

**UNIVERSITE PARIS DESCARTES / UNIVERSITE DE  
PARIS**

**Comment l'IDEC a-t-elle pu améliorer l'accueil et  
faciliter l'intégration du résident en EHPAD face aux  
contraintes sanitaires de 2020, liées à l'épidémie de la  
COVID19 ?**

Mémoire réalisé par :

Cécilia CAFFIN

Mylène GARCIA LOURENCO

Delphine GUZEL

Aurélie MARECHAL

Magali PONS

Sylvie THEVENIN

Marie-Christine VOIRET

Directrice de mémoire :

Mme DEFILLON

Diplôme Universitaire : Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur(trice) en  
EHPAD et en SSIAD (IRCO).

2020-2021



## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier Madame DEFILLON, notre directrice de mémoire, pour nous avoir guidées et soutenues tout au long de la réalisation de ce travail collectif.

Nous remercions madame VECCHI, cadre de santé à l'EHPAD de VIGEOIS (19) pour sa lecture de notre questionnaire et ses précieux conseils.

Nous remercions les IDEC en poste qui nous ont reçues en stage et celles qui ont pris de leur temps pour répondre à notre questionnaire et qui ont pu permettre d'affiner nos recherches.

Nous remercions les enseignants de ce DU pour leurs cours et ce malgré les circonstances sanitaires.

Nous remercions nos collègues, nos collaborateurs et nos hiérarchies de nous avoir donné du temps pour préparer notre Diplôme Universitaire.

Et enfin nous remercions nos familles pour leur patience, leur soutien, leur aide et leurs encouragements tout au long de cette année.

## **RESUME**

Les contraintes sanitaires liées à la pandémie de COVID-19 ont fait voler en éclats les procédures d'accueil en EHPAD. Nous avons cherché à identifier les impacts et les moyens mis en place par l'IDEC pour minimiser au maximum le retentissement sur l'accueil et l'intégration du résident.

The health constraints linked to the COVID-19 pandemic have shattered the reception procedures in nursing homes. We sought to identify the impacts and the means put in place by IDEC to minimize the impact on the reception and integration of the resident as much as possible.

## **LEXIQUE ET ABRÉVIATIONS**

**AGGIR** : Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources

**AMP** : Aide Médico-Psychologique

**ANESM** : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux

**APL** : Aide Personnalisée au Logement

**ARS** : Agence Régional de Santé

**AS** : Aide-Soignante

**ASH** : Agent de Service Hospitalier

**AVC** : Accident vasculaire Cérébral

**AVS** : Auxiliaire de Vie Sociale

**CAFDES** : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement ou Service d'intervention sociale

**CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles

**CODIR** : COmité de DIRection

**COFIL** : COmité de PILotage

**COVID-19** ou encore **SARS-CoV-2** : "CO" signifie corona, "VI" virus et "D" a été choisi pour "disease" (maladie en anglais). Le chiffre 19 indique l'année de son apparition (2019).

**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

**CVS** : Conseil de Vie Sociale

**DASRI** : Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux

**EMS** : Etablissement Médico-Sociaux

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire

**IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

**IDEC** : Infirmier(e) Diplômée d'Etat Coordinateur (trice)

**MEDCO** : Médecin Coordinateur

**NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

**PATHOS** : L'évaluation des soins requis pour tous les états pathologiques présentés par une personne âgée un jour donné.

**PCR** : de l'anglais : *polymerase chain reaction*

**RDV** : Rendez-vous

**RDC** : Rez-de-chaussée

**SSIAD** : Services de Soins Infirmiers À Domicile

**VPA** : Visite de PréAdmission

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	8
I. PROBLÉMATIQUE .....	9
1. QUESTIONNEMENT .....	9
2. CONTEXTE SANITAIRE.....	10
a) Admission avant COVID .....	11
b) Admission pendant COVID .....	14
3. QUESTION DE DEPART .....	17
II. LE CADRE CONCEPTUEL .....	18
1. EHPAD : Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.....	18
2. AUTONOMIE ET DEPENDANCE .....	19
3. LES PROFESSIONNELS DE L’EHPAD.....	21
a) La Directrice .....	21
b) Le médecin Coordonnateur .....	21
c) L’infirmière coordinatrice, référente .....	22
d) La responsable de vie sociale ou assistante sociale .....	22
e) Les infirmières .....	23
f) Les aides-soignantes (AS), les aides médico-psychologiques (AMP) et auxiliaires de vie sociale (AVS).....	24
g) Les rééducatrices : La kinésithérapeute, l’ergothérapeute et la psychomotricienne..	25
h) La psychologue .....	26
i) Les agents de services hospitalier (ASH) .....	27
4. PROCEDURE D’ADMISSION.....	27
5. ACCUEIL .....	28
6. ISOLEMENT .....	29
7. INTEGRATION.....	30
8. COVID-19.....	31
1. Contraintes sanitaires et recommandations en EHPAD 1ère vague.....	33
2. Contraintes sanitaires et recommandations en EHPAD 2ème vague .....	35
9. CONCLUSION DU CADRE CONCEPTUEL .....	36
III. LA QUESTION DE RECHERCHE .....	37
IV. ENQUETE .....	37
1. Méthodologie.....	37
2. Outil de l’enquête .....	37
3. Le Questionnaire .....	39
4. Déroulement de l’enquête .....	40
5. Analyse de l’enquête .....	40
V. CONCLUSION.....	47

VI.	ANNEXES .....	49
	1. Annexe 1 : Le Plan Bleu.....	49
	2. Annexe 2 : Questionnaire vierge :.....	51
	3. Annexe 3 : Résultats du questionnaire :.....	57
	4. Annexe 4 : Interprétation des résultats .....	74
	5. Annexe 5 : Fiches de postes des différents professionnels .....	85
	6. Annexe 6 : Sitographie .....	112

## **INTRODUCTION**

Nous sommes un groupe de 7 infirmières (infirmières coordinatrices en EHPAD, infirmière libérale et en milieu hospitalier) ayant débuté notre formation au diplôme universitaire d'infirmier référent et coordinateur en EHPAD et en SSIAD en janvier 2021.

Nous nous sommes rapidement rapprochées et avons créé un groupe sur WhatsApp dès la fin janvier 2021 sur le thème de l'accueil du résident en EHPAD qui nous tenait particulièrement à cœur.

Les contraintes sanitaires liées à la pandémie de COVID19 ayant fait voler en éclat toutes les procédures d'accueil généralement bien établies dans les EHPADs, c'est donc naturellement qu'après plusieurs échanges, notre choix de mémoire s'est porté sur le thème de l'accueil du résident en EHPAD durant la crise sanitaire. Plus précisément nous avons souhaité nous interroger sur ce que l'infirmière coordinatrice peut/a pu mettre en place pour améliorer l'accueil et l'intégration du résident durant cette période si difficile.

Au fil de nos travaux sur le cadre conceptuel, nous avons pu affiner notre question de départ, qui à notre sens, rend toutes sa dimension à notre fonction.

Nous avons construit notre étude avec un questionnaire que nous avons envoyé à des professionnels d'EHPAD. Les contraintes sanitaires, les procédures et les protocoles liés à la pandémie évoluant régulièrement au gré des différentes vagues, nous avons volontairement limité notre étude à la période de mars à décembre 2020 ; avant l'arrivée de la vaccination.

Dans ce contexte très particulier et inédit, nos échanges pour réaliser ce mémoire se sont faits à distance : téléphone, messages WhatsApp, réunions Zoom programmées très régulièrement, Google Docs.

Malgré la distance, nous avons réussi à créer un groupe dynamique, soudé dans lequel chacune de nous s'est impliquée.

# I. PROBLÉMATIQUE

---

## 1. QUESTIONNEMENT

L'entrée en EHPAD est un grand changement pour nos aînés et leurs familles. Nouveau lieu de vie, considéré comme le dernier, changement de leurs habitudes de vie, perte des repères en incluant les diverses pathologies qui influent sur l'accueil.

L'accueil et l'intégration de la personne âgée quelle qu'elle soit, aura un impact sur son séjour. Généralement, elle se fait en dernier recours. L'entrée en institution est de plus en plus repoussée, elle intervient lorsqu'il n'y a plus d'autre alternative et/ou en urgence, suite à une sortie d'hospitalisation et que le retour à domicile ou que le maintien à domicile n'est plus possible.

Selon l'HAS (Haute Autorité de Santé), « la qualité de vie de la personne accueillie en EHPAD se situe à quatre niveaux distincts et complémentaires. L'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale) a donc conçu un programme spécifique Qualité de vie en EHPAD qui sera décliné à travers quatre recommandations pour améliorer la qualité de vie des résidents :

- Volet 1 : De l'accueil de la personne à son accompagnement
- Volet 2 : Le cadre de vie et la vie quotidienne
- Volet 3 : La vie sociale des résidents en EHPAD
- Volet 4 : L'impact des éléments de santé sur la qualité de vie

Nous retiendrons plus particulièrement le volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement.

L'objectif de cette recommandation est de donner des pistes de réflexion et d'action aux professionnels pour améliorer la qualité de vie des personnes entre le moment de la demande d'admission et les premiers mois dans l'établissement. Plus précisément, il s'agit de :

- Renforcer l'importance de la préparation à l'entrée et de la période d'accueil pour accueillir au mieux la personne dans son nouveau lieu de vie.
- Mettre en place la personnalisation de l'accompagnement et des prestations, au moyen notamment du projet personnalisé.
- Favoriser l'ouverture de l'EHPAD vers l'extérieur et d'en améliorer la perception par le grand public, la population du territoire, les familles et les personnes âgées qui seront susceptibles d'y finir leurs jours. <sup>1</sup>

---

<sup>1-</sup> <sup>1</sup> [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Il n'est pas toujours évident de pouvoir mettre toutes ces recommandations en pratique en fonction de chaque histoire de vie des résidents. Mais voilà que maintenant depuis plus d'un an, une pandémie se propage dans le monde entier, un virus nommé COVID-19 qui n'épargne personne et qui ne facilite pas l'accueil et l'intégration des résidents dans nos EHPAD.

Face à la propagation de ce virus en France, nous parlons de crise sanitaire et le plan bleu est déclenché le 6 mars 2020 et ainsi diverses procédures sont mises en place dans tous les établissements médico-sociaux.

Les visites de préadmission et les visites auprès des personnes âgées résidant dans des EHPAD ont été suspendues, pour les protéger car ce sont eux qui sont les plus vulnérables, présentant des polyopathologies.

Face à une épidémie virulente et menaçante pour la santé publique, Olivier VERAN, ministre de la Santé, a demandé le 28 mars le placement des personnes âgées en isolement en chambre individuelle, pour les protéger.

Quelques semaines plus tard, il revient sur cette décision et autorise finalement les visites, mais dans le respect d'un protocole strict à savoir, les rapprochements physiques (embrassades) sont vivement déconseillés, un maximum de deux personnes peut rendre visite au résident, dans des espaces spécialement aménagés pour les familles, séparés par des vitres, pendant une durée maximale de 30 minutes en prenant rendez-vous auprès du personnel dédié.

À partir du 14 juin, le Président de la République, Emmanuel Macron, autorise les visites en EHPAD sans prise de rendez-vous. Cependant, chaque directeur d'établissement se permet d'adopter ces recommandations en lien avec le corps médical.

Fin octobre, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 65 % des admissions en réanimation et l'âge médian est de 75 ans pour ceux qui sont malheureusement décédés des suites de la maladie.

## **2. CONTEXTE SANITAIRE**

Pour mieux comprendre l'impact de cette crise sanitaire sur les admissions en structure médico-sociale nous avons choisi de vous présenter deux cas concrets d'admission en EHPAD, avant et après COVID.

### a) Admission avant COVID

**Mme R, 88 ans, vient en visite de préadmission le 11/07/2019 à l'EHPAD MR.**

Le dossier de Mme R ayant été retenu pour une visite de préadmission, Mme R arrive pour sa visite accompagnée de sa fille. L'IDEC accueille Mme R et sa fille et les emmène dans le bureau médical. Au cours de la visite de préadmission, comme le protocole le prévoit, Mme R et sa fille rencontrent le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice, la psychologue et la responsable hôtelière. Depuis une fracture du col du fémur en mars 2019, Mme R présente une perte d'autonomie et une détérioration cognitive progressive (troubles de type Alzheimer).

Mme R était enseignante dans la ville où se trouve l'EHPAD. Sa fille dit à l'équipe que Mme R a beaucoup d'humour et de répartie, elle est assez autoritaire.

Le médecin coordonnateur (MEDCO), l'infirmière coordinatrice (IDEC) et la psychologue établissent avec Mme R et sa fille le bilan gériatrique et recueillent les éléments nécessaires à la prise en charge de Mme R, les besoins qui en découlent, les actions à mettre en place lors de l'admission.

Le MEDCO s'assure que Mme R est d'accord pour entrer en EHPAD et le note sur le compte-rendu de la visite de préadmission (VPA).

L'IDEC transmet les horaires des repas et certaines informations générales à Mme R et sa fille.

La responsable hôtelière se charge de leur faire visiter l'établissement (chambre, salle à manger, salle de rééducation, salle d'animation, bureaux administratifs, infirmerie, salle de coiffure, bureau de l'IDEC et de la responsable hôtelière).

Mme R et sa fille semblent satisfaites et le MEDCO note sur le compte-rendu de la VPA que Mme R trouve qu'il est « plus raisonnable à son âge de venir en maison de retraite ».

L'IDEC et la fille de Mme R fixent l'admission au 24/07/2019.

**Le 22/07/2019**, le MEDCO transmet toutes les informations recueillies lors de la visite de préadmission sur le logiciel de soins. L'ensemble du personnel a accès aux informations qui le concerne.

**Le 23/07/2019, veille de l'admission de Mme R**, en fonction des informations recueillies pendant la visite de pré admission :

- La chambre est vérifiée par la responsable hôtelière (affichage du nom sur la porte, ménage).
- Les aides-soignantes déposent dans la chambre et la salle de bain : bouteilles d'eau, verre, serviettes et gants de toilette, protections adaptées à Mme R.
- La kinésithérapeute y apporte un fauteuil roulant.

- Les infirmières faxent à la pharmacie l'ordonnance pour recevoir le traitement.
- L'IDEC prévient la cuisine (texture mixée : Mme R n'a pas de trouble de la déglutition mais ne supporte pas ses appareils dentaires, pas de régime, pas de dégoût alimentaire).
- L'IDEC et la responsable hôtelière choisissent en fonction des affinités pressenties la place à table de Mme R. L'IDEC prévient les futures voisines de table de Mme R.
- L'IDEC prévient par message sur le logiciel de soin tout le personnel de l'arrivée de Mme R.

**Le 24/07/2019, début d'après-midi, jour de l'admission de Mme R dans l'EHPAD.**

Mme R arrive, accompagnée par sa fille et son auxiliaire de vie à domicile.

L'IDEC les accueille, les emmène dans la chambre, puis laisse la place aux autres intervenants.

La fille de Mme R et son auxiliaire de vie aménagent la chambre le jour de l'admission : vêtements, nécessaire de toilette, télévision, poste radio, cadres photos, objets de décoration, livres, cahiers de mots fléchés et sudoku, etc...

La responsable hôtelière fait l'inventaire, l'aide-soignante se présente et aide à ranger les vêtements.

L'infirmière passe un peu plus tard pour peser Mme R et prendre ses constantes. Elle demande à Mme R si elle préfère dîner en chambre pour ce premier soir, étant donné la fatigue occasionnée par le déménagement. Mme R préfère effectivement dîner en chambre, mais dès le lendemain, elle prendra ses repas dans la salle à manger du rez-de-chaussée.

L'infirmière écrit dans les transmissions que « Mme R se mobilise bien avec le fauteuil roulant » déposé la veille par la kiné, qu'il faut cependant « accompagner Mme R pour tous les déplacements le temps qu'elle trouve ses repères ».

En fin d'après-midi, l'animatrice se présente et donne le programme des animations de la semaine suivante à Mme R.

La fille de Mme R reste avec sa mère jusqu'au soir.

**Le 25/07/2019, le lendemain de l'admission de Mme R dans l'EHPAD :**

L'aide-soignante de nuit a écrit dans les transmissions : « Nuit tranquille, pas de déambulation observée. Change de protection fait ce matin. Par contre, semble un peu perdue vu qu'elle ne connaît pas encore son nouvel environnement ».

La kinésithérapeute passe dans la matinée faire le bilan kiné de Mme R et met en place les séances de rééducation 2 fois par semaine (le 02/08/2019, soit une semaine après, la kiné met en place un rollator).

L'IDEC emmène Mme R en salle à manger et la présente à ses voisines de table.

### **Les jours qui suivent l'admission :**

Mme R participe dès les jours qui suivent aux animations de groupe. Elle s'adresse aux autres résidents d'un ton impérieux (maîtresse d'école), mais cela ne semble pas poser problème.

Elle se déplace seule avec son fauteuil roulant dans les couloirs. Elle a repéré très vite sa chambre.

Elle a lié connaissance avec une résidente du même étage qui a des troubles cognitifs avancés. Elle va quotidiennement lui rendre visite dans sa chambre pour parler avec elle.

La psychologue appelle sa fille le 13/08/2019 pour faire le bilan d'intégration des 2 premières semaines et recueillir des informations complémentaires pour le projet de vie individualisé de Mme R.

La fille de Mme R et son ancienne auxiliaire de vie se relaient pour venir tous les 2 jours rendre visite à Mme R. Elles s'installent dans la chambre de Mme R pour jouer à des jeux de société ou se promènent à l'extérieur de l'établissement.

En réunion pluridisciplinaire, l'IDEC recueille tous les éléments concernant l'adaptation de Mme R à l'EHPAD.

L'IDEC reçoit par ailleurs la fille de Mme R plusieurs fois dans son bureau pour faire le point sur son adaptation.

Globalement, Mme R s'adapte bien.

### **Période COVID :**

Mme R ne comprend pas les consignes de confinement en chambre et de visites suspendues malgré plusieurs passages de l'IDEC pour lui expliquer.

Elle sort continuellement de sa chambre pour aller retrouver la résidente avec qui elle a lié connaissance, elle réclame sa fille.

Lorsque les visites reprennent, sur RDV et au RDC, la fille de Mme R et son auxiliaire de vie continuent de venir tous les 2 jours. Mais les visites au RDC, systématiquement, se passent mal. Le

bruit ambiant ne permet pas le calme et les jeux de société. Mme R s'énerve facilement et adopte un ton péremptoire pour s'adresser aux visiteurs. Elle s'énerve et crie, a quelquefois des gestes violents envers les autres résidents et les visiteurs. La visite est souvent abrégée dans les cris stridents de Mme R.

Mme R ne participe plus aussi souvent aux animations. L'animatrice rapporte que Mme R s'énerve facilement (les animations se font avec les masques, les tables sont espacées, la communication n'est pas toujours facile).

L'IDEC communique par téléphone ou par mail avec la fille de Mme R pour évoquer les problèmes des visites au RDC.

L'IDEC demande au directeur l'autorisation exceptionnelle pour les visites de Mme R. de monter en chambre (demande acceptée).

L'IDEC demande également la prise en charge par la psychologue et l'art-thérapeute (recrutée en décembre 2020).

La psychologue passe régulièrement voir Mme R. Mme R apprécie ces moments d'échange, elle aime évoquer son mari décédé et l'époque où elle a vécu à Madagascar (de 1956 à 1960).

L'art-thérapeute propose des ateliers de groupe et des ateliers individuels à Mme R. Cela se passe bien et Mme R arrive à se concentrer sur des travaux.

Maintenant, nous vous présentons une situation d'admission pendant la période COVID.

#### **b) Admission pendant COVID**

**Le 24/03/2020**, au cours du premier confinement, le directeur de l'EHPAD reçoit un appel de la responsable des seniors de la mairie : elle a été alertée sur la situation de M. L par son curateur et nous demande de prendre en charge M. L qui ne peut plus rester seul à son domicile.

M. L a 86 ans. Il vit dans son appartement avec le passage quotidien d'aides (SSIAD, portage des repas, aide-ménagère).

M. L est hospitalisé depuis la veille pour une luxation de l'épaule gauche à la suite d'une chute. Son retour à domicile n'est pas possible car les aides sont grandement perturbées par la COVID. La journée qui a précédé sa chute, M. L est resté 24h sans aucun passage et notamment sans aucun portage de repas.

M. L est donc transféré de l'hôpital à l'EHPAD le 26/03/2020, sans visite de préadmission.

A son arrivée à l'EHPAD, les ambulanciers emmènent directement M. L dans sa chambre.

L'infirmière récupère son dossier médical. L'équipe prend connaissance des antécédents médicaux de M. L : Parkinson, troubles de la déglutition séquellaire d'un AVC (Accident Vasculaire Cérébral) en 2015, pas de troubles cognitifs ; et de son environnement familial : divorcé, 4 enfants qui vivent en province, 1 cousin très présent qui lui rend habituellement visite tous les jeudis. M. L est sous curatelle.

L'équipe ne sait pas si M. L a donné son consentement pour son admission.

M. L est mis en « isolement de principe » pendant 15 jours, comme le protocole le prévoit à ce moment-là. Cela implique le passage dans sa chambre d'un minimum d'intervenants, équipés de l'ensemble des protections individuelles.

L'IDEC se présente à M. L dans l'après-midi.

La communication avec M. L est difficile avec les masques et les visières portés par le personnel. M. L ne comprend pas toujours ce que le personnel lui dit. Le personnel doit parler très fort et répéter quelquefois plusieurs fois.

A son arrivée :

L'IDEC se présente à M. L et lui explique où il se trouve.

Elle constate que M. L a besoin d'un fauteuil roulant. Le fauteuil roulant est apporté dans la chambre le lendemain de son arrivée par une soignante.

L'IDEC demande à M. L ce dont il a besoin avant de prendre contact avec son curateur.

M. L réclame sa télévision, du nécessaire de toilette et quelques vêtements.

L'IDEC envoie un mail au curateur. Le curateur répond le lendemain « j'ai réfléchi au problème de la télévision et je ne prendrai pas la responsabilité d'aller la chercher à son domicile pour la rapporter à l'EHPAD. Je ne pense pas que ce double déplacement soit autorisé ». L'EHPAD prête donc une petite télévision de dépannage à M. L.

La responsable hôtelière fournit le nécessaire de toilette en dépannage. L'IDEC renvoie un mail au curateur le 31/03/2020 avec la liste du nécessaire de toilette et une liste de vêtements demandés par M. L. Elle précise sur le mail que le curateur devra cocher sur l'attestation de déplacement la case « déplacement pour motifs familiaux impérieux, pour l'assistance aux personnes vulnérables ». Le curateur accepte d'apporter le nécessaire. A la livraison, le colis reste 48h en décontamination dans

une pièce dédiée, en attendant d'être remis à M. L ce qui augmente encore pour M. L le délai de réception de ses affaires.

La première sortie de M. L de sa chambre se fait le 10/04/2020, soit 15 jours après son admission. Il est accompagné en fauteuil roulant par une soignante. La soignante note dans les transmissions : « sorti dans la cour. Très content de pouvoir découvrir le cadre de l'EHPAD. Avons joué ensuite au jeu questions/réponses ».

### Prises en charge

#### Médicale

Lors de son admission, les passages des médecins libéraux étant suspendus, M. L est vu le 27/03/2020 par le médecin coordonnateur. Le médecin note : « bien orienté, discours cohérent, connaît la date et le lieu. Risque de fausse route : eau pétillante ou gélifiée, alimentation mixée ».

Le médecin traitant de M. L ne le reprend en charge qu'à partir du 5/06/2020.

#### Orthophonie

Lors de son admission, le passage de l'orthophoniste libérale étant suspendu, l'IDEC met en place l'eau pétillante et l'alimentation mixée dans le cadre de la prévention des fausses routes.

L'orthophoniste ne prend en charge M. L qu'à partir du 22/06/2020, soit 3 mois après son admission.

#### Kinésithérapie

La kinésithérapeute ne prend en charge M. L qu'à partir du 13/06/2020. La kinésithérapeute note sur son bilan : Anomalies de la démarche et de la mobilité, troubles de la marche et de l'équilibre avec rétro pulsion au passage de la position debout. Besoin d'un déambulateur + surveillance humaine.

Le 19/06/2020, la kinésithérapeute note dans ses observations : « M. L est très gêné par son strabisme (voit double), ce qui altérerait encore plus son équilibre : ses lunettes corrigeant ses troubles sont toujours à son domicile » (M. L n'avait parlé à personne auparavant de ce problème).

#### Psychologie

M. L ne bénéficie pas d'accompagnement psychologique (pas de psychologue dans l'établissement entre janvier et septembre 2020).

#### Pédicure

Le premier passage de la pédicure personnelle de M. L est le 20/06/2020.

#### Vie dans l'EHPAD

M. L n'a pas d'objet personnel personnalisant sa chambre.

Après sa période d'isolement, M. L ne souhaite pas participer aux animations.

En salle à manger, pour respecter les distanciations sociales, les résidents sont installés sur des tables individuelles, éloignées les unes des autres. Les canapés des parties communes ont tous été retirés pour éviter aux résidents de s'y installer, les fauteuils sont éloignés les uns des autres. Cela ne favorise pas la communication entre résidents.

M. L n'arrive pas à lier connaissance avec d'autres résidents.

Lorsque les visites pour les résidents sont à nouveau autorisées, M. L reçoit quelques visites de son curateur et de son cousin. Les visites se font au rez-de-chaussée (RDC) dans une pièce commune, avec respect des mesures barrières et plexiglas au milieu de la table.

M. L n'arrive pas à s'adapter à l'EHPAD.

Finalement, début juillet 2020, son petit-fils qui habite Niort nous informe qu'il va prendre en charge M. L à son domicile avant de trouver une autre solution.

M. L quitte l'EHPAD le 15/07/2020.

Il a peu de choses à emporter puisque sa chambre n'a jamais été vraiment personnalisée avec des objets personnels.

A son départ, l'infirmière note que « M. L remercie toute l'équipe pour la prise en charge et les soins prodigués ».

Ces deux cas sont assez précis pour que nous nous interroguions sur notre rôle en tant que futur IDEC. Nous pensons qu'elle a un rôle majeur dans l'accueil et l'intégration du résident en EHPAD durant cette crise sanitaire.

Ce qui nous amène à notre question de départ.

### **3. QUESTION DE DEPART**

Ces deux cas nous ont donc amenés à pousser notre réflexion et à définir notre question de départ : **Comment l'IDEC peut-elle améliorer l'intégration du résident pendant la période de crise sanitaire de mars 2020 à décembre 2020 ?**

Nous allons maintenant vous exposer différents concepts qui nous permettront de répondre à notre questionnement.

## II. LE CADRE CONCEPTUEL

---

### **1. EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes**

Selon le dictionnaire Larousse, un EHPAD<sup>2</sup> est une maison de retraite médicalisée pouvant justifier d'équipements adaptés et d'un personnel spécialisé lui permettant d'accueillir des résidents autonomes à très dépendants (atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies dégénératives par exemple).

Depuis la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale, les maisons de retraites médicalisées changent de statut et deviennent des EHPAD en s'engageant sur des critères qualitatifs. Les règles qui régissent le fonctionnement des EHPAD sont regroupées dans le code de l'action sociale des familles. Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.<sup>3</sup>

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 116-1 ainsi rédigé  
« Art. L. 116-1. - L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1.  
»<sup>4</sup>

En EHPAD, la personne accueillie est nommée résident. Les EHPADs sont destinés aux personnes de plus de 60 ans qui nécessitent de l'aide et des soins au quotidien. Ils ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant la restauration, l'hébergement, le soin et l'animation. (Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'économie française | Insee). Il est considéré comme étant un établissement médico-social. Il devient le domicile de la personne âgée. L'EHPAD peut disposer d'un statut public (il est alors géré par la commune ou le département auquel il appartient) ou d'un statut privé (à caractère commercial ou associatif à but non lucratif loi 1901).

