique pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'entrée relevant d'un passé parfois lointain (deux à trois ans) les repères spatio-temporels finissent par s'éroder avec le temps. Ensuite, les atteintes psychiques dont souffrent de nombreux résidents rendent alors illusoire un recueil d'impressions fiables par l'observateur.

L'observation et la collecte d'informations prises sur le terrain auprès des professionnels, lors de réunions complètent les éléments recueillis au cours des entretiens. Ce travail intègre le compte-rendu des réunions portant sur l'une de mes missions de stage ayant

trait à l'élaboration des nouveaux livrets d'accueil des EHPAD. Par ailleurs, j'ai eu l'occasion de rencontrer les directeurs des EHPAD autonomes de Châteaugiron et Livrésur-Changeon (Ille-et-Vilaine), afin d'avoir un comparatif sur les pratiques d'accueil des résidents. J'ai également pu réaliser un entretien téléphonique avec le Docteur Louis PLOTON, médecin psychiatre. La liste des personnes interrogées figure en annexe.

Problématique et plan

Le principe de consentement éclairé dans la procédure d'admission et l'accueil du résident interroge les liens entre la décision d'entrée et les contraintes s'imposant à la personne âgée, à son entourage et à l'institution. Si celles-ci risquent d'altérer la recherche de ce consentement et la qualité de son obtention, est-il alors possible de garantir l'exercice de ce droit pour la personne âgée ?

Afin de répondre à cette question, il convient d'appréhender tout d'abord la situation des personnes âgées devant la décision d'entrée en EHPAD (I), puis de montrer ensuite la manière dont l'EHPAD prend en compte le consentement à l'entrée des personnes âgées (II), avant de montrer que la recherche de ce dernier peut être utilement renforcée dans le cadre des procédures d'admission et d'accueil (III).

1 Les personnes âgées face à l'entrée en EHPAD

La recherche du consentement à l'entrée en EHPAD représente une obligation légale, qui répond par ailleurs à plusieurs définitions (1.1). Si l'entrée en EHPAD se justifie par des situations individuelles diverses, elle reste dans la plupart des cas un choix contraint (1.2).

1.1 La recherche du consentement est une obligation légale répondant à plusieurs définitions

Le consentement a une définition juridique (1.1.1) et une dimension psychologique (1.1.2).

1.1.1 La définition juridique du consentement :

Le cadre juridique actuel évoque le consentement dans quatre textes de lois : la loi du 2 janvier 2002, portant sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, la loi du 4 mars 2002 portant sur le droit des malades, la loi du 22 avril 2005 sur la fin de vie, la loi du 5 mars 2007 sur la protection juridique des majeurs.

Deux chartes garantissent également son exercice :

- La Charte des droits et libertés de la personne accueillie précise dans son article 4 que « (...) *le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension (...). Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique. La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement* ».
- Le 1^{er} article de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (FNG, 2007) reconnaît quant à lui à la personne âgée son libre choix de vie : « *Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible le désir profond et les choix de la personne, tout en tenant compte de ses capacités qui sont à réévaluer régulièrement* ». L'article 2 de cette même Charte, portant sur le cadre de vie, accorde à « *toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance [le droit de] pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins* ». Par ailleurs, lors de l'entrée en institution, les conditions de résidence doivent être garanties par un contrat explicite, et la personne concernée peut avoir recours au conseil de son choix avant et au moment de l'admission.

Le droit envisage le consentement comme une manifestation de la volonté. D'un point de vue juridique, la volonté constitue la source de l'engagement et sa mesure. C'est la conception retenue dans la théorie de l'autonomie de la volonté sur laquelle repose le droit français. Le consentement peut alors se définir comme la volonté d'engager sa personne ou ses biens, ou les deux.

La notion de consentement est définie dans deux articles du Code de la santé publique. L'article L1111-4 dispose « *qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». L'article L3211-1 précise quant à lui « *qu'une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les chapitres II à IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale* ». « *Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence* ». Il est à relever que cette définition concerne le droit des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, et non directement les personnes entrant en EHPAD.

L'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles, issu de la loi de 2002⁶, pose le principe du libre choix des personnes entre les prestations offertes sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des majeurs. Le consentement éclairé de la personne doit être recherché, en l'informant par les moyens adaptés à sa situation des conditions et conséquences de sa prise en charge et en veillant à sa compréhension (arrêté du 8 septembre 2003, article 4 de son annexe⁷). Ce consentement peut être recherché par l'élaboration d'un contrat type de séjour transparent et harmonisé. Une révision des contrats de séjour, comme le préconise le Défenseur des droits, pourrait être envisagée⁸.

Le principe du consentement de la personne en attente d'admission est exigé, par l'article 4 de l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, qui en mentionne les fondements :

1. « *La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge* ». Ce choix ou ce consentement est

⁶ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 03/01/2002, p 124.

⁷ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

⁸ Décision du Défenseur des droits : référence MSP-MLD/2013-57

http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/decisions/decision_msp—mld-2013-57.pdf.

également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement.

2. *« Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension. »*

Par ailleurs l'article 5 de la Charte prévoit un droit à la renonciation : *« La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines. »*

L'ANESM synthétise ces positions sur la recherche du consentement⁹ : *« Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension (...). Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique. La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement »*

Enfin, le consentement renvoie à *« une condition légale à l'accomplissement de certaines actions »*. TACNET-AUZZINO en rappelle d'ailleurs *« l'aspect contractuel »*, la personne âgée devenant utilisatrice d'un lieu collectif en contrepartie d'un engagement financier et du respect d'obligations liées à la vie en collectivité¹⁰.

1.1.2 La dimension psychologique du consentement :

Consentir suppose une double compétence, l'aptitude à comprendre, le discernement, et la capacité à se déterminer et à faire des choix, l'autonomie de la volonté. Une personne vulnérable peut toutefois conserver des capacités de compréhension suffisantes qui lui permettent d'exprimer personnellement des choix (CCNE). Pour TACNET-AUZZINO, consentir obéit à deux dimensions : consentir à quelque chose tout d'abord, c'est-à-dire accepter ou adhérer, consentir quelque chose, ensuite, pour permettre ou supporter l'exécution d'une décision. Le consentement oscille entre choix et contrainte. Il renvoie pour les professionnels de santé à *« une obligation d'informer (...) [qui] se transforme*

⁹ ANESM, 2011, Accueil et projet personnalisé en EHPAD.

¹⁰ TACNET-AUZZINO D, 2009, « La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD ». *Gérontologie et société* 4/2009 (n° 131), p. 99-121

parfois en obligation de convaincre de la nécessité de l'acte [médical] », lorsque celui-ci paraît indispensable (Devers, en référence au Code de la santé publique, art. L.1111-4). Le consentement est aussi, pour FRAISSE, l'acte « par lequel quelqu'un donne à une décision dont un autre a eu l'initiative, l'adhésion personnelle nécessaire pour donner l'exécution ».

Dans les faits, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) souligne que « *le consentement est quasi systématiquement le produit d'une tension : tension entre le souhaité et le possible, entre le désir légitime de l'individu et l'autorité d'une instance extérieure, qu'il s'agisse d'un sachant (médecin, juriste...) ou d'une norme sociale. Dans ces conditions, la notion de consentement ne peut se réduire à la forme binaire que connaît le droit, mais renvoie plutôt à la plus forte adhésion possible à une proposition*¹¹ ». Outre le placement en institution, le consentement à l'entrée intègre de plus le choix du lieu de résidence. S'assurer que le consentement exprimé par la personne entrante en EHPAD soit bel et bien libre et éclairé est donc essentiel.

L'assentiment, représente une forme dégradée du consentement fréquemment retrouvée en EHPAD. La notion d'assentiment n'a pas de fondement juridique. Toutefois, celle-ci est employée dans la mesure où elle favorise la prise en compte des souhaits de la personne âgée, même lorsque cette dernière n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté de manière pleinement éclairée, comme chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée Alzheimer. Rechercher l'assentiment de la personne au moment de son admission peut devenir un substitut à la recherche du consentement. Suivant la Fondation Médéric Alzheimer, 73% des EHPAD déclarent dans ce cas de figure rechercher le recueil de l'assentiment de la personne âgée. Par ailleurs, 24% des EHPAD ne tiennent compte ni du consentement, ni de l'assentiment de la personne âgée à son admission, en se contentant de recueillir le consentement de la famille ou du représentant légal. Le recueil de l'assentiment se retrouve plus fréquemment dans les établissements du secteur privé non lucratif (78%) et du secteur public (73%) que dans les établissements du secteur commercial (67%). Lorsque l'assentiment de la personne est mis en œuvre, ce recueil est effectué le plus souvent oralement ou par l'observation de l'expression non verbale et du comportement de la personne âgée dans 73% des EHPAD. Dans 22% des EHPAD, la recherche de l'assentiment intervient au moment de la signature du contrat de séjour ou d'admission. Par ailleurs, 12% des EHPAD interrogés déclarent avoir recours à cette occasion à un entretien avec un psychologue, un neuropsychologue ou un psychiatre¹².

¹¹ CNCDH (2015) Avis sur le consentement des personnes vulnérables, JORF n°0158 du 10/07/2015

¹² BATTISTA E, 2013, *Entre 2009 et 2012, les Ehpads ont accompli des efforts pour respecter les droits des résidents*, revue Hospimedia, du 09/07/2013.

1.1.3 La recherche du consentement sort renforcée de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Le projet de loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement est en cours de discussion au Parlement. Le texte a été adopté en première lecture par l'Assemblée nationale et par le Sénat. Le texte fera ensuite l'objet d'une seconde lecture fin 2015. Les parlementaires ont souhaité renforcer la place du consentement à l'entrée en EHPAD. A cette fin, les députés ont proposé en première lecture de renforcer les droits de l'utilisateur en rendant obligatoire le « recueil du consentement » à l'entrée en établissement. Cette formulation a suscité l'ire de nombreux professionnels, en raison du caractère jugé irréaliste de cette réforme. Ces oppositions ont été prises en compte par un amendement sénatorial qui a abandonné le recueil au profit de la « recherche du consentement ». Un consensus parlementaire a en revanche été trouvé, rendant obligatoire la participation du médecin coordonnateur au recueil du consentement de la personne admise en EHPAD par le directeur¹³. Pour la CNDH, auditionnée dans le cadre des travaux préparatoires au projet de loi, il n'est pas nécessaire de modifier plus avant le cadre législatif actuel relatif au consentement à l'entrée en établissement médico-social¹⁴.

1.2 Si l'entrée en EHPAD répond à des situations individuelles diverses, elle reste dans la plupart des cas un choix contraint

La recherche du consentement est interdépendante de l'état de la personne admise. Comme le rappelle Robert MOULIAS, « *le consentement est une obligation légale. Plus qu'un consentement subi, c'est une coopération active à la décision qui doit être recherchée. L'entrée en institution est une décision trop importante pour être bâclée avec des informations erronées ou trompeuses*¹⁵ ». Plusieurs cas de figure peuvent se présenter. L'entrée en EHPAD peut ainsi être voulue par la personne âgée (1.2.1), mais majoritairement, celle-ci reste un choix contraint (1.2.2). La recherche du consentement doit s'adapter en conséquent à ces deux situations.

1.2.1 L'entrée en EHPAD peut être volontairement demandée par la personne âgée

Ce cas de figure concerne environ un cinquième des dossiers déposés auprès du secrétariat du Pôle. Martine DORANGE distingue les personnes âgées qui vivent ce passage comme une expérience douloureuse de celles pour qui cette décision est perçue comme raisonnable et qui vivent de ce fait cette transition de manière beaucoup plus sereine : « *Quoiqu'il en soit certaines personnes très âgées mûrissent leur projet,*

¹³ Dépêche Hospimédia reprise par EHPAD'Mag, n°34, mai 2015

¹⁴ CNDH (2015) Avis sur le consentement des personnes vulnérables, JORF n°0158 du 10/07/2015

¹⁵ MOULIAS R, 2007, « Pour de bonnes pratiques de l'admission en institution gériatrique », *Gérontologie et Société*, n°112, pp 239-240.p 93

*cherchent elles-mêmes la structure la plus à même de leur convenir et décident du moment de leur entrée*¹⁶ ». Ainsi, bien que pouvant être vulnérables et fragiles physiquement ou psychologiquement, certaines personnes sont sereines et réalistes face à la perspective de leur entrée en institution et peuvent ainsi mieux l'anticiper, en préparant au mieux la transition avec leur nouveau lieu de vie.

L'entrée en EHPAD peut représenter un choix volontaire, où la personne âgée est lucide, autonome et demande elle-même son admission. Ces cas de figure ont été étudiés par Magali GUICHARDON¹⁷. L'isolement à domicile motive 80% de ces demandes, suivi par la peur de l'accident. 10% des personnes entrant volontairement en EHPAD disent éprouver des difficultés à organiser leur vie quotidienne (course, repas, ménage...). Pour ces dernières l'entrée en EHPAD se substitue à l'aide à domicile. La recherche d'un lien social intervient aussi chez les plus valides (60% des résidents en GIR 6).

Le recueil du consentement de la personne âgée apparaît être ici une tâche aisée. Il convient ici de respecter la volonté de la personne en l'orientant vers l'établissement qui lui conviendrait le mieux et en s'assurant du caractère volontaire et réfléchi de sa demande. Trois points nécessitent toutefois une attention soutenue de la part du personnel de l'EHPAD en charge des admissions : la volonté d'entrer en institution ne répond pas nécessairement à un choix délibéré de la personne et reste indissociable de son contexte de vie, qu'il est indispensable de connaître au préalable. Il convient également de s'assurer de la véracité du consentement exprimé par la personne âgée, en vérifiant s'il n'existe pas une pression cachée exercée par l'entourage (famille, voisin, médecin...). Il convient enfin d'être en mesure de proposer une réponse institutionnelle adaptée permettant à la personne de revenir sur son choix initial en cas de déconvenue. Un suivi de la personne après son entrée est également indispensable, Martine DORANGE soulignant à ce sujet la difficulté à quitter son domicile et à se séparer de son environnement de vie habituel qui abrite toute l'histoire familiale, les souvenirs ainsi que sa propre identité, malgré le fait que cette expérience soit anticipée.

A cette fin, Magali GUICHARDON préconise la mise en place de six critères d'admission. Un entretien établit en premier lieu que la demande d'entrée signée provient bien de la décision volontaire, délibérée et consciente de la personne. Cet entretien précise les motivations de la personne, ses projets de vie, sa connaissance des implications familiales, sociales, financières, personnelles de ce choix, avec leurs avantages et leurs inconvénients. Le choix de l'établissement est ensuite recherché avec la personne, en fonction de ses désirs, de la situation géographique de ses proches, de ses ressources, de son état de santé et des possibilités des divers établissements à y répondre. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD vérifie que l'établissement choisi correspond au profil

¹⁶ DORANGE M, 2005, « Entrée en institution et paroles de vieux », *Gérontologie et société*, n°112, pp123-139

¹⁷ GUICHARDON M, 2005, « Quand l'entrée en EHPAD est un choix, » *Gérontologie et société*, n° 112, pp. 157-162

de la personne et que celle-ci pourra s'y adapter compte tenu de l'environnement proposé. Si l'entrée n'est pas une urgence il est suggéré à la personne un délai de réflexion, des visites de l'établissement, d'éventuels séjours temporaires, ainsi qu'une prise de connaissance avec la direction, le personnel, les autres résidents. La personne peut enfin revenir sur sa décision à tout moment. « *Ces étapes sont primordiales au choix et à la réussite de l'intégration future. Il incombe aux différents professionnels rencontrés de bien préciser le profil de l'institution et de ne pas hésiter à refuser quand le profil de l'EHPAD (géographique, architectural, religieux, autres résidents...) paraît ne pas correspondre aux attentes de la personne demandeuse¹⁸* ». Par ailleurs, la question de la possibilité d'un maintien à domicile peut être évoquée, en vérifiant si les difficultés de maintien à domicile invoquées par la personne ne peuvent pas être levées autrement qu'en entrant en EHPAD.

1.2.2 L'entrée en EHPAD reste majoritairement un choix subi

A) L'entrée en EHPAD est un choix le plus souvent contraint par la dépendance

La dépendance représente la principale motivation pour entrer en EHPAD. Comme le souligne Magali GUICHARDON, si « *le grand âge ne génère pas la dépendance, la maladie y contribue* ». La dépendance génère un contexte de crise, dans lequel la décision d'entrer en institution trouve sa source, selon Louis PLOTON. Les maladies pathologiques et physiques combinées avec le vieillissement conduisent la personne âgée à solliciter une aide extérieure pour maintenir une qualité de vie correcte. DELIOT et CASAGRANDE résumant cette situation : « *L'événement de s'installer en maison de retraite, d'y vivre jusqu'à la fin de sa vie de façon irréversible, définitive est rarement le fait de la réalisation d'un projet, ou l'avènement du processus de la décision, mais la plupart du temps l'œuvre de la nécessité, la force de l'obligation. L'entrée en maison de retraite advient comme un non choix. Elle est bien souvent prescrite, commandée par la décision de l'autre, qui peut être le médecin, la famille. L'installation est alors brutale et soudaine* ».

Toutefois, pour Philippe GABERAN, la notion de dépendance reste ambivalente. Il rappelle que l'être humain fait l'expérience de la dépendance dès sa petite enfance et, plutôt que d'être vue comme une subordination à autrui, la dépendance peut être considérée comme un vecteur d'humanisation dans la mesure où « *un individu privé du lien à l'autre n'accède pas à ce qui fait humanité de l'homme* »¹⁹. Si l'entrée en EHPAD peut être considérée comme un assujettissement à une nouvelle forme de vie renvoyant à la personne âgée l'image de sa propre dépendance, celle-ci peut aussi être considérée comme un moyen de regagner en dignité humaine. Pour GABERAN « *ce n'est donc pas tant la dépendance qui est source de mal-être, mais la crainte de ce que celle-ci peut faire*

¹⁸ GUICHARDON, idem, p 161

vivre dès lors que l'environnement n'est pas propice²⁰ ». A ce sujet, N JAUJOU, E MINNAERT et L RIOT mettent en exergue le risque de chute dans la perception qu'a la personne âgée de sa propre dépendance. Pour ces auteurs, « *ce risque est omniprésent dans l'esprit des personnes âgées. La chute a en effet un rôle central dans les circonstances de leur entrée en institution et des conséquences sur leur itinéraire dans les établissements spécialisés une fois qu'elles s'y trouvent hébergées. La chute marque un tournant dans la vie des personnes âgées, en ce qu'elle représente un moment fatidique où l'individu fait acte socialement de sa vulnérabilité et, sans le vouloir, pousse sa famille à agir pour pallier l'incapacité à rester seul que cet acte manifeste. Dans les récits des résidents, la chute apparaît comme un élément déclencheur : à l'origine de handicaps durables, elle entraîne souvent un premiers recours à des services ou des institutions de soins et des changements décisifs au sein des institutions (utilisation de fauteuil roulant, interventions des personnes soignants)*²¹ ». Ce risque représente ainsi le principal argument qui a poussé M. H, résident à la résidence Jeanne Jugan, à quitter son domicile pour entrer en EHPAD.

La transition entre le domicile et l'EHPAD peut être vécue douloureusement par la personne âgée. Pour elle, ce changement s'apparente au renoncement à la vie antérieure et témoigne d'une certaine déchéance, devant des facultés qui s'évanouissent peu à peu. Face à cette évolution, la personne se confronte à une adaptation qui sera pour PLOTON « *psychiquement coûteuse pour (...) devenir un spectateur de la vie qui attend (...)* »²². La perte de ses capacités physiques ou mentales conduit en effet la personne âgée à redevenir dépendante. La dépendance véhicule des connotations négatives. Elle implique ainsi, pour GABERAN, de « *devoir subir la vie et d'être redevable d'un autre* »²³.

B) La personne peut ne pas être en capacité de décider par elle-même son entrée

Les situations où la personne est ou semble incapable de décider pour elle-même et donc d'être en mesure d'exprimer son consentement représentent pour MOULIAS les cas les plus fréquents et les plus difficiles à gérer : « *L'anosognosie de ces malades ne leur permet souvent pas de comprendre la nécessité d'un tel accueil, puisqu'ils ignorent leurs déficiences. La plupart de ces admissions sont en fait imposées, situation à la fois nécessaire dans les faits et illégale dans le Droit*²⁴ », alors même que « *ces admissions où le consentement n'a pu être parfaitement éclairé, faute d'une pleine compréhension, ou a été oublié, sont celles qui doivent être entourées du plus de garanties* ».

¹⁹ ¹⁹GUICHARDON, Idem, p 49. et p 53

²¹ N JAUJOU, E MINNAERT, L RIOT, *L'EHPAD : pour finir de vieillir, Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*. Etude réalisée pour le Centre d'analyse stratégique par la fondation Maison des sciences de l'Homme, 2006, p : 31

²² PLOTON L (2005). *À propos du placement des personnes âgées*. Gérontologie et société, n°112, p. 93

²³ GABERAN P, 2006, *De l'enfance à la vieillesse, la dépendance : une qualité humaine*, Reliance, n°21, p. 49.

²⁴.ibidem

La personne peut par ailleurs exprimer son refus explicitement, de façon claire, ou par une attitude si elle a perdu ses capacités d'expression verbale. Ce cas de figure rend à première vue l'admission impossible, faute de consentement. Toutefois, MOULIAS invite à prendre en compte la situation de la personne qui peut rendre le maintien à domicile objectivement impossible (violence physique ou psychologique contre les aidants, personne présentant une dangerosité pour elle-même ou pour autrui). MOULIAS souligne par ailleurs que l'état de la personne peut s'améliorer suite à son entrée en EHPAD : « *il n'est pas rare qu'une fois le choc du transfert passé, les personnes admises après préparation s'améliorent, soit que le diagnostic soit rectifié et le traitement mieux adapté, soit que l'institution permette un environnement moins anxiogène qu'au domicile, soit, surtout, qu'une vie sociale plus active participe à cette amélioration. Il n'est pas rare de voir un malade en situation de refus agressif s'adapter à l'institution et y vivre heureux*²⁵ ». Cette situation se vérifie sur le terrain. Mme CHAUVEL, directrice de l'EHPAD de Livré sur Changeon (35) rapporte ainsi le cas d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer qui, après un refus d'entrée en EHPAD, s'est rapidement acclimatée à son nouveau lieu de vie, au point de ne plus vouloir revoir son ancien domicile, pourtant distant que d'une centaine de mètres.

Une mesure de tutelle représente à première vue une solution séduisante pour traiter ces deux derniers cas de figure. Elle reste en fait une solution inadaptée. La mise en place d'une tutelle nécessite en effet une procédure longue de plusieurs mois qui ne tient pas compte de l'évolution de l'état de la personne âgée. De plus, la tutelle élude la question principale qu'elle est censée régler, le recueil du consentement de la personne à son entrée en EHPAD. Pour MOULIAS, placer une personne sans son consentement réel représente « *une séquestration illégale*²⁶ » et porte atteinte à sa liberté, tout en favorisant la survenue d'actes la mettant elle-même en danger (fugue, épisode dépressif, troubles psychiatriques, réactions hostiles...). Face à la force de ces propos, il est nécessaire de rappeler que la loi protège le droit au consentement de la personne placée sous tutelle. La loi du 5 mars 2007 reconnaît à la personne protégée le droit de participer aux décisions la concernant, la mission du tuteur étant de protéger les droits de la personne et de les faire valoir. L'article 459-2 du code civil dispose par ailleurs que « *la personne protégée choisit le lieu de sa résidence* ». Cette dernière entretient librement des relations personnelles avec tout tiers, parent ou non. Elle a le droit d'être visitée et, le cas échéant, hébergée par ceux-ci. Cet article consacre expressément le principe du libre choix par la personne protégée de son lieu de résidence, ce qui implique également la liberté d'en changer. Il faut enfin rappeler que le juge des tutelles doit obtenir le consentement verbal de la personne en l'auditionnant au préalable.

²⁵ MOULIAS R, 2007, « Pour de bonnes pratiques de l'admission en institution gériatrique », *Gérontologie et Société*, n°112, pp 239-240.p 93.

²⁶ Ibidem

MOULIAS préconise à l'inverse d'informer dans tous les cas la personne âgée, celle-ci « *comprenant plus qu'il ne peut le montrer* ». Il est possible d'obtenir le consentement à l'entrée en sollicitant l'accord de la personne sans lui mentir, en lui proposant plusieurs solutions envisageables, dernier essai de maintien à domicile avant l'entrée en EHPAD ou hébergement temporaire, par exemple. Les troubles de la mémoire doivent faire répéter au besoin par le résident la proposition retenue et les conditions de l'accord. Louis PLOTON reprend aussi cette démarche, la personne finissant par donner son accord à la solution proposée « *en se sacrifiant pour son entourage* »²⁷. La mise en œuvre de cette solution implique la réalisation d'une évaluation gériatrique pluridisciplinaire nécessaire à l'établissement d'un consensus médical autour de la personne âgée, celle-ci étant invitée à participer à l'élaboration de ce consensus qui conclut ou non à l'admission en pesant soigneusement toutes les solutions : choix de l'établissement pour ses compétences dans la prise en soin et le respect de telles personnes, maintien d'un lien fort avec l'aidant familial malgré l'admission, suivi après l'admission, tolérance de ce changement de domicile, écoute de la personne déplacée, recherche de ses souhaits²⁸... Cette décision initiale, entrée en institution ou maintien à domicile, doit ensuite faire nécessairement l'objet d'un suivi ultérieur. Ce suivi permet d'une part de rappeler à une personne atteinte de troubles cognitifs le sens d'une décision d'entrée qu'elle aura oublié, en répondant à ses questions et en lui donnant des explications simples pour qu'elle ne se sente pas enfermée dans l'institution. Ce suivi offre aussi l'occasion de rouvrir le dialogue relatif à l'entrée en EHPAD, si celle-ci représente une solution préférable au maintien à domicile.

1.3 La place ambivalente de l'entourage familial lors de l'entrée en EHPAD

Contrairement à la protection de l'enfance ou au domaine du handicap, le CASF reste muet sur la participation des familles en ce qui concerne l'hébergement des personnes âgées dépendantes. La seule exception à ce silence relève des Conseils de la Vie Sociale (CVS), où le CASF prévoit la présence de représentant des familles des résidents en leur sein. Toutefois, silence ne doit pas rimer avec inaction dans ce domaine. A ce sujet, les recommandations de L'ANESM évoquent très fréquemment le rôle des familles et des proches qu'il convient d'associer à l'accompagnement des personnes accueillies. Robert MOULIAS rappelle à ce sujet qu'une décision d'entrer en EHPAD concerne aussi la vie des proches. Celle du conjoint, tout d'abord, « *doit-il désormais vivre seul ou accompagner son épouse, ou époux, dans un lieu de vie assistée dont il n'a pas besoin ?* ». Celle des enfants, ensuite : « *on les culpabilise d'abandonner leur parent à des mains mercenaires et on les taxe sur la maladie de leur parent : double peine légale.* ».

²⁷ Entretien du 9/07/2015

²⁸ MOULIAS, *ibidem*

A) L'entrée en EHPAD reste souvent un choix par défaut mal vécu par les familles

L'entrée en EHPAD représente une charge émotionnelle forte pour la structure familiale. Christelle DE CONTO rappelle à ce sujet la souffrance des familles confrontées à l'entrée de leur proche en EHPAD. L'admission en EHPAD, la plus retardée possible, intervient le plus souvent en dernière extrémité lorsque toutes les démarches d'aides et de maintien à domicile deviennent inefficaces devant l'aggravation de l'état du patient. Malgré les règles que tente d'établir l'univers institutionnel afin de garantir un accueil le plus serein possible, « *l'installation d'un parent dément est souvent ressentie comme un échec par des familles qui souffrent*²⁹ ». Il est à signaler qu'une entrée retardée peut conduire à une entrée difficile, la dégradation avancée de l'état physique ou psychique de la personne âgée compliquant sa bonne intégration au sein de l'établissement d'accueil.

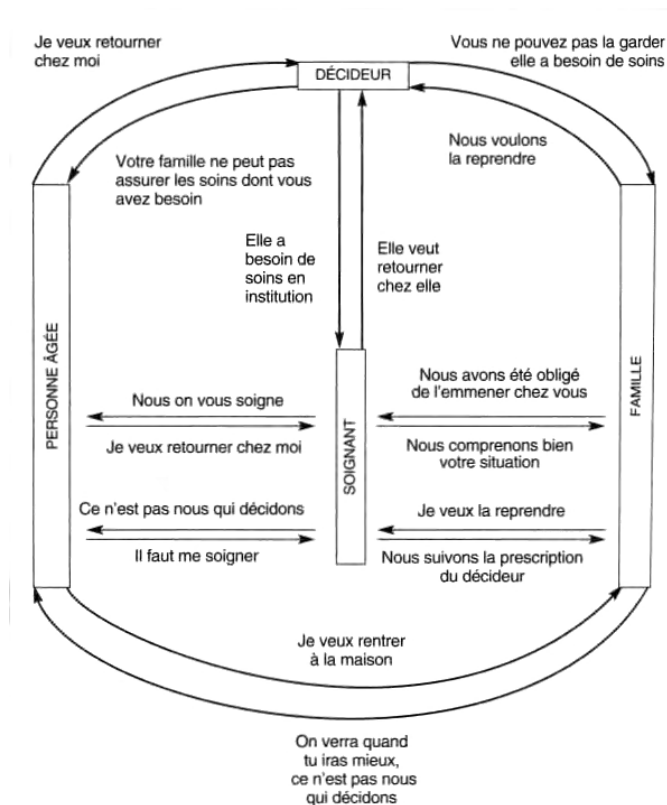
Louis PLOTON montre aussi l'ambiguïté de ces rapports familiaux lors de l'entrée en EHPAD. Pour lui, une admission représente « *sûrement une catastrophe dans la vie du patient, sûrement un sauvetage pour son entourage*³⁰ ». Intérêt et bien-être du résident et des familles peuvent donc devenir contradictoires. Cette contradiction : pouvoir souffler, mais échouer à garder son proche à domicile, peut être très culpabilisatrice pour les familles. La famille peut dès lors reporter son sentiment de culpabilité sur l'établissement, le plus souvent sous la forme de reproches, d'agressivité et d'exigences irréalisables à l'encontre de l'institution et de son personnel. Thierry DARNAUD livre plusieurs exemples de ce type dans son ouvrage.

Par ailleurs, le positionnement de l'établissement d'accueil par rapport à la famille peut contribuer à aggraver l'état de santé du résident, dans ce que Thierry DARNAUD appelle une relation symétrique entre famille, décideur (le médecin qui prescrit l'entrée en EHPAD) et l'établissement d'accueil³¹. Ces rapports entre ces trois acteurs dessinent selon DONNIO un triptyque famille/résident, famille/institution, coordination des différents professionnels. Ce triptyque peut dysfonctionner lorsque ces trois acteurs cherchent à satisfaire les attentes supposées des autres, en éludant le point de vue du résident. La personne âgée, qui souhaite savoir quand elle va pouvoir rentrer chez elle, se heurte aux non réponses croisées de l'institution, de la famille et du prescripteur, chacun souhaitant se référer aux attentes des deux autres afin d'agir « pour son bien ». Face à cette alliance tacite entre famille et établissement et ces non réponses, le résident peut développer des troubles passifs, tels que la dépression ou des troubles actifs, tels que des sorties intempestives ou de l'agressivité. Ce type de relations peut se retranscrire à l'aide du schéma ci-dessous³² :

²⁹ DE CONTO C (2005), « *tu verras, tu seras bien...* » *Placement et ambivalence affective dans le milieu familial*, *Gérontologie et société* 1 (n° 112), p. 115-122

³⁰ Entretien avec M PLOTON le 9/07/2015

³¹ ³¹ DARNAUD T., 2007, *L'entrée en maison de retraite une lecture systémique du temps de l'accueil*, nouvelle édition mise à jour, Issy-Les-Moulineaux : ESF éditeur, 189 p.



Par ailleurs, les membres de la famille n'ont pas tous la même approche par rapport à l'entrée d'un proche en EHPAD. Thierry DARNAUD met ainsi en évidence les relations privilégiées, ou au contraire conflictuelles, qui peuvent s'instaurer au sein de la cellule familiale au moment de l'entrée en EHPAD. Afin de mettre en évidence les positions des uns et des autres au sein des familles, il préconise la mise en place de génogrammes. Le génogramme est un outil qui a été formalisé par Murray BOWEN. Il permet d'établir une représentation graphique d'une famille. Si cette représentation graphique fait apparaître les membres de la famille sur au moins trois générations, elle n'est pas pour autant un arbre généalogique. Elle mentionne ainsi l'ensemble des informations jugées utiles à la bonne compréhension de la cellule familiale, comme les événements marquants (naissance, mariages, séparations, décès), les activités professionnelles, ou encore les lieux de résidence et de villégiature des différents membres de la famille. La qualité des relations entre les différentes personnes qui le composent est symbolisée par un dessin. Un exemple de génogramme et son principe de conception sont explicités en annexe.

B) Les familles interfèrent dans le recueil du consentement de la personne âgée à l'entrée en EHPAD

Robert MOULIAS évoque la présence de familles demandant l'admission en EHPAD d'une personne âgée, alors même que cette dernière est lucide et autonome. La famille ne pouvant se substituer au consentement exprimé par le bénéficiaire de la mesure d'accueil, cette demande ne peut pas à première vue aboutir. Toutefois, ces types de situations peuvent cependant cacher une réelle détresse autour de la prise en charge de la personne âgée à domicile par la famille. MOULIAS ajoute à ce sujet qu'un enfant ne

devrait jamais être forcé à garder un parent contre son gré : « *la décision des enfants ne doit pas être imposée au parent, ni la décision du parent aux enfants* ». En outre, l'aidant familial « *ne doit jamais être sacrifié à son malade, au prétexte que la personne malade est incapable de donner son « consentement éclairé » à son admission en EHPAD* ». Le directeur peut agir ici efficacement en amorçant une sortie de crise par l'écoute et le dialogue entre les deux parties et en s'assurant que la personne dispose des capacités de vivre chez elle seule ou avec une aide à domicile.

Une situation opposée, et tout aussi insatisfaisante, peut se produire quand une famille refuse l'admission d'une personne âgée incapable de décider et dont l'état nécessite une institution médicalisée. Le refus de la famille prend source autour de considérations financières, en raison du coût du reste à charge du forfait hébergement en EHPAD. Cette situation conduit à de fréquents allers-retours entre le domicile et l'hôpital, faute d'un maintien à domicile adapté et rendu impossible par l'évolution de la pathologie de la personne âgée. Un entretien auprès de l'assistante sociale ou de la direction peut lever dans ce cas de figure ces oppositions à l'entrée en établissement.

La recherche du consentement à l'admission est la règle dans les EHPAD du CH de Laval. Toutefois, les difficultés cognitives de la majorité des résidents amènent la famille, fille ou belle-fille le plus souvent, à entamer les démarches d'inscription sans y associer le futur résident. Si la personne âgée refuse son admission, la règle est de refuser l'entrée. Un cas s'est ainsi produit aux Charmilles, où une personne refusait catégoriquement d'entrer en EHPAD, malgré les pressions de son fils qui avait instruit le dossier d'admission. A l'examen, il s'est avéré que celui-ci ne connaissait pas les alternatives à l'entrée en EHPAD. Un essai de retour à domicile de la personne a pu alors être entrepris. Plus généralement, les cadres de santé ou l'assistante sociale contrôlent la véracité du consentement en posant les questions suivantes au futur résident : *Ont-ils déjà parlé de ce projet avec leurs enfants ? Que pensent-ils du fait d'entrer en structure ?* Selon les cadres de santé, les résidents disent en général ce qu'ils décident, même si ceux-ci sont psychologiquement diminués.

Néanmoins, les cas de personnes arrivant sans leur consentement ou les cas de famille mentant au résident en refusant de dire qu'il s'agit d'une entrée définitive restent fréquents, d'après les témoignages des IDE et AMP rencontrés : « *Les enfants ont pris la décision de la placer, alors que la personne refusait catégoriquement d'être ici* ». Celle-ci préférant rentrer chez elle ou aller chez ses enfants. Dans ce cas de figure, le personnel soignant l'aide à comprendre qu'elle ne peut plus rester chez elle, et lui explique les raisons pour lesquelles son retour à domicile n'est pas possible. Il est à relever que l'absence de protocole d'accueil du résident ne permet pas au personnel d'apporter une réponse satisfaisante à ces situations.

Cette situation représente, selon les mots d'Isabelle MALON, « *un placement violent* ». Dans ce cas-là, la personne âgée a beaucoup de difficultés à reconstruire un monde

stable dans l'EHPAD. « *La violence symbolique du placement est d'autant plus intense* », s'il est réalisé par les enfants sans prévenir le parent concerné. La situation des EHPAD du CH de Laval recoupe donc le constat dressé par l'ANESM : « *Ce principe du libre choix est largement bafoué dans la réalité. De nombreuses personnes âgées rentrent en institution faute de mesures alternatives ou de choix dans le dispositif d'accompagnement du grand âge. Les familles, trop souvent confrontées à l'un de leur proche présentant une perte d'autonomie et vivant seul dans un appartement, sont parfois conduites à souscrire un contrat de séjour avec un établissement sans obtenir nécessairement le consentement libre et éclairé de l'intéressé³³* ».

* * *

La recherche du consentement de la personne âgée à son entrée en EHPAD doit tenir compte de son contexte précis, marqué par un état de dépendance accrue qui finit par rendre le maintien à domicile illusoire. Danièle TACNET AUZZINO rappelle cette contrainte sous forme interrogative : « *Le consentement « libre et éclairé », au sens juridique du terme, de la personne âgée qui entre en EHPAD n'est-il pas un peu écorné quand on sait que sa décision est obérée par beaucoup de facteurs qui, s'ils n'avaient pas été tous réunis en sa défaveur, lui auraient laissé la possibilité de continuer à vivre à son domicile ? Que devient le concept d'autonomie de la personne face à la survenue de la dépendance physique et psychique ?³⁴* » Toutefois, d'autres contraintes, d'ordre institutionnelles celles-ci, interviennent également sur la décision d'entrée en EHPAD.

³³ ANESM Accueil et projet personnalisé en Ehpad, Analyse documentaire Accueil et projet personnalisé en Ehpad

³⁴ TACNET AUZZINO DANIELLE, « La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD. », *Gérontologie et société* 4/2009 (n° 131), p. 99-121

2 L'EHPAD devant le consentement des personnes âgées

Le plus souvent, l'entrée en EHPAD devient alors un choix contraint pour la personne âgée (2.1), tandis que pour ses proches, l'entrée en EHPAD de cette dernière reste un choix par défaut (2.2), perturbé de plus par des contraintes inhérentes à la gestion des places par l'EHPAD (2.3).

2.1 Le recueil du consentement dans la procédure d'admission actuelle

2.1.1 Les temporalités de l'entrée en EHPAD :

Pour J.-R LOUBAT, « l'accueil ne peut être relégué en un simple moment, à une simple admission, il se déroule dans le temps, dans l'opération et l'élaboration de l'exercice commun de la responsabilité³⁵ ». Le processus d'entrée se déroule en plusieurs temps, comme vu en introduction : la prise de décision, la préadmission, la commission d'admission, l'entrée administrative, le premier jour d'arrivée, les premières semaines. Le déroulement de l'admission est placé sous la responsabilité conjointe du directeur adjoint chargé des EHPAD et du médecin coordonnateur des EHPAD. Dans les faits, le directeur délègue ce rôle au cadre supérieur de santé. Une procédure d'admission obéit à des temporalités variables, où alternent des temps courts, où une décision doit être prise rapidement, sinon en urgence, suivis ou précédés de période d'attente s'étendant de quelques semaines à quelques mois.

Une procédure d'admission type en EHPAD comprend les étapes suivantes :

Dépôt du dossier	Attente	Réunion de la commission d'admission	Acceptation de la place	Entrée	Temps d'écoute avant élaboration du PVI	PVI
	De quelques jours à quelques mois	½ J	7 à 15 jours	1 à 2 h ½ J	3 semaines à 3 mois	

1. Le dépôt de la demande d'admission fait suite à une démarche entamée à l'initiative du résident, des familles, ou d'un tiers prescripteur (médecin de ville, services de l'Hôpital...). Le dépôt du dossier de demande d'admission représente l'élément déclencheur de la procédure. L'initiative de ce dépôt appartient au résident ou, plus fréquemment, à sa famille.
2. Le demandeur est inscrit sur liste d'attente. Cette phase d'attente est d'une durée variable. Cette durée se détermine en fonction des attentes exprimées lors du dépôt

³⁵ LOUBAT J.R, 2007, « Mettre en oeuvre un projet personnalisé de promotion », in ANESM, *Accueil et projet personnalisé en Ehpads, Analyse documentaire Accueil et projet personnalisé en Ehpads*, 59 p.

de la demande (chambre simple, exigence d'une résidence en particulier) et de la demande. Elle prend fin lorsqu'une place susceptible de correspondre à ces attentes se libère, le plus souvent suite au décès de son précédent occupant. Cette phase d'attente représente un temps généralement long, pouvant parfois s'étendre sur plusieurs mois.

3. La commission d'admission attribue une chambre en fonction des vœux initiaux de la personne, pondérés par son état de santé. Sa décision enclenche un temps court conduisant à l'entrée physique de la personne en EHPAD : le résident ou sa famille doivent accepter ou renoncer à la place proposée dans un délai bref (7 jours à Laval).
4. La durée entre l'acceptation de la place proposée et l'entrée effective est elle aussi très brève, de 5 à 10 jours.
5. L'entrée effective s'inscrit sur un temps très court, sur une demi-journée, généralement l'après-midi.
6. Le suivi de la personne entre son entrée et l'élaboration de son PVI s'effectue sur un laps de temps de un à trois mois.

Le temps dont dispose la personne pour se préparer à l'éventualité de son entrée en EHPAD est donc très variable et, dans un certain nombre de cas, perçu par elle-même et ses proches comme insuffisant. Or ce temps de réflexion et de préparation est un élément clé pour la qualité de vie ultérieure de la personne. La temporalité de l'accueil est donc à prendre en considération au moment de la mise en place de l'accompagnement à l'accueil.

2.1.2 La procédure d'admission répond aux bonnes pratiques de l'ANESM

Une procédure d'admission commune existe depuis 2013, avec la mise en place de la commission d'admission. Cette procédure se décline en deux sous-chapitres, l'admission en EHPAD et l'admission en Unités de Soins de Longue Durée (USLD), et précise les modalités administratives de chacune des étapes inhérentes au processus d'admission dans un lieu de vie et/ou de soins. Elle s'applique à l'ensemble des professionnels du CH et des EHPAD amenés à présenter des demandes d'admission et poursuit un triple objectif : proposer une admission en adéquation avec les besoins des résidents, leur état de santé et dans la mesure du possible dans le respect de leurs souhaits, optimiser le processus d'admission et le décrire dans une procédure organisationnelle, garantir une information homogène à tous les professionnels de l'établissement.

A) La décision d'entrer dans l'établissement

Les demandes d'admissions émanent soit de la personne elle-même ou de son entourage, des services hospitaliers (CH Laval ou autres), ou du médecin traitant pour les personnes vivant à domicile. La secrétaire référente admission du secrétariat du Rocher Fleuri centralise l'ensemble des demandes pour les quatre sites. Deux types de demande existent, les demandes en admission directe et les demandes de précaution. Une

demande de précaution est une demande d'entrée en structure en prévision d'une demande d'admission dans un délai supérieur à 6 mois. Cette dernière peut être transformée en demande d'admission par courrier ou par appel téléphonique. Le choix entre demande d'admission et de précaution est obligatoirement renseigné au moment du dépôt du dossier d'admission. Le fait de déposer un dossier de précaution amorce le processus et multiplie la chance d'avoir une place disponible lorsque la situation exige une entrée en EHPAD³⁶. Le souci vient du fait que les familles peuvent avoir du mal à anticiper la dégradation de la santé du proche. Le dossier de précaution doit être renouvelé tous les ans. Le secrétariat du Pôle conseille à ce sujet de renouveler la demande à l'occasion de l'anniversaire du demandeur.

Les dossiers d'admission comportent une partie administrative et une partie médicale. La personne sollicitant son admission doit ainsi habiter Laval ou son agglomération, à l'exception des rapprochements familiaux au cas par cas. Elle doit être âgée de plus de 60 ans, sauf dérogation du Conseil Départemental. Elle doit être informée de la demande et avoir donné son consentement pour l'admission en EHPAD ou USLD. Des critères médicaux et liés à l'état de dépendance s'appliquent également, l'état de santé du résident devant se trouver en adéquation avec les possibilités d'accueil de la structure. Lorsque le dossier est complet un courrier d'accusé réception de la demande est envoyé au futur résident ou à son représentant (tuteur, famille, personne de confiance). Ce courrier est accompagné d'une plaquette d'information et des tarifs des quatre sites.

La recherche du consentement à l'entrée qui s'opère dans le cadre de la procédure suivie par le Pôle médico-social du CH de Laval corrobore les craintes exprimées par Robert MOULIAS à propos des garanties qui doivent être apportées en termes de recherche du consentement à l'entrée. Celles-ci « doivent être d'autant plus rigoureuses que la personne est plus vulnérable. C'est généralement le contraire qui a lieu. S'il est habituel et normal que l'on vérifie les motivations de « placement » d'une personne apparemment lucide, la personne ayant des troubles de l'expression verbale est exposée à se retrouver en institution sans même avoir été informée, ou à recevoir une information fausse, à se voir refuser l'institution qui lui serait nécessaire (« trop lourde » dira le directeur), à être dirigée n'importe où par un service hospitalier se jugeant encombré par ce cas social...³⁷ »

La procédure d'admission des EHPAD du CH de Laval distingue deux situations. Dans le premier, **la demande émane du futur résident**, seul ou accompagné de sa famille. Ce dernier peut se présenter directement à la résidence où il sera reçu par le secrétariat à l'accueil, qui peut lui donner rendez-vous avec le cadre de santé ou l'assistante sociale. Le dossier unique de demande d'admission en EHPAD issu de l'article D 312-155-1 du CASF (formulaire cerfa n°14732*01) lui est remis. Une visite de l'établissement est

³⁶ Entretien avec les cadres de santé

également proposée. Dans cette situation, la décision est prise par le résident alors qu'il se trouve encore à domicile. Elle est censée garantir une expression libre et non faussée du consentement de celui-ci. Monsieur H était dans ce cas, en estimant que son maintien à domicile devenait dangereux en raison de ses risques de chute.

Dans le second cas, **le futur résident est dans l'incapacité de se déplacer**, par exemple lorsque la demande fait suite à une hospitalisation. La famille entame alors les démarches avec l'aide de l'assistante sociale et des médecins du service où est hospitalisée la personne âgée. Dans ce cas de figure, l'examen administratif du dossier s'accompagne d'une prise de contact téléphonique ou par courrier avec la famille, le médecin et les professionnels soignants. Il n'existe pas pour le moment de procédure répondant à cette situation permettant la prise en compte la parole de la personne âgée.

B) L'instruction du dossier

Il existe une liste d'attente. Le point de départ de cette liste correspond à la date de réception du dossier au secrétariat du Rocher Fleuri. Les dossiers d'admission et de précaution sont valables pour une durée d'un an .Au-delà de ce délai, la demande doit être réactivée. Sans relance du demandeur, l'établissement le contactera dans le délai d'un an et un mois. Après trois relances infructueuses, dont la dernière par courrier, le dossier est archivé et supprimé de la liste d'attente.

Les dossiers déposés sont examinés par ordre de priorité. Cette priorité concerne les demandes urgentes avérées, les demandes émanant des services du Centre Hospitalier avec un dossier complété, les rapprochements familiaux. A l'inverse existent des critères d'exclusion. La commission d'admission peut ainsi se réserver le droit de refuser une demande d'admission aux motifs d'incompatibilité de l'état de santé du résident avec les possibilités d'accueil dans la structure. Une réorientation de la personne âgée en USLD peut être proposée par la commission, alors même que la demande portait initialement sur une place d'EHPAD.

C) Un entre-deux marqué par un déficit de coordination avec les services du CH

Cette phase correspond à un temps d'attente entre le dépôt du dossier d'inscription et l'entrée effective. Ce temps, aléatoire, dépend des places qui se libèrent suite à un décès et au degré d'urgence de la situation personnelle de la personne. Dans ce laps de temps intervient une visite de l'établissement, proposée au résident avant son entrée dans la structure, quand celle-ci est réalisable par le résident.

Les visites sont organisées par le cadre de santé, le secrétariat ou l'IDE. La visite de précaution s'adresse aux personnes souhaitant connaître la structure d'accueil, pour eux-mêmes ou pour un proche. Il s'agit ici d'une présentation des grandes lignes de

^{37 37} MOULIAS, *ibidem*.

l'établissement. Cette visite dure 20 minutes environ. La visite peut aussi faire suite au dépôt d'un dossier de demande d'entrée immédiate. Elle se fait alors de préférence avec le futur résident et dure de 20 à 45 minutes. La visite de pré-entrée fait quant à elle suite au dépôt d'un dossier de demande d'entrée suite à une hospitalisation. Le dossier est déjà passé en commission, le futur résident n'a pas encore fait la visite. Elle précède l'entrée immédiate en urgence. Elle dure une heure.

Le déroulement d'une visite type intègre une présentation des locaux et du personnel du service. La visite permet également de répondre aux questions relatives à l'hôtellerie et au suivi médical. Une chambre du même type que celle qui sera proposée au résident est présentée lors de la visite. Deux types de chambres (double ou individuelle) peuvent être présentés sur demande, ce qui suppose la visite d'une chambre déjà occupée. Le cadre de santé explique en outre l'importance de la personnalisation de la chambre, en rappelant que les résidents sont avant tout des personnes âgées, et non des personnes malades. Le futur résident a la possibilité de participer au goûter avant son entrée à l'EHPAD Jeanne Jugan.

Dans les faits, le futur résident n'assiste cependant que très rarement à cette visite de pré-admission. Il entre le plus souvent dans son nouveau lieu de domiciliation sans avoir pu visiter son futur lieu de vie et voir au préalable sa future chambre, ni rencontrer le personnel de l'EHPAD. L'hospitalisation explique cette lacune, préjudiciable à la bonne intégration future du résident. Les EHPAD du pôle médico-social servent de structure d'aval aux services du CH de Laval, principalement le pôle SSR avec les soins de suite spécialisés et le service de médecine gériatrique aiguë, puisque près de 90% des nouveaux résidents des EHPAD en sont originaires. Toutefois, les relations entre pôles restent défailtantes dans les faits. Cette mauvaise coordination se répercute sur la qualité de la préparation des futurs résidents à leur entrée et séjour en EHPAD, et entrave la recherche de leur consentement.