---

<sup>2</sup> EHPAD - Dictionnaire de français Larousse

<sup>3</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190102/>

<sup>4</sup> [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Une convention, appelée convention tripartite, est signée entre l'EHPAD – l'Etat – et l'ARS (Agence régionale de Santé). Celle-ci fixe pour une durée de 5 ans, les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents, les moyens financiers, et le fonctionnement.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population et apparaissent officiellement dans le décret du 21 décembre 2016. Les conventions tripartites sont remplacées par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens<sup>5</sup> (CPOM). C'est à dire que les établissements et services du secteur personnes âgées et du secteur personnes handicapées doivent signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le Président du Conseil Départemental (le cas échéant).

Concernant la tarification, le système est divisé en 3 budgets : il est déterminé annuellement par arrêté du Président du Conseil Département sur proposition du directeur.

**Tarif hébergement** : correspond aux frais liés à l'hôtellerie, la pension complète, l'entretien du linge et l'animation. Payé par le résident (ou sa famille), et /ou l'APL (Aide Personnalisée au Logement), l'aide sociale en fonction des revenus.

**Tarif dépendance** : qui correspond à l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accompagnement des actes de la vie. Ces prestations correspondent aux surcoûts directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées. En fonction de leur niveau de dépendance (évaluation AGGIR 1 à 4) et du niveau de ressources, les résidents peuvent bénéficier de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

**Tarif soins** : recouvrent les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections courantes somatiques et psychiques. La dotation globale de soins est directement prise en charge par les caisses d'assurance maladie.

## **2. AUTONOMIE ET DEPENDANCE**

L'autonomie et la dépendance sont définies par le Collège des enseignants de gériatrie de la manière suivante :

« L'autonomie est la capacité à se gouverner soi-même, ce qui présuppose la capacité de jugement (capacité de prévoir et de choisir), ainsi que la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement, dans le respect des lois et des usages communs. »

---

<sup>5</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux/article/reforme-de-la-tarification>

« La dépendance est pour une personne la perte partielle ou totale de la capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne, qu'elle soit physique, psychique ou sociale, et de s'adapter à son environnement. »

Il nous semble difficile de dissocier ces deux concepts puisque la perte d'autonomie entraîne une dépendance plus ou moins importante, et que la dépendance est forcément due à une perte d'autonomie.

Nous savons que la personne âgée présente un vieillissement physiologique (diminution des capacités physiques, sensorielles, intellectuelles et cognitives) associé à une ou plusieurs pathologies chroniques. Elle est souvent isolée socialement et en situation d'insécurité. L'association de ces critères la conduisent à une perte d'autonomie, et par conséquent elle devient dépendante partiellement ou totalement.

Cette perte d'autonomie constitue le principal motif de décision d'entrée en institution.

Néanmoins, afin de garantir la meilleure qualité de vie aux résidents en EHPAD, il est du rôle des soignants de pallier la dépendance en assurant les soins qu'ils ne sont plus en mesure de réaliser seuls. Ceci, tout en maintenant leur autonomie en les stimulant et en les laissant faire seuls les actes qu'ils sont en mesure d'accomplir.

Les rééducateurs jouent un rôle très important : en accompagnant les résidents vers un équilibre psychocorporel, en maintenant et rééduquant leurs capacités physiques et corporelles et en les réadaptant aux activités de la vie quotidienne.

La prise en charge de la dépendance et le maintien de l'autonomie doivent être assurés dès l'arrivée du résident en EHPAD. Ceci afin d'éviter la grabatisation, le repli sur soi

En maintenant l'autonomie de nos aînés, nous leur permettons de jouir de leur liberté de choix et d'agir. Ceci ne peut que faciliter leur intégration dans l'établissement.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Source : Cours DU IDEC du 5 mars 2021 : « Le projet personnalisé » Mr S Reingewirtz  
Cours DU IDEC du 22 janvier 2021 : « être kiné, ergo, psychomot en EHPAD et SSIAD » P Melon, A de Poix-Rasclé et H Briand  
<https://www.larevuedupraticien.fr/article/autonomie-et-dependance-chez-le-sujet-age>

Nous allons maintenant définir les différents professionnels qui jouent un rôle sur l'admission, en ciblant uniquement leurs fonctions dans l'admission, l'intégration et par conséquent l'accompagnement des futurs résidents.

### **3. LES PROFESSIONNELS DE L'EHPAD**

#### **a) La Directrice**

Dans ses missions prioritaires relatives à l'accueil, elle définit et met en œuvre le projet d'établissement. Son rôle de décideur, lui confère la décision définitive d'admission au côté de ses conseillers.

Lors de la réunion de préadmission, elle accueille le résident avec sa famille. Elle procède à la visite de l'établissement et met en avant les services offerts.

Pilote du management médico-social, elle manage l'équipe pluridisciplinaire, gère la partie technique et logistique du fonctionnement.

C'est lors du COPIL ou CODIR qu'elle dirige, qu'elle prend connaissance des décisions du médecin coordonnateur qui représente l'équipe soignante et donne son accord ou pas sur les admissions.

#### **b) Le médecin Coordonnateur**

Dans le cadre de son exercice au sein d'un EHPAD, le médecin coordonnateur<sup>7</sup> donne son avis sur l'admission du résident après avoir mené la visite de préadmission car c'est le conseiller technique du directeur. Il réalise ensuite l'évaluation gériatrique du résident (AGGIR et PATHOS).

Participant et coordonnant les différents projets de soins et de l'établissement, il veille au respect et à l'application des bonnes pratiques gériatriques.

Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, le médecin coordonnateur représente l'autorité médicale en rédigeant le RAMA (rapport annuel d'activité médicale).

---

<sup>7</sup>La CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

**c) L'infirmière coordinatrice, référente**

A ce jour, la profession d'infirmière coordinatrice ne dispose pas de cadre référentiel qui lui est propre, définissant ses rôles et missions.

Néanmoins ses missions principales sont de :

Manager l'équipe de soins qui comprend le recrutement du personnel soignant, les évaluations, l'organisation des formations internes, animer et dynamiser le travail en équipe autour des différents projets (projet de soins, personnalisés, spécifiques...) en assurant la diffusion et le respect des bonnes pratiques soignantes, gestion des conflits de l'équipe soignante

Garantir la qualité, la continuité et la sécurité des soins en mettant en place les moyens nécessaires à la bonne réalisation des soins, à leur contrôle et leur traçabilité, elle assure la gestion des commandes et de la maintenance du matériel, l'encadrement de l'équipe soignante, et assurer la coordination des intervenants extérieurs auprès des résidents (notamment les rééducateurs afin de maintenir leur autonomie).

Participer au projet d'établissement, de soins et individualisé : évaluation de la mise en place du suivi et de l'adaptation du projet de soins, élaboration avec le médecin coordonnateur des procédures internes, une participation active à la démarche d'évaluation interne, s'inscrit dans la démarche d'élaboration de suivi et d'évaluation du projet d'établissement.

S'impliquer dans le bon fonctionnement de la résidence, en tenant une place centrale dans les échanges avec les familles et les résidents, la participation au Conseil de Vie Sociale de la résidence et aux différentes commissions, s'impliquer dans la vie de réseaux et favoriser son développement.

Elle participe au Comité de direction et collabore donc avec le médecin coordonnateur à l'étude et l'enrichissement des demandes d'admission.

Lors d'une admission, elle supervise le travail de l'équipe soignante, s'assure de la mise en forme du projet de soin et de son exécution.

**d) La responsable de vie sociale ou assistante sociale**

Dans le cadre de ses missions, l'assistante de service social accomplit des actes professionnels engageant sa responsabilité par ses choix et ses prises de décision.

Dans une démarche éthique et déontologique, elle contribue à créer les conditions pour que les personnes et les familles avec lesquelles elle travaille, aient les moyens d'être acteurs de leur développement et de renforcer les liens sociaux et les solidarités dans leurs lieux de vie.

De ce fait, au sein d'un EHPAD, elle enrichit la partie administrative de l'admission du futur résident. Pour ce faire, elle interagit avec le résident, les familles, par une approche globale pour améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, développer leurs propres capacités à maintenir leur autonomie et faciliter leur place dans la société, et mener avec eux toute action susceptible de prévenir ou de surmonter leurs difficultés par exemple lors de création de dossier d'Aide Sociale ou autre.

En collaboration avec la directrice, elle organise des visites au sein de l'établissement, informe de l'acceptation des dossiers administratifs des différentes instances et est présente lors de l'accueil du résident ou du COPIL.

Elle est chargée de la signature du contrat de séjour.

Elle propose un accompagnement tout au long du séjour.

#### e) **Les infirmières**

Au sein de l'EHPAD dès l'admission, elle est une figure essentielle dans l'accompagnement au quotidien des personnes âgées en collaboration avec les aides-soignantes, les aides médico psychologiques et sous la supervision de l'infirmière coordonnatrice.

Le jour de l'admission, elle accompagne en chambre le nouvel arrivant ainsi que sa famille. Explique le fonctionnement général et rassure quant à l'intégration au sein de la structure. Prend les premiers paramètres, le poids etc..., étoffe le dossier médical grâce à son interrogatoire. Collabore avec l'équipe soignante pour l'aide à l'installation. Elle restitue ensuite dans les plus brefs délais et par priorité les spécificités du nouvel accueilli (régime, texture, allergies, toutes informations non tracées dans le dossier).

L'infirmière assure également au quotidien les soins relevant de son rôle sur prescription (traitement du suivi de la prescription à l'administration et surveillance, pansements, perfusions,). Elle encadre et participe avec l'équipe soignante (AS, AMP, AVS) aux soins relevant de son rôle propre.

Elle participe à l'élaboration et au suivi des différents plans de soins (plan de soins, projet de vie,) et protocoles.

Elle est parfois l'interlocuteur avec les familles et les différents intervenants extérieurs (médecins traitants et spécialistes pour prise de rendez-vous, ambulances, hôpitaux,).

Elle est la soignante ressource de l'infirmière coordinatrice, agissant sous son autorité et lui permettant de veiller au respect des bonnes pratiques.

f) **Les aides-soignantes (AS), les aides médico-psychologiques (AMP) et auxiliaires de vie sociale (AVS)**

**Les aides-soignantes :** L'aide-soignante est un professionnel de la santé qui est spécifiquement formée pour assister l'infirmière en matière de soins et d'éducation des patients, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier dans une équipe structurée.

L'aide-soignante est la plus proche des résidents. Elle assure leurs différents besoins physiques et émotionnels, grâce à une aide quotidienne et une écoute de tous les instants en veillant à maintenir l'autonomie. Elle favorise leur intégration lors de son accompagnement aux activités permettant de créer du lien social avec les autres résidents.

Lors d'une admission, elle collabore avec l'infirmière dans le protocole d'admission au sein de l'établissement.

A l'écoute, elle est généreuse, empathique, a le sens de l'effort, du dévouement et aime les contacts humains. Toutes ses qualités et compétences font qu'elle apporte quand nombre d'informations au nouvel arrivant afin de faciliter son intégration tant sur le fonctionnement que sur l'organisation de l'établissement et peut donc le rassurer quant à ses besoins et ses attentes.

**Les aides médico-psychologiques :** L'aide médico-psychologique intervient quotidiennement auprès de personnes jeunes ou adultes ayant un handicap physique ou mental important ainsi qu'auprès des personnes âgées dépendantes. Elle les accompagne dans tous les actes de la vie quotidienne et met en place des activités stimulantes et récréatives.

Son objectif est d'encourager le dialogue et l'échange pour rompre l'isolement dans lequel certaines personnes âgées s'enferment, à cause de leur maladie ou par manque de relations sociales ou familiales. Le travail effectué met en valeur la valorisation de soi, ce qui permet également une intégration de qualité relatif au lien social.

Le métier d'aide médico-psychologique est complémentaire à celle d'une aide-soignante qui elle, est plus dans la technicité. On les retrouve le plus souvent en unité protégée ou dans les Pôle d'activités de soins adaptés des EHPADs.

Lors d'une admission ou dans les premières semaines qui suivent, elle a un rôle d'éveil, d'encouragement et de soutien de la communication et de l'expression verbale. Elle participe ainsi à l'affinage du projet de soin grâce à ses compétences.

**L'auxiliaire de vie sociale :** Elle a pour mission d'assister les personnes fragiles, dépendantes ou en difficulté sociale en leur apportant une aide dans l'accomplissement des tâches et des activités de la vie quotidienne, y compris les loisirs, en fournissant un soutien psychologique et social.

Ces trois professions ont un lien direct et privilégié dans l'accompagnement des résidents. Ce sont des personnes ressources de l'équipe pluridisciplinaire pour la connaissance des habitudes de vie, des besoins physiques et psychologiques.

**g) Les rééducatrices : La kinésithérapeute, l'ergothérapeute et la psychomotricienne**

Leurs rôles sont de maintenir les capacités et l'autonomie des résidents, de leur apporter sécurité (notamment prévention des chutes), bien être, et confort. Leur intervention se fait sur prescription médicale.

Elles doivent connaître le projet de soins des résidents et travailler en collaboration avec l'équipe soignante.

Leurs compétences spécifiques viennent enrichir et améliorer le travail de l'équipe pluridisciplinaire.

**La kinésithérapeute**

Ses missions sont définies dans différents décrets relatifs à ses actes professionnels, à son obligation d'un bilan diagnostique avec des objectifs et d'information au médecin lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement.

Elle fait le lien entre la fonctionnalité et la santé. Elle maintient et rééduque les capacités physiques et fonctionnelles. Elle intervient sur le système locomoteur. Elle participe également au projet de soin car lors d'une admission, sa mission première est d'établir un bilan initial et d'en assurer le suivi.

La kinésithérapeute est un intervenant souvent externe qui informe le médecin coordonnateur de l'évolution des ordonnances. Elle fait également la traçabilité des bilans et des actes inscrits dans le dossier (pathos).

### **L'ergothérapeute**

Elle fait le lien entre l'activité humaine et la santé.

Elle permet au résident de maintenir son autonomie dans la réalisation des actes de la vie quotidienne et de se réadapter par rapport à son nouvel environnement.

### **La psychomotricienne**

Elle fait le lien entre le corps et l'esprit, elle accompagne le résident vers un équilibre psychocorporel, pour qu'il retrouve un bien-être et l'estime de lui-même.

Ces deux professionnels de santé établissent également une évaluation sous forme de bilans initiaux à travers les différentes activités de la vie quotidienne, ce qui complétera l'expertise de l'infirmière et ainsi parfaire le projet personnalisé.

### **h) La psychologue**

Son rôle débute dès l'admission en institution. Elle accueille le nouveau résident pour entamer une démarche d'intégration dans son nouveau lieu de vie. Elle met en lumière les souffrances liées à la vieillesse, le handicap, la perte d'autonomie, la solitude, la mort..., et décèle les conflits familiaux.

Elle participe au confort et au bien-être des résidents, facilite les échanges entre famille, résident et personnel. Elle va déculpabiliser les familles concernant la décision d'entrée en EHPAD, être à l'écoute de leurs inquiétudes en favorisant le dialogue.

La psychologue fait partie de l'équipe de l'EHPAD en lui apportant une approche psychologique de qualité. Elle intervient dans le programme d'animations pour mettre en place des ateliers mémoire, des exercices de stimulation selon les besoins et envies de chaque résident.

#### **i) Les agents de services hospitalier (ASH)**

Les ASH sont chargées de l'entretien et de l'hygiène des locaux. Elles participent aux tâches permettant d'assurer le confort des résidents, mais ne leur prodiguent pas de soins. Elles nettoient, entretiennent et désinfectent tous les locaux de l'établissement. Elles sont responsables de la propreté et du rangement du mobilier.

Elles réalisent leurs activités en respectant les règles de sécurité et les mesures de prévention des bio contaminations. Elles participent à la distribution des repas et du linge. En EHPAD, elles apportent en cas de besoin leurs concours aux aides-soignantes dans certaines de ses fonctions (celles liées au confort du résident).

L'ASH est un élément clé pour diminuer/stopper la propagation de la COVID-19 relatif au respect des protocoles de nettoyage et de décontamination mis en place.

Elles ne font pas de soins mais elles sont proches du résident et par conséquent remontent les observations, informations quant à l'accompagnement des résidents toujours dans l'objectif premier du projet de vie personnalisé.

Une procédure primordiale pour permettre une intégration de qualité est la procédure d'admission qui définit également les modalités d'accueil., ce que nous allons vous définir maintenant.

#### **4. PROCEDURE D'ADMISSION**

Avant d'arriver à l'étape d'admission, un entretien de préadmission doit être effectué dans l'objectif de garantir un accueil de qualité.

Un entretien de préadmission, se fait sur rendez-vous au sein de la structure. Aussi souvent que possible, la présence du directeur, de l'assistante sociale, du médecin coordonnateur ainsi que celle de l'infirmière coordonnatrice est requise.

L'assistante sociale enrichit le dossier administratif, le médecin coordonnateur et/ou l'infirmière coordonnatrice complète le dossier médical reçu sous pli confidentiel grâce à l'interrogatoire du futur résident et de ses accompagnants.

Souvent le directeur lors de cet entretien, détaille les différents services proposés, effectue la présentation de l'établissement lors d'une visite générale ainsi que celle d'une chambre afin de permettre un sentiment de projection dans le futur.

En parallèle, l'infirmière coordonnatrice en collaboration avec le médecin coordonnateur travailleront en partenariat avec la psychomotricienne, la psychologue, les kinésithérapeutes et les infirmières afin d'apprécier la faisabilité du futur projet de soins et de vie par rapport aux moyens qu'offrent l'établissement d'accueillir ce futur habitant.

L'admission est décidée par le directeur lors du « *"Comité pilotage" ou « Comité de Direction* » mensuel où ces mêmes professionnels confirment ou non la complétude de leur dossier.

L'autre point primordial est l'accueil du résident.

## **5. ACCUEIL**

Par définition, l'accueil « est une cérémonie ou prestation réservée à un nouvel arrivant, consistant généralement à lui souhaiter la bienvenue et à l'aider dans son intégration ou ses démarches. »

Ainsi, en EHPAD l'accueil est une étape fondamentale car il peut être un moment difficile source de fragilisation du résident. Par conséquent, il est essentiel d'instaurer un climat chaleureux autour du nouveau résident de manière qu'il se sente attendu et reconnu dans sa dernière demeure. Il est également important de veiller aux souhaits et au respect de la personne dans toute sa dimension pour l'accompagner vers un nouveau départ en mobilisant ses capacités à rebondir sur un continuum de vie.

Selon les recommandations de l'ANESM, quatre facteurs contribuent au bien-être du résident :

- Préparer l'arrivée
- Permettre à la personne de prendre rapidement des repères
- Être vigilant les premières semaines
- Associer et soutenir les proches

Dans le cas de notre mémoire, nous avons notamment pour sujet d'étude l'accueil des résidents en EHPAD durant la crise sanitaire de la COVID-19. Le déroulement de l'accueil s'est vu véritablement bouleversé par les conditions et restrictions sanitaires telles que les gestes barrières, la période

d'isolement, la distanciation sociale et familiale ainsi qu'une surcharge de travail réelle du personnel qui a dû s'adapter et faire face au manque de matériel en début de crise. Ceci a eu un véritable impact sur les conditions d'accueil des nouveaux résidents que nous avons pu illustrer grâce à la réalisation de notre questionnaire.

Pendant la période COVID, les directives gouvernementales demandaient l'isolement des résidents dans leur chambre afin de limiter la propagation du virus. Nous allons maintenant vous définir ce concept et mettre en lumière ses conséquences.

## **6. ISOLEMENT**

D'après le dictionnaire Larousse l'isolement est l'état de quelqu'un qui vit isolé ou qui est moralement seul.

Le 15 février 2021, la ministre chargée de l'autonomie a lancé le comité stratégique de lutte contre l'isolement des personnes âgées afin de mutualiser toutes les ressources pour les replacer au cœur de la société.

La finalité première de l'EHPAD qui est de donner du lien social aux résidents et ainsi de rompre avec un état de solitude et d'isolement souvent rencontré à domicile a été mise à mal pendant la crise sanitaire avec la période d'isolement imposée lors de l'admission.

Lors de l'arrivée en EHPAD l'isolement physique est une des nombreuses mesures qui peut être prise pour contrôler la propagation du virus et prévenir la contagiosité. Mais il est également social puisque le résident se retrouve seul dans sa chambre, sans visite et sans possibilité de sortir.

Le rôle de l'IDEC est donc de mettre en place les moyens pour éviter que l'isolement ne devienne précurseur d'une perte d'appétit, d'un désintérêt pour le mode de vie, d'une régression cognitive et ainsi entraîner un glissement vers un syndrome dépressif (ou une démence.)<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/lancement-du-comite>

## **7. INTEGRATION**

Définition<sup>9</sup> : assimilation d'un individu, d'un groupe à une communauté, à un groupe social.

En EHPAD, on peut évaluer une bonne intégration d'un résident par son bien-être, sa satisfaction.

Plusieurs critères permettent de faciliter l'intégration d'un résident en EHPAD :

- L'admission est préparée, chaleureuse et personnalisée. Le résident et sa famille doivent se sentir attendus (la chambre est personnalisée avec des objets personnels apportés au mieux avant le jour de l'admission).
- Les habitudes de vie, les sources de bien-être et de satisfaction, les occupations habituelles du résident sont connues des équipes.
- Le fonctionnement de l'EHPAD est expliqué au résident et à sa famille ; les professionnels et leur rôle présentés. Une visite des lieux est organisée.
- Une vigilance et un accompagnement des premiers jours favorisent la prise de repères du résident dans l'EHPAD.
- Le résident est incité à participer à la vie sociale de l'EHPAD, aux animations afin de créer du lien avec les autres résidents.
- La famille (ou le proche) est associée au processus d'intégration. La communication entre les équipes et la famille favorise une confiance mutuelle.
- L'équipe recueille auprès du résident et de sa famille leur ressenti des premiers jours, des premières semaines. Des réajustements peuvent être proposés afin d'améliorer l'intégration du résident.

En comparant nos deux situations de départ, nous constatons que l'intégration pendant la période COVID a été plus difficile. Cela s'explique par le fait que l'admission n'a pas pu être préparée, ni personnalisée : par exemple, Mr L n'avait aucun effet personnel installé dans sa chambre contrairement à Me R. De plus, la visite des lieux et la présentation du personnel se sont faites que deux semaines plus tard, une fois l'isolement levé, tout comme la participation aux activités et la prise des repas en collectivité. Or ces deux dernières sont indispensables pour créer du lien social avec les autres résidents et ainsi faciliter l'intégration du nouvel arrivant. Il a été difficile voire impossible d'associer les proches du résident à son intégration dans son nouveau lieu de vie. Or l'entrée en institution représente un grand changement pour la personne âgée, elle a besoin d'être soutenue et encouragée par sa famille pour mieux le vivre.

---

<sup>9</sup> Dictionnaire « Le Robert »

La définition du COVID, va nous permettre de comprendre pourquoi et comment ce contexte a pris de l'ampleur en peu de temps.

## **8. COVID-19**

Le virus responsable de la COVID-19 est un nouveau coronavirus, identifié en Chine en Novembre 2019, sous le nom de SARS-COV-2.

Les coronavirus sont une famille de virus responsables de maladies allant du simple rhume à des pathologies plus sévères, pouvant provoquer des détresses respiratoires.

Le SARS-COV-2 est un virus très dangereux car extrêmement contagieux (une personne infectée peut en contaminer 3 en l'absence de mesures de protection), mais aussi parce qu'une personne contaminée asymptomatique peut en contaminer d'autres.

C'est pourquoi le 11 mars 2020, l'OMS (organisation mondiale de la santé) qualifie la situation mondiale liée à la COVID-19 de pandémie. À la suite de cette annonce, le gouvernement français a décidé d'instaurer un confinement strict de 2 mois. Un deuxième confinement, moins strict, sera instauré mi-octobre et un 3ème début avril 2021. Entre ces confinements, de nombreuses restrictions et contraintes restent en vigueur.

Les principaux symptômes de la COVID-19 peuvent être :

- Fièvre
- Toux
- Maux de tête
- Courbatures
- Fatigue inhabituelle
- Perte brutale de l'odorat et du goût
- Diarrhée
- Difficultés respiratoires pouvant conduire à une hospitalisation en réanimation voire le décès

Chez la personne âgée on retrouve souvent un tableau clinique atypique.

La transmission du virus se fait lors de contacts étroits avec une personne contaminée : le virus qui est contenu dans les gouttelettes de cette personne est transmis aux autres personnes se situant à moins d'un mètre d'elle, lors d'une discussion, d'un éternuement ou d'une toux.

Elle peut se faire également par contact physique rapproché : poignées de mains, bises... mais aussi par contact direct avec des objets et des surfaces contaminées. La personne saine porte ses mains contaminées à la bouche et se contamine ainsi.

Les espaces confinés sont propices à la transmission de virus.

Les gestes barrières<sup>10</sup> français pour éviter la propagation du virus sont :

- Port du masque dans les lieux publics et en présence d'autres personnes.
- Respecter une distance d'au moins un mètre entre 2 personnes.
- Nettoyage régulier des mains avec une solution hydro alcoolique.
- Aération régulière.
- Tousser et éternuer dans son coude.
- Ne pas se serrer la main, ne pas s'embrasser.
- Éviter les rassemblements de plus de 6 personnes
- Ne pas se toucher le visage.
- Utiliser un mouchoir en papier.
- Utiliser les outils numériques "Tous anti-covid"

Le dépistage se fait à l'aide d'un écouvillon qui permet d'effectuer un prélèvement nasopharyngé envoyé au laboratoire (test PCR de l'anglais : *polymerase chain reaction*), ou effectué sur place avec un réactif permettant d'obtenir le résultat en quelques minutes (test antigénique).

Si le résultat est positif, cela signifie que la personne est contaminée. Il lui est alors demandé de s'isoler pendant 10 jours.

Le traitement est principalement symptomatique. A ce jour, il n'existe aucun traitement spécifique efficace.

La vaccination a débuté en France fin décembre 2020. Elle s'est adressée en priorité aux personnes âgées de plus de 75 ans, aux personnels de santé et aux personnes présentant des facteurs de risques. Petit à petit des vaccino-dromes se sont mis en place. Mi-avril, la vaccination s'est étendue aux

---

<sup>10</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/tout-savoir-sur-la-covid-19/article/les-gestes-barrieres>

personnes de plus de 55 ans. Info Coronavirus COVID-19 - Comprendre la covid-19 | Gouvernement.fr

Au 3 octobre 2021, la Covid-19 a entraîné la mort de 116 778 personnes en France, dont 26 844 en EHPAD et EMS (Etablissement Médico-Sociaux)<sup>11</sup>. Le premier confinement pris fin le 10 mai 2020. Puis un deuxième confinement du 28 octobre au 15 décembre.

Il existe des procédures nommées plan blanc pour le secteur sanitaire et plan bleu pour le secteur médico-social que l'on met en place lors de crise sanitaire.

Par suite de cette pandémie nous avons mis en place dans les EHPADs le plan bleu, celui-ci est développé en annexe.