Les problèmes d'organisation, de coordination, de prise en compte des problématiques et de partage des responsabilités entre les acteurs professionnels du territoire expliquent cette communication dégradée entre le Pôle et les autres pôles issus de la réforme de l'organisation générale du CH de Laval intervenue en 2014. Si ce changement organisationnel a permis à l'EHPAD de devenir un pôle autonome, et non plus un simple service, le nouvel organigramme de l'Hôpital éclate entre trois pôles les services ayant vocation à prendre en charge les personnes âgées dans le cadre d'une de la filière gériatrique : le pôle médico-social pour les quatre EHPAD et l'USLD, le pôle médecine de spécialité pour le service de médecine interne gériatrique. Les soins de suite et de réadaptation spécialisés dans les affections de la personne âgée polyopathologique et l'Unité cognitivo-comportementale (UCC) dépendent quant à eux du service de SSR spécialisés, lui-même rattaché au pôle soins de suite.

J'ai pu observer un exemple frappant durant mon stage, avec la réunion de deux instances de coordination partageant le même objectif, la coordination de l'ensemble des acteurs prenant en charge les personnes âgées sur le bassin de Laval : la Société gérontologique de la Mayenne, association de loi 1901 présidée par Mme TOUZARD, chef de service de gériatrie aiguë, et la commission de coordination gériatrique, animée quant à elle par la directrice adjointe en charge du pôle médico-social. Si un public appréciable (de 20 à 30 personnes environ) était présent à ces deux réunions, les participants n'étaient pas les mêmes. J'étais ainsi le seul représentant du pôle présent à l'assemblée générale de la société gérontologique de Mayenne, alors qu'en retour le chef de service de médecine gériatrique aiguë et le chef du pôle SSR n'étaient pas présents à la réunion de la commission de coordination gériatrique. Le directeur du CH de Laval était présent à cette dernière réunion³⁸.

D) La réunion de la commission d'admission

L'existence d'une commission d'admission se réunissant régulièrement pour examiner collégalement les demandes d'admission satisfait aux préconisations de l'ANESM sur les garanties apportées à la libre expression du consentement à l'entrée en EHPAD. La commission des admissions met en œuvre la politique d'admission des EHPAD-USLD en instruisant et en priorisant les demandes d'admission. Elle dispose ainsi d'une vision globale des admissions. Le déroulement de l'admission est placé sous la responsabilité conjointe du directeur adjoint, du médecin coordonnateur des EHPAD. La commission dispose d'un règlement interne. La commission d'admission se compose du directeur adjoint en charge du pôle médico-social du CH de Laval, du cadre supérieur de santé, du médecin Coordonnateur des EHPAD en charge des admissions, de l'assistante sociale des EHPAD, du référent administratif des admissions. En pratique le directeur adjoint n'assiste que très rarement aux commissions d'admission.

L'examen des dossiers au sein de la commission d'admission suit le circuit suivant : le cadre supérieur de santé et le référent admission des EHPAD préparent conjointement l'ordre du jour de la commission. Le dossier passe devant la commission d'admission. Celle-ci se réunit tous les 15 jours, le calendrier pouvant être ajusté en fonction des absences d'un des membres. La commission d'admission examine les dossiers inscrits sur la liste d'attente et les dossiers urgents en fonction des places disponibles. Les membres de la commission font une évaluation globale des demandes traitées. Ces derniers peuvent en outre être amenés à solliciter des personnes ressources extérieures afin de recueillir les éléments nécessaires auprès des familles ou des soignants. De la même manière, les médecins référents ou les cadres de santé de l'USLD et de l'EHPAD

³⁸ Le CH de Laval comporte désormais 11 pôles : cinq pôles d'activité clinique, le pôle médico social, deux pôles de prestations médico-économiques (Pôle ambulatoires et santé publique, Pôle médico-technique), trois pôles non médicaux (Pôle logistique, Pôle gestion, Pôle management).

peuvent être sollicités pour participer à la commission d'admission et donner leur avis sur les admissions dans leur secteur. A l'issue de la réunion de la commission d'admission, l'ordre de priorité des demandes est réévalué en fonction des critères d'admission vus plus haut. La décision d'admission est prise par le directeur sur avis du médecin coordonnateur. Après la commission, le Cadre de la structure d'accueil met en place les démarches nécessaires à l'accueil de la personne, décrites dans la procédure d'accueil en EHPAD.

La procédure d'admission est désormais rodée. La composition, les compétences et le fonctionnement de la commission d'admission font l'objet d'une procédure formalisée connue par les équipes des quatre sites. Il reste maintenant à créer, puis à déployer dans les EHPAD, une procédure d'accueil des nouveaux résidents, qui se résume pour le moment à une simple « *ligne de conduite* »³⁹.

2.1.3 Une procédure d'accueil pluridisciplinaire non encore formalisée

Contrairement à la procédure d'admission désormais mise en place autour de la commission d'admission, l'accueil du résident en EHPAD n'a pas fait pour le moment l'objet d'une procédure écrite formalisée. Plusieurs axes d'amélioration ont néanmoins été identifiées, dans le but d'améliorer la prise en charge du nouveau résident le jour de son entrée. Certaines actions ont en outre été mises en place récemment telles que la préparation de la chambre le jour de l'entrée (plante, carte de bienvenue...). Par ailleurs, une fiche procédure, élaborée par le cadre de santé de l'EHPAD Jeanne Jugan, conjointement avec les AMP de l'établissement, est actuellement à l'ébauche. Cette fiche procédure prévoit les étapes suivantes :

- Prendre une photo du résident pour le trombinoscope de l'établissement.
- Donner une clé de la chambre (valable pour le bâtiment bas) au tableau de la salle des transmissions.
- Donner une éphéméride, avec la date du jour.
- Donner la gazette du mois au résident (journal mensuel rédigé par les résidents et les AMP remis à l'ensemble des résidents en début de mois).
- Donner une feuille des horaires pour le menu.
- Prendre connaissance de son histoire de vie
- Prévoir un moment pour le recueil de vie (loi 2002-2). Ce recueil de vie est intégré dans la deuxième page du dossier de soins
- Aider à l'installation du résident, avec l'intervention de l'équipe technique en vue d'adapter la chambre aux besoins du résident.
- Vérifier si le linge est marqué (la vérification est faite par l'AMP)

³⁹ Entretien du 15/07/2015 avec Mme LOUIS, cadre de santé,

- Evaluer l'intégration (évaluation verbale pour le moment).

L'accueil du nouveau résident concerne en tout état de cause l'ensemble des professionnels présents en EHPAD.

A) La préparation de l'arrivée du nouveau résident :

Le référent admission informe le cadre de santé et le secrétariat de la résidence de l'entrée prochaine du nouveau résident. L'information est ensuite transmise lors des transmissions aux IDE, aux AS et ASH. Les AMP participent aux transmissions à l'EHPAD Jeanne Jugan, mais ce n'est pas le cas à l'EHPAD le Rocher Fleuri.

Par ailleurs, l'équipe technique de maintenance présente sur les sites (deux techniciens en alternance) effectue dans la chambre du nouveau résident des travaux de maintenance préventive, notamment en plomberie (changement des joints de robinet et de chasse d'eau) et en électricité (changement des ampoules si besoin, vérification du bon fonctionnement du système d'alarme). Ils effectuent aussi des travaux de réfection des chambres si nécessaire, ces travaux s'effectuant à Jeanne Jugan dans le cadre d'un plan général de rénovation des chambres (dix chambres par an programmées). Les techniciens peuvent également intervenir après la venue du résident pour adapter la chambre à ses besoins (installation ou repositionnement des barres et poignées de maintien).

L'importance de cette préparation en amont est soulignée par le secrétariat de Jeanne Jugan. Pour ce dernier, une préparation en amont permet de répondre à des questions aussi élémentaires que de s'assurer que le nouveau résident dispose bien de papier toilette et de ses serviettes en temps voulu. Cette bonne préparation se traduit aussi par un acte autant pratique que symbolique : avoir une clef correspondant au bon barillet, afin que « *la personne âgée ait le plaisir de pouvoir tourner la clef dans la serrure pour se sentir chez elle* ». A cette fin, le secrétariat souhaiterait être prévenu plus en amont pour préparer correctement l'arrivée du nouveau résident : « *Le meilleur accueil que l'on puisse offrir au résident, c'est d'être prévenu à l'avance pour que la personne soit attendue*⁴⁰ ».

B) L'accueil du résident :

L'entrée se fait généralement en début d'après-midi vers 14h30, en raison d'une meilleure disponibilité des soignants l'après-midi, l'essentiel des soins se déroulant le matin.

Le nouveau résident se présente à l'entrée de la résidence, et s'adresse en premier lieu au secrétariat de la résidence. Un problème se pose à ce sujet à l'EHPAD Jeanne Jugan : la résidence possédant deux entrées, une pour le bâtiment haut, une pour le bâtiment bas, une personne peut arriver au bâtiment bas sans que le secrétariat puisse la voir lors

⁴⁰ Entretien avec les secrétaires de l'EHPAD Jeanne Jugan du 15/06/2015

de son arrivée. La secrétaire de l'EHPAD remet un dossier administratif à compléter par le résident et sa famille. Ce dossier s'accompagne de la remise des tarifs, du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour pour signature, si cela n'a pas été fait précédemment. Le secrétariat ne participe pas toutefois systématiquement à l'accueil du nouveau résident à Jeanne Jugan.

Le nouveau résident, accompagné le plus souvent par des membres de sa famille, est ensuite pris en charge par le cadre de santé ou l'IDE référente du service, ainsi que par les AMP sur le site de Jeanne Jugan. La participation des AMP à Jeanne Jugan est permise par leur effectif important. Elles sont en effet six pour l'ensemble de la résidence, contre deux par EHPAD pour les autres sites. Le cadre, l'IDE ou l'AMP procède à la visite de l'EHPAD en compagnie du résident et de sa famille. Les lieux collectifs tels que la salle à manger, le salon de coiffure et la salle d'animation sont présentés lors de cette visite. Le résident est ensuite dirigé vers sa chambre. Le cadre ou l'IDE lui redonne les éléments d'information clefs (horaire des repas, distribution des médicaments, lavage du linge...).

Les documents d'accompagnement (règlement de fonctionnement, contrat de séjour, formulaire de désignation de la personne de confiance) sont remis à ce moment. Ces documents sont retournés signés par le résident ou son référent familial après l'admission au sein de l'établissement, en moyenne au bout d'une semaine. Le livret d'accueil, obsolète, n'est plus remis aux nouveaux résidents des EHPAD, à l'exception de Jeanne Jugan. Les EHPAD des Charmilles et du Faubourg Saint Vénérand, non encore ouverts au moment de la rédaction du livret, remettent aux intéressés un prospectus format A4 reprenant les éléments de présentation figurant sur le site Internet du CH. La rédaction et l'impression d'un nouveau livret est actuellement en cours.

Le nouveau résident est ensuite laissé seul avec ses proches dans sa chambre, afin de ménager un temps d'intimité et un temps de calme. L'IDE se présente ensuite avec l'aide soignante vers 16h, avant la remise du goûter. Un goûter est proposé au résident entre 16h et 17h. Ce goûter peut être servi en chambre (cas le plus fréquent) ou en salle de restauration. Il n'y a pas de présentation programmée du nouvel entrant aux autres résidents. La première rencontre se fait finalement le plus souvent au moment du premier repas pris en commun.

Le premier soir, le résident est invité à prendre son repas en salle à manger, mais son premier repas est généralement servi en chambre. Sa place à table aura été définie par l'équipe soignante le matin de son arrivée. Le nouveau résident reprend ensuite ordinairement dans un premier temps la place laissée libre par le résident décédé. Le personnel peut profiter de cette occasion pour procéder à un réaménagement si nécessaire. En fonction du compte-rendu et de l'histoire de vie, un changement de place peut être proposé. Ce changement est ensuite réévalué sous 8 à 10 jours.

La personne de référence n'est pas systématiquement présente à l'accueil du nouveau résident. Un cahier de transmission laissé à cette intention dans la chambre du résident

permet la communication avec la famille et le personnel de santé. La famille est informée sous 8 à 10 jours du nom du référent.

C) Les premières semaines : une intégration plus ou moins facile

Le temps moyen d'adaptation est de 15 jours, pendant lesquels le moral du nouvel arrivant résident est fluctuant. Le moral est dépendant du nombre de visites de proches et des connaissances retrouvées au sein de la structure. Le problème se pose surtout pour les résidents admis pour rapprochement familial, qui découvrent de nouveaux visages, de nouveaux lieux, et des mentalités parfois différentes de leur habitat d'origine⁴¹. Les résidents contents d'être là sont ceux souffrant de solitude à leur domicile, « *le résident étant soulagé de ne plus être seul, souvent suite au décès du conjoint*⁴² ».

Le résident rencontre successivement durant la première semaine :

- Le cadre de santé, qui fait un point le lendemain de l'arrivée.
- La lingère, qui procède au marquage du linge du résident en sa présence dans sa chambre le lendemain de son arrivée. La lingère explique également au résident les modalités de ramassage du linge sale et de distribution du linge propre, ainsi que les délais de traitement. Le marquage du linge est une prestation payante (forfait de marquage de 60 € valable pour l'ensemble du séjour). Ce marquage est effectué par la blanchisserie centrale du CH pour l'EHPAD du Rocher Fleuri, qui ne dispose pas de lingère sur site.
- Les AMP passent dans les trois premiers jours suivant l'entrée pour présenter les animations au résident, si celui-ci ne vient pas de lui-même. Si la personne ne peut pas participer en raison de son état de santé physique ou psychologique, les AMP peuvent élaborer avec elle, en y associant la famille au besoin, un planning de soins de bien-être adaptés (massages, bains adaptés...).
- La restauratrice passe dans la semaine afin de se faire préciser les goûts du résident. La restauratrice est une aide soignante qui gère les commandes et travaille en lien avec la diététicienne. Elle assure la liaison entre la cuisine, les services et la diététicienne.
- L'IDE effectue le recueil des données médicales. L'IDE peut utiliser, si le résident sort d'hospitalisation, le compte-rendu médical adressé par le service d'origine. Ce recueil est en général assez complet et retrace convenablement les habitudes de vie. Si la personne âgée vient d'être hospitalisée, le cadre de santé collecte l'information auprès de la famille ou du service d'origine.
- L'équipe soignante, qui rend régulièrement visite aux nouveaux résidents durant la première semaine.

⁴¹ Entretien avec les AMP du Rocher Fleuri le 15/07/2015

⁴² Idem

- La psychologue rencontre systématiquement les nouveaux résidents dans le mois qui suit leur arrivée. Elle se présente à eux en leur proposant de la revoir ultérieurement en cas de soucis. Elle établit un premier bilan de l'état psychique, des troubles cognitifs et de la cohérence, elle renseigne une partie de l'histoire de vie. L'équipe de soins peut également faire appel à elle si un problème est repéré après l'entrée du nouveau résident, pour lui-même ou pour sa famille. Elle a volontairement choisi de se placer en retrait par rapport à la procédure d'admission, notamment en n'assistant pas aux travaux de la commission d'admission. Elle justifie ce retrait par le fait qu'elle ne souhaite pas avoir un regard sur le nouveau résident déformé par des propos tenus par des tiers, car un écart existe entre ce qui est dit sur une personne et la réalité. La psychologue n'intervient pas non plus dans l'élaboration du recueil d'information préalable à la constitution du PVI. Elle peut être médiatrice en cas de litige entre les familles et l'institution.

Les renseignements nécessaires au résident sont distillés progressivement afin de lui permettre de s'adapter progressivement à son nouveau lieu de vie, « *trop d'information tuant l'information* », d'après le secrétariat de l'EHPAD Jeanne Jugan,

Les premières semaines permettent aussi d'entamer l'élaboration du projet de vie individualisé (PVI), par le personnel référent, qui gère le recueil des données, en fonction des attentes et des capacités du résident. La famille est associée à ce processus. Le PVI vierge est donné aux familles avec les autres documents d'accueil. La communication régulière avec la famille est réalisée par l'IDE, les AS et les ASH se chargent de repérer les manques au niveau des accessoires de toilette et transmettent l'information via le cahier de liaison remis lors de l'entrée du résident.

2.2 Les règles de fonctionnement de l'EHPAD peuvent porter atteinte au respect du consentement à l'entrée en EHPAD

L'EHPAD, chargé de veiller au respect du recueil du consentement chez la personne âgée entrante en institution peut être lui-même vecteur d'atteintes à ce principe, en limitant la portée réelle par ses règles de fonctionnement. En raison d'une amélioration des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à domicile, L'EHPAD accueille une population entrante de plus en plus âgée et dépendante (2.2.1). Par ailleurs, la politique d'admission pratiquée par l'établissement enlève toute maîtrise à la personne âgée pour décider du moment précis de son entrée (2.2.2), et de son futur lieu de résidence, d'autant plus que l'offre proposée par les différents sites reste très variable d'un EHPAD à l'autre (2.1.3)

2.2.1 L'entrée repoussée en EHPAD de personnes de plus en plus âgées et dépendantes influe sur les conditions de recueil du consentement

A) Des statistiques d'admissions conformes à la moyenne nationale :

Les EHPAD du CH de Laval ont accueilli 91 nouveaux résidents en 2014, ce qui représente un pourcentage de nouvelles entrées de 20% par an. D'après les cadres de santé, ce nombre est stable et varie peu dans le temps. Le taux de nouvelles admissions pour les EHPAD du CH de Laval est conforme à la moyenne des établissements de même type, en se rattachant à la tranche majoritaire (taux national moyen de 59%) d'établissements présentant un taux de nouvelles admissions compris entre 15% et 30%. Selon l'observatoire des EHPAD, publié par KPMG, ce taux⁴³ est en moyenne de 27% par an. La majorité des EHPAD a un taux de nouvelles admissions par an compris entre 15% et 30%. Ce taux est corrélé avec le niveau de dépendance observé sur les établissements.

Nombre d'entrées par résidence au 31/12/2014

	Nb de lits	Nb total d'entrées	dont GIR 5-6	% GIR 5-6	% entrée / Nb de lits
Rocher Fleuri	72	24	6	25%	33%
Jeanne Jugan	192	25	12	48%	13%
Fbg St Vénérand	140	32	6	19%	23%
Les Charmilles	60	10	4	40%	17%
TOTAL	464	91	28	31%	20%

Toutefois, cette moyenne d'ensemble dissimule d'importants contrastes entre chaque site : si le Rocher Fleuri accueille plus d'un tiers de nouveaux résidents par an (33%), cette proportion est deux fois moindre (17%) aux Charmilles, et ne s'élève qu'à 13% à Jeanne Jugan. Par ailleurs, ces deux EHPAD présentent un pourcentage élevé de nouveaux résidents en GIR 5 et 6, respectivement 48% pour Jeanne Jugan, et 40% pour les Charmilles.

Afin de connaître les raisons de ces écarts, il convient de procéder à une analyse plus fine du profil des résidents de ces quatre EHPAD.

⁴³ Observatoire des EHPAD Janvier 2013. Modalité de calcul : le taux des nouvelles admissions est calculé en divisant le nombre de nouvelles admissions par la capacité totale de l'établissement. Observatoire des EHPAD Janvier 2013.

B) Un âge moyen à l'admission qui augmente :

La moyenne d'âge des résidents des EHPAD du pôle médico-social du CH de Laval est sensiblement plus élevée que celle de l'ensemble des EHPAD publics, qui s'élève à 83,5 ans selon l'Observatoire annuel des EHPAD 2013 de KPMG. La moyenne d'âge des 146 résidents de l'EHPAD Saint Vénérand est ainsi de 87.4 ans (88,9 ans pour les femmes, 85,9 ans pour les hommes), contre un âge moyen des femmes hébergées en EHPAD de 85,84 ans, et de 84,62 ans pour les hommes.

Pourcentage par classes d'âge dans les EHPAD du CH de Laval sur 2014 :

	Rocher Fleuri	Jeanne Jugan	F St Vénérand	Les Charmilles
< 80 ans	25,8%	23,4 %	17,3 %	24,6 %
80-90 ans	33,3 %	42,4 %	48,6 %	34,5 %
90-100 ans	39,4 %	30,4 %	31,2 %	37,5 %
> 100 ans	1,5 %	3,8 %	2,9 %	3,4 %

L'analyse par tranche d'âge corrobore l'âge moyen élevé des résidents. Les moins de 80 ans sont nettement minoritaires, de 17,3% de l'effectif total au Faubourg Saint Vénérand, à 25,8% au Rocher Fleuri. La présence d'une unité d'hébergement pour personnes handicapées vieillissantes explique d'ailleurs la relative importance des 60-70 ans sur ce site. Les octogénaires et les nonagénaires représentent quant à eux la majorité des effectifs. Ces deux catégories cumulées représentent à elles seules 72,7 % au Rocher Fleuri, 72,8 % à Jeanne Jugan, 79,8 % au Faubourg Saint Vénérand, 72% aux Charmilles. Il convient pour finir de signaler la présence d'un nombre non négligeable de centenaires sur l'ensemble des quatre sites, ceux-ci pouvant représenter jusqu'à 3,8% de l'effectif total de l'EHPAD Jeanne Jugan.

Par ailleurs, la durée moyenne de séjour au Faubourg Saint Vénérand est de 5,13 ans (5,55 pour les femmes, 3,87 pour les hommes). La moyenne d'âge comme la durée moyenne de séjour sont sensiblement inférieures pour les deux unités UPAD (Unité pour Personnes Âgées Désorientées), respectivement 83,6 ans (83,26 ans pour les femmes, 84,5 ans pour les hommes) et 2,9 ans (3,42 ans pour les femmes, 1,7 pour les hommes). Ces moyennes se retrouvent dans les trois autres EHPAD. Cette durée moyenne de séjour est supérieure à la moyenne nationale, qui s'établit à 3,8 ans.

C) Un GIR moyen pondéré en hausse :

Le vieillissement de la population ainsi que le retardement de l'entrée en EHPAD sous l'effet notamment du prolongement du maintien à domicile, entraîne une augmentation du degré de dépendance des résidents accueillis, évalué par le GMP (Gir moyen pondéré). La dépendance des résidents de l'ensemble des EHPAD s'est fortement accrue en 5 ans. Le GMP moyen au niveau national est ainsi passé de 677 à 717 de 2007 à 2012 selon la

CNSA, ce qui représente une hausse de 5% sur cinq ans. L'Observatoire des EHPAD de KPMG⁴⁴ montre que le GMP moyen⁴⁵ des EHPAD publics est légèrement inférieur, 691 en 2013, 709 en 2014, mais que celui-ci présente aussi une tendance à la hausse comparable à celle observée pour les EHPAD privés. Près de 50% des EHPAD publics présentent désormais un GMP moyen supérieur à 700.

Cette hausse du GMP est liée à une entrée en EHPAD plus tardive, comme le montre le recul de l'âge moyen d'entrée en établissement (passé de 80,2 ans il y a 25 ans, à 85, 5 ans en 2013), associé à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes (il y a actuellement 1,2 millions de personnes dépendantes et elles seront 1,8 millions en 2050). L'entrée plus tardive en EHPAD, repoussée à un moment où le maintien à domicile n'est plus possible, s'accompagne d'un état de plus grande fragilité, tant sur le plan sanitaire que sur celui de la dépendance.

GMP par site :	2008	2013	Evolution 2008/2013
Moyenne nationale		691	5%
Département de la Mayenne	649	705	+ 8,6%
Ensemble des EHPAD	532	618	+ 16, 2%
- Faubourg Saint Vénérand	586	681	+ 16,2%
- UPAD	785	800	+ 1,9%
- Unités conventionnelles	537	600	+ 11,7%
- Jeanne Jugan	470	501	+ 6,6%
- Bâtiment haut	651	-	
- Bâtiment bas	232	-	
- Les Charmilles	605	547	- 9,5%
- Le Rocher Fleuri*	860*	743	-13,6%

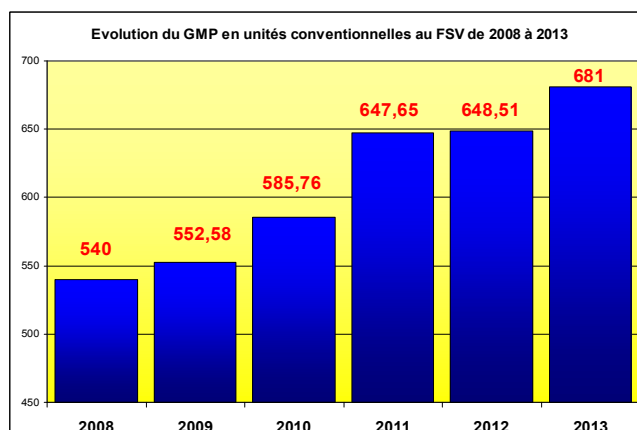
* Le GMP du Rocher Fleuri a été réévalué en 2010, suite au transfert de 64 lits d'USLD en EHPAD. Ce transfert explique aussi le GMP très élevé calculé à cette date.

L'évolution du GMP moyen des EHPAD du CH de Laval n'échappe pas à cette tendance, bien que sa moyenne (environ 650) soit inférieure à la moyenne départementale et nationale. Avec une augmentation de 16% entre 2008 et 2013, il a ainsi plus fortement progressé que les moyennes nationale et départementale (respectivement +5% et +8% environ) pour la même tranche d'établissement. Les EHPAD du CH de Laval tendent

⁴⁴ L'observatoire des EHPAD a été réalisé à partir des données des comptes administratifs de l'exercice 2011 et recueillies auprès de 323 établissements publics et privés non lucratifs (PNL).

⁴⁵ Le GMP mesure en nombre de points le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance. Le GMP est établi à partir du positionnement des pensionnaires sur la grille AGGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources).

donc à se rapprocher des autres EHPAD publics. Le comparatif du GMP année par année sur cinq ans pour les unités conventionnelles pour l'EHPAD le Faubourg Saint Vénérand met en évidence cette hausse depuis 2008.



Cette évolution globale dissimule cependant des écarts importants entre sites révélés par les GIR validés par le Conseil Général au 28 octobre 2013. Le niveau de dépendance des résidents du Rocher Fleuri est supérieur à la moyenne départementale, avec un GMP de 743, tandis que celui des résidents du Faubourg Saint Vénérand est proche de la moyenne nationale, avec un GMP de 681. Les GMP des Charmilles (547) et de Jeanne Jugan (501) sont quant à eux très nettement en deçà des moyennes. D'importantes disparités sont par ailleurs présentes au sein des sites. L'EHPAD Jeanne Jugan conserve un clivage important entre les deux bâtiments. Si le bâtiment haut présente un niveau de dépendance semblable à la moyenne des autres sites, le bâtiment bas, ancien foyer logement abritant des résidents autonomes pour la plupart, présente un GIR nettement plus bas (232 en 2008). Une situation similaire se retrouve au Faubourg Saint Vénérand, avec un GMP autour de 600 pour l'EHPAD conventionnel, contre un GMP de 800 pour l'UPAD (Unité pour Personne Agée Désorientée).

L'analyse de la structure par GIR des EHPAD corrobore ces premières observations. La répartition par GIR des résidents pour la totalité des EHPAD montre que deux cinquièmes des résidents sont fortement dépendants (GIR 1 et 2), un tiers modérément dépendants (GIR 3 et 4), tandis que le dernier quart est constitué de résidents autonomes (GIR 5-6). Une différence significative du niveau de la dépendance se retrouve en fonction des sites. La proportion élevée de GIR 1 et 2 au Rocher Fleuri, 70,8% de l'ensemble des résidents, indique une dépendance élevée, parmi une population qui ne compte que 17% de résidents semi-autonomes (GIR 3 et 4) et 12,3% de personnes autonomes (GIR 5 et 6). Cette surreprésentation des éléments les plus dépendants se retrouve au Faubourg Saint Vénérand. Elle est ici liée à la présence d'une unité Alzheimer sur site, le GIR 2 étant majoritaire avec 38% par rapport aux résidents modérément dépendants, les GIR 3 et 4 totalisant un tiers des résidents. L'EHPAD Jeanne Jugan se distingue de son côté par la surreprésentation des résidents les plus autonomes. Les personnes en GIR 6 représentent à eux seuls le quart des résidents. Les GIR 3 et 4 représentent près d'un tiers de l'effectif total, contre 30% pour les résidents dépendants. Les résidents à

dépendance modérée (GIR3 et 4) sont quant à eux majoritaires aux Charmilles, puisqu'ils représentent la moitié des résidents de la résidence. Les résidents fortement dépendants (GIR 1/2) représentent un quart de l'ensemble, comme leurs compagnons les plus autonomes (GIR5 et 6).

D) Un PATHOS en augmentation :

L'analyse du Pathos moyen pondéré (PMP)⁴⁶ va dans le même sens. Les résultats des coupes AGGIR et Pathos sur l'échantillon objectif, comme au plan national, l'augmentation régulière d'année en année du GMP (poids moyen de la charge en soins de base « actes de la vie quotidienne », à effectuer par les aides soignantes) dans les EHPAD⁴⁷. Le PMP des EHPAD du CH de Laval a été validé pour la dernière fois en 2008. il est donc certainement sous évalué par rapport à la situation actuelle, et doit être réévalué lors de la négociation de la prochaine convention tripartite en 2015. Les écarts par site présentent par ailleurs les mêmes sources d'explication que celles mentionnées plus haut. En tout état de cause, les résidents présentent généralement un niveau de dépendance et des besoins en soins médicaux et techniques plus importants dans le secteur public par rapport au secteur privé, lié vraisemblablement à la mise en place de filières d'aval des hôpitaux et des sorties hospitalières rapides. Le niveau également élevé du PMP traduit également le poids moyen de la charge en soins médicaux et techniques à effectuer par les médecins, infirmières, kiné, ergothérapeutes, psychologues...

L'aggravation des pathologies prises en charge constatée par la hausse du GMP et du PATHOS des EHPAD du CH de Laval pèse nécessairement sur la recherche du consentement à l'entrée au moment de l'accueil du nouveau résident. A la suite de TACNET-AUZZINO, on peut raisonnablement se demander « *comment une personne peut manifester un quelconque consentement alors que sa maladie est tellement évoluée qu'elle ne reconnaît plus ses enfants ? Qu'il lui est impossible de vivre seule à domicile et que sa famille n'arrive plus à faire face à la situation ?* ». Au regard de ce frein majeur, le consentement « éclairé » ne devient-il pas, comme le rappelle MOULIAS, « *une parodie pseudo légale, qui ne protège plus la personne* » ?

2.2.2 La personne âgée ne peut choisir ni le moment, ni le lieu de son entrée

L'établissement d'hébergement d'accueil fait peser plusieurs contraintes sur la personne âgée et sa famille. En premier lieu, le choix de l'établissement reste le plus souvent dicté par l'urgence plus que par l'intérêt du résident. Cette urgence peut être absolue. Elle peut être aussi relative : la liste d'attente, en rendant aléatoire le moment où une place va se libérer, suscite une pression chez la personne sollicitant son admission ou chez ses

⁴⁶ Le Pathos moyen pondéré (PMP) mesure en nombre de points le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux apportés à la personne dépendante.

proches. Une autre contrainte pèse sur les familles et la personne âgée : le choix de la résidence. Ce dilemme est d'autant plus accentué à Laval qu'il existe des différences importantes entre EHPAD. Par ailleurs, le coût de la prise en charge en EHPAD présente un effet dissuasif à l'entrée pour la personne âgée et son entourage, et contribue en cela à un report de cette échéance. Il faut signaler à ce sujet que les tarifs des EHPAD du CH de Laval, indiqués en annexe, restent dans la moyenne des EHPAD publics du département de la Mayenne, avec un prix journée s'échelonnant pour une chambre simple de 55,26 € à 63,46 € suivant les EHPAD, déduction faite de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

A) L'entrée en EHPAD reste un temps contraint en raison de la liste d'attente :

L'entrée en EHPAD s'effectue lorsqu'une place se libère, dans 95% suite au décès d'un résident. Le moment de l'entrée est de ce fait rendu aléatoire, à un moment non choisi par le résident. L'entrée se fait en moyenne dans les EHPAD du CH de Laval au bout de sept à huit mois d'attente, ce qui correspond à la moyenne nationale. L'entrée peut aussi se faire rapidement en quelques semaines. M H, résident de l'EHPAD Jeanne Jugan, représente l'exemple le plus récent. Sa demande d'admission, déposée le 7 octobre 2014, s'est traduite par une entrée 20 jours plus tard, le 27 octobre 2014, « un lundi ». La rapidité de son entrée s'explique en partie par son statut d'ancien combattant, qui lui a permis de bénéficier du contingent de places réservées aux résidents de l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre (ONAC). Si dans son cas son entrée a été mûrement réfléchie au préalable, il n'en est pas de même partout. Une étude du centre d'analyse stratégique cite le cas d'un résident, M FRANCIS, entré 8 jours après avoir déposé sa demande d'admission : « *Je me suis inscrit à la maison de retraite parce qu'on m'avait dit qu'il fallait un an d'attente... Moralité, huit jours après l'inscription, mon fils me dit qu'il y a une place et du jour au lendemain, je me retrouve ici le 29 décembre. Je m'en souviendrai toujours !⁴⁸* ».

L'entrée prématurée peut susciter le désarroi chez la personne âgée. D'horizon encore lointain il y a peu de temps, l'entrée en EHPAD devient en effet subitement une échéance immédiate. Non anticipée, l'entrée se fait alors dans l'urgence sinon la précipitation. La personne âgée se retrouve à devoir faire des choix rapides et, souvent, définitifs, et à répondre très rapidement à des questions pourtant essentielles : « quels sont les objets que je peux amener ? Quels vêtements dois-je prendre ? Que faire de mon logement ? ».

⁴⁷ KPMG, Observatoire des EHPAD 2014.

⁴⁸ JAUJOU N, MINNAERT E, RIOT L, 2006, *L'EHPAD : pour finir de vieillir, Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*. Etude réalisée pour le Centre d'analyse stratégique par la fondation Maison des sciences de l'Homme, p : 31

A l'opposé, l'entrée peut être parfois retardée. Ce retard est dénoncé par MOULIAS⁴⁹ chez les personnes souffrant de démence, qui se retrouve dans une situation d'urgence liée à l'aggravation de sa dépendance rendant son maintien à domicile impossible et le recueil de son consentement à l'entrée aléatoire.

Il apparaît aussi que l'admission n'obéit pas uniquement à un ordre de priorité correspondant au rang d'inscription sur la liste d'attente, mais aussi à une politique d'admission mise en œuvre par le directeur de l'établissement et le médecin coordonnateur. Cette politique vise à accueillir les futurs résidents en fonction de critères prédéfinis. Ces critères reposent sur leur degré de dépendance : admettre des personnes fortement dépendantes (GIR1 et 2) doit favoriser l'augmentation du GMP et du PATHOS de l'établissement. À l'opposé, faire entrer des résidents encore autonomes (GIR 5 et 6) vise à soulager le travail des équipes soignantes et à valoriser l'image de l'EHPAD. D'autres critères peuvent entrer en ligne de compte : admission de couples afin d'occuper les chambres doubles, sélection en fonction du sexe, en privilégiant la présence des hommes afin de rééquilibrer une population surféminisée... Ces logiques d'admission, en rompant l'ordre de la liste d'attente, renforcent l'incertitude quant à la date d'entrée précise dans la résidence. Elles compliquent également les stratégies de recherches de places chez les familles.

Le pôle médico-social du CH de Laval a une politique s'appuyant sur des critères géographiques déterminés : il privilégie les habitants du bassin Lavalais et les rapprochements familiaux. Il n'en reste pas moins que la double contrainte, liée d'une part à l'urgence créée par la situation personnelle de la personne âgée et d'autre part par les contraintes de gestion des lits de quatre résidences, amène les personnes âgées et leur famille à se satisfaire par défaut d'une place proposée ne correspondant pas à la demande initiale. Une personne ayant demandé une chambre simple à la résidence des Charmilles peut ainsi se retrouver à opter pour une chambre double à l'EHPAD du Rocher Fleuri, en raison d'un état de santé qui lui interdit de différer son entrée en résidence. Le référent admission du Pôle conserve les dossiers des personnes ayant refusé une place. Toutefois, ce renoncement fait naître un nouveau délai d'attente et ne garantit pas que la demande initiale soit ultérieurement satisfaite.

B) Des disparités agissant sur l'attractivité des EHPAD existent :

Cette contrainte institutionnelle est doublée par la présence de disparités importantes entre les quatre EHPAD du CH de Laval, liées à leur degré de vétusté variable. Ce degré de vétusté, associé à l'architecture et la situation générale des bâtiments, représente le premier facteur de choix pour les familles et le futur résident. Ce choix, comme nous venons de le voir, peut toutefois être contraint par le caractère d'urgence de la demande.

⁴⁹ R MOULIAS, idem, p 239.

La contrainte dans le choix de l'établissement se retrouve au niveau national. Suivant les statistiques d'une enquête conjointe Drass-ORS Aquitaine⁵⁰, pour 31% des résidents, l'établissement d'accueil n'a pas été choisi. Les autres résidents ont donné une raison au choix de cet établissement là. Près d'un quart l'ont choisi car il se situait près du domicile des enfants et 5% près de celui du conjoint. Pour un autre quart de résidents, l'établissement a été conseillé par des personnes de la famille (10%) ou extérieures à la famille (15%), notamment le médecin. Enfin, 11 % des résidents l'ont choisi pour son environnement, proximité du centre ville (10 %) ou à la campagne (1 %). De plus, pour ENNUYER⁵¹, « *ce choix va se faire essentiellement à partir du coût de la prestation et des moyens financiers* » de la personne. De CONTO montre aussi que le choix est souvent motivé par la proximité du domicile des enfants, alors même que la personne peut préférer rester dans sa ville d'origine.

L'EHPAD le Rocher Fleuri :

La résidence du Rocher Fleuri est située sur l'emplacement historique de l'hospice Saint Louis construit en 1848 dans l'enceinte du Centre Hospitalier (site du haut Rocher). Cette résidence compte 72 lits en hébergement permanent répartis en sept unités. Le bâtiment abrite également l'USLD rattachée au pôle médico-social, ainsi qu'une partie des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), dont une unité cognitivo- comportementale (UCC). La fermeture de ces bâtiments vétustes, programmée à moyen terme, doit s'accompagner d'un transfert des 72 lits d'EHPAD sur le site de Jeanne Jugan. Les arrivées des résidents au Rocher Fleuri résultent le plus souvent de placement en urgence, liée à un état de santé dégradé. La structure par GIR traduit par ailleurs cet état de fait, avec une prédominance des GIR 1 et 2. La vétusté des bâtiments, associée à la présence de nombreuses chambres doubles, pèse sur l'attractivité de l'EHPAD, dont le taux d'occupation n'est que de 95%, en deçà de celui des autres EHPAD du CH de Laval (98%). Pour rappel, le taux d'occupation moyen est de 96% en 2013 et ne varie pas en fonction de la forme juridique des organismes gestionnaires d'EHPAD. En 2010, il était de 97% selon l'Observatoire des EHPAD de KPMG.

L'EHPAD Jeanne Jugan

L'EHPAD Jeanne Jugan est situé dans le quartier Saint Nicolas à Laval. L'établissement doit son nom à la fondatrice de la Congrégation des Petites Soeurs des Pauvres qui a dirigé cet établissement jusque dans les années 1970. Entourée d'un vaste parc, la résidence jouit d'un environnement calme et arboré. Au total, l'EHPAD peut accueillir en chambre individuelle, double ou en studio, 192 résidents, répartis dans deux bâtiments. Le bâtiment haut accueille les résidents les plus dépendants (102 résidents dans 58

⁵⁰ Enquête ORS-DRASS Aquitaine, 2006.

⁵¹. De CONTO (de) C, 2005, « « Tu verras, tu seras bien... », Placement et ambivalence dans le milieu familial ». *Gérontologie et Société*, n°112, p 270-283.

chambres individuelles et 22 chambres doubles), tandis que le bâtiment bas, ancien foyer logement, héberge les résidents les plus autonomes en raison de sa non-conformité aux normes d'accessibilité pour handicapé (88 résidents dans 74 chambres individuelles dont 13 studios et 7 studios doubles). L'EHPAD Jeanne Jugan est labellisé « *Bleuet de France* ». Dans le cadre de ce partenariat, un contingent de places est réservé au profit des ressortissants de l'Office national des Anciens Combattants et Victimes de Guerre (ONAC) : anciens combattants, veuves de guerre, pupilles de la Nation...

L'EHPAD les Charmilles :

La résidence des Charmilles est située dans la commune de Changé à proximité du plan d'eau et a ouvert ses portes en 2002. Organisée sur deux niveaux, elle peut accueillir 60 résidents en chambres individuelles.

L'EHPAD le Faubourg Saint-Vénérand :

La résidence du Faubourg Saint-Vénérand, ouverte en 2008, est située en centre ville. Elle a une capacité de 140 lits répartis en 7 unités d'hébergement disposant toutes de chambres individuelles, dont deux UPAD (unité pour personnes âgées désorientées), de 14 lits chacune, destinées aux résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés au 1^{er} stade (personnes démentes déambulantes).

Tableau récapitulatif :

Nom de la résidence	Nb de lits	Taux d'occupation	ETP	Emplacement	Spécificités
Rocher Fleuri	72	95%	47	Laval (site du CH)	Très vétuste et plus aux normes de sécurité. Locaux communs avec l'USLD et une partie du SSR
Jeanne Jugan	192	98%	84	Laval	Vétuste et inadaptée au personnel à mobilité réduite (bâtiment bas), mais très appréciée pour son parc
Faubourg Saint-Vénérand	140	98%	77	Laval (centre-ville)	Neuf (2008) UPAD (28 lits)
Les Charmilles	60	98%	28	Changé	Neuf (2002). A proximité du lac

La résidence le Faubourg Saint Vénérand est attractive du fait de sa situation géographique mais aussi de sa construction récente. Il en est de même pour l'EHPAD des Charmilles, bâtiment récent qui jouit de plus d'un environnement agréable à proximité de commerces et du lac de Changé. L'EHPAD Jeanne Jugan présente des difficultés liées à l'accueil de résidents à la fois au bâtiment haut qui dispose de 22 chambres doubles et au bâtiment bas qui nécessite une certaine autonomie. La résidence est en revanche appréciée pour son vaste parc. Le Rocher Fleuri cumule quant à lui les inconvénients (vétusté, chambres doubles, environnement hospitalier).

* * *

Le recueil du consentement de la personne âgée à son entrée en EHPAD devrait occuper une place importante dans les procédures d'admission et d'accueil. Ces dernières, en formalisant les bonnes pratiques, jouent un rôle capital : se sentir accueilli, savoir que l'on est le bienvenu, permettent d'adoucir la transition entre le domicile et l'EHPAD, de surmonter les réticences initiales, et de faciliter ainsi la recherche du consentement à l'entrée en EHPAD. Néanmoins, l'établissement impose lui-même ses contraintes sur le résident et sa famille, notamment à travers la gestion des listes d'attentes au moment de l'admission. Ces contraintes organisationnelles peuvent ainsi entrer en contradiction avec cet objectif. Un plan d'action doit donc les prendre en compte pour pouvoir être efficient et pleinement opérationnel.

3 La recherche du consentement peut être renforcée au moment de l'admission et de l'accueil de la personne âgée

Le directeur, « *garant des droits du résident* », selon la formule de Louis PLOTON⁵² intervient à plusieurs niveaux dans une démarche visant à favoriser le consentement du résident. Le directeur la définit et en accompagne la mise en œuvre. Il mobilise pour cela l'ensemble des personnels de l'établissement autour de cet enjeu et met en place l'organisation du travail adéquate précisant les rôles dévolus à chacun. Le directeur veille également à ce que les informations essentielles au nouveau résident et à son entourage leur soient bien délivrées au moment opportun, en s'assurant notamment à ce qu'elles soient bien comprises et prises en compte par leur destinataire.

Les questions relatives à l'amélioration de l'accueil des résidents représentent à première vue un sujet consensuel pour l'ensemble des professionnels. Toutefois, la mise en œuvre d'actions concrètes d'amélioration sur la recherche du consentement à l'entrée en EHPAD peut avoir des répercussions sur l'organisation du travail des équipes. Travailler sur la question suppose que le directeur effectue un travail de consultation préalable auprès des agents et assure un accompagnement de la mesure, dans la continuité de son rôle d'impulsion. La recherche du consentement intervenant en amont de l'admission, il convient aussi d'associer à ce travail les professionnels travaillant en lien avec les EHPAD : praticiens hospitaliers des services de SSR et de médecine gériatrique aiguë et médecins de ville.

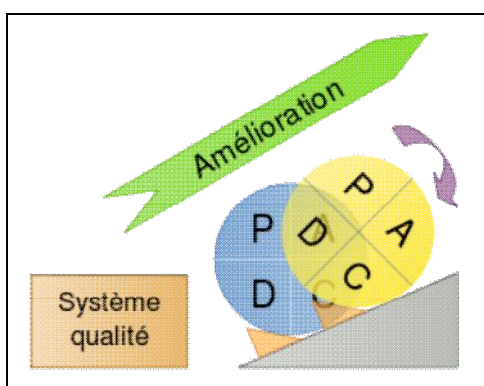
La concertation prend du temps, mais permet aussi d'en gagner sur le long terme en favorisant l'émergence d'un consensus autour des actions à mener. L'élaboration des nouveaux livrets d'accueil, une de mes missions de stage, a ainsi pris quatre mois entre la réalisation de la première maquette soumise au comité de pilotage et la mise en forme définitive. Le directeur prend en compte la continuité du service des agents qui souhaitent s'investir dans ce type de projet. Le plan d'action proposé reprend la procédure mise en place dans le cadre de l'élaboration des livrets d'accueil des EHPAD.

J'ai tout d'abord réuni un comité de pilotage, constitué des personnes directement impliquées dans les procédures d'admission et d'accueil des résidents : outre la directrice du Pôle, le médecin coordonnateur des EHPAD, le cadre supérieur de santé, les cadres de santé des quatre EHPAD, l'adjoint des cadres et l'assistante sociale dans le cadre de la rédaction du livret. Ce groupe est chargé de définir les grands axes de l'action à mettre en œuvre et d'arbitrer d'éventuels points de litiges. Un groupe de travail élargi, composé d'un représentant par résidence de chaque corps de métiers (psychologue, secrétariat,

⁵² Entretien téléphonique du 9/07/2014

IDE, AS, ASH, AMP...) a ensuite présenté ses contributions sur le projet. Enfin, Un CVS extraordinaire, regroupant les représentants des familles et des résidents des CVS des quatre EHPAD, a pu émettre ses propres observations et valider le contenu des futurs livrets. Le planning des tâches effectuées dans ce cadre figure en annexe. Il faut compter une moyenne de 3 heures par réunion. L'annexe IV récapitule ce processus.

Le plan d'action proposé vise à favoriser le consentement à l'entrée des nouveaux résidents d'EHPAD. S'il s'adapte au contexte particulier aux quatre EHPAD rattachés au Pôle médico-social du CH de Laval, ce plan a pour ambition d'apporter des solutions à portée générale transposables dans d'autres établissements du même type. Les actions préconisées sont récapitulées sous forme de fiches action. Elles s'inspirent de la roue de la qualité, dite aussi « roue de Deming ». Cette méthode comporte quatre étapes et vise à établir un cercle vertueux dans le cadre d'une démarche qualité.



1. **Plan** : Préparer, planifier les actions à mener
2. **Do** : les développer et mettre en œuvre
3. **Check** : les contrôler et vérifier
4. **Act** (ou **Adjust**) : cette phase apporte les correctifs nécessaires qui feront l'objet d'un nouveau cycle d'action.

La **cale** sous la roue acte l'avancée réalisée et évite tout retour en arrière.

A cette fin, les actions proposées sont évaluées en fonction de leur efficacité (rapport coût/efficacité). Le calcul du degré d'efficacité intègre le temps nécessaire à leur mise en œuvre. Ce degré d'efficacité évalue aussi l'efficacité attendue de la mesure, la difficulté de sa mise en œuvre, ainsi que son coût estimé. Il intègre également les coûts humains

■ □ □ □ □	Très faible	et matériels liés au fonctionnement de l'action dans la durée. Ces composantes sont classées de 1 à 5 en fonction de leur importance, de très faible à très élevée, suivant la grille présentée ci-contre.
■ ■ □ □ □	Faible	
■ ■ ■ □ □	Bonne	
■ ■ ■ ■ □	Élevée	
■ ■ ■ ■ ■	Très élevée	

Le plan d'action comprend trois axes, correspondant aux différents temps d'accueil du nouveau résident. Il vise ainsi à favoriser le consentement de l'entrée en anticipant et en préparant celle-ci en amont (3.1), en formalisant la procédure d'accueil en EHPAD (3.2) et en mobilisant les personnels autour de cette question (3.3).

3.1 Renforcer la communication externe et interne du pôle médico-social

La communication actuelle du Pôle médico-social peut être utilement renforcée. Elle vise avant tout le grand public (3.1.1) et la médecine de ville (3.1.2), mais concerne aussi la coordination interne entre services (3.1.3).

3.1.1 Anticiper l'entrée en EHPAD nécessite de faire évoluer les représentations sur l'EHPAD auprès du grand public.

Les maisons de retraites continuent d'avoir une image négative auprès du grand public. Cette perception négative de l'EHPAD, vu le plus souvent comme un « mouvoir », doit être dépassée si l'on veut favoriser l'obtention du consentement de la personne âgée à son entrée. Travailler sur l'image de l'EHPAD contribue également à rendre acceptable l'idée d'y entrer un jour. Selon un médecin de ville⁵³, l'entrée en EHPAD doit se préparer, en déposant un dossier de précaution notamment, dès la survenue des premiers ennuis de santé liés au vieillissement, qui surviennent en moyenne vers 75 ans.

L'image de l'établissement étant dépendante du regard extérieur, il est également utile de veiller à l'exactitude des informations transmises par des sites évaluatifs privés ou associatifs (UFC-Que choisir⁵⁴, Hospiconseil⁵⁵...). Par ailleurs, un évènement indésirable peut mettre à bas très rapidement une image construite patiemment pendant des années. A cette fin, il est nécessaire de se doter d'un « plan média », afin de donner une image dynamique de son établissement. Il est possible pour cela d'employer des moyens modestes. Disposer d'un site Internet régulièrement mis à jour est un pas important en ce sens. En ce qui concerne le CH de Laval, la page Internet des EHPAD est une des plus visitée du site Internet de l'hôpital. Toutefois, celle-ci apparaît peu investie par le Pôle. Il en est de même avec le recensement des coupures de presses : si le CH de Laval se retrouve régulièrement cité, il n'en est pas de même pour les EHPAD du Pôle médico-social. Il convient d'inviter systématiquement la presse écrite et télévisuelle aux moments importants de la vie de l'EHPAD (spectacle de fin d'année, cérémonie des vœux...)

L'organisation de la politique de communication externe de l'établissement relève en premier lieu du directeur, qui occupe en quelque sorte la place de rédacteur en chef. Référent de l'établissement, Il oriente et impulse les grands axes de la politique de communication de l'EHPAD. Les initiatives entreprises par ses équipes doivent avoir obligatoirement son aval. Au CH de Laval, le directeur adjoint en charge du pôle peut disposer des services de la cellule communication du CH. Dans des établissements de moindre taille, il est souhaitable de s'appuyer sur une structure de ce type, qui peut être animée conjointement par les cadres de santé et les AMP des sites. Il est aussi souhaitable de faire participer à ces travaux les représentants des résidents et des familles au CVS, ces derniers pouvant apporter un regard extérieur utile sur l'efficacité des actions entreprises.