Tout ceci a impliqué des contraintes sanitaires, d'où la mise en place de procédures et de recommandations.

### **1. Contraintes<sup>12</sup> sanitaires et recommandations en EHPAD 1ère vague**

La première vague concerne la période du 20 mars au 10 mai.

L'ARS a diffusé dans les EHPADs les premières recommandations le 8 mars 2020.

Elle demande aux EHPAD :

- De limiter le nombre de visites par résident
- D'interdire l'entrée aux visiteurs symptomatiques (toux, fièvre, courbatures...)
- Déconseille fortement la visite de personnes mineures
- Recommande une information orale et par affichage sur le coronavirus à l'entrée de l'établissement et dans les salles de soins
- De vérifier les stocks de matériel : surblouses, masques chirurgicaux, gants, lunettes de protection, solution hydroalcoolique, produits de bionettoyage virucide, ainsi que les médicaments d'urgence.

---

<sup>11</sup> Info coronavirus covid 19 - carte et données covid 19 en France | Gouvernement.fr

<sup>12</sup> <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Contrainte.htm>

Source : ARS Ile De France « recommandations EHPAD COVID-19 direction de l'autonomie » 8 mars 2020

- De sensibiliser les soignants aux bonnes pratiques et gestes barrières
- De dépister toute personne (résident et personnel intervenant auprès du résident) dès l'apparition de symptômes (toux, fièvre, dyspnée). Toute personne dépistée positive sera placée en isolement pendant 14 jours : c'est-à-dire que le résident restera dans sa chambre (repas en chambre, pas de participation aux animations, ni de visites)) et le soignant à son domicile.

Le président de la République annonce la mise en place du premier confinement à partir du 17 mars 2020.

L'ARS publie de nouvelles recommandations :

Activation du plan bleu<sup>13</sup> : c'est-à-dire d'une organisation interne permettant la mise en œuvre rapide et logique de moyens matériels et humains indispensables pour faire face à une crise.

Afin de limiter les allées et venues des médecins traitants dans l'établissement et donc les risques de contamination, les pharmacies sont autorisées à renouveler les traitements chroniques des résidents, et les médecins coordonnateurs à effectuer les prescriptions d'urgence.

Des systèmes de garde pour les enfants du personnel soignant sont mis en place.

Toutes les visites sont interdites, sauf pour les résidents en fin de vie. Un registre de traçabilité est instauré.

Mise en place d'un tableau de traçabilité pour les professionnels de l'extérieur intervenant dans la structure.

Dès l'apparition des premiers symptômes évocateurs d'une infection respiratoire aiguë (toux, dyspnée, fièvre) chez un résident, un dépistage par test PCR doit être effectué. L'ARS doit en être informée.

Tout résident testé positif au coronavirus sera placé en isolement pendant 14 jours. Si au moins deux résidents sont positifs, tous les résidents de la même unité seront placés en isolement pendant 14 jours (à partir du premier jour des signes du dernier cas)

---

<sup>13</sup> Voir en annexe I

Il est alors préférable que le résident soit en chambre particulière. L'utilisation du matériel à usage unique sera privilégiée ainsi que l'utilisation de lingettes désinfectantes pour les dispositifs médicaux.

Pour la prise en charge d'un résident atteint du covid 19 le soignant prendra les précautions suivantes : Port de la charlotte, surblouse, masque chirurgical et friction des mains avec la solution hydroalcoolique. S'il s'agit d'un soin avec risques de projection (toilette, prise de sang...) le soignant mettra en plus un tablier en plastique et des gants à usages uniques. Lors des soins de la sphère ORL (aspiration...) le masque chirurgical sera remplacé par un masque FFP2. A la fin de la prise charge l'ensemble des équipements sera éliminé dans une poubelle DASRI (déchets d'activité de soins à risques infectieux)

## **2. Contraintes sanitaires et recommandations en EHPAD 2ème vague** <sup>14</sup>

La France doit faire face à une nouvelle vague épidémique causée par le coronavirus. C'est pourquoi le 28 octobre, le président de la République annonce la mise en place d'un 2<sup>ème</sup> confinement à partir du 30 octobre 2020 jusqu'au 15 décembre 2020.

Les précautions prises lors de la première vague doivent être renforcées.

De plus, les médecins et les professionnels soignants de ville sont mobilisés pour assurer le suivi et la continuité des soins auprès des personnes âgées.

L'hospitalisation à domicile (HAD) est systématiquement sollicitée en cas de dégradation de l'état de santé d'un résident ne nécessitant pas une prise en soin à l'hôpital ni un plateau technique.

Le résident peut se rendre à une consultation programmée.

Mise en place de :

- ✓ « Plateforme gériatrique » : il s'agit d'une plateforme territoriale disposant d'un numéro dédié, et de moyens de télé-médecine. Elle est coordonnée par un gériatre. Les missions de cette plateforme sont : de décider de l'orientation d'un cas suspect ou confirmé et de mobiliser les

---

<sup>14</sup> Source : « prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en établissements médicaux sociaux et à domicile » ministères des solidarités et de la santé 12 novembre 2020

ressources territoriales nécessaires à sa prise en charge au sein de l'EHPAD. Elle est renforcée par une astreinte territoriale en soins palliatifs.

- ✓ L'équipe mobile de gériatrie qui peut intervenir dans l'EHPAD pour évaluation d'une situation individuelle ou collective et prise de décision collégiale
- ✓ Expertise en hygiène
- ✓ Appui psychologique en mobilisant auprès des EHPAD les cellules d'expertise psychologique d'urgence

#### Organisation de prise en charge des résidents covid positif :

- ✓ Recours à l'HAD afin d'éviter dès que possible une hospitalisation conventionnelle
- ✓ Aide à la mise en place d'un secteur dédié au sein de l'établissement à la prise en charge des résidents covid positif
- ✓ Développer les admissions directes des personnes âgées dans les services d'hospitalisation sans passage aux urgences
- ✓ L'hospitalisation d'un résident atteint du covid 19 et dont le pronostic vital est engagé, ne se fera que si celle-ci représente un réel bénéfice pour lui. Cette décision est prise collégialement avec l'aide de la plateforme gériatrique.

## **9. CONCLUSION DU CADRE CONCEPTUEL**

Au regard des différents concepts, de notre question de départ et des recherches effectuées, nous pouvons valider le fait que durant la crise sanitaire, l'IDEC peut jouer un rôle majeur et primordial dans l'accompagnement et l'intégration du résident lors de l'admission.

L'IDEC doit connaître les modalités d'admission du résident afin d'organiser et d'adapter son entrée pour favoriser un maximum son intégration.

Ce qui nous a permis d'affiner notre question de recherche.

### **III. LA QUESTION DE RECHERCHE**

---

En quoi une collaboration pluri-professionnelle de l'unité médico-sociale coordonnée par l'IDEC permet-elle une intégration efficiente du résident pendant la durée du contexte de crise sanitaire ?

### **IV. ENQUETE**

---

#### **1. Méthodologie**

Pour réaliser ce travail, nous avons réalisés plusieurs séances en vidéoconférence.

Afin de développer notre question de départ « Comment l'IDEC peut-elle améliorer l'intégration du résident pendant la période de crise sanitaire de mars 2020 à décembre 2020 », nous avons choisi de nous orienter sur nos diverses expériences professionnelles vécues chacune de manière différente dans nos secteurs d'activité : EHPAD privé, public, secteur libéral et sanitaire.

#### **2. Outil de l'enquête**

Pour tenter d'identifier les problèmes rencontrés liés à notre question de départ, nous avons choisi d'utiliser le questionnaire<sup>15</sup>.

Le questionnaire nous a permis de poser une série de questions par rubrique de manière méthodique. Notre objectif est de pouvoir observer, analyser, comprendre grâce aux données collectées et obtenir des données chiffrées utilisables.

Il existe trois types de question que nous avons utilisés dans notre questionnaire :

- Ouvertes
- Fermées à choix binaires
- Fermées à choix multiples

---

<sup>15</sup> Michèle HAP : *L'enquête par questionnaire, une méthode de collecte des données*

- Les questions ouvertes

Aucune réponse n'est proposée au répondant et celui-ci s'exprime donc selon la forme qu'il désire, en utilisant ses propres termes.

- Les questions fermées à choix binaires

Elles ne permettent pas d'obtenir des informations nuancées sur les opinions ou les connaissances des personnes interrogées. Elles sont souvent suivies par des sous-questions pour approfondir le même sujet et qui ne sont posées qu'à une partie des répondants. Elles constituent alors des questions filtres.

- Les questions fermées à choix multiple

Ces questions comportent plus de deux alternatives de réponses proposées. On demande au répondant de choisir une ou plusieurs réponses.

- Les avantages du questionnaire

Les enquêtes en ligne réduisent considérablement les coûts, les délais et les risques d'erreurs. Elles facilitent le recueil de données dans des zones géographiques étendues.

- Réductions des coûts

- il n'est plus nécessaire de dupliquer les questionnaires et le matériel d'enquête,
- l'internet élimine les coûts de communications téléphoniques ou d'affranchissement pour contacter les répondants
- il n'y a plus de coût lié à la saisie.

- Réduction des délais

- les délais de collecte des données sont réduits de manière significative,
- les délais ne sont plus influencés par la dispersion géographique des répondants,
- le traitement peut s'envisager en temps réel.

- Réduction des erreurs

- le répondant a tout le temps pour bien comprendre les questions et les réponses proposées,
- suppression des erreurs de saisie.

- Nouvelles perspectives

Il est possible de toucher des personnes ne pouvant pas être contactées facilement par les moyens traditionnels ou aux heures habituelles,

Il est possible d'ajuster ou d'augmenter l'échantillon en direct.

- Les inconvénients du questionnaire

Les enquêtes en ligne ont comme faiblesses : absence de contact, contrôle des retours, posent des difficultés pour le recrutement des échantillons et impliquent une infrastructure technologique.

Absence de contact :

- le répondant peut mal comprendre certaines questions,
- les réponses aux questions ouvertes peuvent être mal formulées et donc inexploitable par la suite.

Contrôle des retours :

- les profils des répondants sont difficiles à contrôler à priori et les échantillons obtenus ne peuvent pas toujours être redressés valablement,
- un même individu peut être tenté de répondre plusieurs fois si cela n'est pas contrôlé.

### **3. Le Questionnaire**

Pour mener à bien notre questionnaire, nous nous sommes basés sur nos expériences vécues dans chacun de nos secteurs d'activité.

Notre questionnaire a été développé à partir de notre question de départ ainsi que les concepts approfondis dans notre cadre conceptuel et classé par thème.

Chaque question représente un objectif pour obtenir une information. Cet outil de recherche va nous permettre de comparer la réponse apportée par les différents répondants auquel le questionnaire a été transmis : cadre de santé, infirmière coordinatrice ou autre avec les données théoriques rédigées en amont et de trouver des réponses à notre question de départ.

Notre questionnaire est composé de 31 questions classées en 5 thèmes :

- \* La visite de préadmission
- \* L'accueil
- \* Les soins

\* L'impact de l'ensemble des mesures barrières sur le nouveau résident

\* Les mesures mises en place pour maintenir la qualité de vie

L'objectif de notre questionnaire est de mettre en évidence et identifier les difficultés d'intégration du résident admis pendant la période COVID sur l'année 2020.

Nous avons envoyé notre questionnaire et retravaillé celui-ci à la suite des conseils de notre directrice de mémoire.

Au début de notre questionnaire, nous nous sommes présentées et présenté le thème de réflexion de notre questionnaire.

#### **4. Déroulement de l'enquête**

Comme demandé par notre directrice de mémoire, avant même le changement de commande de ce rendu, nous avons effectué un questionnaire « test » auprès de cadre de santé et d'IDEC d'EHPAD de proximité de secteur public et privé afin de réajuster si besoin notre cadre conceptuel et de valider réellement notre questionnaire. Ce dernier se trouve en annexe.

Notre questionnaire a été diffusé par mail à 99 établissements et nous avons obtenu 40 retours. Il faut compter une dizaine de minutes pour y répondre.

Afin de faciliter l'analyse de celui-ci nous avons choisi Google Forms.

Ce questionnaire nous a confortées dans l'utilité de ce travail de recherche et les difficultés d'intégration rencontrées. Il en ressort que c'est une majorité d'IDEC qui a répondu au questionnaire en poste depuis une période allant d'un à cinq ans, voir plus de dix ans.

#### **5. Analyse de l'enquête**

Les résultats et analyses détaillés se trouvent en annexes.

Entre mars 2020 et décembre 2020, les admissions en EHPAD ont continué, puisque plus de 40 % des structures ont accueillies plus de quatorze résidents. Les VPA se sont poursuivies de manière plus ou moins systématique, et seuls 21% des structures n'en faisaient plus du tout. Celles-ci se sont pratiquées de différentes façons : les visites et les entretiens en face à face ont continué de se faire

avec le résident accompagné d'un membre de sa famille le Medco, l'IDEC et plus rarement la psychologue. La visioconférence et le téléphone ont été une alternative.

Pour la quasi-totalité des professionnels interrogés la VPA est une étape indispensable : Pour eux, elle permet d'établir le premier contact et d'instaurer le lien de confiance qui en découle avec la personne âgée. Celle-ci peut découvrir sa future chambre et se projeter dans ce nouvel environnement. Une première évaluation des besoins et de l'autonomie est faite lors de cette VPA, ainsi qu'une première ébauche du projet de vie. Le consentement de la personne âgée est recueilli à ce moment-là. Tout cela permet de préparer au mieux l'admission, de réunir toutes les bonnes conditions permettant une bonne adaptation, de sécuriser le futur résident et sa famille qui prennent conscience des changements à venir.

Il arrive parfois que l'état réel du futur résident et celui décrit sur la procédure d'admission ne soit pas concordant, la VPA permet alors d'éclaircir ces zones d'ombre afin d'adapter au mieux l'admission et la prise en charge du résident. Dans la moitié des structures, la procédure d'admission est restée inchangée durant la période de crise sanitaire.

Les professionnels interrogés nous font remarquer, qu'en l'absence de VPA, il leur est important de connaître certains éléments avant l'admission du nouveau résident. Ces éléments sont : les habitudes de vie, les antécédents médicaux, l'autonomie, si la personne présente des troubles du comportement, les liens familiaux, l'alimentation, les risques de chute et de fugue, l'humeur. Ces renseignements sont retrouvés dans la procédure d'admission.

L'ensemble des informations recueillies lors de la VPA, ou par la procédure d'admission est transmis à l'équipe qui prendra en charge les résident par l'IDEC et le médecin coordonnateur, avant son entrée.

Nous constatons que l'admission d'un nouveau résident ne peut se faire sans que l'équipe n'ai connaissance de ses pathologies, son autonomie et ses besoins. La VPA, qu'elle se fasse en présentiel ou en distanciel, reste indispensable afin d'établir une relation de confiance entre la personne âgée, sa famille et l'équipe soignante. Cette relation de confiance aide à la bonne adaptation du résident dans la structure, et à son intégration.

Pour l'accueil, grâce à la statistique que nous avons réalisée, nous observons que 68,4 % des personnes interrogées ne sont pas satisfaites de l'accueil apporté aux nouveaux résidents. Afin d'approfondir notre analyse nous avons demandé à ces dernières de nous préciser leur réponse.

Ce qui ressort le plus est la mise en quarantaine du résident durant 7 jours dès son entrée sans visite de sa famille provoquant ainsi un isolement et un manque de contact. Cette semaine rend difficile l'intégration du résident. L'application des protocoles sanitaires liés à la pandémie et toutes les contraintes à respecter prend énormément de temps au personnel soignant, et il est donc moins disponible pour accueillir le nouveau résident et sa famille. Remarquons toutefois que le résident est bien informé de toutes ces contraintes sanitaires avant son admission, et peut ainsi s'y préparer.

Ainsi nous observons que ce qui ressort le plus est la mise en quarantaine du résident durant 7 jours dès son entrée sans visite de sa famille provoquant ainsi un isolement et un manque de contact.

Les réponses apportées à notre questionnement nous permettent de constater l'impact de la crise sanitaire sur l'accueil.

En effet, comment un nouveau résident installé et confiné en chambre pendant 7 jours a-t-il pu s'intégrer dans son nouveau lieu de vie ?

Sans oublier qu'il n'a eu que des contacts avec du personnel masqué et sans visite de sa famille durant la semaine.

Ses premiers repères auront été ceux de sa chambre et le personnel autorisé à y entrer.

D'autres contraintes sanitaires liées au COVID rendent l'intégration et l'adaptation du nouveau résident difficile, en interdisant tout contact avec les autres résidents : arrêt des animations et des sorties à l'extérieur de la structure, aucun repas pris en collectivité. Mais aussi avec les proches par l'arrêt complet des visites puis maintien de la distanciation entre les visiteurs et les résidents avec mise en place de vitres de séparation (lorsque les visites ont été réautorisées).

Pendant la période d'isolement, 100% des IDE et des AS étaient autorisées à intervenir dans la chambre du résident. Cela confirme bien que ces deux catégories professionnelles jouent un rôle indispensable dans la prise en charge globale du résident, son accueil et son intégration.

Le médecin coordonnateur est la deuxième catégorie professionnelle (92,1%) à être la plus en contact avec le résident durant cette période d'isolement. Il est rassurant de constater que le personnel soignant interne ou externe sur la moitié des établissements ayant répondu n'ont pas rallongé leurs délais d'intervention pour les ergothérapeutes, les psychologues et les kinésithérapeutes ; alors que les directives gouvernementales avaient recommandé dès le premier confinement, l'arrêt de leurs interventions et/ou la limitation de leur prise en charge dès le premier cas positif. Ce qui pourrait expliquer ce rallongement de délai pour les 52,6% restant. Très peu ont indiqué qu'il n'y avait pas de

prise en soin par les ergothérapeutes, quelques établissements n'ont pas de psychologue et la moitié pas de diététicienne.

Après la période d'isolement, dans plus de la moitié des EHPAD (64,9%), le futur résident peut visiter les lieux de vie, ce qui lui permet de se familiariser plus facilement avec ce nouvel environnement et de moins appréhender sa future admission dans l'établissement. Cette visite favorise également une première approche avec les autres résidents et permet d'établir un premier contact avec eux, ce qui facilitera son intégration dans la structure. Néanmoins après la période d'isolement, dans 35,1 % des EHPAD, le futur résident ne visite pas les lieux de vie. Cette période d'isolement met un frein à son intégration.

Nous remarquons que la crise sanitaire n'a pas été un frein à l'installation des effets personnels du nouveau résident dans sa chambre dans une très grande majorité des établissements (76,3%). La personne âgée arrive dans un environnement nouveau, cela peut être source d'angoisse, elle peut se sentir déstabilisée et perdue. Le fait de retrouver quelques effets personnels (cadres, fauteuil, bibelots...) qu'elle aura peut-être préalablement choisis, lui apporte des repères spatiaux, du réconfort et l'aide à s'approprier son nouvel espace. Le résident passe beaucoup de temps dans sa chambre (sommeil, sieste, visite des proches...), comme s'il était chez lui, il est donc important qu'il s'y sente bien et ce dès le premier jour.

Le résident nouvellement arrivé dans la structure est isolé socialement, il n'a pas de contact avec les autres résidents, ni avec l'ensemble du personnel, ce manque de contact rend son intégration dans la structure difficile. Les soins d'hygiène, de confort, l'aide aux repas et les soins infirmiers sont assurés dans 100% des cas par les IDE et AS pendant cette période d'isolement. La prise en charge médicale par le médecin coordinateur, les médecins traitants est assurée dans la quasi-totalité des cas. Néanmoins, les professionnels assurant les soins complémentaires (kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne...) interviennent moins systématiquement, avec plus de temps entre les interventions. La famille est autorisée à visiter son parent dans certaines conditions notamment lors d'une fin de vie.

Les professionnels prenant en charge le résident portent un équipement de protection individuelle (masque, charlotte, surblouse, chausse pied...) cela engendre chez le résident une difficulté pour reconnaître le personnel soignant qui intervient. Nous pouvons observer que 91,9% des établissements disent que le résident a du mal à reconnaître les professionnels. Le masque et la charlotte cachent le visage du soignant, les expressions du visage et également le sourire. Le résident a le sentiment d'être soigné par un inconnu avec qui la communication est plus difficile à établir. Il s'agit aussi d'un obstacle pour établir une relation de confiance entre le résident et le soignant.

Le nouveau résident ne connaît pas les professionnels qui l'entourent, il ne connaît pas les résidents déjà présents, en plus des difficultés rencontrées pour reconnaître les professionnels, il présente des difficultés pour reconnaître les résidents présents. La période d'isolement en chambre pour les nouveaux admis, le port du masque pour les résidents dans les lieux communs de certains EHPAD, la mise en place de la distanciation sociale (tables en salle à manger éloignées, petits groupes pour les activités avec distanciation sociale, canapés retirés dans certains EHPAD pour ne garder que des fauteuils suffisamment éloignés les uns des autres) ne favorisent pas la communication, surtout en cas de problème de surdité ou de troubles cognitifs.

L'admission en EHPAD est déjà, en soi, une étape très difficile pour une personne âgée qui a alors besoin d'être entourée par sa famille, accompagnée par les professionnels. La période de crise sanitaire a bouleversé la plupart des procédures d'accueil.

Le résident nouvellement admis, à cause des contraintes sanitaires, s'est retrouvé lors de son admission, plus isolé. L'isolement, la communication plus difficile, les restrictions des visites des familles ont très certainement accentués les syndromes de glissement. Une majorité de professionnels ont constaté : un repli sur soi (73.5%), une baisse de l'appétit (61.8%), des problèmes de communication (61.8%), une perte de poids (50%). Les professionnels ont également constaté : un manque d'intérêt pour les animations (44.1%), des troubles de l'humeur (41.2%), une perte du tonus musculaire (38.2%).

Enfin, 20.6% des professionnels ont constaté des troubles du sommeil avec inversion du cycle nyctéméral et 2.9% ont constaté l'apparition d'une pathologie aiguë. Le manque relationnel, les visites interrompues, la famille lointaine, engendrent chez certains résidents un trouble psychique, une perte d'envie, d'intérêt pour ce qui l'entoure. D'où l'importance du lien social, des animations, de la vie que nous mettons en place dans les établissements. Plus il y a de la vie et plus le résident se sent bien, se sent chez lui.

En effet l'isolement et les restrictions ont été une période difficile pour les résidents du fait des mesures barrières. Nous pouvons remarquer que 50% des EHPAD ont mis en place le port du masque pour les résidents dans les lieux communs et 50% ne l'ont pas mis. Nous pouvons imaginer qu'il était très difficile de faire porter le masque à certains résidents (résidents ayant des troubles cognitifs, des difficultés respiratoires, etc.). Cela explique peut-être qu'une moitié des personnes interrogées ont répondu que le port du masque dans les lieux communs pour les résidents n'a pas été rendu obligatoire dans leur EHPAD. D'autres mesures barrières ont été mises en place dans certains EHPAD (plexiglass séparant le résident de sa famille, permettant ainsi au résident de ne pas porter de masque).

Ces restrictions et contraintes ont permis de mettre en avant l'utilisation de la communication virtuelle par le biais d'appels téléphoniques et de vidéoconférences organisés sous forme de rendez-vous par l'IDEC. Celle-ci a pu être secondée par le directeur, le personnel soignant, la maîtresse de maison, la psychologue et l'animatrice.

Le lien a également été maintenu en présentiel grâce à un encadrement strict de la visite avec du matériel de protection (vitres, masques, sur blouses,).

Enfin quelques visites ont été autorisées sur avis médical.

A travers ces réponses nous constatons que le lien a pu être maintenu grâce à la mobilisation de tous afin de maintenir la qualité de vie des résidents malgré les mesures restrictives. Nous pouvons constater que 71.1% des professionnels ont réorganisé les soins. 57.9% ont prévu du personnel supplémentaire. 42.1% ont mis en place des cellules d'écoute.

Nous constatons que 97.4% des professionnels ont appelé les familles avec les résidents ; 31.6% ont eu recours à la télé médecine et 92.1% ont permis aux résidents en fin de vie d'être accompagnés par leurs familles.

Toutes ces adaptations ont été mise en place pour permettre au nouveau résident de s'adapter à son nouveau lieu de vie. Effectivement pour 75,7% des personnes interrogées, l'IDEC aide le nouveau résident à s'adapter à son nouveau lieu de vie. Parmi les explications données nous constatons que l'IDEC n'est pas la seule personne à favoriser l'adaptation du nouveau résident, mais elle le fait en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire en agissant de diverses façons :

En organisant des animations ciblées sur le nouveau résident et permettant ainsi de créer du lien (café discussion)

En privilégiant les activités personnalisées en chambre pour rompre l'isolement et apprendre à le connaître

En présentant le nouvel arrivant à ses voisins de table au réfectoire et à ses voisins de chambre

En lui faisant visiter la résidence pour lui permettre de se repérer plus facilement, et le présenter aux autres résidents

En mettant en place des RDV téléphoniques dès le lendemain de son arrivée

En répondant rapidement à ses interrogations, le rassurant et lui réexpliquant les contraintes d'isolement liées à la pandémie

En favorisant le passage régulier et fréquent du personnel soignant dans sa chambre

En insistant auprès de l'équipe sur la bienveillance, la disponibilité, la rassurance et l'écoute auprès du nouveau résident.

À la suite de cette analyse, nous remarquons que chaque établissement a fait de son mieux lors de cette crise sanitaire. Ils ont dû tous s'adapter à la situation, et trouver une autre façon d'accueillir et d'intégrer le résident. Nous pouvons constater que la plupart des résidences ont continué les VPA, ceci marque l'importance de cette visite pour pouvoir intégrer le nouveau résident, dans ces lieux nouveaux pour lui. Une adaptation a dû être mise en place, de nouveaux systèmes de communication ont intégré le quotidien de l'EHPAD : la télémédecine, Skype, WhatsApp, tous les moyens étaient bons à prendre pour permettre aux résidents de voir sa famille, entreprendre ses rendez-vous extérieurs.

La coordination de tous les collaborateurs passe par l'IDEC, c'est elle qui a le rôle de coordonner les actions des uns et des autres dans le but d'aider le résident à s'adapter au mieux malgré toutes les contraintes liées à la pandémie. Nous pouvons voir que l'isolement, le port du masque, des protections individuelles, mettent une distance entre le résident, les autres résidents et le personnel soignant. Il est difficile d'entreprendre une relation de confiance sans se voir réellement.

On peut en conclure que les soins d'hygiène, de confort, l'aide aux repas et les soins infirmiers sont assurés dans 100% des cas par les IDE et AS pendant cette période d'isolement. La prise en charge médicale est assurée dans la quasi-totalité des cas. Néanmoins, les professionnels assurant les soins complémentaires (kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne...) interviennent moins systématiquement, sans oublier la famille qui est autorisée à visiter son parent que sous certaines conditions. Le résident nouvellement arrivé dans la structure est isolé socialement, n'a que peu de contact ce qui rend son intégration dans la structure difficile.

## V. CONCLUSION

---

Pour ce de ce mémoire, nous avons choisi de prendre en compte un sujet d'actualité qui perturbe notre quotidien, personnel et professionnel, depuis mars 2020 : la pandémie de COVID 19.

Nous nous sommes attardées sur la période de mars à décembre 2020. Tout est alors inédit : confinement, mesures barrières, télétravail...

Nos aînées sont les plus vulnérables face à ce virus, et des mesures de prévention strictes sont instaurées dans les EHPAD afin de les protéger au mieux. Leur quotidien est ébranlé : repas en collectivité, animations, sorties, visites des proches... sont suspendus. Ajoutons à cela l'isolement en chambre, le personnel soignant difficilement reconnaissable avec la sur-blouse, la charlotte, le masque et la visière.

Comment concevoir au mieux l'accueil et l'intégration d'un nouveau résident dans de telles circonstances ?

Nous avons analysé deux situations : une avant et une pendant la pandémie. Les difficultés d'accueil et d'intégration du résident pendant cette période sont flagrantes. Pendant quatorze jours il est isolé en chambre, ayant pour seul contact le personnel soignant affublé de ses EPI. Ce délai passé, la distanciation des résidents entre eux et est de rigueur, rendant quasi impossible l'établissement du lien social.

L'admission d'un nouveau résident doit être préparée : La VPA est indispensable (qu'elle se fasse en présentiel ou en distanciel) afin d'établir un premier contact avec le futur résident et sa famille, mais aussi pour recueillir les premiers éléments nécessaires à sa prise en charge. Le rôle de l'IDEC est primordial dans le recueil et la transmission de ces informations à l'ensemble de l'équipe.

Toutes ces contraintes et mesures barrières ont un impact psychologique néfaste sur le résident nouvellement admis : repli sur soi, troubles de l'humeur, troubles de la communication... Les professionnels ont utilisé les nouvelles technologies et se sont mobilisé pour mettre en place, veiller au respect des mesures barrières afin de restaurer le plus tôt possible le contact avec les proches du résident et des résidents entre eux. Les soins ont été réorganisés.

L'IDEC a un rôle majeur dans l'accueil et l'intégration du nouveau résident : c'est elle qui en collaboration avec le médecin coordonnateur, réorganise les soins et coordonne l'intervention des différents professionnels, tout en respectant les nouvelles réglementations sanitaires afin de préserver la sécurité du résident, du personnel soignant et la qualité des soins. Elle établit les liens entre les

résidents et monde extérieur (familles, professionnels libéraux...). Elle est attentive aux besoins et attentes de chaque résident et réfléchit avec son équipe aux meilleures solutions.

Le travail en collaboration de l'équipe pluridisciplinaire, piloté par l'IDEC, facilite l'accueil et l'intégration du nouveau résident en EHPAD. Son rôle de coordinatrice est d'autant plus important durant cette période de pandémie.

Ce travail de recherche était important pour nous car l'impact de cette pandémie était réel. Aujourd'hui, nous pouvons nous poser la question de savoir comment elle s'est positionnée dans son trinôme pour évaluer l'impact psychologique subi durant cette crise ?

## **VI. ANNEXES**

---

### **1. Annexe 1 : Le Plan Bleu**

**Le plan bleu est un plan de gestion de crise rédigé par une personne référente, sous la responsabilité du directeur d'établissement. Son objectif est de faire face à des situations sanitaires ou climatiques exceptionnelles.**

Il fait suite à l'arrêté du 7 juillet 2005 et du 08 août 2005, mis en place après la canicule de 2003, qui aurait entraîné la mort d'environ 15 000 personnes et donc une réflexion sur la notion de plan interne de gestion de crise. Il concerne tous les établissements médico-sociaux. Ce plan est un outil d'organisation interne qui permet la mise en œuvre rapide et cohérente de moyens (matériels et humains) indispensables, permettant de faire face efficacement à une crise.

L'article D312-160 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) stipule que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées sont tenus d'intégrer dans leur projet d'établissement, un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Le caractère obligatoire du plan bleu prend donc tout son sens.

L'article D312-158 du CASF précise le rôle du médecin coordonnateur qui doit veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels.

Dès lors qu'une situation particulière et potentiellement dangereuse pour les populations fragiles apparaît, le préfet de région déclenche le plan bleu.

L'ARS (Agence Régionale de Santé) en est ensuite informé avant d'alerter les établissements concernés.

Le deuxième objectif du Plan Bleu est aussi de développer la culture du risque au sein des établissements médico-sociaux, tels que les EHPAD.

Les Agences Régionales de Santé accompagnent les personnels et directeurs de ces structures, afin de développer leur plan d'action dans une démarche qualitative, ce qui leur permet d'être plus réactifs en cas de crise et d'anticiper les conséquences d'un potentiel risque.

Le plan bleu est donc un document comportant :

- une partie générale décrivant le socle avec description de l'établissement en termes de capacité, de locaux, de moyens humains et de relation avec des partenaires extérieurs. Il est

nécessaire dans la gestion de situations nécessitant des mesures urgentes et exceptionnelles  
exemple : le rappel de personnel, le recours à des intérimaires pour faire face à un absentéisme important du personnel, le recours à des bénévoles, suppléance de l'encadrement habituel, la réorganisation spatiale des soins du fait d'un phénomène épidémique nécessitant une sectorisation (encore appelée « cohorting »)

- Des volets spécifiques : risque infectieux avec Plan de Continuité des Activités (PCA), canicule, risques climatiques (tempêtes, inondations, etc... )

Il est présenté à l'ensemble du personnel et lorsqu'il est déclenché, il implique un certain nombre de mesures comme la désignation de personnes référentes pour la gestion de la crise, la composition d'une cellule d'alerte, la recommandation des bonnes pratiques préventives ou du protocole d'hygiène auprès du personnel, la mise en place d'une convention avec un établissement de santé proche, un recueil de règles à observer en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence ; le confinement des résidents ou du personnel, comme cela a été le cas avec la première vague de l'épidémie de coronavirus, ainsi que la mise à disposition de moyens matériels, comme les masques, gants ou gel hydro-alcoolique, l'évacuation des résidents et du personnel, en cas de nécessité, un renforcement du personnel soignant etc...

A travers ce Plan Bleu, nous devons faire la différence entre la notion d'alerte et la notion de crise.

Une Alerte sanitaire est un événement inhabituel représentant un risque pour la santé publique quelle qu'en soit sa nature. Il peut s'agir d'une alerte interne comme une toxico-infection alimentaire ou une gastroentérite. Ou d'une alerte externe à l'échelle locale, départementale ou nationale comme la canicule. Elle a 4 caractéristiques : survenir à tout moment, de manière imprévue ou pas, un caractère d'urgence dans le traitement et la prise de mesures exceptionnelles.

La crise quant à elle, naît de la conjonction d'un événement particulier d'une certaine gravité (situation exceptionnelle), du dépassement de la capacité d'action (mesures à mettre en œuvre très rapidement, nombreux malades ...) et d'une perte des repères de fonctionnement normal de l'institution.

La crise est donc la réalisation d'un événement exceptionnel engendrant des conséquences sanitaires, qui menace les missions de la structure en surprenant les professionnels et l'encadrement pour réagir et en générant du stress. Les missions d'accueil, d'hébergement et de soins des personnes âgées peuvent ainsi être contrariées dans leur finalité.

## **2. Annexe 2 : Questionnaire vierge :**

Nous sommes un groupe de 7 infirmières, étudiantes à l'université Paris Descartes , inscrites au DU infirmier(ère) référent(e) et coordinateur(trice) et par avance nous vous remercions pour votre aide précieuse.

Dans le cadre de notre mémoire nous avons choisi de réfléchir sur les difficultés d'intégration de résidents admis pendant la période COVID et plus précisément l'année 2020. Nous avons besoin de votre expérience pour identifier les problèmes rencontrés et les solutions apportées à travers ce questionnaire.

1-Vous êtes :

- IDEC
- Infirmière
- Aide-Soignante

2-Depuis combien de temps êtes-vous dans votre structure ?

3-De mars 2020 à décembre 2020 combien de résidents ont été accueillis dans votre structure ?

- De 0 à 3
- De 4 à 5
- De 6 à 10
- De 11 à 13
- Plus de 13

### LA VISITE DE PRE ADMISSION

4-Entre mars 2020 et décembre 2020 avez-vous fait une visite de préadmission par résident ?

- Oui, toujours
- Oui, la plupart du temps
- Oui de temps en temps
- Non, jamais.

5-Se faisait-elle ?

- En Visio
- En face à face

- Par téléphone
- Autre :

6- Qui participait à la visite ?

- Médecin coordinateur
- Infirmière coordinatrice
- Le futur résident
- La famille
- Psychologue
- Ergothérapeute
- Assistante sociale
- Autre :

7-Avez-vous une procédure écrite pour effectuer la visite de préadmission ? A-t-elle changé pendant la pandémie ?

- Oui, et elle a changé pendant la pandémie
- Oui, et elle n'a pas changé pendant la pandémie
- Non

8--Pensez-vous qu'une visite de préadmission soit indispensable ?

- Oui
- Non

9- Précisez pourquoi :

10-Quelles sont les informations indispensables à connaître sur le futur résident en l'absence de visite de préadmission ?

11- Qui présente les informations à l'équipe soignante ?

## L'ACCUEIL

12- Pendant cette crise sanitaire, et plus précisément entre les mois de mars et décembre 2020 êtes-vous satisfait de la manière dont vous avez accueilli les nouveaux résidents ?

13- Précisez pourquoi.

14- Le résident était-il prévenu avant l'admission des contraintes liées à la COVID ?

- Port du masque
- La période d'isolement
- Les visites à l'accueil

15- Pendant cette période de mars à décembre 2020 quelles autres contraintes sanitaires ont été imposées au résident dans votre structure ?

16- Connaissez-vous les raisons qui ont motivé le futur résident ou sa famille dans le choix de l'EHPAD malgré la crise sanitaire ?

- Proximité du lieu de vie
- Proximité avec la famille
- Prise en charge proposée par l'établissement
- La connaissance d'un résident déjà présent
- Les avis sur internet
- Les avis
- Autre :

## LES SOINS

17- Pendant la crise sanitaire, par rapport à la période avant covid, le délai d'intervention de la kinésithérapeute :

- N'a pas été rallongé
- A été rallongé de quelques jours
- A été rallongé d'une semaine
- A été rallongé de plus...
- Autre :

18- Pendant la crise sanitaire, par rapport à la période avant covid, le délai d'intervention de l'ergothérapeute :

- N'a pas été rallongé
- A été rallongé de quelques jours
- A été rallongé d'une semaine
- A été rallongé de plus...
- Autre :

19- Pendant la crise sanitaire, par rapport à la période avant covid, le délai d'intervention du psychologue :

- N'a pas été rallongé
- A été rallongé de quelques jours
- A été rallongé d'une semaine
- A été rallongé de plus...
- Autre :

20- Pendant la crise sanitaire, par rapport à la période avant covid, le délai d'intervention du diététicien :

- N'a pas été rallongé
- A été rallongé de quelques jours
- A été rallongé d'une semaine
- A été rallongé de plus...
- Autre

#### L'IMPACT DE L'ENSEMBLE DES MESURES BARRIERES SUR LE NOUVEAU RESIDENT

21- Est ce qu'après la période d'isolement le personnel a fait visiter les différents lieux de vie de l'établissement au résident ?

- Oui
- Non

22- Est ce que le résident accueilli pendant la pandémie a pu personnaliser sa chambre dès son admission comme il aurait pu le faire sans la crise sanitaire ?

- Oui
- Non

23- Quels professionnels étaient autorisés à entrer dans la chambre du résident pendant la période d'isolement ?

- Médecin coordinateur
- Infirmière coordinatrice
- Médecin traitant
- Psychologue

- Ergothérapeute
- Kinésithérapeute
- Infirmière
- Aide-soignante
- ASH
- Diététicienne
- Assistante sociale
- Famille

24- Est ce que les équipements de protection individuelle représentaient une difficulté pour les résidents pour reconnaître le personnel ?

- Oui
- Non

25-Pensez-vous qu'entre mars 2020 et décembre 2020 il a été plus difficile pour les nouveaux admis de faire connaissance avec les autres résidents à cause des contraintes sanitaires ?

- Oui
- Non

26- Chez les résidents admis pendant la crise avez-vous remarqué :

- Un trouble de l'humeur
- Une baisse de l'appétit
- Une perte de poids
- L'apparition d'une pathologie aigüe
- Une perte du tonus musculaire
- Un repli sur soi
- Des troubles du sommeil avec inversion du cycle nyctéméral
- Des problèmes de communication liés au port des équipements de protection individuel
- Un manque d'intérêt pour les animations
- Autre

27- Dans les lieux communs les résidents portaient ils un masque ?

- Oui
- Non

## LES MESURES MISES EN PLACE POUR MAINTENIR LA QUALITE DE VIE

28- Comment l'IDEC pouvait-elle aider la famille à maintenir le lien avec le résident afin de faciliter son intégration dans l'établissement de mars 2020 à décembre 2020 ?

29-Entre mars 2020 et décembre 2020 quelles mesures avez-vous pu mettre en place afin de maintenir la qualité de vie des résidents malgré les mesures restrictives ?

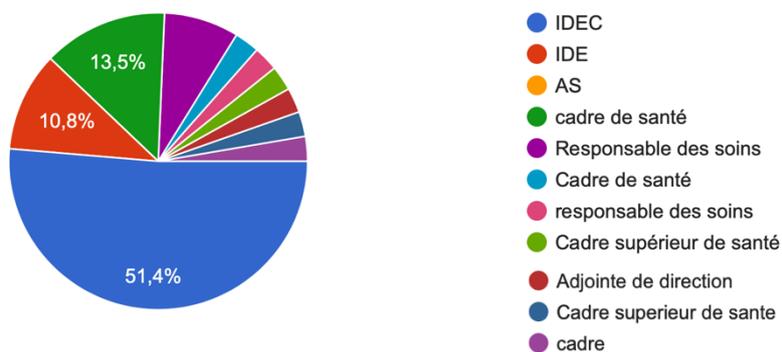
- Réorganiser les soins
- Prévoir du personnel supplémentaire
- Mettre en place des cellules d'écoute psychologiques
- Appeler les familles avec les résidents par visio-conférence
- Avoir recourt à la télémédecine
- Permettre aux résidents en fin de vie de voir leur famille
- Autre

30-Pendant cette période de mars 2020 à décembre 2020 l'IDEC a-t-elle pu aider le résident à s'adapter à son nouveau lieu de vie et comment ?

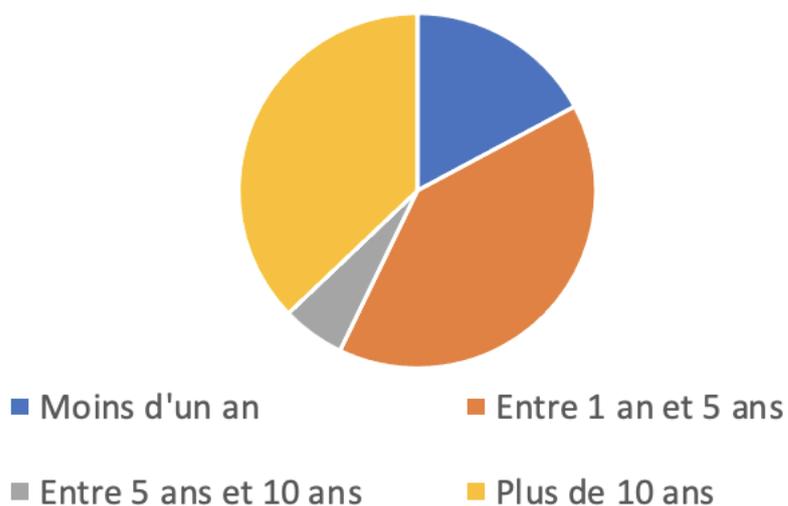
31- Précisez pourquoi

### 3. Annexe 3 : Résultats du questionnaire :

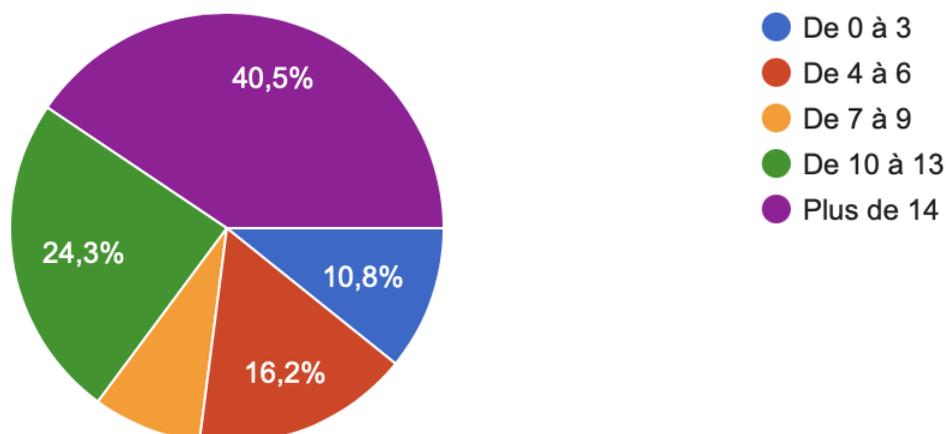
1- Vous êtes :



2- Depuis combien de temps êtes-vous dans votre structure ?

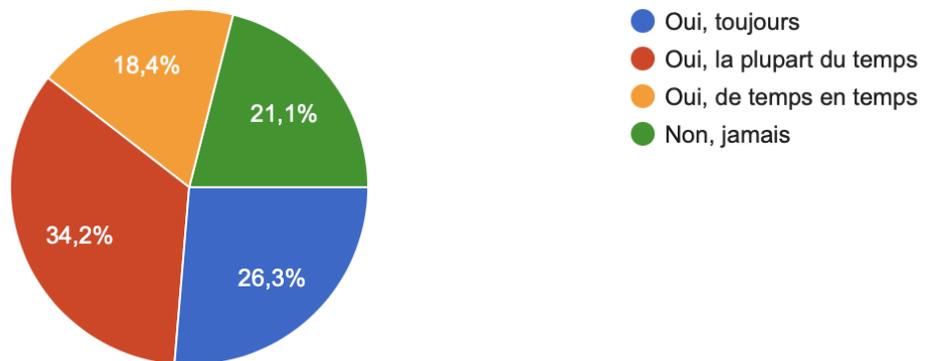


3- De mars 2020 à décembre 2020 combien de résidents ont été accueillis dans votre structure ?

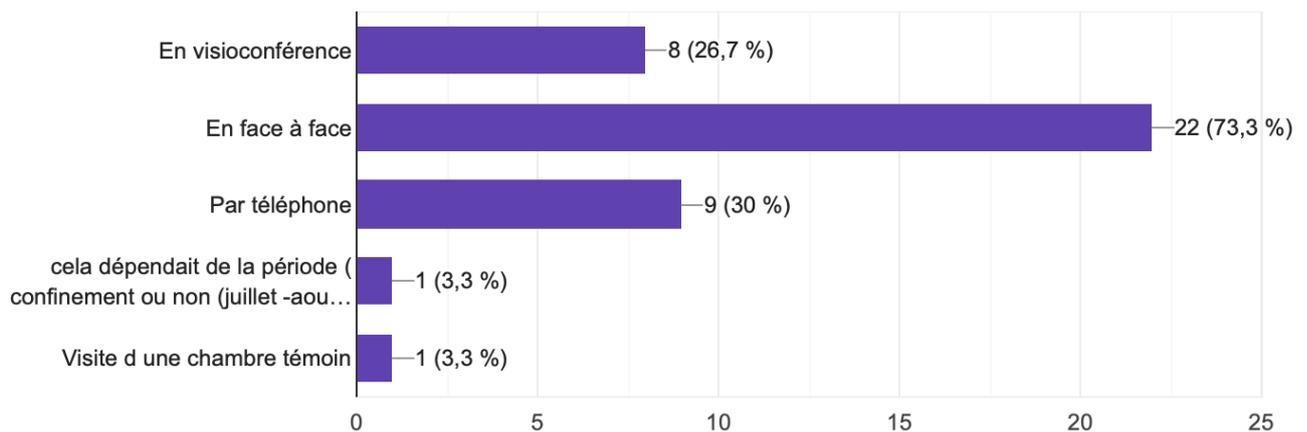


## LA VISITE DE PRÉ ADMISSION

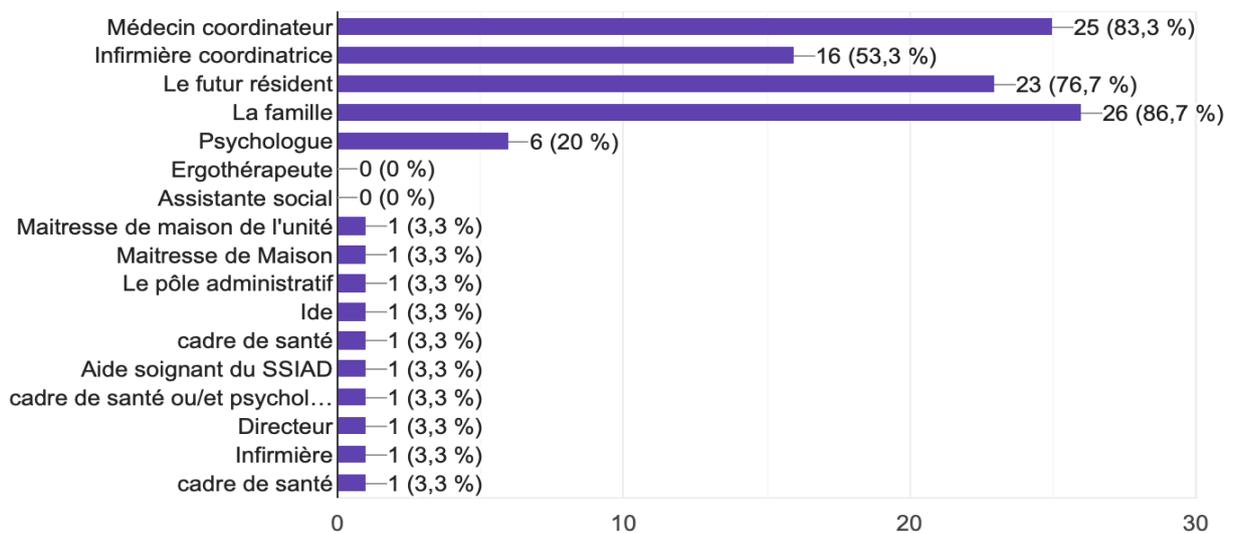
4- Entre mars 2020 et décembre 2020 avez-vous fait une visite de pré admission par résident ?



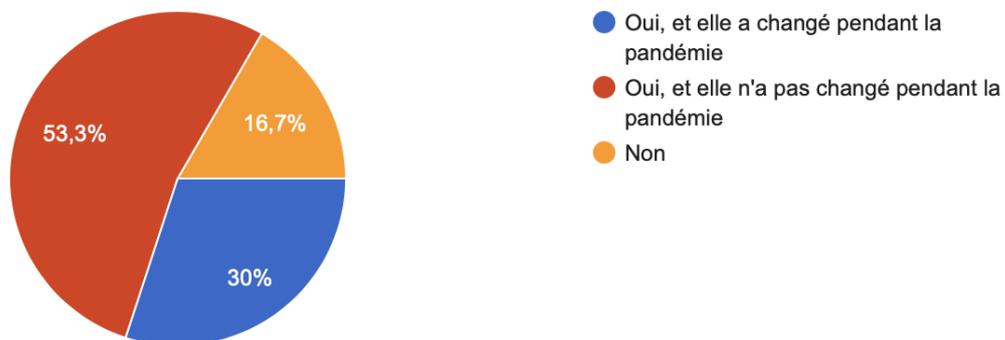
5- La visite se fait-elle ?



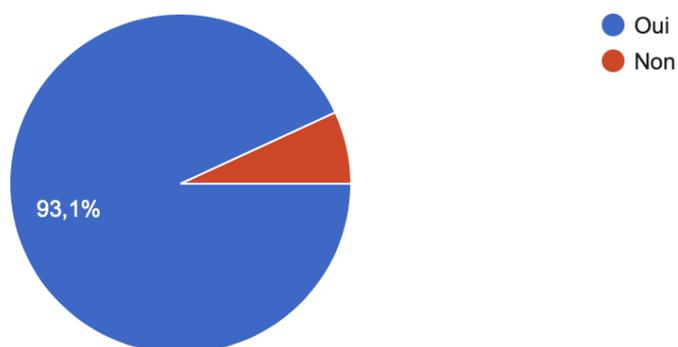
6- Qui participait à la visite ?



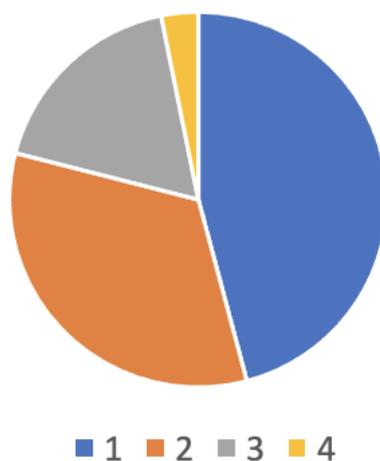
7- Avez-vous une procédure écrite pour effectuer la visite de préadmission ? A-t-elle changé pendant la pandémie ?



8- Pensez-vous qu'une visite de préadmission soit indispensable ?



9- Précisez pourquoi ?



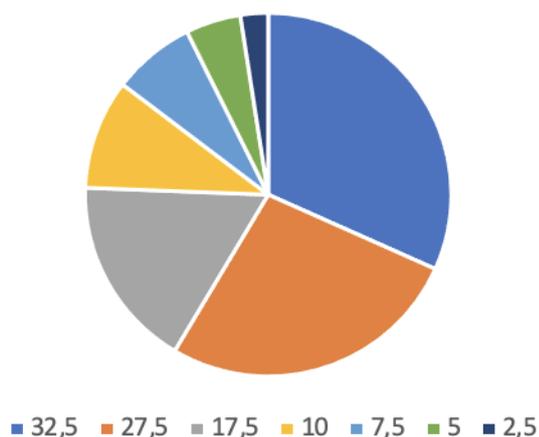
1 : La première approche, le premier contact et le lien de confiance qui en découle.

2 : Découverte de l'environnement (chambre, établissement) pour mieux se projeter

**3** : Le bilan d'autonomie et les besoins du futur résident, les habitudes de vie et le recueil de données, la discussion du projet en amont, les informations données à l'équipe, l'assurance du consentement du futur résident.

**4** : Réunir de bonnes conditions sans problème d'adaptation au cours de la première semaine, plus sécurisant pour le résident et sa famille, connaître les informations sur les pathologies, préparation de l'admission, faire un bilan général, prise de conscience entre ce qui est perçu par la famille et la réalité, écart entre le dossier d'admission et l'état général au moment de l'entrée, permet de préciser si le futur résident est vacciné ou s'il a eu la covid.

10- Quelles sont les informations indispensables à connaître sur le futur résident en l'absence de visite de préadmission ?



Trois réponses se détachent et obtiennent respectivement **32,5%** (les habitudes de vie et les besoins), **27,5%** (les antécédents médicaux) et 25% (l'autonomie).

- **17,5%** des personnes ont répondu : le traitement et la prise en charge médicale.

- **10%** : les troubles du comportement et le recueil avec les habitudes de vie.

- **7,5%** : les liens familiaux, la mobilité, et le consentement.

- **5%** : les risques de fugue, les risques de chute, la mise en place de matériel adapté, la gestion des soins de base, et l'alimentation.

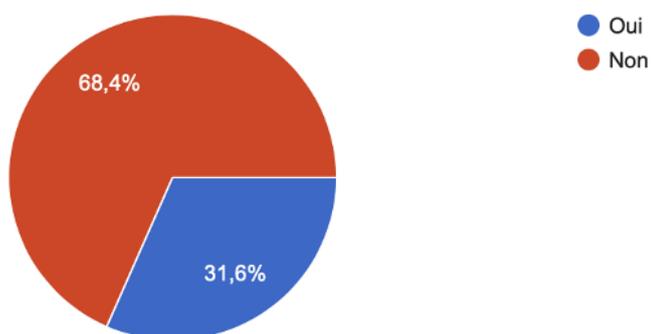
- **2,5%** : les aides en place, l'entourage, le poids, l'humeur habituelle et l'entretien téléphonique avec la famille et médecin traitant.