Après un premier échange restreint (directeur, responsable cellule de communication), une réunion de cadrage définit une politique de communication institutionnelle commune. Cette réunion regroupe l'ensemble des acteurs associés (responsable communication, cadres de santé, AMP, représentants au CVS). Cette réunion a pour objectif de

⁵³ Entretien dans le cadre de la commission de coordination gérontologique d'avril 2015.

⁵⁴ <http://www.quechoisir.org/services-vie-sociale/vie-privée-société/seniors/dossier-maison-de-retraite>

⁵⁵ <http://www.maison-retraite.ehpadhospiconseil.fr>

sensibiliser les acteurs associés aux exigences de la communication institutionnelle et de mettre au point une procédure en cas de crise (maltraitance, crise sanitaire, sinistre...).

Ne nécessitant pas d'autorisations des tutelles ou de financement lourd, la politique de communication institutionnelle peut être rapidement mise en place. Un délai de deux mois peut suffire. Il est également important de veiller au respect du droit à l'image du résident (le formulaire doit figurer dans les documents remis à l'entrée) et du personnel de l'EHPAD. Cette mesure présente un rapport coût / qualité très favorable. Toutefois, conserver la dynamique initiale représente un défi plus important. Un point sur les animations et les retours médiatiques engendrés doit être fait régulièrement, à l'occasion de réunions de cadres par exemple. Ces réunions permettent de plus d'avoir un retour qualitatif, que les instruments de mesure quantitatifs ne peuvent rendre à eux seuls.

3.1.2 Développer la communication externe à l'adresse des médecins libéraux

Sensibiliser les médecins de ville aux problématiques de consentement des personnes âgées à l'accueil en EHPAD représente un axe d'action intéressant. Ces derniers connaissent l'état de santé de leur patient, et sont à même de l'orienter vers une structure de prise en charge adaptée à leur état de dépendance. La prévention des disfonctionnements du triptyque EHPAD / Prescripteur / Famille, mis en exergue par Thierry DARNAUD (voir partie I), va également dans le sens d'une coopération renforcée. Pour ces raisons, s'appuyer sur un réseau de praticiens libéraux représente une force pour l'EHPAD. Deux moyens peuvent être mis en œuvre à cette fin :

- **Faire vivre la commission de coordination gériatrique.** Parmi ses champs de compétence définis par l'arrêté du 5 septembre 2011, la commission de coordination gériatrique a pour mission de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques, notamment auprès des professionnels de santé intervenant dans l'établissement à titre libéral.
- **Réaliser un livret d'information à destination professionnelle**, afin d'informer les médecins de ville de l'offre disponible proposée par les EHPAD du CH de Laval, les types de pathologies pouvant être accueillis, les modalités d'admission et la prise en charge médicale proposée par les autres services du CH. Ce livret d'accueil est destiné à l'ensemble des médecins généralistes du territoire d'influence ainsi qu'au CLIC 53 et aux maires des communes de la communauté d'agglomération du Pays de Laval. Un courrier de présentation de la démarche et des bénéfices attendus peut également être adressé aux autorités de tutelle (ARS, Conseil Départemental), ainsi qu'au CLIC et aux services d'action sociale.

La mise en œuvre de ces actions de communication autour du consentement repose sur le directeur du pôle et le médecin coordonnateur. Il convient aussi d'y associer le cadre supérieur de santé, les cadres de santé, les médecins référents et les IDE.

Ces deux actions présentent chacune des limites importantes dans leur portée. En premier lieu, la commission de coordination gériatrique peine à mobiliser les médecins libéraux. Ainsi, seulement trois sur 27 invités s'étaient déplacés à la dernière réunion de la commission en avril 2015. Une information diffusée dans ce cadre autour de la problématique du consentement des personnes âgées n'aura donc de ce fait qu'un impact limité. Par ailleurs, il est difficile d'évaluer la prise en compte par les professionnels des informations contenues dans le livret sur leurs pratiques. La mise en œuvre de ces deux actions représente un coût minime (rédaction du livret à l'adresse des professionnels).

3.1.3 Ouvrir la commission d'admission aux représentants du service de médecine gériatrique aigue et du SSR

La commission d'admission existante fonctionne sur la base d'une évaluation gérontologique globale et pluridisciplinaire⁵⁶. Elle répond en cela aux préconisations de Robert MOULIAS. Toutefois, les problèmes de coordination entre Pôle médico-social, médecine gériatrique et SSR, relevés en deuxième partie, se concentrent surtout à son niveau. Cette dernière est amenée à réorienter fréquemment les demandes émanant des autres services du CH ou à leur donner une suite défavorable, faute de possibilité d'accueil de cas souvent lourds. Ces refus ou réorientations représentent près de 30% des dossiers présentés à la commission, d'après une observation personnelle. Cette situation peut amener les services à tenter de court-circuiter la commission d'admission en s'adressant directement auprès des EHPAD lorsqu'ils ont connaissance de places qui se libèrent. Cette situation illustre en creux les tensions portant sur les lits en médecine gériatrique et en SSR. La durée moyenne de séjour (DMS) en UCC, peut ainsi s'étendre de 8 mois à un an, alors que la DMS théorique en SSE est de 3 mois.

L'ouverture de la commission à des membres extérieurs vise à réduire le nombre de réorientations et de refus d'admission de dossiers provenant de médecine gériatrique aigue ou du SSR. Elle nécessite uniquement une modification statutaire pour permettre la présence du chef de service (médecine gériatrique ou SSR) ou de son représentant à la commission d'admission. Pour sa mise en application, cette action nécessite un accord conjoint du directeur adjoint en charge du pôle médico-social, du chef de service de médecine gériatrique aigüe et du chef de pôle SSR. Cette décision ayant un impact sur le fonctionnement de la commission, il est également nécessaire d'associer ses membres : médecin coordonnateur, cadre supérieur de santé, référent admission, assistance sociale.

Les travaux de la commission d'admission sont relativement peu chronophages. Ils nécessitent le déplacement au Rocher Fleuri d'une personne des services concernés deux heures en moyenne en matinée par quinzaine, ce qui représente un total d'une

⁵⁶ MOULIAS R, 2007, « Pour de bonnes pratiques de l'admission en institution gériatrique », *Gérontologie et Société*, n° 112, p 239-240.

vingtaine de réunions par an en moyenne. La commission se réunissant sur le site du Haut Rocher (site principal du CH), il n'y pas lieu de prévoir de temps de transport. Les acteurs auditionnés se disent ouverts à cette action.

Deux indicateurs peuvent être mis simplement en place pour évaluer l'efficacité de cette action dans la durée : Le nombre de dossiers faisant l'objet d'une réorientation suite à la réunion de la commission (celui-ci doit afficher une baisse), et la présence des représentants des services de médecine gériatrique aiguë et de SSR, rapportés au nombre total de réunions de la commission, la cible idéale étant de 100%. Cet indicateur doit obligatoirement figurer dans un plan d'amélioration de la qualité, car il permet de mesurer l'efficacité de cet outil, par ailleurs très simple à mettre en œuvre

3.2 Mobiliser le personnel afin d'assurer une meilleure prise en compte du consentement au moment de l'entrée en EHPAD

Mettre en œuvre cet axe implique l'élaboration d'une procédure d'accueil pluridisciplinaire (3.2.1), la redéfinition de la place des personnes référents (3.2.2), et un renforcement de la place du psychologue dans les procédures d'admission et d'accueil (3.2.3).

3.2.1 Définir une procédure d'accueil pluridisciplinaire précisant la place de chacun

La procédure d'accueil a un but : faire en sorte que la personne âgée se sente accueillie et la bienvenue le jour de son entrée en EHPAD. Cette procédure s'intègre dans une démarche d'accompagnement pluridisciplinaire, impliquant à des degrés divers l'ensemble de l'équipe de l'EHPAD. Le projet de procédure d'accueil figurant en annexe tient compte des préconisations de L.PLOTON et T DARNAUD et s'inspire d'une démarche comparable mise en place à l'EHPAD *les Jardins du Chastel* à Châteaugiron (35). Il comprend cinq phases : la rencontre préalable à l'admission, la préparation de l'entrée, le temps de l'adaptation, l'arrivée du résident, le temps de l'adaptation.

Ce protocole ne peut être transposé tel quel. Il nécessite de s'assurer au préalable de l'adhésion des personnels concernés à la démarche, en les invitant à définir leur propre rôle au sein de cette démarche. S'assurer au préalable de disposer des ressources humaines nécessaires est également indispensable, en prenant en compte les spécificités de chaque site. Ainsi, alors que leurs collègues des autres sites sont davantage en retrait, les AMP sur l'EHPAD Jeanne Jugan interviennent dans la procédure d'accueil en raison de leur nombre, six contre deux pour les autres EHPAD. Elles peuvent donc plus facilement intervenir au côté du cadre de santé dans l'accueil des résidents. Ce dispositif n'est pas transposable en revanche sur les trois autres EHPAD du Pôle.

Associer les autres résidents à l'accueil du nouveau venu représente un objectif pouvant être mis en œuvre assez facilement dans le cadre d'une procédure d'accueil. L'objectif est ici de faciliter l'intégration du nouveau venu en favorisant son accueil par ses pairs. Le

nouveau résident est susceptible de rencontrer des têtes déjà connues lors de son entrée en EHPAD : anciens collègues de travail, voisins, amis... Les enquêtes et témoignages de résidents (récits de résidents) concordent pour souligner l'intérêt de ces rencontres dans l'intégration de la personne âgée entrant en EHPAD, ces rencontres contribuent à rendre l'entrée en maison de retraite moins angoissante. A cette fin, le plus simple est de communiquer aux résidents de l'EHPAD le nom du nouveau venu avant son entrée. Cette communication se fait par voie d'affichage (entrée, service). Il est judicieux d'utiliser à cette fin le journal de l'EHPAD. Les personnes connaissant le nouvel arrivant peuvent être associées sur la base du volontariat à l'accueil de celui-ci, ou invitées à lui rendre visite peu de temps après. Reposant sur les bonnes volontés, ce dispositif doit être préalablement présenté en CVS et reposer sur un appel au volontariat. Facile à mettre en place, dynamique, permettant de mobiliser les résidents en leur donnant un rôle social, cette démarche présente de nombreux avantages. Elle se heurte en revanche à l'état de santé de résidents souvent diminués, ce qui la réserve aux résidents les plus valides.

3.2.2 Redéfinir les fonctions des personnes référentes

Pour Louis PLOTON, la personne âgée doit être vue avec sa famille au préalable par une ou deux personnes de l'équipe permanente : directeur, assistante sociale, cadre de santé, psychologue. Il est ensuite accueilli par les mêmes personnes, qui seront les garantes de la période de transition. Ce garant assure les médiations qui s'imposent entre lui, l'établissement et sa famille. Cette fonction nécessite un faible investissement en temps, environ cinq minutes par jour pendant une semaine. Le garant sert aussi de médiateur si un conflit intervient entre le résident et un membre de l'équipe de soin. Thierry DARNAUD préconise également d'instituer des entretiens préalables à l'entrée en EHPAD réunissant obligatoirement le futur résident et la famille de celui-ci, en les multipliant au besoin afin que chaque personne impliquée par l'entrée du résident puisse exprimer sa position.

La notion de référent est ici nettement différente de celle mise en place dans les EHPAD du CH de Laval. Les résidents y disposent chacun d'un référent différent par corps de métiers : un résident aura de la sorte à la fois un(e) IDE et un(e) AS référent(e)s, qui vont être les personnes référentes de trois à quatre résidents. Le système préconisé par ces professionnels présente en revanche une faille importante : la personne référente doit pouvoir être présente à la fois au moment de l'entretien de pré admission et lors de l'entrée du résident, ce qui représente une contrainte d'emploi du temps non négligeable, puisque le référent doit en effet pour cela réserver une plage de temps importante dans son planning de travail 15 jours à trois semaines à l'avance pour accueillir le nouveau résident.

3.2.3 Donner une place centrale au psychologue dans les phases d'admission et d'accueil du résident

La psychologue occupe pour le moment une place en retrait dans les procédures d'admission et d'accueil des nouveaux résidents. Toutefois, pour Louis PLOTON, le psychologue devrait avoir un rôle majeur dans la procédure d'admission, en « *réfléchissant et faire des hypothèses sur ce qui se passe dans la tête du malade* », en définissant les « *enjeux et déterminants psychologiques* ». Elle devrait faire partie, au côté du directeur, de l'assistante sociale et du cadre de santé, de l'équipe chargée de recevoir la personne âgée et sa famille en préalable de son admission. Par ailleurs, la psychologue est à même d'assurer les éventuelles médiations entre le résident, l'établissement et sa famille.

Renforcer le rôle de la psychologue implique en premier lieu un changement dans la pratique professionnelle, la prise en charge du résident intervenant désormais en amont de son entrée, et non plus en aval. Ce changement doit donc se négocier avec la principale intéressée. Par ailleurs, ce changement dans la nature des missions se traduit par une augmentation de sa charge de travail, qu'il convient de compenser. La psychologue travaille actuellement à 80% sur le pôle, les 20% restant étant effectués auprès des patients du service d'hémodialyse. Ce changement conduira certainement à terme à demander un transfert de cette quotité de temps vers le pôle médico-social.

3.3 Fluidifier le parcours de la personne âgée pour favoriser son consentement

Fluidifier le parcours de la personne âgée lui permet d'anticiper plus sereinement son entrée en EHPAD. A cette fin, les visites de pré admission pour permettre aux résidents de visiter leur futur lieu de vie sont à systématiser (3.3.1), remettre les documents d'accueil issus de la loi 2002-2 avant l'entrée en EHPAD (3.3.2), et permettre le « droit au regret » en généralisant l'hébergement temporaire (3.3.3).

3.3.1 Permettre aux patients hospitalisés au CH de visiter leur futur lieu de vie.

Actuellement, les personnes âgées sortant de du CH et entrant en EHPAD ne bénéficient pas de visite préalable à leur admission et entre sans transition à l'EHPAD. Cette situation va à l'encontre des bonnes pratiques préconisées par l'ANESM et les professionnels. Ainsi, pour Louis PLOTON, le passage en SSR ou en moyen séjour gériatrique assure une transition entre le domicile et l'EHPAD. Ce passage représente une période d'évaluation qui permet à la personne âgée de s'adapter progressivement aux règles de la vie en collectivité. Cette période d'évaluation permet également d'ajuster les traitements médicaux et d'évaluer les centres d'intérêt dans le cadre de la constitution

ultérieure du PVI. Ce passage peut aussi fournir l'occasion d'un dernier essai de retour à domicile⁵⁷.

Cet objectif implique l'organisation d'une sortie temporaire du service et la mise à disposition d'un moyen de transport adapté à l'état de santé de la personne âgée. Le Pôle médico-social possède un véhicule adapté aux personnes à mobilité réduite, permettant le voyage sans transfert de personne en fauteuil. L'emploi de ce véhicule est à privilégier par rapport aux ambulances privées, son utilisation limitant le coût du transport pour le CH ou l'ayant droit. La mise en place d'un protocole de sortie peut se faire par le biais d'une convention passée entre le directeur adjoint en charge du pôle médico-social, le chef de service de gériatrie aigüe, et le chef de pôle SSR. Le cadre supérieur de santé, les cadres de santé des EHPAD et des services, ainsi que l'AS chauffeur accompagnateur sont associés à l'élaboration de ce protocole. L'objectif final est de faire en sorte que la totalité des futurs résidents des EHPAD du Pôle médico-social hospitalisés au sein des services du CH bénéficient d'une visite de pré admission. La cible évaluée est donc de 100%. Il est également nécessaire d'organiser un bilan périodique interservices, une fois par semestre environ, pour faire un point sur le suivi de cette mesure.

La principale limite de ce dispositif est relevée par Danièle TACNET AUZZINO, « *Si une forme d'éthique et un désir de mettre en place de bonnes pratiques de l'admission en institution émane des hôpitaux, ce souhait peut parfois rester lettre morte face à la pénurie des places dans les services de médecine et l'urgence d'en libérer une. Nous le constatons très souvent dans nos EHPAD lorsque nous proposons un rendez-vous de pré-admission à la personne âgée ainsi qu'un rendez-vous à sa famille pour visiter l'établissement : c'est toujours un peu long à organiser et le service hospitalier semble souvent plus pressé de définir une date de sortie de la personne que de veiller à ce qu'elle soit bien préparée à cette sortie*⁵⁸ ». Le cadre de santé de l'EHPAD ou son représentant peut, dans ce cas de figure, rendre visite à la personne âgée (domicile ou hôpital) afin de lui présenter son futur lieu de vie et d'apprécier la compatibilité de ses besoins avec la prise en charge proposée au sein de l'établissement. Cette solution n'est qu'un palliatif et doit rester exceptionnelle, la priorité restant aux visites de pré admission.

3.3.2 Remettre les documents d'accueil à jour avant l'entrée :

Au moment de son entrée en EHPAD, la personne âgée et ses proches reçoivent le livret d'accueil et prennent connaissance de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Elles doivent ensuite signer un contrat de séjour et parapher le règlement de fonctionnement. Il s'agit de documents fondamentaux, qui présentent et explicitent les

⁵⁷ Entretien du 9/07/2015

⁵⁸ TACNET-AUZZINO C, 2009, « La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD. », *Gérontologie et société* 4/2009 (n° 131), p. 99-121

règles de vie en collectivité au nouvel entrant. Il s'agit aussi de documents possédant une portée juridique importante : ces derniers, en liant le résident et ses proches à l'institution, instituent un contrat créateur de droits et de devoirs réciproques. La remise de ces documents informatifs et juridiques dans un moment court pose elle-même question : Le résident et ses proches se retrouvent t-ils vraiment dans cette réponse institutionnelle ? Traiter de l'utilité réelle des documents d'accueil remis au résident oblige aussi à répondre aux questions corollaires suivantes : Est-ce que ces documents sont bien compris par le résident ? Est-ce que ces documents répondent aux attentes de celui-ci ? Favorisent-ils son consentement à l'entrée en institution ?

Le moment de la remise des documents d'accueil apparaît mal choisi. Ils sont en effet actuellement remis au moment de l'entrée du résident en EHPAD. Le livret d'accueil remis à ce moment perd une part importante de son intérêt principal : être un support pour présenter les conditions d'accueil et d'hébergement, afin de permettre au futur résident et à sa famille de faire connaissance avec son futur lieu de vie et de se familiariser avec ses modes de fonctionnement. La remise de ces documents en amont de l'entrée est préférable. Le personnel de l'EHPAD peut par exemple remettre ces documents, règlement de fonctionnement et livret d'accueil en priorité lors des entretiens et visites de pré admission, afin que le futur résident puisse s'en emparer et les utiliser afin de préparer au mieux son entrée.

3.3.3 Assurer un suivi du résident postérieur à son entrée

A) Organiser un bilan d'intégration pour tous les résidents

Si le cadre de santé reçoit les familles en général une semaine après l'entrée, le bilan d'intégration pour tous les résidents n'est pas mis en place, alors que sa création figure dans le projet d'établissement 2010-2014. Ce bilan d'intégration a pour but de s'assurer du bien être physique et moral des personnes âgées hébergées. La réalisation de ce bilan est dévolue à l'équipe soignante (IDE, AS, ASH soins), assistée par les psychologues et les assistantes sociales, sous l'autorité du médecin coordonnateur. L'équipe veille à l'intégration des nouveaux résidents et reste à disposition des familles pour rendre compte de la situation de leur parent. Les problèmes rencontrés par la personne âgée sont discutés lors des transmissions et notés dans le dossier de soins.

B) Prévoir un « droit au regret⁵⁹ » permettant le retour à domicile, en généralisant le principe de l'admission provisoire avant l'entrée définitive.

Il s'agit ici de développer des accueils alternatifs ou intermédiaires à l'admission définitive : accueil temporaire, accueil de jour... Selon une étude sociologique conjointe

⁵⁹ L'expression est de Robert MOULIAS

réalisée par la Drees et l'Inserm⁶⁰, l'exemple de l'accueil temporaire est emblématique : il peut permettre à la personne de « *sauvegarder [son] lien au chez-soi* ». L'accueil temporaire est par ailleurs davantage considéré par les professionnels comme « *un outil de préparation à un placement définitif*⁶¹ », ROCHE souligne enfin que l'accueil temporaire représente une « *entrée définitive déguisée* ». Ces accueils intermédiaires peuvent en effet permettre aux personnes âgées, selon TACNET-AUZZINO, « *de mesurer le bénéfice/risque d'une entrée en établissement, sans pour autant que la rupture soit consommée avec les services d'aide à domicile*⁶² ».

Cette mesure représente tout d'abord une clause de précaution pour la personne âgée, qui sait qu'elle peut revenir chez elle si les choses se passent mal. Cette clause permet aussi de démontrer à la personne âgée qu'un retour à domicile est soit impossible, soit présente plus d'inconvénient que de rester en EHPAD. Cette mesure nécessite une autorisation de l'ARS pour proposer de l'hébergement temporaire, celui-ci étant limité à trois mois. Il est possible de demander la transformation de places d'hébergement permanent en places d'hébergement temporaire. Par ailleurs, Une personne accueillie en hébergement permanent peut toujours quitter l'EHPAD, un préavis doit être indiqué dans le contrat de séjour ou le règlement de fonctionnement. Ces deux documents doivent donc être modifiés en conséquence.

La mise en place d'un « droit à regret » mobilise en premier lieu la direction du pôle : le directeur, qui impulse la mesure, le référent admission, le cadre supérieur de santé, ainsi que l'adjoint des cadres. Il convient également d'associer à la mise en place de cette mesure les cadres de santé des quatre sites, afin de leur présenter la mesure et l'intérêt qu'elle représente pour le résident, et de prendre en compte leurs remarques et leurs observations. Cette mesure présente deux contraintes :

- L'une pour l'EHPAD, avec une complexification de la gestion des lits et un risque financier causé par un départ prématuré d'un résident et la vacance d'un lit.
- L'autre pèse sur le résident et sa famille. La personne âgée est contrainte le plus souvent de louer ou de vendre son domicile, afin de couvrir le reste à charge important du prix journée. Le retour à domicile devient impossible de ce seul fait. Pour être effective, la mise en place d'une période d'essai nécessite un report de la mise en location ou de la vente du domicile et oblige à trouver une compensation financière à charge du résident, de l'établissement, ou des tutelles (ARS, Conseil Départemental). Cette contrainte représente la contrainte la plus lourde pesant sur la mise en œuvre de cette mesure.

⁶⁰ Etude sociologique DREES-INSERM, 2008.

⁶¹ ROCHE R, 2008, *L'impact du travail en réseau sur la politique d'admission et sur la politique d'accueil, l'exemple de l'EHPAD les Lavandines*, Rennes, EHESP, Mémoire DESSMS, 67 p.

⁶² Tacnet-Auzzino D, (2009) La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD.

Récapitulatif du plan d'action

3.1 Renforcer la communication externe du pôle médico-social :

3.1.1. Faire évoluer les représentations sur l'EHPAD en développant la communication externe à l'adresse du grand public			
Pilotes	Directeur du Pôle médico-social, responsable communication	Acteurs associés	Cadres de santé, représentants au CVS, AMP,
Efficacité attendue	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mise en œuvre	2 à 3 mois
Difficulté de mise en place	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Indicateurs d'évaluation	
Fonctionnement dans la durée	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- Nombre de retours presse /Tv/ radio par an. Fréquentation du site Internet (nb de visites/ an) - Nombre de réunions communication	
Coûts	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

3.1.2 Développer la communication externe à l'adresse des médecins libéraux			
Pilotes	Directeur, médecin coordonnateur, CSS	Acteurs associés	Cadres de santé, médecins référents, IDE
Efficacité attendue	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mise en œuvre	2 à 3 mois pour rédiger le livret
Difficulté de mise en place	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Indicateurs d'évaluation	
Fonctionnement dans la durée	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- Taux de couverture du livret (cible : 100% des médecins de ville du bassin Lavallois) - Pourcentage de médecins de ville présents à la commission (cible : 100%)	
Coûts	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Observations	La mobilisation des médecins de ville est difficile à obtenir.		