11- Qui présente les informations à l'équipe soignante ?



## L'ACCUEIL

12- Pendant cette crise sanitaire, et plus précisément entre les mois de mars et décembre 2020 êtes-vous satisfait de la manière dont vous avez accueilli les nouveaux résidents ?



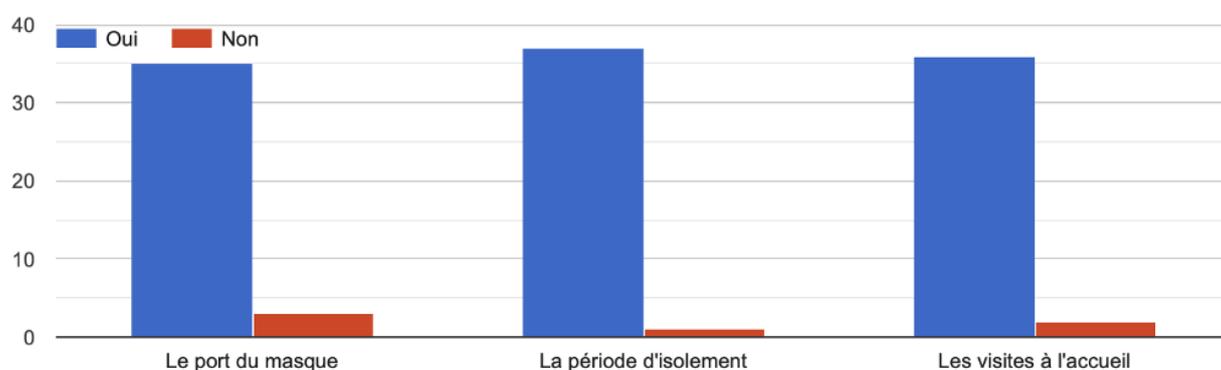
13- Précisez pourquoi ?

- Nous avons pu prendre le temps de les accueillir, de leur faire visiter la structure. Le plus compliqué était pour la famille qui ne pouvait pas venir le voir les 7er jours, donc nous avons beaucoup utilisé skype pour leur permettre de garder un lien même à distance
- Nous avons fait le maximum avec nos moyens

- Protocole COVID mis en place et performant
- Poursuite de la qualité d'accueil et de prise en charge
- Impossibilité de faire visiter la Résidence aux familles et isolement du résident pendant 1 semaine après son entrée. Manque de relation avec la famille
- Isolement de précaution qui était difficile à supporter pour le résident et les équipes
- L'Isolement de 7 jours strict en chambre et le fait que la famille ne puisse pas venir comme elle le souhaite n'ont pas facilité la création du lien de confiance.
- Les contraintes sanitaires
- Car ils devaient être isolés en chambre ce qui compliqué leur intégration et leur vie sociale
- Protocole d'isolement pas en accord avec la vision de lieu de vie (pas de visite, isolement en chambre ...)
- Difficile vu la crise covid
- Manque de temps et restrictions sanitaires limitant le contact
- Entrée en institution déjà difficile, l'isolement à l'entrée rajoute des difficultés
- Pas ou très peu de visite / faite par visio/ ou par téléphone avec la famille
- Manque de temps et de personnel soignant pour évaluer leur intégration dans l'établissement
- Pas de VPA, surcharge de travail lié au covid : peu disponible pour les nouveaux résidents admis
- La visioconférence ou le téléphone : nous ne sommes pas dans les mêmes conditions en présentiel
- Absence de VPA, orientation parfois dans l'urgence
- Nous avons pu conserver nos visites de pré admission en respectant les gestes barrières.
- Nous n'avons pas pu recueillir toutes les données pour accueillir le résident correctement
- Pas de visite de préadmission, l'accueil des résidents se faisait sans la famille
- Malgré un isolement obligatoire, les familles, avec habillage et respect des gestes barrières, ont pu visiter leur parent nouvellement admis en institution pour faciliter le lien
- Moins bonne connaissance du résident
- Voir réponse ci- dessus
- Nous avons fait notre possible pour bien les accueillir mais l'isolement en chambre dès l'entrée n'aide pas à la sociabilité. Beaucoup ont commencé à prendre leurs marques en chambre et il était plus difficile pour eux de sortir pour manger et participer aux animations avec les autres résidents.
- L'accueil n'était pas optimal dans la mesure où le personnel disponible était restreint et prioriser pour l'accompagnement

- Nous avons essayé de continuer à accueillir les résidents comme d'habitude malgré les contraintes de la crise sanitaire
- Nous n'en avons pas accueilli beaucoup car les admissions ont été suspendues
- Nous nous sommes efforcés de maintenir les habitudes
- Protocoles sanitaires stricts limitant les contacts
- Manque de lien, pas de possibilité d'inclure les familles. Sentiments de déposer son proche et de ne plus pouvoir s'en occuper, des perdre le lien et donc confiance difficile à acquérir.
- Les VPA ont été compliqué de par la distance et parfois n'ont pas pu être faites, et donc certains résidents ont pu être mal orienté. Certains consentements des résidents ont pu être biaisé par la famille, et les informations parfois n'étaient en lien avec la réalité.
- Des résidents que nous connaissions en Accueil de jour, rencontre et échange avec les familles
- Manque de temps
- Isolement à l'entrée qui entraine des difficultés à s'adapter à la vie de l'EHPAD, à faire des connaissances, à vivre tout simplement
- Confinement en chambre et interdiction de visites

14- Le résident était-il prévenu avant l'admission des contraintes liées à la COVID ?



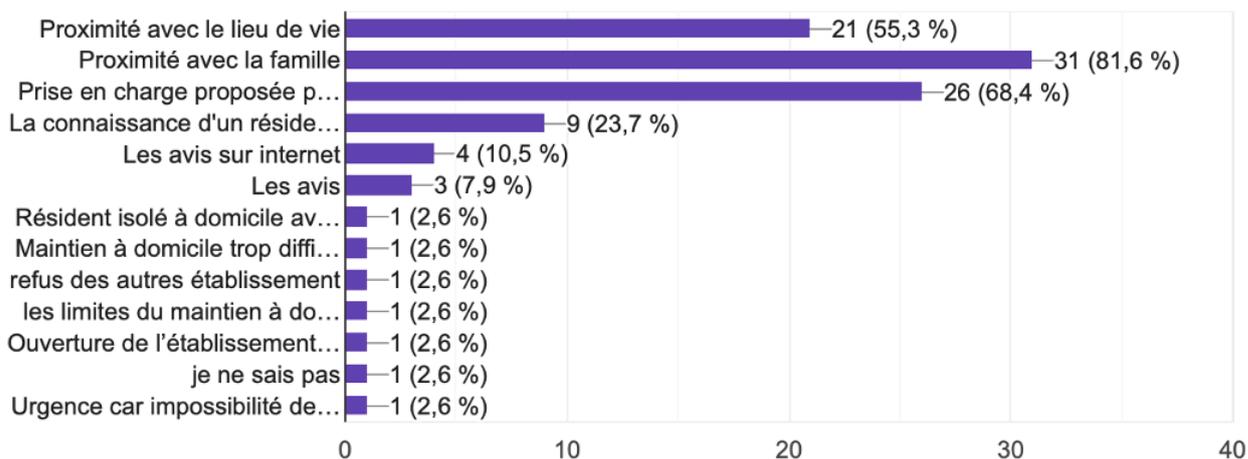
15- Pendant cette période de mars à décembre 2020 quelles autres contraintes sanitaires ont été imposées au résident dans votre structure ?

- Arrêt des animations
- Distanciation sociale, plus de sorties à l'extérieur
- Pour le domicile et l'EHPAD le non venu des familles
- Arrêt des visites

- Test PCR à l'entrée et une semaine après. Pendant cette durée il était isolé une semaine voir plus car les test pcr mettaient parfois plusieurs jours m.
- Les tests à j7, la durée des visites limitées à 30 min avec un soignant qui surveillait le respect des gestes barrières, la distance lors des visites.
- Test pcr, distanciation sociale
- Pas de restaurant collectif, pas de sortie extérieure
- Aucunes autres contraintes que celles notées ci- dessus
- Repas en chambre puis en unité, manque d'animations collectives, sorties extérieures
- Le dépistage mensuel, le dépistage 7 jours après son entrée
- Isolement en chambre dès qu'il y avait un passage à l'extérieur de la résidence (notamment pour les Cs médicales ou passage aux urgences)
- PCR régulier, isolement en unité de vie (donc pas de visite de l'établissement)
- Les affaires rapportées pas les familles mises à disposition des résidents que 24 heures après (laisse dans un sas...) / pas de sortie en famille/contraintes des visites 2 maximum avec un plexiglass entre visiteurs et résident/isolement après un retour d'hospitalisation, un aller-retour aux urgences....
- Confinement par unité
- Des tests PCR selon le protocole.
- Pas d'ateliers collectifs ou animations, sectorisation etc.
- Port du masque en dehors de la chambre. Visite limitée
- Les tests PCR réguliers
- Celles citées ci- dessus
- Repas en chambre au de but ensuite à 2 par table, pas de sorties extérieures ni en famille, moins d'animation et de prise en soin groupale
- Isolement dans les chambres pendant une période et pas de visite des familles
- Pendant les confinement national, confinement en chambre, puis prise des repas avec jauges, aucunes visites des proches, puis à partir de juin, des visites avec leurs proches limités dans le temps, sur RDV, et gestes barrières.
- Plus de sorties à l'extérieur, plus de repas à l'intérieur de la structure avec la famille.
- Sectorisation par étages. Pas de rassemblement de tous les résidents
- Pas d'animation, pas de repas en collectif
- Interdiction des visites lors de cas COVID au sein de l'EHPAD
- Visites à réserver sur Doctolib, sorties interdites
- Plus de sorties à l'extérieur, plus de repas à l'intérieur de la structure avec la famille.
- Pas de visite de la famille

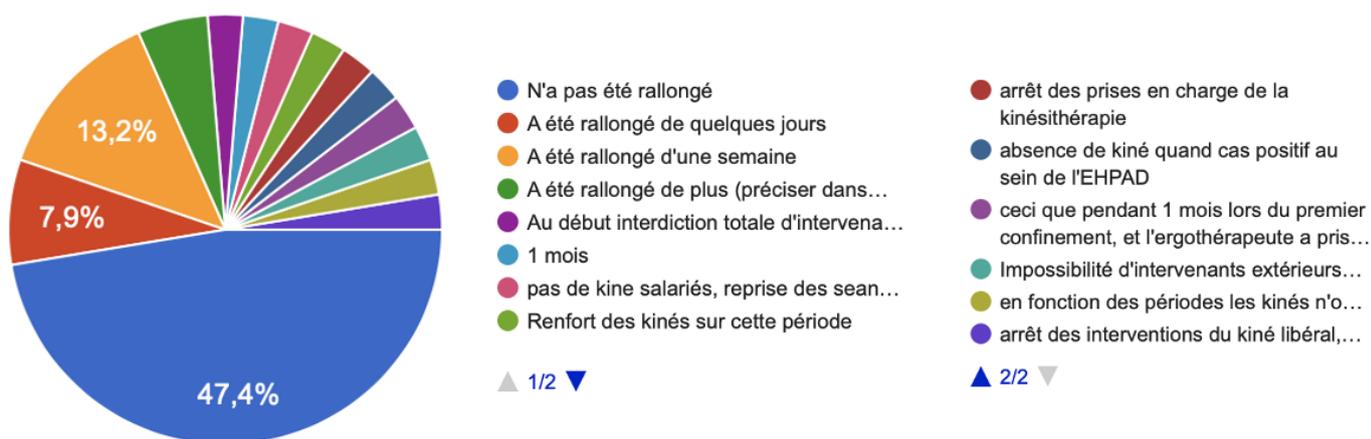
- Absences de visite au départ puis visite encadrée dans le salon de l'unité

16- Connaissez-vous les raisons qui ont motivé le futur résident ou sa famille dans le choix de l'EHPAD malgré la crise sanitaire ?

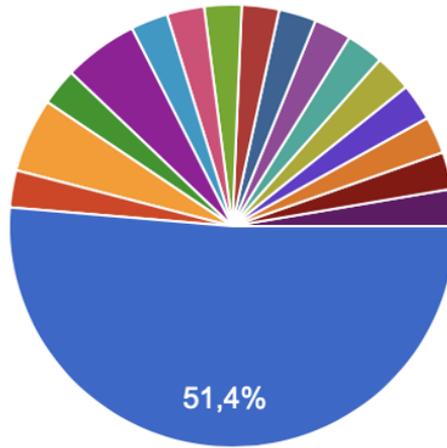


## LES SOINS

17- Pendant la crise sanitaire, par rapport à la période avant COVID, le délai d'intervention de la kinésithérapeute :

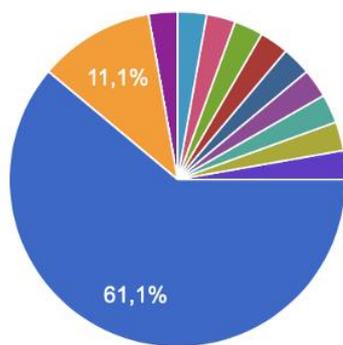


18- Pendant la crise sanitaire, par rapport à la période avant COVID, le délai d'intervention de l'ergothérapeute :



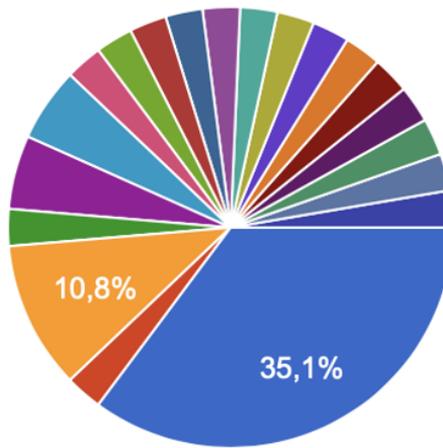
- N'a pas été rallongé
  - Pas d'ergo dispo
  - plus d'ergothérapeute
  - A été rallongé de quelques jours
  - 1 mois
  - pas dergo pendant cette periode
  - A été rallongé d'une semaine
  - Pas d'ergothérapies
  - A été rallongé de plus (préciser dans...
  - Pas d'intervention d'ergothérapeute
  - Nous n'avons pas d'ergothérapeute
  - pas d'intervention d'ergo
  - nous n avons pas d ergo
  - augmentation temps de présence quo...
  - Pas d'ergothérapeute sur l'EHPAD
  - Sans objet
  - De mars à septembre l'ergothérapeut...
- ▲ 1/3 ▼
▲ 2/3 ▼
▲ 3/3 ▼

19- Pendant la crise sanitaire, par rapport à la période avant COVID, le délai d'intervention du psychologue :



- N'a pas été rallongé
  - Pas de psy dispo
  - Plus de psychologue
  - Une psychologue était en télétravail.
  - A été rallongé de quelques jours
  - arrêt des prises en charge des intervenants extérieur
  - A été rallongé d'une semaine
  - présence psychologue salarié à 85% (structure de 125 résidents)
  - A été rallongé de plus (préciser dans...)
  - Plus de présence et de consultation d...
  - nous n'avons pas de psychologue
  - Plus de présence des 2 psychologues
  - la psychologue est allée en soutien d'...
  - De mars à septembre la psychologue...
- ▲ 1/2 ▼
▲ 2/2 ▼

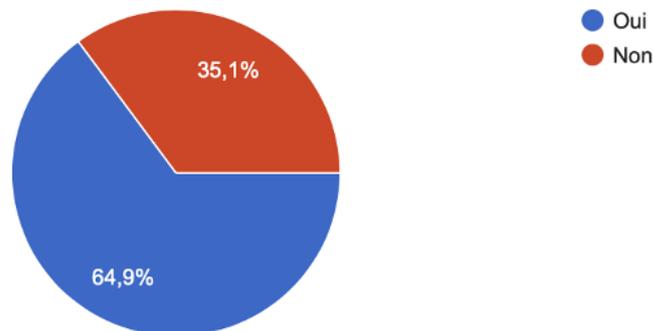
20- Pendant la crise sanitaire, par rapport à la période avant COVID, le délai d'intervention du diététicien :



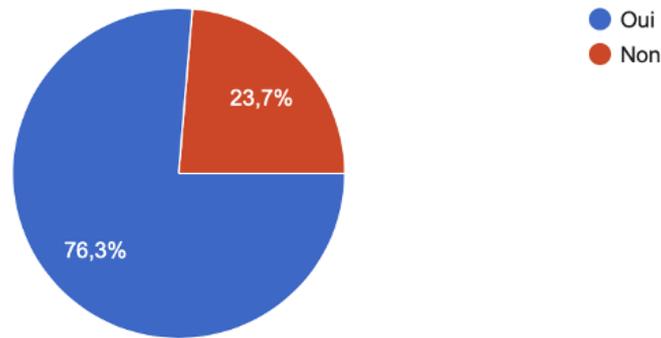
- N'a pas été rallongé
  - A été rallongé de quelques jours
  - A été rallongé d'une semaine
  - A été rallongé de plus (préciser dans..)
  - Pas de diététicien
  - pas de diététicien
  - Absence de diététicien dans la réside.
  - Pas d'intervention de diététicien
  - nous n'avons pas de diététicien
  - pas d'intervention de diététicien dans l...
  - Nous n'avons pas de diététicienne
  - Pas d'intervention d'un diététicien
  - pas de diététicienne dans la structure
  - Pas de diététicienne
  - Pas de diététicien sur place mais reco...
  - pas de diététicien au sein de la structure
  - Sans objet
  - intervention par téléphone
  - Nous n'avons pas de diététicien qui intervienne
  - Nous n'en avons pas
- ▲ 1/3 ▼      ▲ 2/3 ▼      ▲ 3/3 ▼

## L'IMPACT DE L'ENSEMBLE DES MESURES BARRIÈRES SUR LE NOUVEAU RÉSIDENT

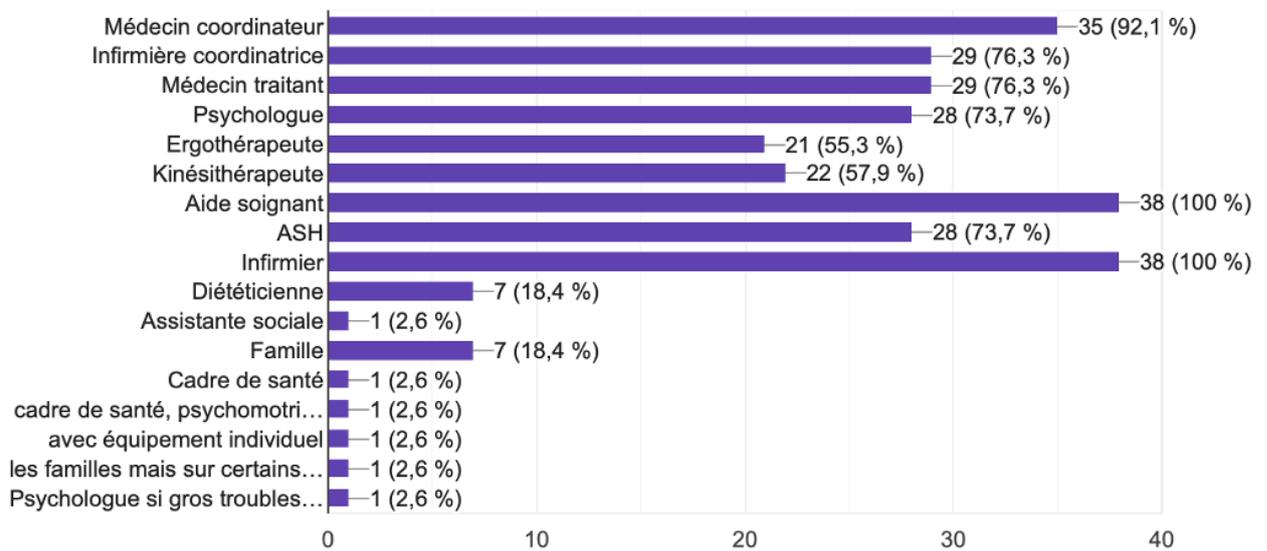
21- Est-ce qu'après la période d'isolement le personnel a fait visiter les différents lieux de vie de l'établissement au résident ?



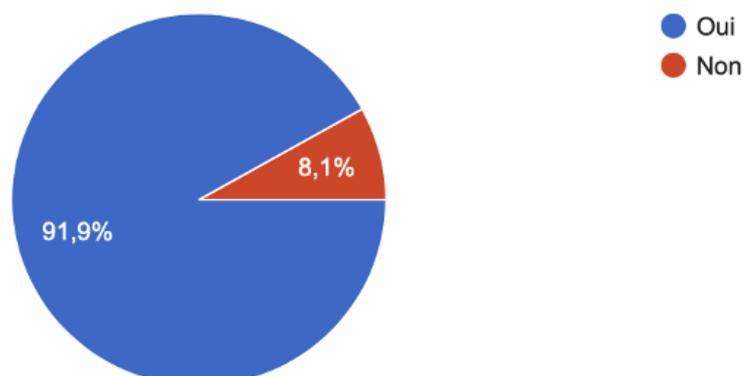
22- Est-ce que le résident accueilli pendant la pandémie a pu personnaliser sa chambre dès son admission comme il aurait pu le faire sans la crise sanitaire ?



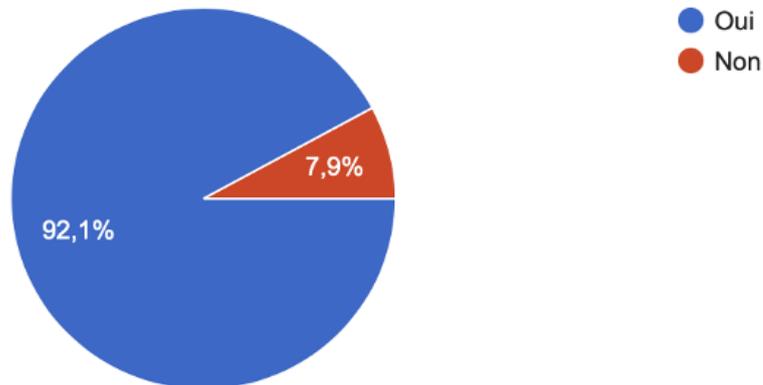
23- Quels professionnels étaient autorisés à entrer dans la chambre du résident pendant la période d'isolement ?



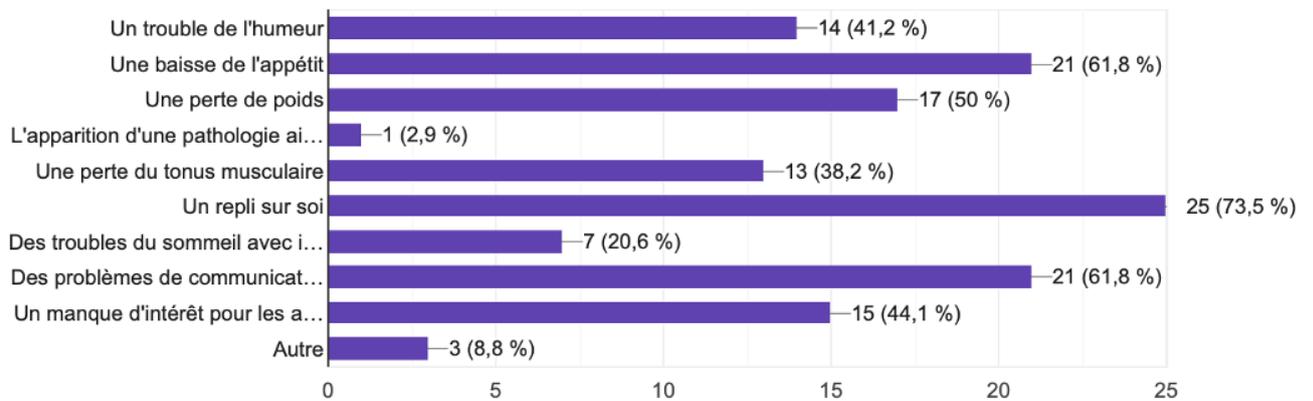
24- Est-ce que les équipements de protection individuelle représentaient une difficulté pour les résidents pour reconnaître le personnel ?



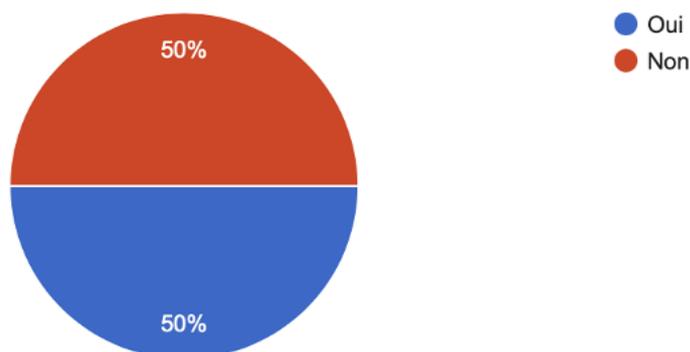
25- Pensez-vous qu'entre mars 2020 et décembre 2020 il a été plus difficile pour les nouveaux admis de faire connaissance avec les autres résidents à cause des contraintes sanitaires ?



26- Chez les résidents admis pendant la crise avez-vous remarqué :



27- Dans les lieux communs les résidents portaient-ils un masque ?



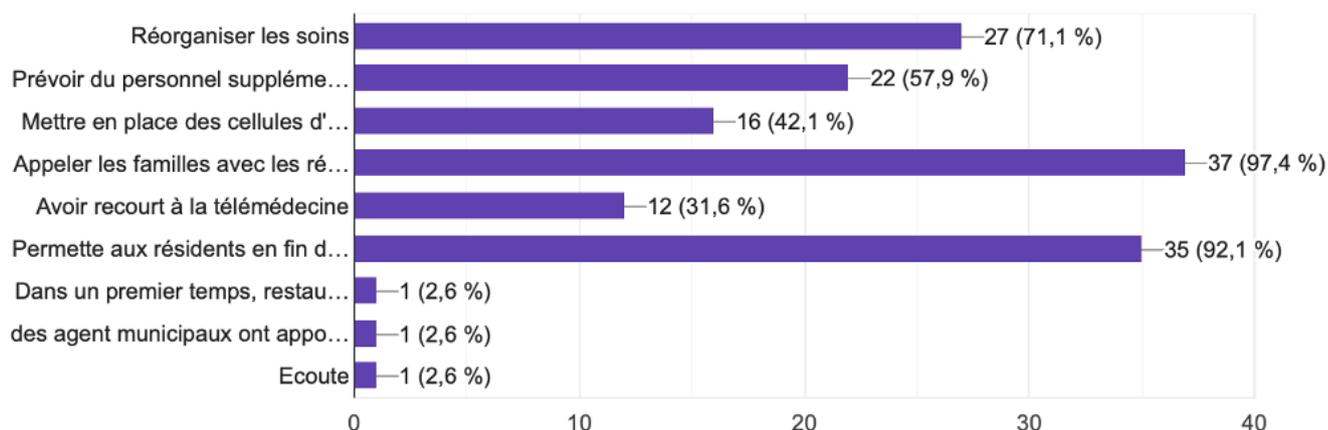
## LES MESURES MISE EN PLACE POUR MAINTENIR LA QUALITÉ DE VIE

28- Comment l'IDEC pouvaient-elle aider la famille à maintenir le lien avec le résident afin de faciliter son intégration dans l'établissement de mars 2020 à décembre 2020 ?