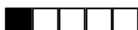
3.1.3 Ouvrir la commission d'admission aux représentants du service de médecine gériatrique aigue et du SSR.			
Pilotes	Directeur du Pôle médico-social Chef du service de médecine gériatrique aiguë Chef de Pôle SSR,	Acteurs associés	médecin coordonnateur, CSS, assistante sociale, référent admission, cadres de santé SSR + médecine gériatrique aiguë
Efficacité attendue	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mise en œuvre	1 mois
Difficulté de mise en place	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Indicateurs d'évaluation	
Fonctionnement dans la durée	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux d'absentéisme ou de présence des représentants / nombre total de réunions (cible : taux de présence de 100%)	
Coûts	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Observations	La mise en œuvre de cette action dépend avant tout de la bonne volonté des acteurs de la filière		



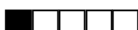
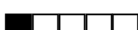
*CSS : cadre supérieur de santé









3.2 Mobiliser le personnel afin d'assurer une meilleure prise en compte du consentement au moment de l'entrée en EHPAD

3.2.1. Formaliser l'accompagnement pluridisciplinaire du résident à son entrée			
Pilotes	Directeur, CSS	Acteurs associés	Médecin coordonnateur, cadres de santé, référent admission, IDE, AS, ASH, AMP, personnels ouvriers, lingères, OPQ/OP cuisine...
Efficacité attendue	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Mise en œuvre	4 à 6 mois
Difficulté de mise en place	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Indicateurs d'évaluation	
Fonctionnement dans la durée	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mise en œuvre du protocole	
Coûts	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cible : 100% des nouveaux entrants	
Observations	Le protocole intègre des pratiques déjà existantes, ce qui facilite sa mise en place.		
Associer les autres résidents à l'accueil du nouveau venu			
Pilotes	CSS, cadres de santé	Acteurs associés	AMP, IDE, référent admission Représentant des résidents et des familles au CVS
Efficacité attendue	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mise en œuvre	4 à 6 mois
Difficulté de mise en place	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Indicateurs d'évaluation	
Fonctionnement dans la durée	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre de résidents volontaires	
Coûts	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Observations	Le succès dépend avant tout de l'implication des résidents		
3.2.2 Redéfinir les fonctions des personnes référents			
Pilotes	Directeur, CSS	Acteurs associés	Cadres de santé, IDE, AS, AMP
Efficacité attendue	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mise en œuvre	2 à 3 mois
Difficulté de mise en place	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Indicateurs d'évaluation	
Fonctionnement dans la durée	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Coûts	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Observations	La visite préalable et l'accueil assurés par le même référent nécessitent un investissement en temps important.		
3.2.3 Donner une place centrale au psychologue durant les phases d'admission et d'accueil du résident			
Pilotes	Directeur, psychologue	Acteurs associés	Médecin coordonnateur, CSS, cadres de santé, assistante sociale
Efficacité attendue	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mise en œuvre	2 à 3 mois
Difficulté de mise en place	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Indicateurs d'évaluation	
Fonctionnement dans la durée	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre de visites préalables à l'admission réalisées par le psychologue (cible : 100% des nouveaux résidents)	
Coûts	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Observations	Le surcroît d'heures travaillées peut générer un surcoût		

3.3 Fluidifier le parcours de la personne âgée pour favoriser son consentement

3.3.1 Systématiser les visites de pré admission			
Pilotes	Directeur du Pôle médico-social Chef du service de médecine gériatrique aiguë Chef de Pôle SSR,	Acteurs associés	médecin coordonnateur, CSS, assistante sociale, cadres de santé SSR + médecine gériatrique aiguë, référent admission,
Efficacité attendue		Mise en œuvre	4 à 6 mois
Difficulté de mise en place		Indicateurs d'évaluation	
Investissement dans la durée		Nombre de visites de pré admission réalisées/an Pourcentage de nouveaux résidents bénéficiant de ces visites de pré admission (cible 100%)	
Coûts			
Observations	Le coût de la mesure est faible si le transport des personnes est assuré par le véhicule de l'EHPAD. La coordination avec les services du CH, soumis à une logique de gestion des lits, représente ici l'obstacle principal.		

3.3.2 Mettre à jour les documents réglementaires remis au résident avant l'entrée : (livret d'accueil, règlement de fonctionnement et contrat de séjour).			
Pilotes	Directeur, responsable communication	Acteurs associés	CSS, référent admission Cadres de santé, secrétariat
Efficacité attendue		Mise en œuvre	3 à 6 mois
Difficulté de mise en place		Indicateurs d'évaluation	
Investissement dans la durée		Nombre de livrets distribués par an (version papier et numérique) pourcentage de nouveaux résidents auxquels les documents sont remis (cible 100%).	
Coûts			

3.3.3 Assurer un suivi du résident postérieur à son entrée			
A Organiser un bilan d'intégration pour tous les résidents			
Pilotes	Directeur, psychologue	Acteurs associés	CSS, référent admission Cadres de santé, secrétariat
Efficacité attendue		Mise en œuvre	2 à 3 mois
Difficulté de mise en place		Indicateurs d'évaluation	
Investissement dans la durée		Nombre de bilans réalisés par an Pourcentage de résidents bénéficiant d'un bilan de post admission (cible 100%)	
Coûts			
Observations	Surcroît d'heures travaillées générant un coût en RH		
B Prévoir un droit au regret permettant le retour à domicile, en généralisant le principe de l'admission provisoire avant l'entrée définitive.			
Pilotes	Directeur, médecin coordonnateur	Acteurs associés	CSS, ADC, référent admission Cadres de santé des sites
Efficacité attendue		Mise en œuvre	2 à 3 mois
Difficulté de mise en place		Indicateurs d'évaluation	
Investissement dans la durée		Pourcentage de contrats signés (cible 100%)	
Coûts			
Observations	Le coût de ce dispositif se reporte surtout sur le résident et / ou sa famille, en l'obligeant à conserver son logement d'origine.		

Conclusion

Entrer en EHPAD reste, et restera probablement dans la plupart des cas, une contrainte. Toutefois, cette entrée, si obligée soit-elle, peut représenter un nouveau départ pour le résident. L'EHPAD présente des atouts par rapport à l'ancien domicile : il représente un cadre de vie sécurisé où les soins nécessaires au maintien de l'autonomie de la personne âgée peuvent être apportés au mieux. Toutefois, cette médicalisation ne saurait justifier à elle seule une entrée en institution. Un consentement à l'entrée obtenu pour ce motif resterait de surcroît illusoire. Une personne âgée ne peut consentir à son entrée dans un nouveau lieu de vie que si elle s'y sent bien. Cette sensation ne peut se développer que si le nouvel arrivant se sent le bienvenu à son entrée en EHPAD, et plus encore, s'il se sent utile et encore aimé, à la fois par son nouvel entourage et par sa famille.

Se sentir le bienvenu dans un lieu qui demeure le plus souvent inconnu lorsque l'on y entre n'est pas chose innée. La recherche du consentement chez la personne âgée relève donc non du spontané, mais d'une construction lentement mûrie. S'il est bien entendu préférable que cette réflexion soit aboutie au moment de l'entrée en EHPAD, une résistance initiale ne présente pas pour autant un caractère rédhibitoire ou définitif. Grâce au travail de l'ensemble de l'équipe de l'établissement, et à la participation de la famille, la réticence initiale peut se transformer en accord quelque temps après l'entrée en EHPAD.

Ce tableau peut sembler idéal à première vue. Cette vision optimiste doit en effet tenir compte des contraintes inhérentes au fonctionnement d'un EHPAD : financement des activités à rechercher, absentéisme, « *manque de temps pour bien faire* » relèvent des principaux obstacles rencontrés dans le travail d'un directeur d'EHPAD. Cette situation ne doit pas interdire l'action : travailler sur le bien-être des résidents lors de l'entrée en EHPAD c'est, rappelons-le, prévenir bien des conflits ultérieurs avec les familles. C'est également, et surtout, favoriser le maintien sur la durée de l'autonomie des résidents. C'est enfin favoriser les conditions de travail des agents tout en donnant un sens à leur action au quotidien.

La mise en place d'une procédure d'accueil, accompagnée d'une nécessaire réflexion sur les pratiques professionnelles au moment de l'entrée du nouveau résident en EHPAD, représente une première solution en ce sens. Une meilleure coordination entre pôles et services au sein du Centre Hospitalier est également indispensable.

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, page 124.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, JORF du 5 mars 2002, page 4118.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et au territoire, (dite loi HPST), JORF n°0167 du 22 juillet 2009, page 12184.
- Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles, JORF n°269 du 21 novembre 2003, page 19760.
- Défenseur des droits, 2013, décision MSP-MLD/2013-57 [visité le 10/07/2015], disponible sur Internet : <http://www.defenseurdesdroits.fr>

Ouvrages

- BRAMI G, 2004, *Le nouveau projet d'établissement des EHPAD*, Col « Le point sur », 2^{ème} édition, Paris, Berger-Levrault, 284 p.
- BRAMI G, 2011, *Sécuriser votre EH^{AD}, 15 actions pratiques*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 323 p.
- BRAMI G, 2007, *Les droits des personnes âgées hébergées. Guide pratique*. Paris, Berger-Levrault, 224 p.
- BRAMI G, 2006, *Le nouveau fonctionnement des EHPAD. Droit et pratiques institutionnels en gérontologie*. Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 355 p.
- CASAGRANDE A., 2012, *Ce que la maltraitance nous enseigne. Difficile bientraitance*, Saint-Juste-La-Pendue, Dunod, 204 p.
- CHABERT J., BELOT A., Fondation de France, 2004, *Jusqu'au bout de la vie : vivre ses choix - prendre des risques... 12 expériences autour du « respect du droit au choix - droit au risque » des personnes âgées*. Paris, Fondation de France, 39 p.
- DARNAUD T., 2007, *L'entrée en maison de retraite une lecture systémique du temps de l'accueil* nouvelle édition mise à jour, Issy-Les-Moulineaux, ESF éditeur, 189 p.
- DUBREUIL B, 2013, *Le travail de directeur en ESMS*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod.

- ENNUYER B, 2006, *Repenser le maintien à domicile. Enjeux - acteurs – organisation*, Paris, Dunod, 278 p.
- LEFEVRE P, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, 3^{ème} édition, Paris, Dunod, 495 p.
- LHUILLIER J.M., 2009, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 5^{ème} édition, Rennes, Presse de l'EHESP, 280 p.
- MALLON I., 2004, *Vivre en maison de retraite, le dernier chez-soi*, Rennes, Presse universitaire de Rennes, 287 p.
- MINNAERT E., RIOT L., JAUJOIS N., 2006, *L'EHPAD pour finir de vieillir ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*, Rapport, 217 p.
- PLOTON L, 2003, *La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, 6^{ème} édition, Lyon, Chronique Sociale, 250 p.
- VILLEZ A., 2005, *Adapter les établissements pour personnes âgées, besoins, réglementation, tarification*, Paris, Dunod, 212 p.

Article de périodique

- AMYOT JJ, VILLEZ A, 2001, « Droit au choix, droit au risque », *Vie Sociale*, n°4, pp. 69-87
- ARGOUD D., PUIJALON B, 2003, « Enjeux et limites d'une prise en compte de la parole des vieux », *Gérontologie et Société*, n° 106, p 23-39.
- BATTISTA E, 10 juillet 2013, « Entre 2009 et 2012, les Ehpad ont accompli des efforts pour respecter les droits des résidents », *Hospimedia*, [visité le 20/07/2015], disponible sur Internet : <http://www.hospimedia.fr>
- DONNIO I, 2005. L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, *Gérontologie et société*, n° 112, pp. 73-92.
- DORANGE M, 2005, « Entrée en institution et paroles de vieux », *Gérontologie et société*, n°112, pp. 123-139.
- ENNUYER B, 2007, « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile » et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie », *Gérontologie et Société*, n° 123, pp. 153-167.
- ENNUYER B, 2005, « Le droit des usagers », *Gérontologie et Société*, n°115, pp.13-28
- GABERAN, P. 2006. « De l'enfance à la vieillesse, la dépendance : une qualité humaine », *Reliance*, n° 21, p. 49-58.

- GUICHARDON M, 2005, « Quand l'entrée en EHPAD est un choix », *Gérontologie et société*, n° 112, pp. 157-162.
- LOUBAT J.R, 2007, « Mettre en œuvre un projet personnalisé de promotion », in ANESM, *Accueil et projet personnalisé en Ehpap, Analyse documentaire Accueil et projet personnalisé en Ehpap*, 59 p.
- MALLON I, 2005. « Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux », *Espaces et sociétés*, n° 120-121, p. 163-178.
- MALLON I, 2007. « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? » *Gérontologie et société*, n° 121, p. 251-264.
- MOULIAS R, 2007, « Pour de bonnes pratiques de l'admission en institution gériatrique », *Gérontologie et Société*, n°112, p 239-240.
- PLOTON L, 2007, « À propos du placement des personnes âgées ». *Gérontologie et société*, n° 112, p. 93-103.
- TACNET-AUZZINO D (2009), « La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD ». *Gérontologie et société* 4/2009 (n° 131), p. 99-121

Rapports

- CASMAN, M.-T., LENOIR, V., BAWIN-LEGROS, B. Vieillir en maison de repos : quiétude ou inquiétude ? Bruxelles, Ministère de l'emploi du travail et de la politique d'égalité des chances, 1998. 127 p.
- Centre d'Analyse Stratégique, 2006, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*. Paris, la Documentation Française, 2nd rapport de la mission « prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes », 305 p.
- Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), 2015, *Avis sur le consentement des personnes vulnérables*, JORF n°0158 du 10/07/2015.
- JAUJOU N, MINNAERT E, RIOT L, 2006, *L'EHPAD : pour finir de vieillir, Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*. Etude réalisée pour le Centre d'analyse stratégique par la fondation Maison des sciences de l'Homme, p : 31
- KPMG, Observatoire des EHPAD, année 2014, 2013 et 2009.
- Fondation MSH, 2006, *L'EHPAD pour finir de vieillir, chronologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*, Etude réalisée pour le Centre d'analyse stratégique par la Fondation Maison des sciences de l'Homme, 225 p, p : 46
- Enquête ORS-DRASS Aquitaine, 2006.

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

- ANESM, novembre 2009, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement
- ANESM, mars 2011, Accueil et projet personnalisé en EHPAD, Analyse documentaire relative à l'accueil et au projet personnalisé en EHPAD
- ANESM, février 2011, Qualité de vie en EHPAD (volet 1) de l'accueil de la personne à son accompagnement
- ANESM, Qualité de vie en EHPAD (volet 2) concept de qualité de vie.
- ANESM, Qualité de vie en EHPAD (volet3) la vie sociale des résidents en EHPAD
- ANESM, Accueil et projet personnalisé en Ehpad, Analyse documentaire Accueil et projet personnalisé en Ehpad
- ANESM, Accueil et projet personnalisé en EHPAD

Mémoires

- BRUNET J, 2012, La filière gériatrique de proximité : une réponse d'avenir pour les centres hospitaliers de proximité. Illustration avec le centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand, Rennes, EHESP, Mémoire DESSMS, 73+VIIp.
- DREYER G., 2010, *Le Directeur garant du respect des droits des résidents en EHPAD : l'enjeu d'un projet personnalisé par et pour le résident*, Rennes, EHESP, diplôme d'établissement « Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes », 23 p.
- GRAVIER V, 2010, *L'accueil des résidents en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes : vers un accompagnement personnalisé*, Rennes, EHESP, diplôme d'établissement « Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes », 20+XVIII p.
- GUERIN PROUST B, 2013, *Accueil et adaptation en EHPAD : le directeur garant des droits du résident*, Rennes, EHESP, diplôme d'établissement « Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes », 31 p.
- MORNON F, 2013, *Formaliser l'accueil en EHPAD : levier pour garantir l'adaptation et la construction du projet individualisé du résident. L'exemple de la Résidence Val de Chevré*, Rennes, EHESP, Mémoire DESSMS, 69 p.

- PAGE S, 2010, *Livret d'accueil en EHPAD : rôle, usage et sens*, Rennes, EHESP, diplôme d'établissement « Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes », 19 p.
- ROCHE R, 2008, *L'impact du travail en réseau sur la politique d'admission et sur la politique d'accueil, l'exemple de l'EHPAD les Lavandines*, Rennes, EHESP, Mémoire DESSMS, 67 p.

Sites Internet consultés

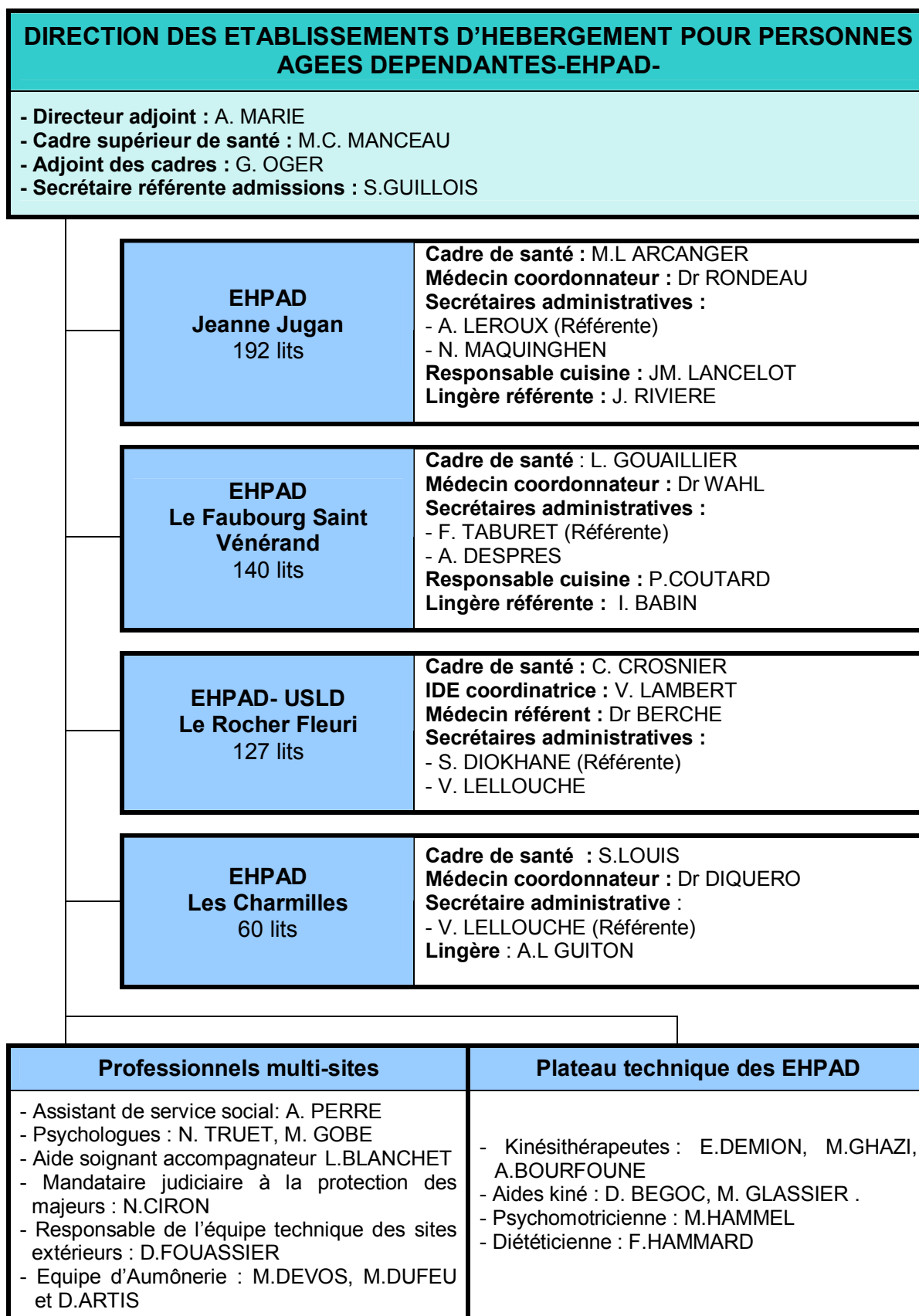
- ANESM : <https://www.anesm.sante.gouv.fr>
- Cairn Info : <https://www.cairn.info>
- Défenseur des Droits : <http://www.defenseurdesdroits.fr>
- EHESP : <https://www.documentation.ehesp.fr/>
- Hospimédia : <http://www.hospimedia.fr>
- Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- Union fédérale des consommateurs (UFC) Que Choisir : <http://www.quechoisir.org>

Liste des annexes

ANNEXE I - Organigramme du Pôle médico-social du Centre Hospitalier de Laval	II
ANNEXE II - Liste des personnes interrogées	III III
ANNEXE III - Répartition par âge et par GIR des résidents des EHPAD du Pôle médico-social du Centre Hospitalier de Laval	IV
ANNEXE IV – Tarifs applicables au 1 ^{er} juin 2014.....	VI
ANNEXE V - Génogramme de la famille Adour	VII
ANNEXE VI - Tableau de suivi – Procédure de révision du livret d'accueil	VIII VIII
ANNEXE VII - Procédure d'admission existante	IX
ANNEXE VIII - Fiche procédure - Accueil d'un nouveau résident.....	X
ANNEXE IX - Livret d'accueil existant (2002)	Erreur ! Signet non défini.

ANNEXE I

Organigramme du Pôle médico-social du Centre Hospitalier de Laval



ANNEXE II

Liste des personnes interrogées

Pôle médico-social :

- Mme MANCEAU, cadre supérieur de santé en charge du pôle
- le Dr BERCHE, médecin référent du pôle médico-social
- le Dr RONDEAU, médecin coordonnateur référent de la commission d'admission
- M OGER, adjoint des cadres
- les cadres de santé des quatre EHPAD :
 - Mme ARCANGER, cadre de santé de l'EHPAD Jeanne Jugan
 - Mme CROSNIER, cadre de santé de l'EHPAD le Rocher Fleuri
 - M GOUAILLIER, cadre de santé de l'EHPAD le Faubourg Saint Vénérand
 - Mme LOUIS, cadre de santé de l'EHPAD les Charmilles
- Mme PERRE, assistant de service social
- Mme TRUET, psychologue
- M BLANCHET, aide soignant accompagnateur
- les AMP et IDE de l'EHPAD de Jeanne Jugan
- Mmes BABIN et RIVIERE, respectivement lingères de l'EHPAD du Faubourg Saint Vénérand et de l'EHPAD Jeanne Jugan
- Mme TABURET, secrétaire administrative de l'EHPAD le Faubourg Saint Vénérand

Autres services du Centre Hospitalier :

- M le Dr MOUTEL, chef du pôle soins de suite et chef de service de soins de suite et de réadaptation
- Mme le Dr TOUZARD, chef de service de médecine interne gériatrique
- M PUSSAT., cadre de santé du même service
- M FOUASSIER, responsable de l'équipe technique des sites extérieurs :

Résidents et familles de résidents :

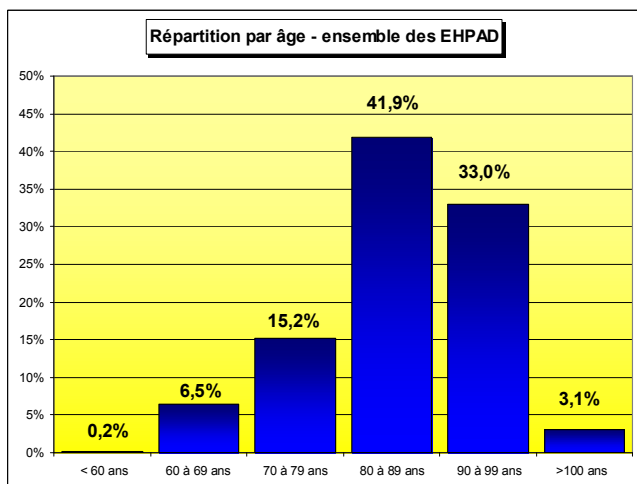
- Mmes BARBE, LELIEVRE et TESSIER, résidentes de l'EHPAD le Rocher Fleuri
- M FANTON, résident de l'EHPAD Jeanne Jugan
- Deux représentants des familles de résidents.