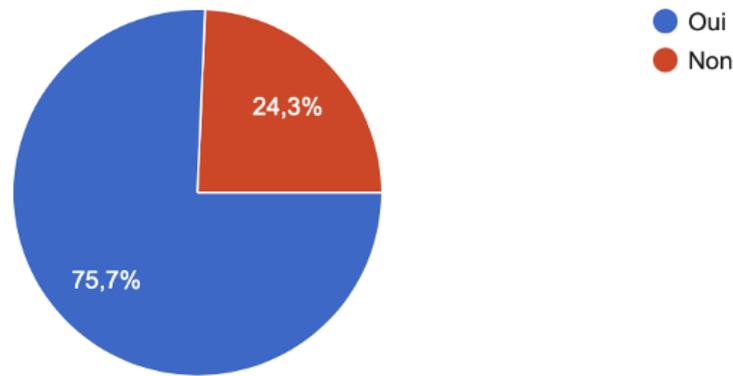
- L'utilisation de Skype et les appels téléphoniques tant à l'équipe soignante qu'au résident
- Communiquer
- Visite de la famille programmé, appel vidéoconférence, appel téléphonique
- Appel vidéoconférence, visite équipée de matériel isolement (surblouse, visière, masques chirurgicaux, surchaussures, charlottes, gants)
- Maintien des visites/Viso
- Téléphone, vidéoconférence sur tablette
- Photos envoyées aux familles +++ par les maitres de maison et animateur
- Appel téléphonique, WhatsApp, Facetime
- En lien avec l'animatrice : organisation de communication par tablette, puis visite autorisée avec vitre de séparation
- Par appel téléphonique par les visites sécurisées par des vidéoconférence
- Appels, vidéoconférence, échange avec les professionnels
- Téléphone et Skype
- Entretien téléphonique
- Appel en vidéoconférence
- La communication,
- Présence de tablette pour faire des appels Skype
- Appels en WhatsApp
- Par le biais de vidéoconférence et le téléphone
- Lien téléphonique avec maîtresse de maison, psychologue et directeur
- Visio et communication téléphonique. Et lien entre famille et résidents faits par le personnel soignant.
- Mise en place de RDV par vidéoconférence
- Familéo, Skype, téléphone, visites quand elles étaient possibles
- Autorisation visite sur avis médical
- Lien par vidéo via Skype etc...
- Appel de la famille en vidéoconférence
- Liaison téléphone et avec vidéoconférence réalisées par psychologue et animateur

- Nous avons mis en place Skype afin d'augmenter les interactions limitées par le nombre restreint des visites
- En incitant la famille à faire des vidéoconférences et de ramener des objets pour personnaliser leur intérieur
- Par rdv et en vidéoconférence
- Visite Doctolib et téléphone
- Nous n'avons pas d'IDEC au sein de l'établissement. La cadre de santé est présente en cas de besoin pour faire le lien avec les familles
- Par la communication
- Magazine Familéo gratuit pour toutes les familles, temps de vidéoconférence avec les proches programmés, prise de RDV pour visite sur place
- Nous avons des tablettes avec Skype, le téléphone, les visites sur RDV avec EPI.
- Echange téléphonique, mail réguliers, mise en place d'outils avec les équipes
- Communication
- Mise en place de vidéoconférence tous les jours avec les nouveaux arrivants
- Familéo, Skype, téléphone

29- Entre mars 2020 et décembre 2020 quelles mesures avez-vous pu mettre en place afin de maintenir la qualité de vie des résidents malgré les mesures restrictives ?



30- Pendant cette période de mars 2020 à décembre 2020 l'IDEC a-t-elle pu aider le résident à s'adapter à son nouveau lieu de vie et comment ?



### 31- Précisez pourquoi ?

- L'IDEC mais avec l'aide de toute l'équipe pluridisciplinaire, ce n'est pas l'idec qui passe le plus de temps avec le résident. Il réfléchit ensemble à comment aider les nouveaux à créer des liens, à ne pas se sentir seul. L'animatrice avec la psychologue jouent un rôle important aussi, nous avons mis en place une nouvelle animation lorsqu'il y a un nouveau résident, le lendemain matin de son entrée nous organisons un café discussion avec le nouveau et d'anciens résidents afin de faciliter la discussion, chacun parle de sa vie, sa famille, son métier... c'est enrichissant et pour un premier échange ça permet à chacun de s'exprimer et d'apprendre à se connaître voir se reconnaître pour certains qui se sont connus jeunes et perdus de vue.
- Visitant régulièrement
- Réassurance et écouté avec les équipes en place
- Fait par la maitresse de Maison
- Les équipes soignantes et les équipes hôtelières ont fait en sorte que le résident se sent chez lui
- Organisation de plusieurs passages des soignants, de la psychomotricienne ainsi que de l'animatrice
- En lui faisant visiter la résidence, en l'accompagnant aux repas et la présentant aux autres résidents, en effectuant des transmissions auprès des équipes afin que leur prise en charge soit la plus adaptée au nouveau résident
- Beaucoup d'échanges et d'écoute
- Écoute décoration d'objet personnel de la chambre avant son arrivée
- Liens entre les différents intervenants et la famille
- Visites du personnel paramédical plus fréquent

- En portant une attention supplémentaire aux demandes du nouveau résident, de pouvoir répondre très rapidement à ces interrogations, en réexpliquant les mesures mises en place.
- C'est un travail pluridisciplinaire, l'accueil du résident est l'affaire de tous dans un établissement !
- Visite en chambre, écoute permanente avec la psychologue
- C'est un travail d'équipe, l'animatrice, les soignants (toute fonction comprise) ont fait leur possible pour essayer de réinventer les protocoles d'accueil habituels avec les nouvelles restrictions. Nous avons notamment organisé des « café discussion » avec quelques résidents anciens bienveillants et le nouvel arrivant afin d'apprendre à se connaître et de créer des liens. Nous avons remarqué que ça aide les résidents à venir aux animations en groupe, à se sentir plus à l'aise plus rapidement.
- En créant des visites gratuites de la part des membres du personnel
- En étant à l'écoute du résident et des familles, en organisant avec les soignantes des animations dans le service surtout culinaire et en privilégiant le Relationnel.
- Être présent pour le résident
- Nous n'avons pas d'IDEC, mais la cadre de santé a pu faire le lien avec les proches des résidents
- Écoute et disponibilité
- Beaucoup de réunion pour prise de décision stratégique pour l'établissement. Beaucoup d'informations descendantes de nos autorités et comment les appliquées ?
- Une attention particulière était apportée aux nouveaux résidents et aux familles avec des RDV téléphoniques dès le lendemain de l'entrée et dans la semaine. De nombreux passages étaient fait auprès des résidents et mise en place d'activité en un pour un en chambre.
- Rencontre, échange visite
- Temps d'échanges plus importants
- Visites quotidiennes, lui expliquer la situation, présenter les différents membres des équipes, être à disposition pour répondre à toutes les questions, les craintes, montrer de la bienveillance en présentant ses voisins de chambre et de table

#### **4. Annexe 4 : Interprétation des résultats**

##### 1/vous êtes ?

Les IDEC ont répondu majoritairement à 51.1% au questionnaire, les IDE à 10.8% et aucune aide-soignante 0%.

Par contre d'autres professionnels ont participé comme les cadres de santé (18.7%), les responsables des soins (10.8%), les cadres supérieur (5.4%) et un adjoint de direction (2.7%)

##### 2/ Depuis combien de temps êtes-vous dans votre structure ?

Les réponses sont très diversifiées, nous avons donc choisi de les regrouper par tranche d'année.

-Moins d'1 an : 16.82%

-Entre 1 an et 5 ans : 40.82%

-Entre 5 ans et 10 ans : 22.61%

-Plus de 10 ans : 22.46%

##### 3/ De Mars 2020 à décembre 2020 combien de résidents ont été accueillis dans votre structure ?

Durant cette période, l'accueil des résidents a continué à s'effectuer. 10.8% des établissements ont accueillis de 0 à 3 résidents, 16.2% de 4 à 6, 8.1% de 7 à 9, 24.3% de 10 à 13 et enfin 40.5% des établissements ont accueillis plus de 14 résidents.

##### 4/ Entre Mars 2020 et décembre 2020 avez-vous fait une visite de préadmission par résident?

Nous pouvons constater que 26.3% des établissements ont toujours réalisé des visites de préadmissions, 34.2% la plupart du temps, 18.4% en ont réalisé de temps en temps et 21.1% qui n'ont fait aucune visite de préadmission.

##### 5/ Comment se faisait elle ?

Pendant la période de mars à décembre 2020, la visite de préadmission a continué de se faire en face à face à plus de 73%. La vidéo conférence (26,7%) et le téléphone (30%) ont également été utilisés pour la rendre possible.

Une réponse est nuancée du fait du confinement (mars/avril) et une autre mentionne la chambre témoin.

##### 6/ Qui participait à la visite ?

La famille (86%) et le médecin coordonnateur (83%) participent de façon prépondérante à la visite de préadmission.

L'infirmière coordonnatrice participe à 62 % à une visite de préadmission quant au futur résident il n'y participe pas de façon systématique (76,7%).

L'IDE et la cadre de santé y participent à 9% chacune.

La psychologue y participe à 20%.

Le directeur, la maitresse de maison de l'unité, la maitresse de l'unité ou l'aide-soignante sont cités de manière égale à 3,3% chacun.

L'ergothérapeute et l'assistante sociale n'apparaissent pas.

#### 7/ Avez-vous une procédure écrite pour effectuer la visite de préadmission ? A-t-elle changé pendant la pandémie ?

16,7% n'ont pas de procédure écrite.

Sur les 83,3% qui ont une procédure écrite, 53,3% déclarent qu'elle n'a pas changé pendant la pandémie.

#### 8/ Pensez-vous qu'une visite de préadmission soit indispensable ?

93,1 % des personnes ayant répondu pensent qu'elle est indispensable.

#### 9/ Pourquoi ?

Une réponse se détache et obtient 45% : La première approche, le premier contact et le lien de confiance qui en découle.

Puis une réponse obtient 32,5% : Découverte de l'environnement (chambre, établissement) pour mieux se projeter,

Plusieurs réponses obtiennent le même score (17,5%) : Le bilan d'autonomie et les besoins du futur résident, les habitudes de vie et le recueil de données, la discussion du projet en amont, les informations données à l'équipe, l'assurance du consentement du futur résident.

Ensuite d'autres réponses obtiennent 3,1% : réunir de bonnes conditions sans problème d'adaptation au cours de la première semaine, plus sécurisant pour le résident et sa famille, connaître les informations sur les pathologies, préparation de l'admission, faire un bilan général, prise de conscience entre ce qui est perçu par la famille et la réalité, écart entre le dossier d'admission et l'état général au moment de l'entrée, permet de préciser si le futur résident est vacciné ou s'il a eu la covid.

10/ Quelles sont les informations indispensables à connaître sur le futur résident en l'absence de visite de préadmission ?

Trois réponses se détachent et obtiennent respectivement 32,5% (les habitudes de vie et les besoins), 27,5% (les antécédents médicaux) et 25% (l'autonomie).

- 17,5% des personnes ont répondu : le traitement et la prise en charge médicale.
- 10% : les troubles du comportement et le recueil avec les habitudes de vie.
- 7,5% : les liens familiaux, la mobilité, et le consentement.
- 5% : les risques de fugue, les risques de chute, la mise en place de matériel adapté, la gestion des soins de base, et l'alimentation.
- 2,5% : les aides en place, l'entourage, le poids, l'humeur habituelle et l'entretien téléphonique avec la famille et médecin traitant.

11/ Qui présente les informations à l'équipe soignante ?

L'IDEC à 32,5% et le médecin coordonnateur à 25% présentent les informations.

Ensuite nous avons le cadre de santé à 12,5% et l'IDE à 8% et la responsable des soins à 7,5%.

Puis à 2,5% nous trouvons à part égale : le Référent du résident, la maîtresse de maison, la personne qui fait la visite de préadmission, et le chef de service.

12/ Etes-vous satisfait de la manière dont vous avez accueilli les nouveaux résidents ?

68,4 % non contre 31,6 % oui

Grâce au camembert statistique que nous avons réalisé, nous pouvons observer que 68,4 % des personnes interrogées n'est pas satisfaite de l'accueil apporté aux nouveaux résidents. Afin d'approfondir notre analyse nous avons demandé à ces derniers de nous préciser leur réponse.

13/ Pourquoi ?

Ainsi nous avons pu observer que ce qui ressortait le plus est la mise en quarantaine du résident durant 7 jours dès son entrée sans visite de leur famille provoquant ainsi un isolement et un manque de contact avec le nouveau résident. De plus, il a été mentionné une réelle surcharge de travail associée à un manque de moyens et de personnels. Certains EHPAD ont même fait le choix de suspendre les admissions.

14/ Le résident était-il prévenu avant l'admission des contraintes liées à la covid ?

Aux regards des résultats, nous pouvons affirmer que le résident était prévenu avant son admission des contraintes liées à la COVID tels que le port du masque, la période d'isolement et les visites à l'accueil.

### 15/ Quelles autres contraintes ont été imposées au résident dans votre structure ?

En plus des contraintes sanitaires imposées par le gouvernement, certains établissements ont eu recours à la sectorisation par étage.

### 16/ Connaissez-vous les raisons qui ont motivé le futur résident ou sa famille dans le choix de l'EHPAD ?

A 81,6 %, le critère de choix de l'EHPAD est la proximité avec la famille puis la prise en charge proposée par l'établissement.

Les réponses apportées à notre questionnaire nous ont permis de constater l'impact de la crise sanitaire sur l'accueil.

En effet, comment un nouveau résident installé et confiné en chambre pendant 7 jours a-t-il pu s'intégrer dans son nouveau lieu de vie ?

Sans oublier qu'il n'a eu que des contacts avec du personnel masqué et sans visite de sa famille durant la semaine.

Ses premiers repères seront ceux de sa chambre et le personnel autorisé à y entrer.

### 17/ Pendant la crise sanitaire, par rapport à la période covid, le délai d'intervention du kinésithérapeute :

Le diagramme met en évidence que le délai d'intervention n'a pas été rallongé pour 47,4% des établissements. Cependant, 21,1% ont tout de même rallongé le délai d'intervention des kinésithérapeutes sur une fréquence allant de quelques jours à une semaine. Enfin, 31,5% ont rallongé leur durée à plus d'un mois. Nous notons également que les réponses sont variées quant à l'absence de ce professionnel au sein des EHPADs.

En effet, même si quasiment la moitié des établissements ayant répondu n'ont pas rallongé leurs délais d'intervention, les directives gouvernementales avaient recommandé dès le premier confinement, l'arrêt des interventions et/ou la limitation de prise en charge dès le premier cas positif. Ce qui pourrait expliquer ce rallongement de délai pour les 52,6% restants.

### 18/ Pendant la crise sanitaire par rapport à la période covid, le délai d'intervention de l'ergothérapeute :

Ce graphique nous montre que 51,4% des établissements n'ont pas rallongé le délai d'intervention des ergothérapeutes pendant le début de la période de crise sanitaire. Environ 15% ont rallongé leur période d'intervention de quelques jours à quelques semaines. Sur les 35% restants, les réponses nous

indiquent en majorité que les ergothérapeutes n'étaient pas disponibles pendant cette période mais très peu ont indiqué qu'il n'y avait pas de prise en soin par les ergothérapeutes.

L'objectif de ce professionnel est de maintenir ou de restaurer le niveau d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne des personnes soit, l'habillage, la toilette, les activités de loisirs, les repas etc.... Pendant cette crise sanitaire, ces activités ont été déléguées et/ou surajoutées au travail des aides-soignants du fait des directives ministérielles.

De ce fait, contrairement aux kinésithérapeutes, nous pouvons faire le constat hypothétique que beaucoup d'ergothérapeutes sont salariés des établissements (0,5 ETP) mais que leurs interventions n'étaient pas prioritaires lors d'un début de crise sanitaire.

#### 19/ Pendant la crise sanitaire, par rapport à la période covid, le délai d'intervention de la psychologue :

Ce schéma nous révèle que 61,1% des structures médico-sociales n'ont pas étendu le délai d'intervention des psychologues. 11,1% à une semaine mais aucune ne l'a étendue au-delà. Déduction faite, plus de 25% des établissements n'ont pas de psychologue au sein de leur établissement.

A travers les réponses, nous notons que les psychologues ont également subi l'arrêt de leurs interventions par arrêté gouvernemental, d'autres ont choisi le télétravail, le renfort sur des structures à plus grande capacité, et pour moins de 10% plus de présence et de consultation en chambre.

Les psychologues sont souvent salariés à 0,20 ETP au sein des EHPAD, et selon la CNSA.FR<sup>1</sup> le nombre de ces intervenants serait en constante augmentation depuis 2017. Ce métier est encore méconnu et/ou non valorisé dans leur intervention auprès du public âgé ce qui peut mettre en exergue le peu de présence au sein de ces structures.

#### 20/ Pendant la crise sanitaire, par rapport à la période covid, le délai d'intervention du diététicien :

Cette illustration nous décrit que 35,1% des établissements n'ont pas rallongé leur délai d'intervention. Aussi, 10,8% ont étendu leur délai de prise en charge à plus d'une semaine. Nous constatons donc que plus de 50% des établissements n'ont pas de diététicien présent au sein de leur établissement mais que les interventions ou demandes particulière se font par téléphone comme le décrivent les réponses.

Selon Geroscopie.fr<sup>2</sup>, en 2005, le Conseil National de l'Alimentation (CNA) préconisait 0,1 ETP de diététicien en EHPAD et rappelé dans le guide des bonnes pratiques des EHPAD en 2007. Malgré cela, les données des enquêtes EHPA 2011<sup>3</sup> et 2015 de la DRESS<sup>4</sup> montrent que le temps d'intervention diminue. Financé actuellement sur le budget hébergement, le PATHOS offre des points supplémentaires pour bénéficier de ses services et aurait donc une incidence directe sur le budget soin.

La dénutrition a des conséquences lourdes sur les prises en soins, surtout face à un public aujourd'hui vieillissant. Toujours dans cet article, les directeurs d'établissement reconnaissent l'importance de l'intervention des diététiciens mais expliquent davantage avoir besoin de financements pour les postes d'aides-soignants. C'est une des explications hypothétiques de l'absence de ces professionnels au sein des EHPADs à travers cette question.

Source :

<sup>1</sup> CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie – La situation des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes en 2017 maj le 25 mai 2020 consulté le 20 juillet 2021

<sup>2</sup> Géroscoopie.fr : N°108 – septembre 2019 – Dénutrition consulté le 20 juillet 2021

<sup>3</sup>[www.fehap.fr](http://www.fehap.fr) – Enquête EHPA 2011 – DRESS Enquêtes et résultats

<sup>4</sup> : DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, et de l'Evaluation des statistiques

21/ est ce qu'après la période d'isolement le personnel a fait visiter les différents lieux de vie de l'établissement au résident ?

Après la période d'isolement, dans plus de la moitié des EHPAD (64,9%), le futur résident peut visiter les lieux de vie. Celle-ci lui permet de se familiariser plus facilement avec ce nouvel environnement et de moins appréhender sa future admission dans l'établissement. Elle favorise également une première approche avec les autres résidents et permet d'établir un premier contact avec eux, ce qui facilitera son intégration dans la structure.

22/ est ce que le résident accueilli pendant la pandémie a pu personnaliser sa chambre dès son admission comme il aurait pu le faire sans la crise sanitaire ?

Nous remarquons que la crise sanitaire n'a pas été un frein à l'installation des effets personnels du nouveau résident dans sa chambre dans une très grande majorité des établissements (76,3%). La personne âgée arrive dans un environnement nouveau, cela peut être source d'angoisse, elle peut se sentir déstabilisée et perdue. Le fait de retrouver quelques effets personnels (cadres, fauteuil, bibelots...) qu'elle aura peut-être préalablement choisis, lui apportent des repères spatiaux, du réconfort et l'aide à s'approprier ce nouvel espace. Le résident passe beaucoup de temps dans sa chambre (sommeil, sieste, visite des proches...), comme s'il était chez lui, il est donc important qu'il s'y sente bien et ce dès le premier jour.

23/ quels professionnels étaient autorisés à entrer dans la chambre du résident pendant la période d'isolement ?

Pendant la période d'isolement, 100% des IDE et des AS étaient autorisées à intervenir dans la chambre du résident. Cela confirme bien que ces deux catégories professionnelles jouent un rôle indispensable dans la prise en charge globale du résident, son accueil et son intégration.

Le médecin coordonnateur est la deuxième catégorie professionnelle (92,1%) à être le plus en contact avec le résident durant cette période d'isolement. Il est rassurant de constater que la quasi-totalité des résidents bénéficient du passage d'un médecin pendant cette période, pouvant remplacer le médecin traitant. Il est vrai que cela peut être déstabilisant pour le nouveau résident et entraîner des difficultés d'intégration, car le médecin coordonnateur est une personne qui lui est étrangère, alors que si c'était son médecin traitant qui assurerait les premières visites (comme en période hors pandémie), ça aiderait le résident à mieux s'adapter en gardant un repère et qui plus est une personne en qui il a confiance.

Dans 76,3% des situations, l'IDEC maintient son rôle relationnel auprès du résident, ce qui nous montre bien l'importance de son rôle de communication et de maintien du lien avec le résident.

En ce qui concerne le ASH, il est surprenant de constater que seulement les  $\frac{3}{4}$  (73,7%) d'entre elles interviennent dans la chambre du résident. On peut s'interroger alors par qui est assuré l'entretien de la chambre du résident dans  $\frac{1}{4}$  des situations. De plus, de par notre expérience nous savons que le résident se confie souvent à l'ASH. On peut considérer qu'elle joue un rôle non négligeable dans l'intégration de celui-ci.

Les rééducateurs continuent leur activité auprès du résident dans un peu plus de la moitié des cas (kiné 57,9% et ergo 55,3%). Ceci s'explique par le fait qu'il s'agisse le plus souvent de professionnels libéraux et que le risque de « faire entrer le virus dans l'EHPAD » est plus important. Cela a un impact sur le résident : diminution de son autonomie, moins de contact pouvant entraîner un repli sur soi.

L'assistante sociale et la diététicienne n'interviennent auprès du résident pendant cette période d'isolement qu'en cas de besoin important

Quant aux familles, elles ne sont que très rarement autorisées à entrer dans la chambre du résident (18,4%). Ceci est lourd de conséquence sur la santé morale du résident, et surtout chez le nouvel arrivant car cela accroît le sentiment d'abandon et la solitude. De plus, la psychologue n'intervient que de manière très occasionnelle (2,6%) et n'est donc pas en mesure d'apporter son aide à tous les résidents qui en ont besoin.

On peut en conclure que les soins d'hygiène, de confort, l'aide aux repas et les soins infirmiers sont assurés dans 100% des cas par les IDE et AS pendant cette période d'isolement. La prise en charge médicale est assurée dans la quasi-totalité des cas. Néanmoins, les professionnels assurant les soins complémentaires (kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne...) interviennent moins systématiquement, sans oublier la famille qui est autorisée à visiter son parent que sous certaines conditions. Le résident nouvellement arrivé dans la structure est isolé socialement, n'a que peu de contact ce qui rend son intégration dans la structure difficile.

24/ est ce que les équipements de protection individuelle représentaient une difficulté pour les résidents pour reconnaître le personnel ?

Pour la quasi-totalité des professionnels interrogés (91,9%), les EPI (charlotte, masque, surblouse) représentent un obstacle pour être reconnu par le résident. Le masque et la charlotte cachent le visage du soignant, les expressions du visage notamment le sourire. Le résident a le sentiment d'être soigné par un inconnu avec qui la communication sera plus difficile à établir. Il s'agit également d'un obstacle pour établir une relation de confiance entre le résident et le soignant.

25/ Pensez-vous qu'entre mars 2020 et décembre 2020, il a été plus difficile pour les nouveaux admis de faire connaissance avec les autres résidents à cause des contraintes sanitaires ?

92.1% des interrogés estiment qu'il a été plus difficile pour les nouveaux admis de faire connaissance avec les autres résidents à cause des contraintes sanitaires.

Ce n'est pas étonnant puisque effectivement, la période d'isolement en chambre pour les nouveaux admis, le port du masque pour les résidents dans les lieux communs de certains EHPAD, la mise en place de la distanciation sociale (tables en salle à manger éloignées, petits groupes pour les activités avec distanciation sociale, canapés retirés dans certains EHPAD pour ne garder que des fauteuils suffisamment éloignés les uns des autres) ne favorisent pas la communication, surtout en cas de problème de surdité ou de troubles cognitifs.

26/ Chez les résidents admis pendant la crise avez-vous remarqué :

Selon le schéma :

Une majorité de professionnels ont constaté : un repli sur soi (73.5%), une baisse de l'appétit (61.8%), des problèmes de communication (61.8%), une perte de poids (50%).

Les professionnels ont également constaté : un manque d'intérêt pour les animations (44.1%), des troubles de l'humeur (41.2%), une perte du tonus musculaire (38.2%).

Enfin, 20.6% des professionnels ont constaté des troubles du sommeil avec inversion du cycle nyctéméral et 2.9% ont constaté l'apparition d'une pathologie aiguë.

L'admission en EHPAD est déjà, en soi, une étape très difficile pour une personne âgée qui a alors besoin d'être entourée par sa famille, accompagnée par les professionnels.

La période de crise sanitaire a bouleversé la plupart des procédures d'accueil.

Le résident nouvellement admis, de par les contraintes sanitaires, s'est retrouvé lors de son admission, plus isolé.

L'isolement, la communication plus difficile, les restrictions des visites des familles ont très certainement accentués les syndromes de glissement.

27/ dans les lieux communs les résidents portaient ils un masque ?

Le camembert est parfaitement égalitaire : 50% des EHPAD ont mis en place le port du masque pour les résidents dans les lieux communs et 50% ne l'ont pas mis en place.

Nous imaginons qu'il était très difficile de faire porter le masque à certains résidents (résidents ayant des troubles cognitifs, des difficultés respiratoires, etc...). Cela explique peut-être qu'une moitié des interrogés ont répondu que le port du masque dans les lieux communs pour les résidents n'a pas été rendu obligatoire dans leur EHPAD.

D'autres mesures barrières ont été mises en place dans certains EHPAD (plexiglass séparant le résident de sa famille, permettant ainsi au résident de ne pas porter de masque).

28/ comment l'IDEC pouvait-elle aider la famille à maintenir le lien avec le résident afin de faciliter son intégration dans l'établissement de mars 2020 à décembre 2020 ?

La quasi-totalité des réponses met en avant l'utilisation de la communication virtuelle par le biais d'appels téléphoniques et de vidéoconférences organisés sous forme de rendez-vous par l'IDEC.

Celle-ci a pu être secondée par le directeur, le personnel soignant, la maîtresse de maison, la psychologue et l'animatrice.

Le lien a également été maintenu en présentiel grâce à un encadrement strict de la visite avec du matériel d'isolement (plexiglas, masques, sur blouse,)

Enfin quelques visites ont été autorisées sur avis médical.

A travers ces réponses nous constatons que le lien a pu être maintenu grâce à la mobilisation de tous.

29/ Entre mars 2020 et décembre 2020, quelles mesures avez-vous pu mettre en place afin de maintenir la qualité de vie des résidents malgré les mesures restrictives ?