Personnes extérieures :

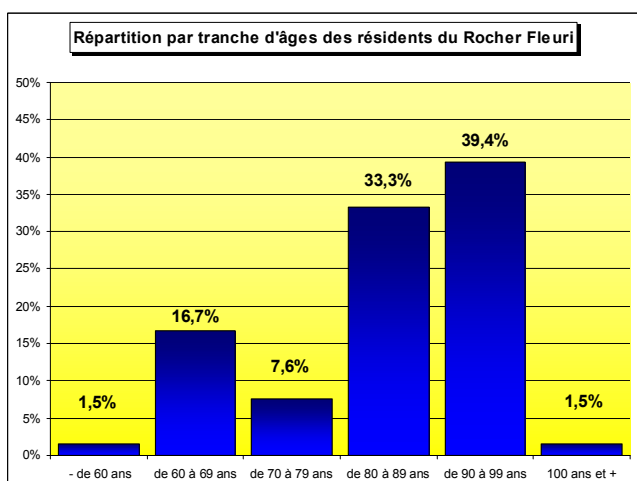
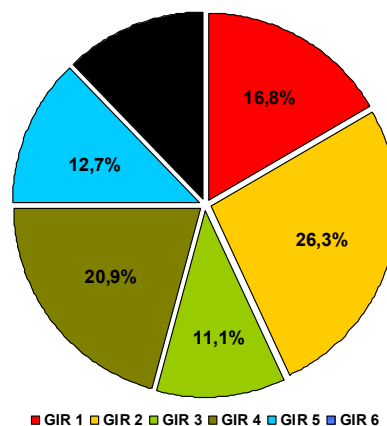
- M BARBE directeur de l'EHPAD autonome de Châteaugiron
- Mme CHAUVEL, directrice de l'EHPAD autonome de Livré-sur-Changeon
- M PLOTON, médecin psychiatre

ANNEXE III

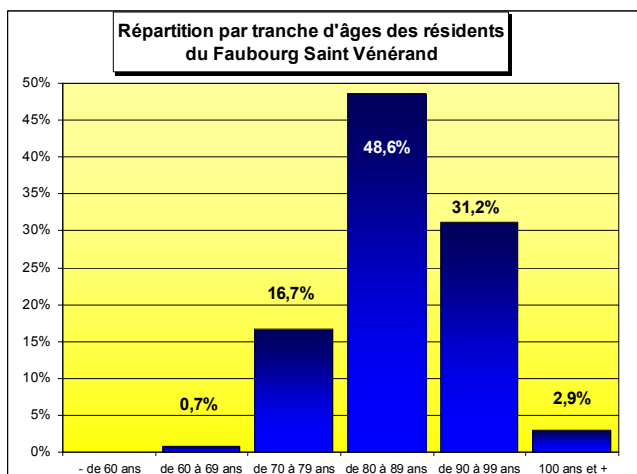
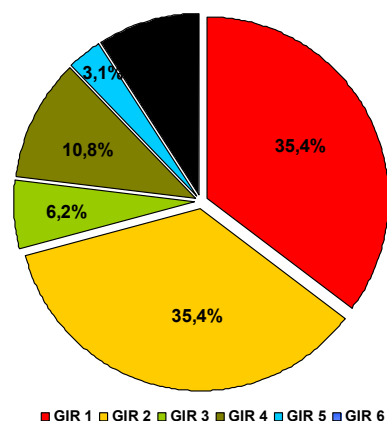
Répartition par âge et par GIR des résidents des EHPAD du Pôle médico-social



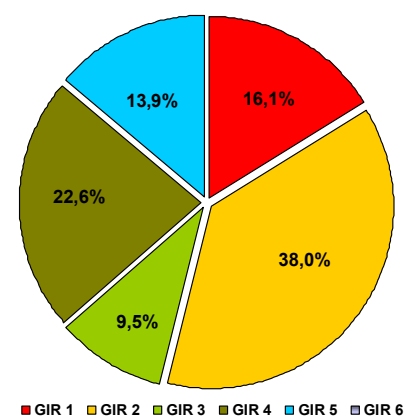
Répartition par GIR des résidents en EHPAD

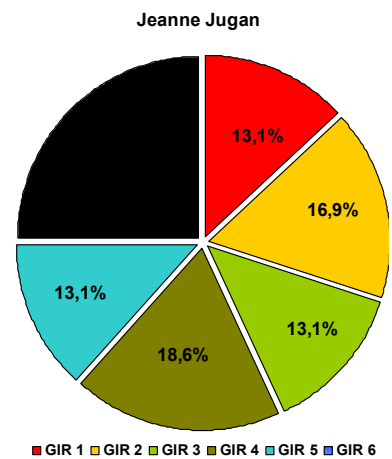
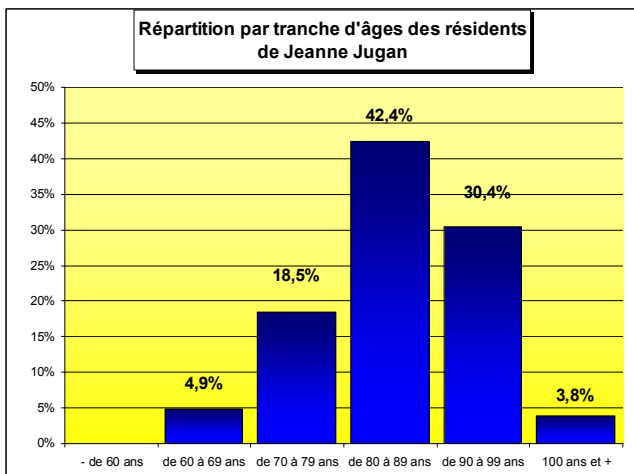
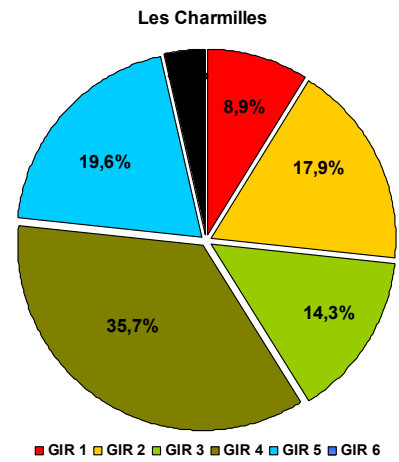
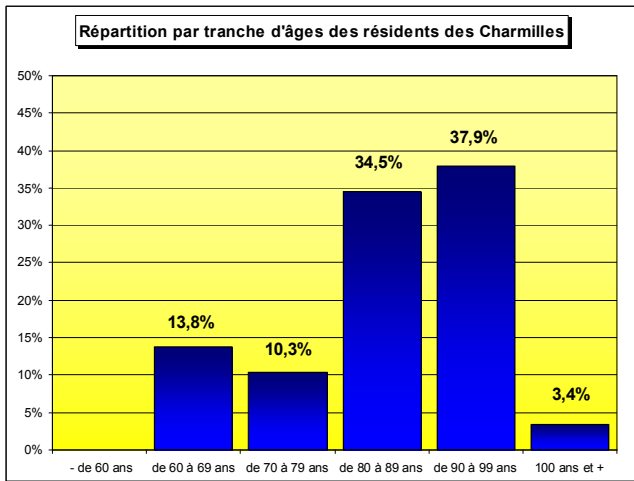


Rocher Fleuri



Faubourg Saint Vénérand





ANNEXE IV

Tarifs applicables aux EHPAD au 1^{er} juin 2014

TARIFS JOURNALIERS APPLICABLES AU 01.06.2014

Tarif journalier = Tarif hébergement + Tarif dépendance

EHPAD CH LAVAL

RESIDENTS DE PLUS DE 60 ANS

<u>TARIFS HEBERGEMENT JOURNALIERS</u>		
	Ch. Individuelle	Ch. Double
EHPAD JEANNE JUGAN	49,30 €	46,80 €
EHPAD ROCHER FLEURI	53,50 €	52,00 €
FSV	EHPAD	55,50 €
	UPAD	57,50 €
EHPAD LES CHARMILLES	54,50 €	

<u>TARIFS DEPENDANCE JOURNALIERS</u>			
E H P A D	GIR 1&2	GIR 3&4	GIR 5&6
	22,12 €	14,06 €	5,96 €
	APA 16,16 €* 	APA 8,10 €* 	

RESIDENTS DE MOINS DE 60 ANS

<u>TARIF HEBERGEMENT JOURNALIER</u>
52,14 €

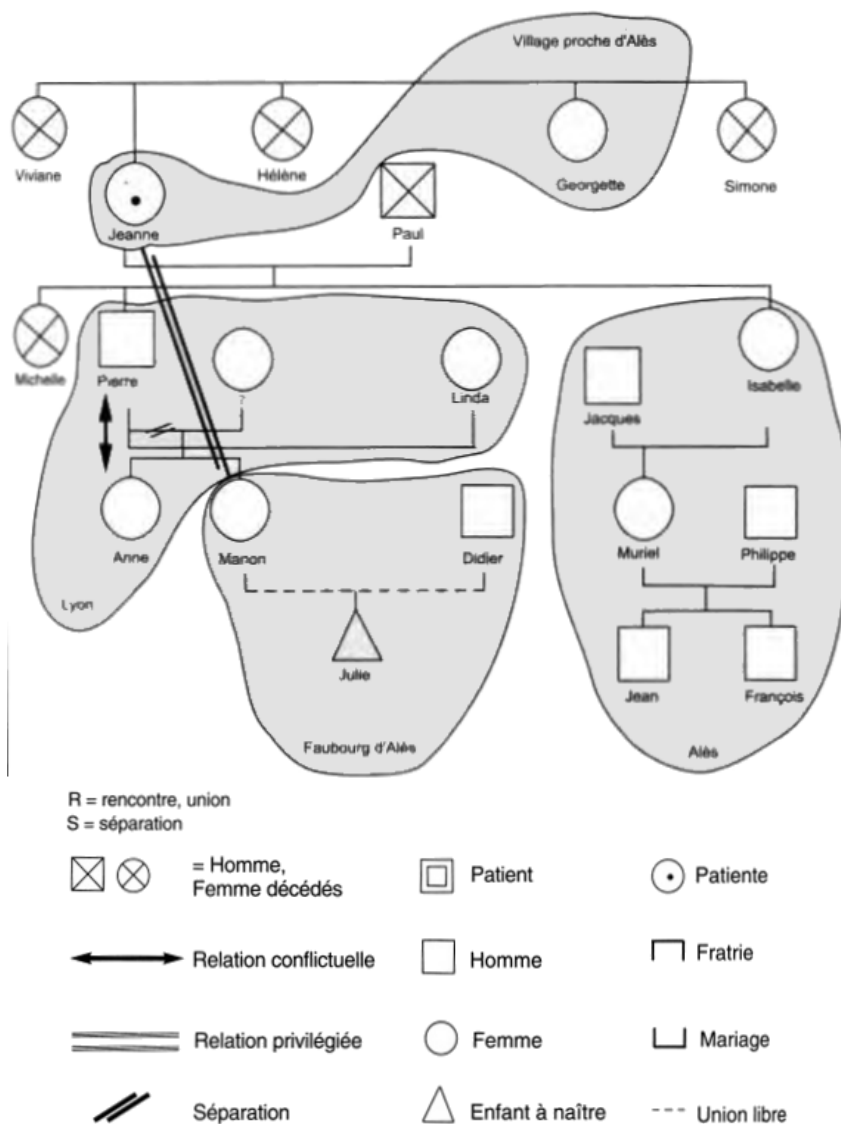
<u>TARIF DEPENDANCE JOURNALIER</u>
GIR 1 à 6
14,57 €
PAS D'APA POUR LES MOINS DE 60 ANS

Régime de facturation en cas d'absence

- Tarif pour absence inférieure à 72 H : le tarif hébergement est facturé intégralement par l'établissement
- Tarif pour absence supérieure à 72 H : Le tarif hébergement est minoré du forfait hospitalier (18 € au 01/11/2013)
- Le tarif dépendance n'est plus facturé dès le premier jour d'absence

ANNEXE V

Le génogramme de la famille Adour



Le génogramme montre l'existence d'une relation privilégiée entre Jeanne, la personne entrant en maison de retraite qui habite actuellement un village proche d'Alès et Manon, sa petite-fille. Jeanne vit actuellement à proximité de sa dernière sœur en vie, Georgette. Le fils de Jeanne, Pierre, vit sur Lyon, et est en conflit avec son autre fille Anne. Le génogramme montre aussi l'éclatement de la cellule familiale entre Alès et Lyon.

ANNEXE VI

Tableau de suivi – Procédure de révision du livret d'accueil

Pilote de projet : Christophe CAPRON
Christophe.Capron@eleve.ehesp.fr
 Poste 37057

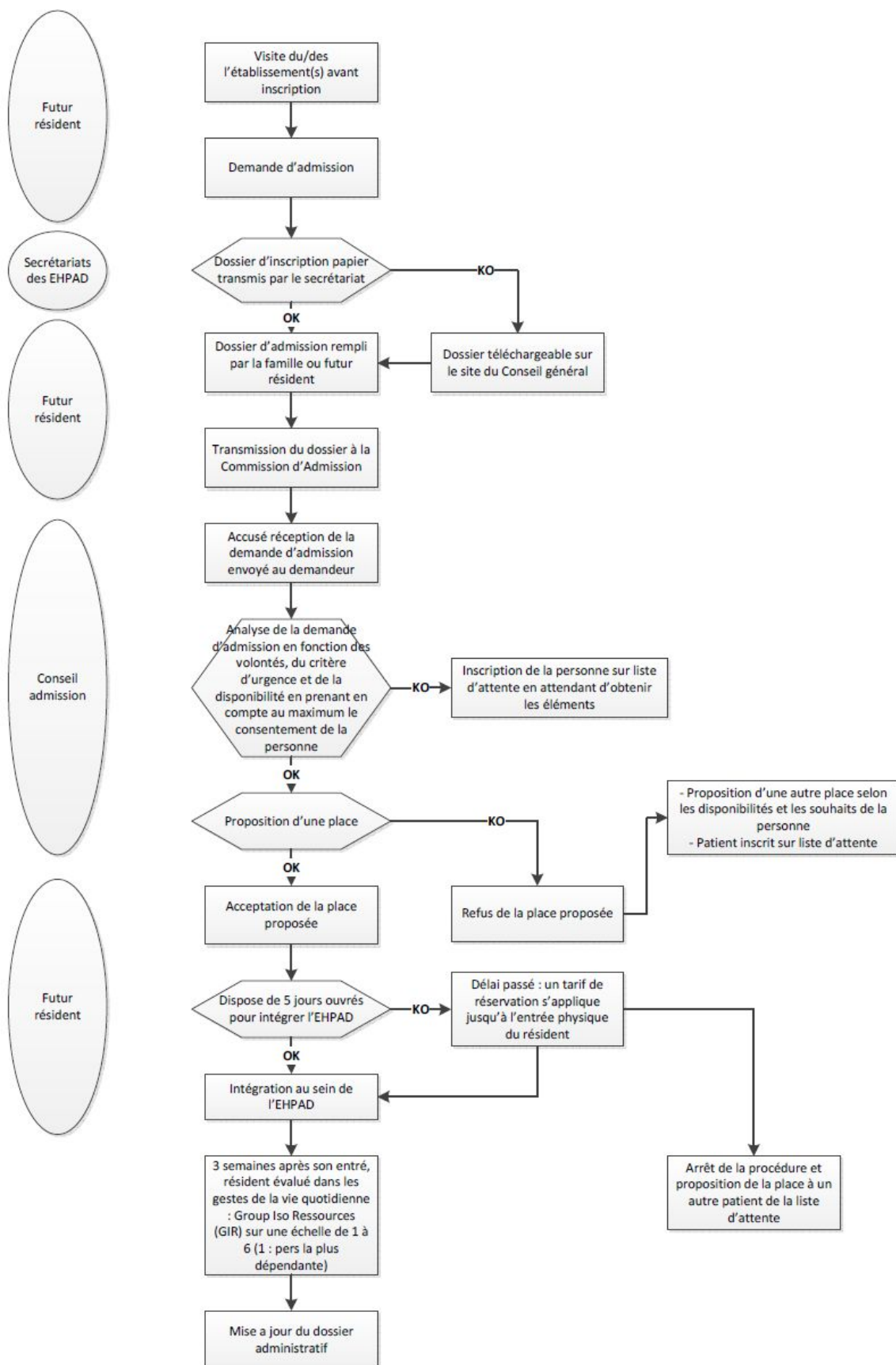
Cellule communication : **Valérie PELTIER**
 Poste 33114 – 02.43.66.55.14

Travail effectué	Moyens / actions à mettre en œuvre	Acteurs	Echéance
1. Présentation de la démarche et constitution du groupe de pilotage (COFIL)	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation de la démarche de renouvellement aux cadres de santé. • Valider le sommaire. • Déterminer la date de la prochaine réunion du groupe de travail suffisamment en amont pour permettre aux professionnels de d'aménager leur planning. • Valider la composition du groupe de travail élargi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre sup de santé - Cadres de santé - Adjoint des cadres - Secrétaires des sites - Cellule communication - Médecin coordonnateur - Assistante sociale 	27/03/15
2. Réunion du groupe de travail	<ul style="list-style-type: none"> • En amont : appel à candidature auprès des équipes soignantes (AS/ASH) • Travail sur le projet de maquette réalisé par le stagiaire D3S préalablement adressé aux membres du groupe de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les mêmes - Lingères - Mandataire judiciaire - Représentant(e)s des équipes soignantes et paramédicaux - Cuisines - Personnels multi site 	30/04/15
3. Consultation et approbation du nouveau livret par les représentants des résidents et des familles aux CVS	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte des attentes exprimées par les représentants des résidents et par ceux des familles • Présentation pour information du projet finalisé aux membres des CVS 	<ul style="list-style-type: none"> - Représentants CVS des résidents et des familles. 	3/06/15
4. Validation de la maquette définitive	<ul style="list-style-type: none"> • En amont : mise en forme du fond validé en GT par la cellule communication + distribution aux cadres de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Membres du COFIL - Cellule communication 	6/06/15
5. Présentation pour avis en CODIR	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte des observations éventuelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur du Pôle MS - Membres du Codir 	sept.-15
6. Avis favorable du CTE*	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation du projet finalisé aux membres du CTE • Prise en compte des observations éventuelles. 		CTE sept.-15
7. Adoption définitive en CS**		<ul style="list-style-type: none"> - Membres du CS 	sept.-15
8. Impression et distribution en site	<ul style="list-style-type: none"> • Choix de l'imprimeur : interne ou recours à un prestataire extérieur • Dégager une ligne budgétaire spécifique au projet 	<ul style="list-style-type: none"> - Cellule communication - Direction des finances 	oct.-15

CS : Conseil de Surveillance
CTE : Comité Technique Paritaire

ANNEXE VII

Procédure d'admission existante au sein du Pôle médico-social du CH de Laval



ANNEXE VIII

Fiche procédure - Accueil d'un nouveau résident

La première rencontre		
QUI	QUOI	QUAND COMMENT
Cadre de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Fixer 1 ou 2 dates de rendez-vous pour la 1^{ère} rencontre avec la famille et le futur résident suivant le souhait de ces derniers - Transmettre la date au référent admission 	Par téléphone, informer que la rencontre s'effectuera en 2 temps : <ol style="list-style-type: none"> 1. Visite des lieux avec cadre de santé 2. Entretien administratif avec le secrétariat
Cadre de santé	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la présence du futur résident lors de la visite 	<ul style="list-style-type: none"> - Contact avec le service du CH concerné le cas échéant - Prévenir l'AS chauffeur
Cadre de santé	Visite de l'établissement avec la famille et le futur résident (1h30-2h00)	Pendant la visite, en fonction des lieux visités, donner les informations appropriées <ul style="list-style-type: none"> - Noter les éléments observés et les insérer dans le recueil des éléments de vie (ils serviront si la personne entre) - Remettre le règlement de fonctionnement. Il faut expliquer : <ul style="list-style-type: none"> - le projet d'établissement - les dispositions relatives à l'accueil - les professionnels - les situations exceptionnelles - les locaux, la sécurité - la prise en charge médicale - les horaires de repas - l'entretien du linge - le courrier / le téléphone / Internet - les activités et les loisirs - les sorties et visites - les transports
Secrétariat	Entretien avec la famille et le futur résident (1h30- 2h00)	Remise du dossier d'inscription administrative et explications. Remise du contrat de séjour au résident pour signature. Vérifier le retour du contrat signé (1 mois maximum)

Les deux étapes suivantes s'effectuent en parallèle :

La préparation de l'entrée		
Cadre de santé Secrétariat	Informer le service maintenance de la libération d'un logement	
ASH entretien	Vérifie que la chambre est bien vide des effets personnels du résident précédent.	Informe l'IDE et le secrétariat que la chambre est libérée.
	Désinfection totale si besoin Aération de la chambre	Ne pas entrer dans les 2 heures. Mettre une affiche sur la porte (cette affiche est présente sur les chariots de ménage)

Equipe de maintenance	Etat des lieux de sortie Détermination du délai de préparation de la chambre Estimation des travaux à effectuer	(2 jours ou 1 semaine si réfection complète nécessaire) En informe : le cadre de santé + le chef d'équipe des sites extérieurs
Cadre de santé	Détermination du jour de l'entrée de l'horaire : 14h ou 14h30 Demander combien de personnes seront présentes le jour de l'entrée (goûter)	Contacteur le futur résident et sa famille. Noter le jour et l'heure prévue d'arrivée
ASH (priorité du jour)	Entretien du logement - Déménagement des meubles - Nettoyage - Décapage des sols - Métallisation des sols - Retrait des voilages, rideaux, literie pour nettoyage	Temps estimés : 4 à 5 H Appel d'un membre de l'équipe soignante pour l'étape suivante
Service de maintenance	- Préparation du logement : - Réinstallation, réfection du lit, pose des rideaux - Préparation du cabinet de toilette - Vérification du fonctionnement des circuits électriques : courant fort (lumière, interrupteurs, prises), et faible (appel malade, veilleuse) installation du matériel spécifique	
Service de maintenance	Etat des lieux à l'entrée Dépôt de la clef dans le logement (1 h00)	Formulaire d'état des lieux à remplir et à communiquer au secrétariat
Secrétariat	Fait une copie de l'état des lieux en 2 ou 3 exemplaires	- 1 pour le dossier du résident - 1 ou 2 pour le résident / famille
Secrétariat	Nom du résident mis sur la porte Mot de bienvenue du Directeur	

L'équipe d'accueil

Cadre de santé	Recueil des informations récentes	Contacteur si besoin le service du CH ou le service d'aide à domicile
Cadre de santé	Transmettre les informations à l'équipe de l'unité concernée	
Cadre de santé	Choix de la personne qui va accueillir le résident : - A l'entrée de la résidence - Dans le service, ce choix se fait en fonction du planning (l'accueil représente la priorité du jour) et doit être signalé au cadre de santé et au secrétariat.	Dans l'ordre : - Le cadre de santé lui-même - L'IDE - L'AMP - Le secrétariat
Equipe de l'unité d'accueil	Déterminer une place en salle à manger. Informé les autres résidents de la table de l'arrivée d'une nouvelle personne.	A faire lors des transmissions
Cadre de santé	Prévenir la cuisine pour la préparation du goûter	Donner le jour d'arrivée et le nombre de personnes présentes au goûter

L'arrivée du résident		
Secrétariat	Accueil du résident et de sa famille - Réception des doc. manquants - Donner une clé de la chambre. - Donner : ⇒ l'éphéméride avec la date du jour. ⇒ les horaires de repas et le menu. - Prévenir l'équipe soignante de l'arrivée	Compléter le dossier d'accueil + fournir l'état des lieux (si le résident ou sa famille sont en désaccord avec l'état des lieux, prise d'un rdv avec entretien ultérieur)
Membre de l'équipe chargé de l'accueil (priorité)	Accompagner le résident et la famille dans le logement Présenter les parties communes si cela n'a pas été fait	Rester disponible aux questions Donner un horaire où le soignant va revenir pour recueillir les informations nécessaires aux 1 ^{ers} jours. (imprimé : support de discussion accompagnement logement)
Membre de l'équipe chargé de l'accueil	Aller chercher en cuisine et apporter le cadeau de bienvenue (plante)) Appeler l'IDE pour déterminer son heure de passage	
Infirmière	Explication des médicaments, du traitement et élaborer le plan de soins	
Membre de l'équipe chargé de l'accueil	Accompagner le résident en salle à manger, lui présenter ses voisins de table	Le soir même ou le lendemain midi
Equipe de nuit	Se présenter	

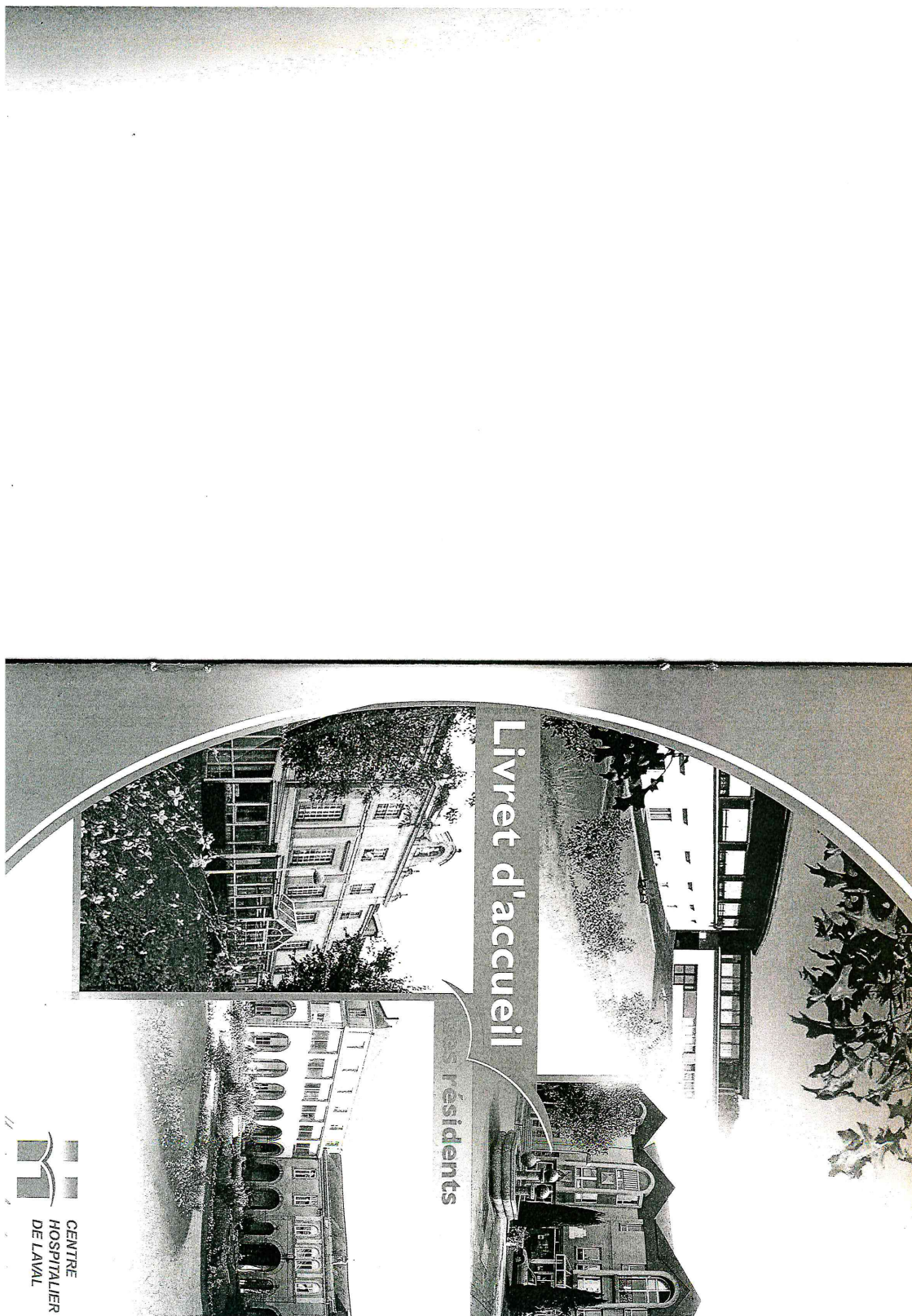
Le temps de l'adaptation		
Agent référent	Se présenter et mettre à jour l'affichage de l'agent référent dans la chambre	Dans la première semaine
AMP	Se présente et présente les activités Donner le journal du mois au résident	J+1
AMP	Prévoir un moment pour le recueil de vie (loi 2002-2). Ce recueil de vie est intégré dans la deuxième page du dossier de soins	J+1 à 1 semaine. Il ne faut pas presser le résident et revenir si nécessaire.
AMP	Prendre une photo du résident pour le trombinoscope de l'établissement.	J+1 à 1 semaine Veiller au respect du droit à l'image en complétant le formulaire dédié.
Lingère	Procède au marquage du linge du résident en sa présence Lui explique le fonctionnement de l'entretien du linge	J+1 Vérifier que l'ensemble du trousseau est bien marqué
Restauratrice	Se présente, prend en compte les exigences du résident	J+1 à 3
Equipe d'entretien	Réalise les travaux d'adaptation du logement nécessaires aux besoins du résident	J + 1 semaine
Cadre de santé	S'assure que tout va bien	J+ 1 semaine
Médecin coordonnateur	Se présenter	J+ 2 semaines
Référent	Entretien avec le résident - Rappel des droits et libertés contenus dans la charte, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement	J+ 1 semaine Durée : 1h
Psychologue	Evalue l'adaptation du résident Présenter le PVI	J + 1 mois

Une procédure d'accueil spécifique aux transferts entre unités mérite d'être développée. Ce transfert implique en effet pour le résident un changement de chambre, donc de domicile. Ce changement peut être d'autant plus traumatisant que ce transfert témoigne d'une aggravation de l'état de dépendance du résident : la perte de mobilité.