D'après le schéma, nous constatons que 71.1% des professionnels ont réorganisé les soins. 57.9% ont prévu du personnel supplémentaire. 42.1% ont mis en place des cellules d'écoutes.

Nous constatons que 97.4% des professionnels ont appelé les familles avec les résidents. 31.6% ont eu recours à la télémedecine. Que 92.1% ont permis aux résidents en fin de vie de pouvoir voir leurs familles.

30/ Pendant cette période de mars 2020 à décembre 2020, l'IDEC a-t-elle pu aider le résident à s'adapter à son nouveau lieu de vie et comment ?

Pour 75,7% des personnes interrogées, l'Idéc aide le nouveau résident à s'adapter à son nouveau lieu de vie. Parmi les explications données nous constatons que l'Idéc n'est pas la seule personne à favoriser l'adaptation du nouveau résident, mais elle le fait en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire en agissant de diverses façons :

En organisant des animations ciblées sur le nouveau résident et permettant ainsi de créer du lien (café discussion)

En privilégiant les activités personnalisées en chambre pour rompre l'isolement et apprendre à le connaître

En présentant le nouvel arrivant à ses voisins de table au réfectoire et à ses voisins de chambre

En lui faisant visiter la résidence pour lui permettre de se repérer plus facilement, et le présenter aux autres résidents

En mettant en place des RDV téléphoniques dès le lendemain de son arrivée

En répondant rapidement à ses interrogations, le rassurant et lui réexpliquant les contraintes d'isolement liées à la pandémie

En favorisant le passage régulier et fréquent du personnel soignant dans sa chambre

En insistant auprès de l'équipe sur la bienveillance, la disponibilité, la rassurance et l'écoute auprès du nouveau résident

31/ Précisez pourquoi ?

Le rôle de l'IDEC est bien de coordonner les actions des uns et des autres dans le but d'aider le résident à s'adapter au mieux malgré toutes les contraintes liées à la pandémie.

## 5. Annexe 5 : Fiches de postes des différents professionnels

	GNA ADMIN 4.0 DF	V1	1/3
	DEFINITION DE FONCTION <b>MEDECIN COORDONNATEUR</b>		

*Le Noble Age a formalisé sa démarche Qualité dans un référentiel interne modélisant le fonctionnement de l'établissement sous forme de processus. Ainsi, les activités de chaque fonction sont ventilées sur les processus appropriés.*

### 1. MISSION

Sous l'autorité de la direction et dans le respect du décret du 27 mai 2005:

- Coordonner l'activité des personnels soignants et des intervenants libéraux
- Organiser le service médical avec l'infirmier(e) coordinateur (trice)
- Former le personnel soignant
- Conseiller la direction sur le plan médical

### 2. ACTIVITES

#### 2.1 ACTIVITES PRINCIPALES

- **PROCESSUS : GERER L'OCCUPATION DE L'ETABLISSEMENT**
  - Donner un avis médical sur toutes les demandes d'admission
  - Développer les relations avec les établissements sanitaires et réseaux de soins (optimisation du flux, élaboration de conventions,...)
- **PROCESSUS : ACCUEILLIR LE RESIDENT**

Participer activement à l'intégration de tout nouvel arrivant :

  - Rencontrer le résident, participer à l'évaluation gériatrique d'entrée (échelles d'évaluation MNA, MMS...)
  - Rencontrer systématiquement la famille du résident
  - Participer à l'évaluation de l'autonomie du résident à l'entrée pour la mise en place du projet personnalisé
- **PROCESSUS : DISPENSER DES SOINS**
  - Le médecin coordonnateur peut être appelé à donner lui-même des soins médicaux en cas d'urgence extrême
- **PROCESSUS : GERER LES MEDICAMENTS**
  - Informer les médecins traitants de l'existence du livret thérapeutique
  - Les inciter à prescrire en respectant le livret thérapeutique
  - Prévenir les risques liés à la iatrogénie
- **PROCESSUS : GERER LE PROJET PERSONNALISE<sup>1</sup>**
  - Evaluer trimestriellement et aussi souvent que nécessaire, l'autonomie des résidents en collaboration avec l'infirmière coordinatrice et les maîtresses de maison.
  - Former le personnel à la relation d'aide

Visa DRH	Visa DMQ	Visa DG opérations	Date d'application
Juliette LEFEVRE DRH Adjoint Original Signé	Dr PASSERAT -BOULADE Directeur Médical & Qualité Original Signé	Willy SIRET Directeur Général Délégué aux Opérations Original Signé	01/02/2011

<sup>1</sup> Anciennement « Favoriser l'autonomie »

- **PROCESSUS : GERER L'ANIMATION**
  - Donner un avis médical sur la pertinence des ateliers thérapeutiques proposés
- **PROCESSUS : COORDONNER LA PRISE EN CHARGE**
  - Assurer au mieux la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'établissement :
    - Participer à l'évolution des dossiers médicaux, veiller à leur bonne tenue, y compris par les médecins traitants
    - Dans le respect du projet médical Noble Age, personnaliser le projet médical de l'établissement et s'assurer de sa mise en œuvre
    - Participer à l'évolution du livret thérapeutique Noble Age, à sa diffusion auprès des médecins traitants
  - Assurer la continuité de l'information médicale
  - En lien avec l'infirmière coordinatrice, rédiger et mettre en place les procédures et modes opératoires nécessaires
  - Participer activement aux staffs
  - Rencontrer les résidents au cours de la visite hebdomadaire faite avec l'infirmière coordinatrice et les maîtresses de maison
  - Rencontrer les familles des résidents de façon régulière
  - Rédiger le RAMA (Rapport d'Activité Médicale Annuelle)
  - Renseigner et mettre à jour les grilles AGGIR et PATHOS des résidents
- **PROCESSUS : ORGANISER LA SORTIE DU RESIDENT**
  - Préparer les éléments du dossier médical assurant la continuité des soins, en accord avec le médecin traitant et le résident, en lien avec l'IDEC, pour les communiquer au confrère concerné, le cas échéant.
- **PROCESSUS : GERER LES FINANCES**
  - Dans le cadre du tarif global, veiller au respect du budget alloué dans le domaine qui le concerne (médicaments, intervenants libéraux, ...)

## 2.2 ACTIVITES SECONDAIRES

- **PROCESSUS : GERER LA RESTAURATION**
  - Veiller au bon équilibre alimentaire des menus proposés
- **PROCESSUS : GERER LA MAINTENANCE DES LOCAUX ET EQUIPEMENTS**
  - Veiller à l'entretien du matériel médical mis à disposition en lien avec l'IDEC
- **PROCESSUS : ASSURER L'HYGIENE DES LOCAUX ET EQUIPEMENTS**
  - Veiller au bon état d'hygiène de l'établissement
  - Alerter la responsable des équipes ASH si nécessaire
- **PROCESSUS : GERER LES RESSOURCES HUMAINES**
  - Participer à l'élaboration du programme de formation continue du personnel soignant
  - Mener les actions d'information et de formation nécessaires auprès du personnel paramédical
  - (Infirmier(e), aide-soignant(e), kiné,...), salarié ou libéral,
  - En liaison avec la Direction, s'assurer que la continuité des soins est assurée notamment la nuit et les week-ends
- **PROCESSUS : MANAGER LA QUALITE ET LES RISQUES**
  - Participer à la démarche Qualité de l'établissement
  - Appliquer et faire appliquer les documents Qualité en vigueur dans l'établissement
  - Participer à la maîtrise des risques professionnels en veillant notamment à l'utilisation du matériel mis à disposition selon les recommandations d'utilisation

- **PROCESSUS : GERER LE SYSTEME D'INFORMATION**
- Appliquer et faire appliquer la charte Informatique du Noble Age

### 3. RELATIONS PROFESSIONNELLES

#### SUPERIEUR HIERARCHIQUE :

- Direction de l'établissement

#### LIAISONS FONCTIONNELLES INTERNES:

- Infirmière coordinatrice
- Infirmière
- Psychologue
- Thérapeutes (ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeutes...)
- Maîtresse de Maison
- Equipes soignantes
- Tous les services

#### LIAISONS FONCTIONNELLES EXTERNES:

- Etablissements sanitaires
- Médecins traitants
- Professionnels libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes,...)

### 4. COMPETENCES REQUISES

#### 4.1 SAVOIR

<b>Diplôme(s)</b>	ou { Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de gériatrie Spécialité de gériatrie (CNOM) Capacité de gérontologie Diplôme universitaire de médecin coordonnateur en EHPAD Formation continue
<b>Connaissances théoriques</b>	Liées au diplôme requis Capacité à assimiler les procédures groupe

#### 4.2 SAVOIR-FAIRE

- Animer une équipe
- Evaluer et développer les comportements professionnels de Bienveillance
- Savoir formaliser par écrit et remplir des dossiers de soins
- Savoir utiliser les outils Informatiques

#### 4.3 SAVOIR-ETRE

- Capacité d'écoute
- Forte disponibilité
- Esprit d'initiatives
- Aptitudes organisationnelles, relationnelles et pédagogiques
- Goût pour le travail d'équipe et les contacts humains

*Compte tenu de l'activité exercée par la Société et des modes d'organisation en découlant pour l'établissement, les fonctions ainsi confiées sont par nature évolutives et pourront être modifiées en fonction des nécessités de l'organisation, mais également des compétences et possibilités du salarié.*



GNA ADMIN 4.0 DF

VI

1/5

**DEFINITION DE FONCTION  
RESPONSABLE DES SOINS**

Le Noble Age a formalisé sa démarche Qualité dans un référentiel interne modélisant le fonctionnement de l'établissement sous forme de processus. Ainsi, les activités de chaque fonction sont ventilées sur les processus appropriés.

**1. MISSION**

Piloter une prise en charge de qualité au sein de l'établissement ; Créer les conditions d'un accompagnement global en liaison étroite avec les autres pôles ; Encadrer les équipes soignantes et paramédicales ; Définir, organiser et contrôler la qualité et la continuité des soins.

**2. ACTIVITES****2.1 ACTIVITES PRINCIPALES**

- **PROCESSUS : GERER L'OCCUPATION DE L'ETABLISSEMENT**
  - Contribuer à l'optimisation du taux d'occupation ; Intégrer l'établissement dans le territoire de santé
  - Participer au processus d'admission des résidents
  
- **PROCESSUS : PILOTER L'ETABLISSEMENT**
  - Mettre en place, suivre et évaluer le projet d'établissement en collaboration avec le comité de direction
  - Etre force de proposition dans les instances de pilotage de l'établissement
  - Préparer et animer les instances de pilotage du pôle Soins
  - Faire remonter en permanence les informations sur le fonctionnement du pôle Soins sur son environnement, dans une optique d'anticipation et d'efficacité
  - Piloter la mise en œuvre des décisions et projets au niveau du pôle Soins
  
- **PROCESSUS : GERER LES FINANCES**

Pour les charges et recettes afférentes au pôle Soins :

  - Participer à l'élaboration du budget
  - Suivre les lignes du budget de son pôle, analyser et justifier les différents écarts constatés ; proposer toute mesure correctrice et assurer l'exécution des dispositions arrêtées en liaison avec la direction d'établissement
  - Superviser la réalisation des reportings relevant de son pôle (inventaires...)
  
- **PROCESSUS : GERER LES RESSOURCES HUMAINES**
  - Gérer et animer les ressources humaines du pôle Soins,
  - Participer à l'analyse de la couverture des besoins, à l'élaboration du roulement de base et des plannings en veillant au respect des contraintes juridiques et budgétaires
  - Organiser au quotidien de la continuité des soins (remplacements, recrutements, ...) en lien avec le pôle administratif et les Maître(sse)s de Maison Soignant(e)s.

Visa DRH	Visa DMQR	Visa DOP	Date d'application
<i>Juliette LEFEVRE</i> Directrice Ressources Humaines Original Signé	<i>Julien PRIM</i> Directeur Service Médical, Qualité & Risques Original Signé	<i>Christophe BOULANGER</i> Directeur des Opérations Original Signé	22/03/2017

- Participer à la construction et la mise en œuvre du plan de formation (Interne/externe) ; Intégrer l'établissement dans les filières de formation
- Mener les entretiens annuels de son équipe, déceler les potentiels, favoriser l'évolution professionnelle
- Manager ses équipes et collaborateurs: Intervenir, recadrer et tracer le cas échéant ; Informer la direction

- **PROCESSUS : ACCUEILLIR LE RESIDENT**

- Accueillir chaque nouveau résident et sa famille ; Etablir un lien de confiance
- Veiller à la bonne élaboration du projet de soin

- **PROCESSUS : COORDONNER LA PRISE EN CHARGE**

- Piloter l'élaboration des projets de soins en cohérence avec le projet médical de l'établissement : Identifier et analyser les besoins, Identifier et mobiliser les ressources internes/externes, contrôler la mise en œuvre, évaluer les effets
- En lien avec le médecin coordonnateur, coordonner la prise en charge médicale des résidents et s'assurer de la mise en œuvre des évaluations gériatriques
- Participer à la commission de coordination gériatrique
- Organiser les délégations en cas d'absence
- Vérifier/surveiller la qualité et la continuité des soins effectués
- Etre l'interlocuteur privilégié et coordonner l'intervention des professionnels paramédicaux
- Adapter son organisation pour rencontrer le personnel de nuit

#### Fonctionnement des services

- Organiser des réunions d'équipe et rédiger les comptes-rendus
- Impulser et soutenir un esprit d'équipe bienveillant
- Animer les staffs résidents
- Participer à la prévention des accidents
- Participer à la visite d'unité du médecin coordonnateur auprès des résidents
- Identifier et organiser des référents IDE sur certaines thématiques (hygiène, douleur, soins palliatifs, nutrition, plaies et pansements, Incontinence,...)

#### Transmission de l'information

- S'assurer de la bonne transmission des informations au sein de l'établissement et auprès des intervenants extérieurs et des familles

#### Gestion du dossier du résident (médical)

- Contrôler l'actualisation du dossier médical par les différents intervenants
- Veiller à la qualité et à l'exhaustivité de la traçabilité (dossier médical et soins)

#### Incontinence

- Accompagner les maître(sse)s de maison soignant(e)s dans l'évaluation des besoins des résidents
- Valider les commandes des produits d'incontinence transmises par les maîtresses de maison

- **PROCESSUS : GERER LES MEDICAMENTS**

- Contrôler et évaluer l'ensemble du circuit du médicament
- S'assurer de la formation du personnel soignant en continu

- **PROCESSUS : GERER LE PROJET PERSONNALISE**

- Participer à la rédaction du projet personnalisé du résident
- S'assurer de la bonne mise en œuvre du projet personnalisé du résident

- Evaluer trimestriellement et aussi souvent que nécessaire, l'autonomie des résidents le projet en collaboration avec le médecin coordonnateur et les maître(sse)s de maison soignant(e)s et réviser le projet personnalisé si nécessaire.
- **PROCESSUS : ORGANISER LA SORTIE DU RESIDENT**
  - Prévenir les équipes de la sortie du résident
- **PROCESSUS : MAITRISER LES ACHATS**
  - Suivre l'état des stocks et identifier les besoins
  - Après validation, passer les commandes auprès des fournisseurs référencés en respectant les budgets alloués : matériel médical et DM, produits d'Incontinence

## 2.2 ACTIVITES SECONDAIRES

- **PROCESSUS : DISPENSER DES SOINS**
  - Réaliser les soins lorsque la situation l'exige (soins techniques, remplacement ponctuel, rôle pédagogique,...)
- **PROCESSUS : MANAGER LA QUALITE ET LES RISQUES**
  - Contribuer à la démarche Qualité de l'établissement, impliquer les collaborateurs de son pôle
  - Participer à la maîtrise des risques, y compris professionnels
- **PROCESSUS : GERER L'ANIMATION**
  - En lien avec le coordinateur de projet d'animation, veiller à ce que l'organisation des services favorise la mise en œuvre du projet d'animation par ses équipes
  - En lien avec les maître(sse)s de maison soignant(e)s, impliquer les membres des équipes dans les actions d'animation, y participer elle-même (spécificité du projet Noble Age)
  - Evaluer le bénéfice des différentes animations sur l'état de santé du résident
- **PROCESSUS : GERER LA RESTAURATION**
  - Veiller à la mise en œuvre des bonnes pratiques nutritionnelles Noble Age
  - S'assurer de la présence de l'IDE lors des repas
- **PROCESSUS : GERER L'ENTRETIEN DU LINGE**
  - Veiller au respect du circuit du linge
  - Contrôler l'application de la procédure d'entretien du linge contaminé
- **PROCESSUS : MAINTENANCE DES LOCAUX ET EQUIPEMENTS**
  - Informer l'agent d'entretien sur tout problème survenant dans les locaux ou sur du matériel
  - S'assurer du bon fonctionnement, mettre en place la maintenance préventive et curative de tous les dispositifs médicaux
- **PROCESSUS : HYGIENE DES LOCAUX ET ENVIRONNEMENT**
  - Veiller au bon état d'hygiène de l'établissement, alerter la responsable de l'entretien si nécessaire

- **PROCESSUS : GERER LE SYSTEME D'INFORMATION**
  - Appliquer la charte informatique du Noble Age
  - S'assurer de la formation de chacun des collaborateurs de ses équipes à l'utilisation des systèmes d'Information liés à leur activité

### 3. RELATIONS PROFESSIONNELLES

**SUPERIEUR HIERARCHIQUE :**  
- Direction de l'établissement

**CHEF DE SERVICE QUI ENCADRE :**  
- Rééducateurs/Thérapeutes  
- Infirmiers  
- Maître(sse)s de maison soignant(e)s  
- Soignants de nuit

**LIENS FONCTIONNELS INTERNES :**  
- MEDEC  
- Psychologue  
- Responsable de l'hôtellerie  
- Chef de cuisine  
- Coordinateur de projet d'animation  
- Assistant(e) de direction  
- Médecins prescripteurs  
- Référent Assurance Qualité

**LIENS FONCTIONNELS EXTERNES :**  
- Intervenants libéraux (médecins, kinés, orthophonistes, pharmacien...)  
- Tout intervenant dans le parcours de soins  
- Tout interlocuteur du territoire de santé

### 4. COMPETENCES REQUISES

#### 4.1 SAVOIR

<b>Diplôme(s)</b>	Diplôme d'Etat d'infirmier Formations complémentaires en management et/ou coordination
<b>Connaissances théoriques</b>	Connaissance de la réglementation propre au secteur médico-social et aux actes de soins Pathologies du vieillissement Connaissance des systèmes d'information des soins Connaissance des règles budgétaires Connaissance des règles de base du droit du travail (temps de travail/embauche/remplacements)

#### **4.2 SAVOIR-FAIRE**

- Expertise pointue en matière de soins infirmiers.
- Protocoles de soins d'urgence
- Gestion du circuit du médicament
- Techniques de management et d'animation d'équipes
- Capacité à gérer des plannings
- Modalités de prise en charge de patients en fin de vie
- Utilisation d'outils bureautiques (traitement de texte, tableur,...) et systèmes d'information
- Rédaction d'écrits professionnels

#### **4.3 SAVOIR-ETRE**

- Grande rigueur méthodologique et organisationnelle
- Sens des responsabilités (respect des réglementations sanitaires, de sécurité, d'hygiène)
- Capacité à résoudre des situations conflictuelles
- Sens de la communication, capacité d'écoute, disponibilité

*Compte tenu de l'activité exercée par la Société et des modes d'organisation en découlant pour l'établissement, les fonctions ainsi confiées sont par nature évolutives et pourront être modifiées en fonction des nécessités de l'organisation, mais également des compétences et possibilités du salarié.*



Code 1000 GRH 01.18 DF Version 1 Page 1 sur 4

## DEFINITION DE FONCTION INFIRMER(E) DE JOUR

Visa DRH	Visa DMQ	Visa DG Opérations	Date d'application
LEFEVRE Juliette <i>Directrice Ressources Humaines</i>  <i>Original signé</i>	PRIM Julien <i>Directeur du service Médical, Qualité et Risques</i> <i>Original signé</i>	BOULANGER Christophe <i>Directeur des Opérations secteur Médico-social</i> <i>Original signé</i>	18/07/2017

LNA Santé a modélisé le fonctionnement de l'établissement sous forme de processus. Ainsi les activités de chaque fonction sont ventilées sur les processus appropriés.

### I. Missions

Piloter le fonctionnement de l'établissement, assurer sa pérennité et son développement dans le cadre du projet et des valeurs du Groupe.

### II. Activités

#### A- Activités principales

- **PROCESSUS : GERER LES RESSOURCES HUMAINES**
  - Prendre en charge des stagiaires infirmiers et participer au suivi et à l'évaluation du stage
  - Participer/ Favoriser l'accueil des nouveaux arrivants
- **PROCESSUS : ACCUEILLIR LE RESIDENT**
  - Participer activement à l'intégration de tout nouvel arrivant et à la création d'un rapport de confiance avec le résident et sa famille
  - Recueillir toutes les informations médicales utiles
  - Participer à la planification des soins et transmettre les informations aux Maîtresses de maison concernées
  - Recueillir les souhaits du résident et de sa famille, au niveau infirmier notamment, afin d'enrichir son projet personnalisé
- **PROCESSUS : COORDONNER LA PRISE EN CHARGE**
  - Organiser, planifier et contrôler les soins relevant du rôle propre et les soins délégués (nuit et jour)
  - Mettre à jour la planification des soins selon les prescriptions
  - Veiller au respect des instructions médicales. Etre l'interlocuteur du médecin traitant.
  - Renseigner et Informer le médecin traitant sur l'état de santé du résident
  - Etre l'interlocuteur des intervenants (médecins, kinés, orthophonistes, pharmacien...)
  - Faire appel aux paramédicaux et médecins spécialistes et réseaux de soins si nécessaire
  - Actualiser le dossier résident; Veiller à ce que les intervenants tracent leurs soins et leurs observations
  - Organiser les rendez-vous extérieurs du résident en collaboration avec les familles
  - Participer à la bonne tenue administrative du dossier du résident
  - Participer activement aux réunions d'équipe et aux réunions de transmissions
- **PROCESSUS : DISPENSER DES SOINS**
  - Assurer les soins quotidiens aux résidents selon planification

- Suivre les régimes et textures alimentaires
- Conseiller les équipes soignantes sur les techniques de soins ; Evaluer leur mise en œuvre  
Evaluer régulièrement: douleur, déshydratation, dénutrition, escarres,...

- **PROCESSUS : GERER LES MEDICAMENTS**

- Participer à la formation des soignants
- S'assurer de l'adéquation entre prescription et administration
- Distribuer ou déléguer la distribution des médicaments, assurer et contrôler la traçabilité de la prise
- Etre attentif et réagir aux éventuels effets indésirables
- Veiller à la conformité de la tenue de la pharmacie

- **PROCESSUS : GERER LA RESTAURATION**

- Veiller au respect des régimes et textures alimentaires prescrits
- Etre présent pendant les repas pour faire face aux éventuelles situations d'urgence

- **PROCESSUS : GERER LE PROJET PERSONNALISE**

- Participer à l'évaluation de l'autonomie et des besoins des résidents d'un point de vue infirmier ; Evaluer les effets du projet personnalisé
- Veiller à la relation d'aide et à la préservation de l'autonomie

- **PROCESSUS : GERER L'ANIMATION**

- Participer activement aux animations mises en place et observer les résidents pendant et après celles-ci

- **PROCESSUS : MAITRISER LES ACHATS**

- Suivre l'état des stocks et identifier les besoins ; Participer au processus d'approvisionnement

- **PROCESSUS : ORGANISER LA SORTIE DU RESIDENT**

- Veiller à ce que le résident quitte l'établissement avec tous les documents nécessaires à la continuité des soins

## **B- Activités secondaires**

- **PROCESSUS : MANAGER LA QUALITE ET LES RISQUES**

- Participer à la démarche Qualité et à la prévention des risques de l'établissement
- Appliquer les documents Qualité en vigueur dans l'établissement
- Utiliser le matériel mis à disposition selon les recommandations d'utilisation

- **PROCESSUS : GERER L'ENTRETIEN DU LINGE**

- Respecter le circuit du linge

- **PROCESSUS : MAINTENANCE DES LOCAUX ET EQUIPEMENTS**

- Informer l'agent d'entretien sur tout problème survenant dans les locaux ou sur du matériel

- **PROCESSUS : HYGIENE DES LOCAUX ET ENVIRONNEMENT**
  - Appliquer les consignes de tri des déchets en vigueur, notamment en ce qui concerne les DASRI et les médicaments
  - Nettoyer et désinfecter le matériel mis à disposition
  - Entretien et désinfecter les chariots de soins et de médicaments
  
- **PROCESSUS : GERER LE SYSTEME D'INFORMATION**
  - Appliquer la charte Informatique du Noble Age
  - Utiliser/renseigner les systèmes d'information métier

### III. Relations professionnelles

**SUPERIEUR HIERARCHIQUE :**

- Responsable des soins / Cadre coordinateur des soins

**LIENS FONCTIONNELS INTERNES :**

- Maître(sse)s de maison
- Equipes soignantes
- Médecin coordonnateur
- Médecins prescripteurs

**LIENS FONCTIONNELS EXTERNES :**

- Intervenants libéraux (médecins, kinés, orthophonistes, pharmacien...)
- Tout intervenant dans le parcours de soins

### IV. Compétences requises

**4.1 SAVOIR**

<b>Diplôme(s) / Habilitation</b>	Diplôme d'Etat d'infirmier
<b>Connaissances théoriques</b>	Liées au diplôme requis Règles d'hygiène et d'asepsie Pathologies du vieillissement

#### 4.2 SAVOIR-FAIRE

- Identification des signes et du degré de la douleur, des escarres, de la dénutrition, ...
- Notions de base en psychologie
- Protocoles de soins d'urgence
- Modalités de prise en charge de patients en fin de vie
- Pathologies du vieillissement
- Gestion des médicaments
- Capacités rédactionnelles et pédagogiques

#### 4.3 SAVOIR-ETRE

- Sens des responsabilités (respect des réglementations sanitaires, de sécurité, d'hygiène)
- Goût du travail en équipe et en réseau
- Capacité d'écoute
- Respect du secret professionnel

*Compte tenu de l'activité exercée par la Société et des modes d'organisation en découlant pour l'établissement, les fonctions ainsi confiées sont par nature évolutives et pourront être modifiées en fonction des nécessités de l'organisation, mais également des compétences et possibilités du salarié.*



Code 1000 GRH 01.0X DF Version 2 Page 1 sur 3

## AIDE SOIGNANT(E)

Visa DRH	Visa DMQ	Visa DG Opérations	Date d'application
LEFEVRE Juliette <i>Directrice Ressources Humaines</i>	PRIM Julien <i>Directeur du service Médical, Qualité et Risques</i>	SIRET Willy <i>Directeur Général Délégué aux opérations</i>	28/11/2017

LNA Santé a modélisé le fonctionnement de l'établissement sous forme de processus. Ainsi les activités de chaque fonction sont ventilées sur les processus appropriés.

### I. Missions

L'aide-soignant(e) accompagne les personnes âgées en situation de dépendance ou présentant des troubles cognitifs dans les activités de la vie quotidienne et de la vie sociale.

### II. Activités

#### PROCESSUS : ACCUEILLIR LE RESIDENT

- Participer activement à l'intégration de tout nouvel arrivant et à la création d'un rapport de confiance avec la famille du nouvel arrivant

#### PROCESSUS : COORDONNER L'ACCOMPAGNEMENT

- Se conformer aux consignes de le/la maître(sse) de maison
- Partager avec le/ la maître(sse) de maison toutes les informations utiles, aussi bien à propos des résidents que du fonctionnement de l'unité de vie
- Participer activement aux réunions d'équipe de son unité et aux réunions de transmissions

#### PROCESSUS : REALISER DES SOINS

Dans le respect du projet personnalisé:

- Réaliser les toilettes de résidents de l'unité
- Refaire les lits
- Accompagner le résident pour l'habillage et le déshabillage
- Aider à la mobilisation et aux déplacements
- Aider à l'élimination
- Aider à l'alimentation et à l'hydratation
- Réaliser les changes selon procédures en vigueur
- Assurer une surveillance cutanée et de prévention des escarres
- Prévenir les chutes

#### PROCESSUS : GERER LE CIRCUIT DU MEDICAMENT ET DES DM

- Distribuer les médicaments sur délégation de l'infirmière
- Tracer la prise des médicaments

#### PROCESSUS : ACCOMPAGNER LE PROJET PERSONNALISE

- Veiller à la relation d'aide, ne pas faire à la place
- Etre dans une relation de stimulation avec le résident tout en veillant à ne pas le mettre en échec

#### PROCESSUS : ANIMER LA VIE SOCIALE ET CULTURELLE

- Participer activement aux animations mises en place et observer les résidents pendant et après celles-ci

**PROCESSUS : ORGANISER LE DEPART DU RESIDENT**

- Aider le résident à se préparer pour la sortie

**PROCESSUS : GARANTIR UNE RESTAURATION ADAPTEE**

- Veiller à la bonne installation des résidents pour les repas
- Assurer le transfert des résidents dans les salles de restaurant
- Respecter les plans de table
- Porter une tenue appropriée
- Prendre en charge l'aide à l'alimentation
- Distribuer les plateaux repas aux résidents (sur avis médical)
- Distribuer les goûters

**PROCESSUS : GARANTIR L'HYGIENE DE L'ETABLISSEMENT**

- S'assurer de la propreté des armoires
- Evacuer les poubelles selon procédures
- Nettoyer le matériel mis à disposition
- Collecter le linge souillé, le transporter à la lingerie en respectant le circuit mis en place
- Assurer la bonne tenue des armoires des résidents

**PROCESSUS : GERER LA MAINTENANCE, L'ENTRETIEN ET LA SECURITE DES LOCAUX ET EQUIPEMENTS**

- Alerter l'agent de maintenance sur tout problème survenant dans les locaux de l'unité de vie ou sur du matériel

**PROCESSUS : MANAGER LA QUALITE ET LA GESTION DES RISQUES**

- Participer à la démarche Qualité de l'établissement
- Appliquer les documents Qualité en vigueur dans l'établissement
- Utiliser le matériel mis à disposition selon les recommandations d'utilisation

**PROCESSUS : UTILISER LE SYSTEME D'INFORMATION**

- Appliquer la charte Informatique de LNA Santé

**III. Relations professionnelles**

**SUPERIEUR HIERARCHIQUE :**

- Maître(sse) de maison

**LIAISONS FONCTIONNELLES INTERNES :**

- Infirmièr(e) Coordinateur (trice) et Infirmier(e)/ Responsable des Soins
- Auxiliaire de vie/ AES (spécialité vie à domicile)
- Aide médico-psychologique / AES (spécialité structure collective)
- Les équipes de restauration selon procédures en vigueur
- Les équipes d'entretien

**4.1 SAVOIR**

Diplôme(s) mini	Diplôme d'Etat d'AS 1ère année d'IDE validée VAE possible	} ou
Connaissances théoriques	Liées au diplôme requis Capacité à assimiler les procédures groupe	

#### 4.2 SAVOIR-FAIRE

- Connaître les termes médicaux
- Maîtriser les gestes à prodiguer (toilettes, repas, déplacements...)
- Respecter les normes d'hygiène
- Transmettre les informations
- Veiller à la relation d'aide, ne pas faire à la place
- Etre dans une relation de stimulation avec le résident tout en veillant à ne pas le mettre en échec
- Avoir un comportement de Bienveillance
- Savoir utiliser les outils informatiques

#### 4.3 SAVOIR-ETRE

- Goût pour le contact humain
- Patience
- Diplomatie
- Empathie
- Sens de l'écoute
- Adaptabilité
- Disponibilité
- Goût pour le travail en équipe



Code 1000 GRH 01.0X DF Version 2 Page 1 sur 3

## AIDE MEDICO PSYCHOLOGIQUE / ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL (SPECIALITE ACCOMPAGNEMENT EN STRUCTURE COLLECTIVE)

Visa DRH	Visa DMQ	Visa DG Opérations	Date d'application
LEFEVRE Juliette <i>Directrice Ressources Humaines</i>	PRIM Julien <i>Directeur du service Médical, Qualité et Risques</i>	SIRET Willy <i>Directeur Général Délégué aux opérations</i>	28/11/2017

LNA Santé a modélisé le fonctionnement de l'établissement sous forme de processus. Ainsi les activités de chaque fonction sont ventilées sur les processus appropriés.

### I. Missions

L'AMP ou l'AES spécialisé(e) structure collective accompagne les personnes âgées en situation de dépendance ou présentant des troubles cognitifs dans les activités de la vie quotidienne et de la vie sociale.

### II. Activités

#### PROCESSUS : ACCUEILLIR LE RESIDENT

- Participer activement à l'intégration de tout nouvel arrivant et à la création d'un rapport de confiance avec la famille du nouvel arrivant

#### PROCESSUS : COORDONNER L'ACCOMPAGNEMENT

- Se conformer aux consignes de le/la maître(sse) de maison
- Partager avec le/ la maître(sse) de maison toutes les informations utiles, aussi bien à propos des résidents que du fonctionnement de l'unité de vie
- Participer activement aux réunions d'équipe de son unité et aux réunions de transmissions

#### PROCESSUS : REALISER DES SOINS

Dans le respect du projet personnalisé:

- Réaliser les toilettes de résidents de l'unité
- Refaire les lits
- Accompagner le résident pour l'habillage et le déshabillage
- Aider à la mobilisation et aux déplacements
- Aider à l'élimination
- Aider à l'alimentation et à l'hydratation
- Réaliser les changes selon procédures en vigueur
- Assurer une surveillance cutanée et de prévention des escarres
- Prévenir les chutes
- 

#### PROCESSUS : GERER LE CIRCUIT DU MEDICAMENT ET DES DM

- Distribuer les médicaments sur délégation de l'infirmière
- Tracer la prise des médicaments

#### PROCESSUS : ACCOMPAGNER LE PROJET PERSONNALISE

- Veiller à la relation d'aide, ne pas faire à la place
- Etre dans une relation de stimulation avec le résident tout en veillant à ne pas le mettre en échec

#### PROCESSUS : ANIMER LA VIE SOCIALE ET CULTURELLE

- Participer activement aux animations mises en place et observer les résidents pendant et après celles-ci

**PROCESSUS : ORGANISER LE DEPART DU RESIDENT**

- Aider le résident à se préparer pour la sortie

**PROCESSUS : GARANTIR UNE RESTAURATION ADAPTEE**

- Veiller à la bonne installation des résidents pour les repas
- Assurer le transfert des résidents dans les salles de restaurant
- Respecter les plans de table
- Porter une tenue appropriée
- Prendre en charge l'aide à l'alimentation
- Distribuer les plateaux repas aux résidents (sur avis médical)
- Distribuer les goûters

**PROCESSUS : GARANTIR L'HYGIENE DE L'ETABLISSEMENT**

- S'assurer de la propreté des armoires
- Evacuer les poubelles selon procédures
- Nettoyer le matériel mis à disposition
- Collecter le linge souillé, le transporter à la lingerie en respectant le circuit mis en place
- Assurer la bonne tenue des armoires des résidents

**PROCESSUS : GERER LA MAINTENANCE, L'ENTRETIEN ET LA SECURITE DES LOCAUX ET EQUIPEMENTS**

- Alerter l'agent de maintenance sur tout problème survenant dans les locaux de l'unité de vie ou sur du matériel

**PROCESSUS : MANAGER LA QUALITE ET LA GESTION DES RISQUES**

- Participer à la démarche Qualité de l'établissement
- Appliquer les documents Qualité en vigueur dans l'établissement
- Utiliser le matériel mis à disposition selon les recommandations d'utilisation

**PROCESSUS : UTILISER LE SYSTEME D'INFORMATION**

- Appliquer la charte informatique de LNA Santé

**III. Relations professionnelles**

**SUPERIEUR HIERARCHIQUE :**

- Maître(sse) de maison

**LIAISONS FONCTIONNELLES INTERNES :**

- Infirmier(e) Coordinateur (trice) et Infirmier(e)/ Responsable des Soins
- Auxiliaire de vie/ AES (spécialité vie à domicile)
- Aide médico-psychologique / AAE (spécialité structure collective)
- Les équipes de restauration selon procédures en vigueur
- Les équipes d'entretien

**4.1 SAVOIR**

Diplôme(s) mini	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diplôme d'Etat d'AMP</li> <li>- Diplôme d'Etat d'AES</li> <li>- (spécialité Structure collective)</li> <li>- VAE possible</li> </ul>	} ou
Connaissances théoriques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liées au diplôme requis</li> <li>- Capacité à assimiler les procédures groupe</li> </ul>	

#### 4.2 SAVOIR-FAIRE

- Connaître les termes médicaux
- Maîtriser les gestes à prodiguer (toilettes, repas, déplacements...)
- Respecter les normes d'hygiène
- Transmettre les informations
- Veiller à la relation d'aide, ne pas faire à la place
- Etre dans une relation de stimulation avec le résident tout en veillant à ne pas le mettre en échec
- Avoir un comportement de Bienveillance
- Savoir utiliser les outils informatiques

#### 4.3 SAVOIR-ETRE

- Goût pour le contact humain
- Patience
- Diplomatie
- Empathie
- Sens de l'écoute
- Adaptabilité
- Disponibilité
- Goût pour le travail en équipe



Code 1000 GRH 01.OX DF Version 2 Page 1 sur 3

## AIDE SOIGNANT(E) DE NUIT

Visa DRH	Visa DMQ	Visa DG Opérations	Date d'application
LEFEVRE Juliette <i>Directrice Ressources Humaines</i>	PRIM Julien <i>Directeur du service Médical, Qualité et Risques</i>	SIRET Willy <i>Directeur Général Délégué aux opérations</i>	28/11/2017

LNA Santé a modélisé le fonctionnement de l'établissement sous forme de processus. Ainsi les activités de chaque fonction sont ventilées sur les processus appropriés.

### I. Missions

L'alde-soignant(e) de nuit accompagne les personnes âgées en situation de dépendance ou présentant des troubles cognitifs

### II. Activités

#### PROCESSUS : ACCUEILLIR LE RESIDENT

- Participer activement à l'intégration de tout nouveau résident et contribuer à créer un climat de confiance

#### PROCESSUS : COORDONNER L'ACCOMPAGNEMENT

- Se conformer aux consignes de le/la maître(sse) de maison
- Partager avec l'IDEC ou le/la responsable des soins toutes les informations utiles, aussi bien à propos des résidents que du fonctionnement de l'unité de vie
- Participer activement aux réunions d'équipe de son unité et aux réunions de transmissions
- Gérer les urgences éventuelles selon la procédure en vigueur dans l'établissement

#### PROCESSUS : REALISER DES SOINS

- Effectuer des rodes suivant planification

Dans le respect du projet personnalisé:

- Accompagner le résident pour l'habillage et le déshabillage
- Aider à la mobilisation et aux déplacements
- Aider à l'élimination
- Aider à l'alimentation et à l'hydratation
- Réaliser les changes selon procédures en vigueur
- Assurer une surveillance cutanée et de prévention des escarres
- Prévenir les chutes

#### PROCESSUS : GERER LE CIRCUIT DU MEDICAMENT ET DES DM

- Distribuer les médicaments sur délégation de l'infirmière
- Tracer la prise des médicaments

#### PROCESSUS : ACCOMPAGNER LE PROJET PERSONNALISE

- Veiller à la relation d'aide, ne pas faire à la place

#### PROCESSUS : GARANTIR UNE RESTAURATION ADAPTEE

- Distribuer les collations si besoin

**PROCESSUS : GARANTIR L'HYGIENE DE L'ETABLISSEMENT**

- Entretien des fauteuils roulants
- Evacuer les poubelles selon procédures
- Nettoyer le matériel mis à disposition
- Collecter le linge souillé, le transporter à la lingerie en respectant le circuit mis en place

**PROCESSUS : GERER LA MAINTENANCE, L'ENTRETIEN ET LA SECURITE DES LOCAUX ET EQUIPEMENTS**

- Alerter l'agent de maintenance sur tout problème survenant dans les locaux de l'unité de vie ou sur du matériel

**PROCESSUS : MANAGER LA QUALITE ET LA GESTION DES RISQUES**

- Participer à la démarche Qualité de l'établissement
- Appliquer les documents Qualité en vigueur dans l'établissement
- Utiliser le matériel mis à disposition selon les recommandations d'utilisation
- Assurer la mise en sécurité de l'établissement selon les procédures en vigueur

**PROCESSUS : UTILISER LE SYSTEME D'INFORMATION**

- Appliquer la charte informatique de LNA Santé

**III. Relations professionnelles**

**SUPERIEUR HIERARCHIQUE :**  
 - IDEC/ Responsable des soins

**LIAISONS FONCTIONNELLES INTERNES :**  
 - Auxiliaire de vie/ AES (spécialité vie à domicile)  
 - Aide médico-psychologique / AES (spécialité structure collective)  
 - IDE  
 - Maître(sse)s de Maison soignant(e)

**4.1 SAVOIR**

<b>Diplôme(s) mini</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diplôme d'Etat d'AS</li> <li>- 1ère année d'IDE validée</li> <li>- VAE possible</li> </ul>	}	ou
<b>Connaissances théoriques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liées au diplôme requis</li> <li>- Capacité à assimiler les procédures groupe</li> </ul>		

**4.2 SAVOIR-FAIRE**

- Connaître les termes médicaux
- Maîtriser les gestes à prodiguer (toilettes, repas, déplacements...)
- Respecter les normes d'hygiène
- Transmettre les Informations
- Veiller à la relation d'aide, ne pas faire à la place
- Etre dans une relation de stimulation avec le résident tout en veillant à ne pas le mettre en échec
- Avoir un comportement de Bienveillance
- Savoir utiliser les outils informatiques

**4.3 SAVOIR-ETRE**

- Goût pour le contact humain
- Patience

- Diplomatie
- Empathie
- Sens de l'écoute
- Adaptabilité
- Disponibilité
- Goût pour le travail en équipe

	GNA ADMIN 4.0 DF	V1	1/3
	<b>DEFINITION DE FONCTION PSYCHOMOTRICIEN</b>		

*Le Noble Age a formalisé sa démarche Qualité dans un référentiel interne modélisant le fonctionnement de l'établissement sous forme de processus. Ainsi, les activités de chaque fonction sont ventilées sur les processus appropriés.*

## 1. MISSION

**Contribuer à la prise en charge globale des résidents par une médiation corporelle ; rééduquer des troubles spécifiques ; mettre en place des actions de prévention pour le maintien de l'autonomie.**

## 2. ACTIVITES

### 2.1 ACTIVITES PRINCIPALES

#### ▪ PROCESSUS : ACCUEILLIR LE RESIDENT

- Participer activement à l'intégration de tout nouvel arrivant et à la création d'un rapport de confiance
- Réaliser le bilan psychomoteur du résident à l'entrée et participer à l'élaboration du projet personnalisé

#### ▪ PROCESSUS : DISPENSER DES SOINS

- Pratiquer, par la médiation corporelle, des actes de réadaptation individuelle
- Veiller à la relation d'aide, ne pas faire à la place
- Assurer la traçabilité de ses interventions dans le dossier du résident
- Réaliser des évaluations à l'aide d'outils validés

#### ▪ PROCESSUS : COORDONNER LA PRISE EN CHARGE

- Veiller à la Bienveillance
- Participer activement aux staffs

#### ▪ PROCESSUS : GERER LES RESSOURCES HUMAINES

- Mener les actions d'information et de formation nécessaires auprès du personnel (toilette, repas, ...)

#### ▪ PROCESSUS : GERER L'ANIMATION

- Proposer et/ou mettre en place et animer activement des ateliers thérapeutiques (activités, sorties, cuisine thérapeutique, etc.)
- Evaluer l'atelier thérapeutique (pertinence, participation...) et les effets sur le résident

Visa DRH	Visa DMQ	Visa DG opérations	Date d'application
<i>Juliette LEFEYRE</i> Directrice Ressources Humaines <i>Original signé</i>	<i>Dr PASSERAT-BOULADE</i> Directeur Médical & Qualité <i>Original signé</i>	<i>Willy SIRET</i> Directeur Général Délégué aux Opérations <i>Original signé</i>	01/09/2012

## 2.2 ACTIVITES SECONDAIRES

- **PROCESSUS : MANAGER LA QUALITE ET LES RISQUES**
  - Participer à la démarche Qualité et à la prévention des risques de l'établissement
  - Appliquer les documents Qualité en vigueur dans l'établissement
  - Participer à la maîtrise des risques professionnels
- **PROCESSUS : MAINTENANCE DES LOCAUX ET EQUIPEMENTS**
  - Informer l'agent d'entretien sur tout problème survenant dans les locaux ou sur du matériel
- **PROCESSUS : HYGIENE DES LOCAUX ET ENVIRONNEMENT**
  - Veiller à la propreté des locaux, prévenir la responsable des équipes ménage si besoin
- **PROCESSUS : GERER LE SYSTEME D'INFORMATION**
  - Appliquer la charte Informatique du Noble Age

## 3. RELATIONS PROFESSIONNELLES

SUPERIEUR HIERARCHIQUE :

- DIRECTION DE L'ETABLISSEMENT

LIENS FONCTIONNELS INTERNES :

- MEDEC
- IDEC, IDE
- Maîtresses de maison
- Coordinateur de projet d'animation
- EQUIPE PARAMEDICALE (PSYCHOLOGUE, ERGOTHERAPEUTE,...)
- Equipes solgnantes

LIENS FONCTIONNELS EXTERNES :

- Médecins traitants
- Kinésithérapeutes

## 4. COMPETENCES REQUISES

### 4.1 SAVOIR

<b>Diplôme(s)</b>	France : Diplôme d'Etat -DE- de Psychomotricien Belgique : Graduat en psychomotricité
<b>Connaissances théoriques</b>	Pathologies dégénératives Psychopathologie

### 4.2 SAVOIR-FAIRE

- Techniques de relaxation
- Techniques d'expression corporelle
- Techniques pédagogiques

- Musicothérapie
- Techniques gestuelles

#### **4.3 SAVOIR-ETRE**

- Grande capacité d'écoute.
- Sens de l'observation, de l'analyse et de la synthèse.
- Goût du travail en équipe et en réseau.
- Capacité à rester neutre et objectif face aux problèmes d'autrui.

*Compte tenu de l'activité exercée par la Société et des modes d'organisation en découlant pour l'établissement, les fonctions ainsi confiées sont par nature évolutives et pourront être modifiées en fonction des nécessités de l'organisation, mais également des compétences et possibilités du salarié.*

NOBLE AGE <small>Établissement de soins de longue durée</small> Date: 09 avril 2010	<b>GNA ADMIN 4.2 DF KINE EHPAD</b>	1/3
	<b>DEFINITION DE FONCTION KINESITHERAPEUTE - EHPAD</b>	Rédaction : La DRH

## 1. MISSION

Dans le cadre du fonctionnement d'un EHPAD, dispenser des soins de rééducation et de réadaptation des déficiences motrices, des limitations fonctionnelles de la personne selon la prescription médicale, dans un but d'entretien, de restauration, d'adaptation de la gestuelle ou d'optimisation de la fonction motrice.

## 2. ACTIVITES

### 1. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE KINESITHERAPIQUE

- Participe au maintien et/ou à la récupération de l'autonomie du résident et le motive dans ce sens.
- Réalise le bilan analytique et fonctionnel des différentes pathologies au début de la prise en charge et périodiquement pour le suivi du résident.
- Réalise le recueil des données et le bilan kinésithérapique.
- Répond aux prescriptions médicales et réalise les actes en respectant le rythme des personnes âgées (durée de l'acte, heure de pratique de l'acte, adaptation de l'acte aux caractéristiques de la personne prise en charge, ...).
- Optimise l'organisation des Prises en charges dans le cadre de l'organisation générale du projet Noble Age au sein de l'établissement.
- Informe les personnels aux problèmes kinésithérapiques des résidents et les forme aux techniques de maintenance.
- Participe aux réunions pluridisciplinaires (MEDEC, IDEC, psychomotricienne, psychologue, ergothérapeute, médecin traitant, ...) et staffs.
- Participe à des groupes de réflexions locaux (l'établissement), régionaux (grande région du groupe) et nationaux (le groupe).

### 2. DISPENSE DE SOINS

- Prend connaissance de la prescription médicale.
- Tient à jour la fiche de suivi kinésithérapeute, outil indispensable pour une prise en charge individualisée des résidents par les différents intervenants.
- Participe à la permanence des soins.
- Établit les objectifs du programme de traitement et des soins de rééducation et de réadaptation à mettre en œuvre.
- Met en place, assure, coordonne et évalue la rééducation et la réadaptation des résidents.
- Planifie et exécute ses soins.
- Surveille la bonne progression de ses soins et réadapte son traitement si besoin.
- Informe le médecin de tout problème éventuel.
- Réalise des techniques de kinésithérapie en individuel ou en collectif.
- Transmet des informations écrites et orales pour assurer la traçabilité et le suivi des soins.
- Met en place un projet de kinésithérapie individualisé : analyse kinésithérapique du résident à son entrée, projet thérapeutique du résident, moyens mis en œuvre (temps, actes, matériels, ...) pour le résident, évaluation de la prise en charge du résident, réflexions sur les axes d'améliorations pour le résident, ...
- S'occupe, entre autres activités, de la remise en marche, du travail de l'équilibre, de la correction de la marche, des transferts (lit fauteuil, fauteuil toilettes), ...

### 3. GESTION ADMINISTRATIVE

- Prend connaissance du dossier d'entrée du patient.
- Respecte les différents protocoles et procédures en cours.
- Participe et s'implique dans les audits et autoévaluations.
- Assure les commandes des petits appareillages en fonction des besoins et le suivi du bon positionnement sur le patient.
- Participe à l'évaluation de la dépendance et de la charge en soins des résidents.
- Rédige le dossier kiné du résident et une fiche de synthèse, y enregistre les données liées à l'activité, trace et renseigne les actes réalisés dans le dossier de soins informatisés.
- S'occupe de l'accueil et l'encadrement pédagogique des étudiants et des stagiaires kinés.
- Donne son avis sur les besoins en matériel et assure la gestion du matériel mis à sa disposition (vérifie et contrôle les matériels), en coordination avec l'ergothérapeute.
- Participe aux réunions de service où il apporte ses connaissances dans l'élaboration des projets.
- Participe aux staffs.

### 3. RELATIONS PROFESSIONNELLES

#### Liens hiérarchiques :

- Direction

#### Liens fonctionnels :

- Médecins prescripteurs ou consultés pour avis et prescriptions, médecins traitants, médecin coordonnateur
- IDEC et ensemble de l'équipe soignante
- Psychologues, Psychomotricienne et Ergothérapeute

### 4. COMPETENCES REQUISES

#### 1. SAVOIR

**Formation :** Diplôme d'État de masseur kinésithérapeute (**diplôme obligatoire**)

Actualisation en permanence de ses connaissances et méthodes de travail en particulier dans le domaine des personnes âgées.

#### **Connaissances :**

- Techniques en Kinésithérapie
- Psychosociologie de la personne âgée
- Exercice, organisation et actualités professionnelles
- Éthique et déontologie
- Techniques de communication

#### 2. SAVOIR-FAIRE

- Évaluer les potentiels fonctionnels de la personne et identifier les situations de dépendance en tenant compte des facteurs environnementaux et personnels
- Élaborer et formaliser le diagnostic kinésithérapique
- Choisir les actions kinésithérapiques adaptées aux situations de soins et de prévention en respectant les protocoles d'hygiène et les règles de bonnes pratiques
- Éduquer, conseiller le patient et l'entourage en vue d'une démarche d'autonomisation
- Évaluer la qualité des pratiques et des résultats des actions kinésithérapiques avec la collaboration du résident, de son entourage et des professionnels de santé
- Organiser son travail en fonction des priorités

- Travailler en équipe pluridisciplinaire
- Utiliser les équipements et les matériels de kinésithérapie
- Analyser, synthétiser des informations sur la situation du résident
- Travailler en équipe et intégrer la notion de projet individualisé pluridisciplinaire.

### 3. SAVOIR-ETRE

- Créer une relation de confiance avec le résident et son entourage
- Savoir écouter et dialoguer en permanence
- Etre disponible
- Prendre du recul en permanence par rapport aux situations rencontrées et aux personnes accueillies et au personnel
- Maintenir un lien étroit avec l'ensemble de l'équipe et plus particulièrement avec les chefs de services
- Toujours être dans une relation d'aide

*Compte tenu de l'activité exercée par la Société et des modes d'organisation en découlant pour l'établissement, les fonctions ainsi confiées sont par nature évolutives et pourront être modifiées en fonction des nécessités de l'organisation, mais également des compétences et possibilités du salarié.*

REDACTEUR	Visa	VERIFICATEUR	Visa	APPROBATEUR	Visa	Date d'application
<i>Fanny SALQUE</i> Assistante RH	<b>Original signé</b>	<i>Jean Achille COZIC,</i> Directeur médical et qualité	<b>Original signé</b>	<i>Juliette LEFEYRE</i> DRH adjoint	<b>Original signé</b>	09/04/2010

## **6. Annexe 6 : Sitographie**

- « L'infirmier coordinateur (IDEC) », DomusVi : <https://www.domusvi.com/maisons-de-retraite/metiers/infirmier-coordinateur-idec>, consulté le
- « Le travail d'une infirmière en EHPAD : l'importance de la communication professionnelle », Formation 1901 : [Le travail d'une infirmière en EHPAD : l'importance de la communication professionnelle \(1901-formation.fr\)](http://www.1901-formation.fr/le-travail-dune-infirmiere-en-ehpad-limportance-de-la-communication-professionnelle), consulté le
- « Mieux connaître le rôle de l'aide-soignante en Ehpads », Cap retraite : [Mieux connaître le rôle de l'aide-soignante en Ehpads | Cap Retraite](http://www.capretraite.com/mieux-connaître-le-rôle-de-l'aide-soignante-en-ehpads), consulté le
- « Aide médico-psychologique –AMP », CIDJ : [www.cidj.com/metiers/aide-medico-psychologique-amp](http://www.cidj.com/metiers/aide-medico-psychologique-amp), consulté le
- « Aide médico-psychologique (AMP) », Les maisons de retraite : [Emploi AMP aide médico-psychologique maison de retraite Ehpads \(lesmaisonsderetraite.fr\)](http://www.lesmaisonsderetraite.fr/emploi-amp-aide-medico-psychologique-maison-de-retraite-ehpad), consulté le
- « FICHE ANNEXE N°5 : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES ET PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX ET A DOMICILE », Ministère des solidarités et de la santé : [fiche\\_annexe\\_5\\_prise\\_en\\_charge\\_pa\\_ph.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](http://www.solidarites-sante.gouv.fr/fiche-annexe-5-prise-en-charge-pa-ph.pdf).