Si changement d'unité (UPAD > EHPAD, Bât bas > Bât Haut (Jeanne Jugan))		
Un membre de l'équipe	Visite de la nouvelle unité et de la chambre	Proposer de passer un après-midi dans le nouveau pavillon (activités, collation...)
Equipe de l'ancienne unité	Transmettre les informations à la nouvelle équipe	Lors des transmissions au sein de la nouvelle unité d'accueil

ANNEXE IX

Livret d'accueil existant (2002)



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

La présente brochure a pour but de vous permettre de mieux connaître l'établissement où vous allez séjourner, elle a été éditée à votre intention, et elle s'adresse aussi aux membres de votre famille, à vos amis.

Sachez que tout le personnel s'efforcera de rendre votre séjour le plus agréable possible. N'hésitez pas cependant à nous faire part de vos suggestions ou critiques, nous essayerons d'en tenir compte dans l'intérêt de chacun.

La Direction

 Les Equipes médicales et paramédicales

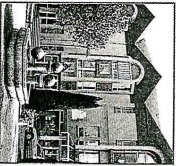
 Les Services Généraux

Présentation des établissements de personnes âgées

LES ETABLISSEMENTS ET LEUR ENVIRONNEMENT

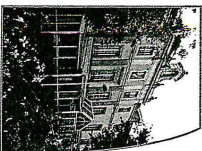
D'une capacité totale de 519 lits, répartis sur 4 sites différents, les établissements de personnes âgées du Centre Hospitalier de Laval proposent une prise en charge adaptée à vos besoins.

Maison de retraite Jeanne Jugan



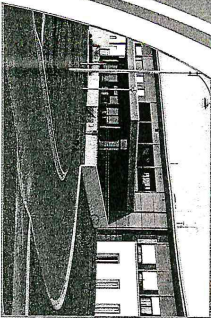
Située dans le quartier St-Nicolas à Laval la maison de retraite Jeanne Jugan doit son nom à la fondatrice de la congrégation des petites sœurs des pauvres qui a dirigé cet établissement jusque dans les années 1970. L'établissement est desservi par plusieurs lignes de bus. La maison de retraite offre un environnement calme au milieu d'espaces verts. L'établissement a une capacité totale de 192 places : 104 places en maison de retraite et 88 places au Foyer logement. La maison de retraite propose des chambres à un ou deux lits. Le Foyer logement propose également quelques studios.

Maison de retraite Saint-Julien



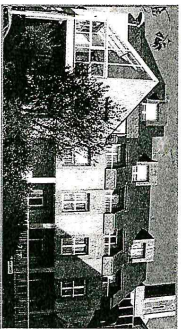
Située en plein cœur de Laval, la maison de retraite St-Julien, ancien Hôtel-Dieu de Laval, est située en bordure de la Mayenne, presque en face du château médiéval. Sa capacité est de 140 places. La maison de retraite propose des chambres à 1 ou 2 lits. En 2008, l'activité sera transférée vers de nouveaux bâtiments attenants plus adaptés à l'accueil de personnes dépendantes. Toutes les chambres seront individuelles et 2 Unités pour personnes âgées désorientées seront créées.

Maison de retraite Les Charmilles



Structure ouverte en 2002, les Charmilles ont une capacité de 60 chambres individuelles réparties sur deux niveaux. La maison de retraite est située à Changé dans un cadre de verdure près du plan d'eau.

Résidence du Rocher Fleuri



Située dans l'enceinte du Centre Hospitalier, la Résidence du Rocher Fleuri a une capacité de 127 places. Elle accueille les résidents en situation de grande dépendance. La résidence propose des chambres à 1 ou 2 lits.

Les établissements de personnes âgées sont sous tutelle partagée de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, du Préfet représentant l'Etat et du Président du Conseil Général, du fait de la prise en charge des prestations concurrentielles :

- Département : Tarif hébergement et Tarif dépendance
- Organismes de Sécurité sociale : Tarif soins

Pour répondre à la réforme de la tarification concernant les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), réforme instituée par le décret n° 99-316 du 26 avril 1999, le Centre Hospitalier de Laval a signé 2 conventions tripartites en 2004 avec les autorités de tutelle. Outre la création de près de 28 postes, l'établissement s'engage dans une démarche de qualité des prestations : accueil, vie quotidienne...

Admission dans l'établissement

CONDITIONS D'ADMISSION

L'admission est subordonnée à la constitution

- d'un dossier administratif (état-civil, noms des référents familiaux, ressources) ;
- d'un dossier médical à compléter par le médecin de votre choix.

Vous pouvez vous procurer ces deux dossiers auprès des secrétaires de chaque structure.

TARIFS : MODALITÉS

La nouvelle tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes décompose le financement des maisons de retraites en trois tarifs : hébergement, dépendance et soins. Ces tarifs sont pris en charge soit par le résident, soit par l'aide sociale, soit par les organismes d'assurance maladie.

• LES TARIFS HÉBERGEMENT ET DÉPENDANCE

Ils sont proposés annuellement par le Conseil d'Administration et fixés par le Président du Conseil Général.

- Le tarif hébergement assure le fonctionnement de l'établissement.
- Le tarif dépendance sert à financer toutes les prestations liées à la perte d'autonomie des résidents. Les recours éventuels en matière tarifaire doivent être exercés auprès du

Président du Conseil Général dans le délai de deux mois à compter de la notification.

Ces tarifs sont à la charge du résident seul ou de sa famille. Diverses aides sont possibles comme l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) et l'allocation logement (allocation personnalisée au logement, allocation de logement social). L'APA aide le résident à acquitter le tarif dépendance de l'établissement.

Il existe trois tarifs dépendance correspondant respectivement aux GIR (groupes iso ressources) 1 et 2, aux GIR 3 et 4 et aux GIR 5 et 6. Ces deux derniers GIR n'ouvrent pas droit à l'APA.

L'évaluation du degré de perte d'autonomie des résidents et leur classement dans les GIR correspondent dans les GIR correspondants se font sous la responsabilité du cadre de santé et du médecin traitant. Le bénéficiaire de l'APA dispose par ailleurs d'une possibilité de recours amiable devant la commission de l'APA ou de recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale.

Le fonctionnement médical et paramédical

En maison de retraite, le résident conserve le libre choix de son médecin (généraliste ou spécialiste) dont il indiquera le nom lors de l'admission. En revanche, en unité de soins de longue durée, un médecin praticien hospitalier est chargé du suivi médical des résidents.

UNITÉ DE SOINS ET D'HÉBERGEMENT

L'ÉQUIPE MÉDICALE

• UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE DU ROCHER FLEURI

L'unité de soins de longue durée relève du secteur sanitaire. Elle prend en charge les personnes âgées en état de grande dépendance. Toute consultation à la charge de l'établissement doit être prescrite par le médecin de l'unité et être effectuée au Centre Hospitalier de Laval.

• MAISONS DE RETRAITE

La liberté de choix s'applique en cas de recours aux services d'un ambulancier, d'un kinésithérapeute, d'un pédicure, d'un cabinet de soins dentaires ou d'un prothésiste. Les soins infirmiers sont exclusivement assurés par le personnel de l'établissement dans le cadre du forfait soins. Ces soins sont assurés pour toutes les maladies courantes ne relevant pas d'un service spécialisé.

• LE MÉDECIN RESPONSABLE DE L'UNITÉ

Il prescrit, pour son patient, les thérapeutiques et les examens complémentaires. En collaboration avec l'infirmier, il détermine avec vous les soins nécessaires.

Enfin, l'APA est versée directement à l'établissement sous forme de dotation globale, excepté pour les résidents qui bénéficient d'une APA différentielle ou hors département de la Mayenne.

L'Aide Sociale aux Personnes Agées peut être sollicitée auprès du Conseil Général du domicile de secours du résident.

Un formulaire de demande d'APA peut être retiré au service Accueil de l'établissement qui se tiendra à votre disposition pour traiter les modalités pratiques et l'instruction de votre dossier, si besoin.

• LE TARIF SOINS

Le financement des soins est assuré par le forfait soins journalier versé par les organismes de Sécurité sociale en fonction des GIR ci-dessus mentionnés.

LE CONTRAT DE SÉJOUR

En vertu de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale et du décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L311-4 du

code de l'action sociale et des familles, ce document est obligatoirement signé par le résident, ou le tiers garant qui supplée le résident, à son admission dans l'établissement.

Ce contrat comporte entre autres des dispositions concernant :

- les objectifs de prise en charge ;
- les prestations assurées par l'établissement ;
- le coût du séjour ;
- les responsabilités respectives ;
- les conditions particulières de facturation.

LE RÉGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Le règlement de fonctionnement est un document délivré lors de l'admission et disponible en consultation auprès de chaque secrétariat.

LES PRESTATIONS SERVICES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Eiles se composent de :

- Hébergement : entretien de la chambre et des locaux communs, repas, fourniture et entretien du linge hôtelier, lavage du linge personnel, chauffage, eau et électricité, coiffeur, pédicure ;
- Animations organisées par l'établissement ;
- Soins d'hygiène corporelle et aide dans les actes de la vie quotidienne (habillage, déplacement, repas...) ;
- Soins délivrés par les infirmières et les kinésithérapeutes rémunérés par l'établissement.

• LE PHARMACIEN

Les pharmaciens du Centre Hospitalier supervisent la préparation des médicaments pour les résidents des établissements de personnes âgées. Les Etablissements bénéficient d'une Dispensation Hebdomadaire Individuelle Nominative (D.H.I.N.) avec plan thérapeutique informatisé et suivi des interactions médicamenteuses à la fois pour les médicaments de la voie orale et ceux de la voie injectable. Ce mode de dispensation des médicaments permet de sécuriser le circuit du médicament et d'améliorer la qualité de la prestation.

L'ÉQUIPE CHARGÉE DES SOINS ET DE L'ENVIRONNEMENT

• LE CADRE SUPERIEUR DE SANTÉ

Il organise et gère l'ensemble des personnels du secteur médico-social, dans le cadre de la politique de la Direction des Soins sous l'autorité du Coordonnateur Général, tant dans ses aspects humains, matériels qu'environnementaux.

• LE CADRE DE SANTÉ

Il organise l'activité paramédicale, anime l'équipe et coordonne les moyens de l'établissement en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations. Sa fonction conduit à établir les liens nécessaires avec le personnel médical, paramédical, administratif, ainsi que tous les intervenants extérieurs

• L'INFIRMIER (I.D.E.)

L'infirmier(e) assure la prise en charge globale individuelle et continue des personnes âgées soignées en collaboration avec l'aide-soignante.

Il prévoit, organise et dispense des soins de sa propre initiative ou en application d'une prescription médicale. Il exerce ses missions dans le respect des droits des patients hospitalisés en référence à la charte de la personne âgée dépendante. Il assure l'interface entre le résident, les familles, l'équipe administrative, l'équipe médicale et paramédicale.

• L'AIDE SOIGNANT (A.S.)

L'aide soignant :

- participe à la prise en charge globale, individuelle et continue du résident(e) : dispense des soins d'hygiène, de confort, et collabore aux soins curatifs, aux méthodes diagnostiques, prévention des risques ;
- veille au respect de la dignité de la personne, participe à sa prise en charge psychologique ;
- participe à des missions transversales (hygiène, prévention des infections nosocomiales, gestion des risques...);
- participe au projet de service.

• L'AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE (A.M.P.)

Il développe, organise et conduit des projets et activités visant à l'épanouissement, la socialisation et le maintien de l'autonomie des résidents.

Ils ont un rôle d'organisation et de coordination, d'initiative et d'impulsion de différentes actions pour que le service soit aussi un lieu de vie. Ils peuvent effectuer pour vous certains achats indispensables à votre bien-être ou à votre confort. L'animation tient compte de vos souhaits et de vos possibilités. Elle a pour but de maintenir la vie sociale et les relations humaines.

• L'AGENT DES SERVICES HOSPITALIERS (A.S.H.)

Il assure l'entretien des locaux, participe au service des repas et à l'animation; il collabore et assure les soins d'hygiène avec l'aide soignante.

Il participe à l'accueil des résidents et de leur famille.

Il participe à la communication de documents, de matériels entre les services.

L'équipe soignante, élabore un projet de soins pour chacun des résidents qui lui sont confiés. Elle est toujours prête à dialoguer avec vous ou votre famille.

• LES KINÉSITHÉRAPEUTES

Ils ont pour mission principale de réaliser des soins de rééducation et de réadaptation afin de maintenir ou restaurer le mouvement et

les capacités fonctionnelles et qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la recherche.

• LA PÉDICURE

Elle réalise des soins et des activités de rééducation afin de prévenir et traiter des affections concernant le pied et qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la recherche.

• LA DIÉTÉTICIENNE

Elle réalise des activités de conseil et de rééducation en diététique afin de maintenir ou de restaurer l'état nutritionnel et l'équilibre alimentaire, et qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la recherche.

• LE CHAUFFEUR ACCOMPAGNATEUR

Aide-Soignant, il accompagne les résidents et facilite leurs déplacements à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. Il participe à l'animation, et contribue au maintien du lien social.

Le fonctionnement administratif

LES INSTANCES DU CENTRE HOSPITALIER

• LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration a une compétence d'attribution définie par la loi. Ses délibérations portent sur les points importants de la politique de l'établissement (budgets, constructions et investissements lourds, gros travaux, tableau des effectifs du personnel, vote des tarifs, modification du programme d'activité, projet d'établissement).

de toutes les dépenses et le recouvrement des recettes.

• LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

Composée notamment de médecins et de pharmaciens élus, la Commission médicale d'établissement est consultée systématiquement sur les dossiers médicaux et budgétaires, sur le projet médical et d'établissement, sur l'activité, l'évolution gériatrique et gériatologique de l'établissement.

• LE COMITÉ TECHNIQUE DÉTABLISSEMENT

Il est présidé par le Directeur du Centre Hospitalier. Il comprend les représentants titulaires élus parmi les agents de l'établissement. Il examine toutes les questions relatives au travail du personnel, donne un avis sur les dossiers budgétaires et la politique générale de l'établissement.

• LA COMMISSION DES SOINS

Elle est consultée dans des conditions fixées par le décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 sur :

- L'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des résidents dans le cadre d'un projet de soins infirmiers ;
- La recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins ;
- L'élaboration d'une politique de formation ;
- Le projet d'Établissement.

10

• LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE

Prévu par la loi du 2 janvier 2002 renouvant l'action sociale et médico-sociale et par le décret du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation instituées à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles, le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur :

- l'organisation intérieure et la vie quotidienne ;
- les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques ;
- les projets de travaux et d'équipements ;
- la nature et le prix des services rendus ;
- l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture ;
- l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

• LE PERSONNEL DES ÉTABLISSEMENTS

Composé d'agents relevant du statut de la Fonction Publique Hospitalière (FPH), il comprend :

- Le Directeur d'établissement sanitaire et social ;
- Les Agents et Adjointes administratifs : ils traitent et organisent l'ensemble des informations administratives et les relations internes et externes du secrétariat de l'établissement ;
- La Gérante de tutelle : Elle assiste ou représente la personne protégée, dans tous ses actes de la vie civile, en respectant sa volonté et en recherchant son consentement chaque fois que possible ;
- Les personnels soignants : Cadres de santé, Infirmiers Diplômés d'État (I.D.E.), Aides Soignants (A.S.), Agents des Services Hospitaliers (A.S.H.) ;
- Les Kinésithérapeutes ; Diététicienne ;
- Les Animateurs ;
- Le personnel des Services Généraux (Cuisiniers, Lingères, Jardiniers, Coiffeurs et Agents de sécurité).

• L'ÉQUIPE MÉDICALE PERMANENTE DE L'ÉTABLISSEMENT

Des Praticiens Hospitaliers sont vos référents sur les différents sites.

11

Vue dans les établissements de personnes âgées

LES REPAS

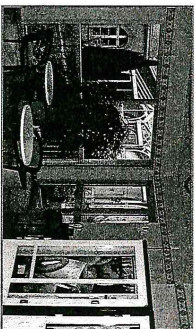
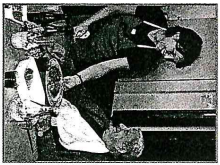
Le petit déjeuner est servi en chambre ou en salle entre 8h00 et 9h00.

Le déjeuner et le dîner sont mangés à partir de 11h45 et le soir à partir de 17h45.

Un goûter est également proposé vers 15h00 dans le service.

Les repas sont confectionnés soit par la cuisine centrale du Centre Hospitalier, soit par les cuisines sur site de Saint-Julien et de Jeanne Jugan.

Il est possible occasionnellement et selon les disponibilités du service de partager un repas avec votre famille ou vos amis en contactant le service accueil de l'établissement qui procédera à la réservation et la facturation de ce service.



L'ENSEMBLE DES SOINS ET DU SUIVI MÉDICAL

Ils sont, avec l'entretien des locaux, organisés tout au long de la journée, dans le respect du repos et de vos habitudes de vie. La nuit, la continuité de la surveillance et des soins est assurée par l'équipe médicale et paramédicale.



VOTRE CADRE DE VIE
Vous pouvez personnaliser votre chambre en apportant cadres, photos, petits meubles familiaux, téléviseur, armoire de toilette dans le respect des règles de sécurité.

L'ENTRETIEN DU LINGE

L'entretien du linge est assuré par la blanchisserie du Centre Hospitalier. Le linge fragile est lavé sur place à St-Julien, Jeanne Jugan et aux Charmilles.

Pour éviter la perte de vos vêtements, ceux-ci doivent être marqués de vos nom et prénom ainsi que des initiales du service. Il est possible de commander des noms tissés au secrétariat.

LE COURRIER

Votre courrier est distribué chaque matin dans le service sauf le samedi. La levée du courrier que vous avez à expédier a lieu du lundi au vendredi dans les boîtes aux lettres situées à l'accueil.

LE TÉLÉPHONE

Les chambres sont équipées d'une ligne téléphonique. Si vous souhaitez faire installer le téléphone, il vous suffit de prendre contact avec un opérateur téléphonique. Les frais sont à votre charge.

LE JOURNAL

Il est possible de recevoir le journal de votre choix soit par portage soit par voie postale.

LE COIFFEUR

Si vous le souhaitez un coiffeur et une coiffeuse sont à votre disposition dans l'établissement. Les rendez-vous sont à prendre par vous même ou auprès de votre service.



TABAC

En application du décret du 15 novembre 2006, il est interdit de fumer dans les espaces collectifs des établissements. Il en est de même dans les chambres pour des raisons de sécurité.

LES VISITES ET SORTIES

Les visites sont autorisées tous les jours en veillant au repos et à la tranquillité des résidents.

Veillez à prévenir le personnel si le repas est pris en dehors de l'établissement ou si vous rentrez tardivement. Veillez également à prévenir la cadre de santé ou l'infirmière responsable du service si vous devez vous absenter plusieurs jours.

SERVICE SOCIAL

Les assistantes sociales attachées au Centre Hospitalier ainsi que les employés administratifs sont habilités à vous conseiller, à effectuer certaines formalités à votre place et, en règle générale, à vous aider à trouver une solution à vos problèmes.

CULTE ET LIBERTÉ DE CONSCIENCE

Le respect de la liberté de conscience est une règle fondamentale strictement observée.

Chacun est tenu de respecter la personnalité et la dignité d'autrui, dans ses opinions et dans ses croyances. Les représentants des différents cultes peuvent rendre visite aux résidents. Un office catholique est célébré chaque semaine ou tous les quinze jours dans votre résidence ou à la chapelle de l'établissement.

VIE COLLECTIVE

Les loisirs dépendent avant tout du désir des résidents et du niveau de dépendance. Des sorties et des séjours vacances peuvent être organisés. L'animation peut être envisagée dans le cadre d'une participation collective : résidents, personnel de l'établissement, association et bénévoles.

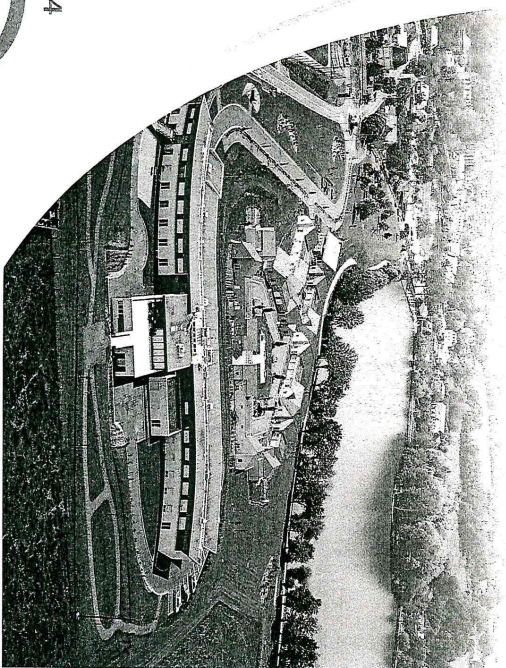
Les portes de l'établissement veulent rester ouvertes sur la vie de notre cité. Les bonnes idées et les encouragements susceptibles d'améliorer la qualité de vie sont bienvenus.

NOS RECOMMANDATIONS

Vos objets de valeur

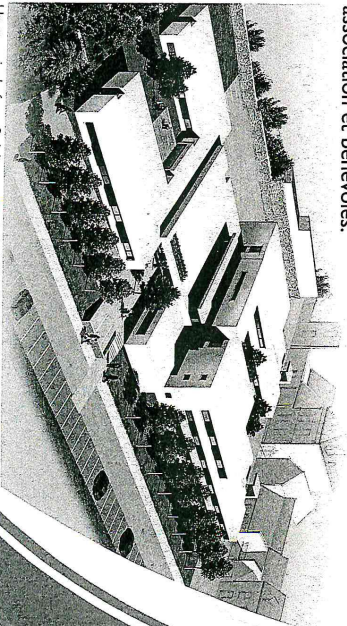
Il est particulièrement recommandé de ne pas conserver par-devers vous, des objets de valeur, des titres ou une somme d'argent importante, carte de crédit ou carnet de chèques. En cas de perte, vol ou disparition toujours possibles, l'établissement ne pourrait être tenu pour responsable.

Lors de votre entrée, vous pouvez les déposer au coffre de l'établissement.



Vue aérienne des Charnières

14



Un croquis du tour St-Julien en 2008

15

Titre :

**La recherche du consentement chez la personne âgée entrant en EHPAD,
un idéal restant à mettre en œuvre**

Résumé :

Plusieurs textes de loi récents reconnaissent le droit au consentement (lois des 2 janvier et 4 mars 2002, loi du 22 avril 2005, loi du 5 mars 2007). L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) nécessite en conséquence le recueil obligatoire du consentement éclairé de la personne âgée à son admission. Toutefois, ce droit se heurte au fait que l'entrée en EHPAD reste un choix de dernier recours pour la personne âgée. Ce choix est en effet effectué lorsque son maintien à domicile s'avère impossible suite à l'aggravation de son état de dépendance physique et psychique, l'attitude de son entourage familial pouvant de plus se révéler ambiguë à cette occasion. Par ailleurs, le directeur doit également veiller à ce que la procédure d'admission de l'EHPAD ne face pas en elle-même obstacle à l'exercice de ce droit. Le directeur dispose cependant de plusieurs leviers d'actions pour faciliter le consentement à l'entrée en EHPAD : actions de communication auprès du grand public et des médecins, meilleure coordination avec l'Hôpital et les autres structures d'amont au sein des filières gériatriques, structuration des procédures d'admission et d'accueil définissant le rôle et les bonnes pratiques des professionnels. La systématisation des visites préalables à l'entrée et la possibilité d'un « droit au regret », permettant un retour à domicile ultérieur, représentent également des solutions qui peuvent être mises en œuvre en ce sens.

Mots-clés :

ACCUEIL, ADMISSION, ASSENTIMENT, CONSENTEMENT, COMMUNICATION, ENTREE, EHPAD, FAMILLE, FILIERE GERIATRIQUE, GERONTOLOGIE, LIVRET D'ACCUEIL, REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT, CONTRAT DE SEJOUR, MAYENNE,