



**Diplôme Universitaire**  
**“Infirmier(ère) Réfèrent(e) et Coordinateur(trice)**  
**en EHPAD et en SSIAD“**

Promotion 2020/2021

---

Le rôle de l’infirmière coordinatrice en collaboration, avec le médecin coordinateur et l’équipe institutionnelle dans l’accueil de la personne âgée démente en institution.

---

**Directeur de mémoire : Mr Jean Claude MALBEC**

Mme Cécile VIDREQUIN  
Mme Kenza KHIMOUM CHABANCE  
Mme Marie-Adélaïde BERTHAUD LERAY  
Mme Nadège LE PROVOST

## **Remerciements**

Nous tenons tout d'abord à remercier Mr Jean Claude MALBEC d'avoir accepté d'être notre directeur mémoire, pour tous ses bons conseils et son excellent suivi durant la réalisation de ce travail en groupe.

Un grand merci à toute l'équipe pédagogique qui a su être à l'écoute et disponible, un moment riche en rencontre qui nous a permis de tisser des liens tout au long de cette aventure.

Merci aux différents personnels soignants et familles qui malgré la crise sanitaire, ont donné de leurs temps pour répondre aux questionnaires et permis l'aboutissement de ce mémoire.

Nous remercions aussi les établissements médico-sociaux et leurs équipes pour leur accueil pendant nos stages.

Enfin nous adressons nos plus sincères remerciements à nos conjoints et nos enfants qui nous ont soutenues et encouragées pendant cette année.

*« Le premier pas vers le changement est la prise de conscience, le second est  
l'acceptation... »*

*Nathaniel BRANDE*

## **Abréviations utilisées**

**AGGIR** : Autonomie Gérontologique Groupe iso Ressources Grille d'évaluation

**AMP** : Aide Médico-Psychologique

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

**APA** : Allocation Personnalisée d'autonomie (lié au GIR Groupe Iso ressources)

**ARS** : Agence régionale de Santé

**AS** : Aide-Soignante

**CASF** : Code d'Action Sociale et des Familles

**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen

**CVS** : Conseil de Vie Sociale

**DRESS** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

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

**ESA** : Equipe Spécialisée Alzheimer

**GIR** : Groupe Iso Ressource – niveau de dépendance patient

**IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat

**IDEC** : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**MEDCO** : Médecin Coordinateur

**MMS** : Mini Mental State

**MNA** : Mini Nutritional Assessment

**NPI** : Inventaire Neuro psychiatrique

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PATHOS** : grille d'évaluations des soins nécessaires en fonctions de pathologies référencées

**PASA** : Pôle d'activité et de soins adaptés -Atelier thérapeutique spécialisée

**PVP** : projet de vie personnalisé (évaluation annuelle selon recommandations ANESM)

**PVI** : Projet de Vie Individualisé

**VPA** : Visite de Pré Admission

## Sommaire

<b>Introduction</b> .....	5
<b>1 L'EHPAD et la personne âgée démente</b> .....	<b>6</b>
1.1 Définition de l'EHPAD .....	6
1.2 Cadre réglementaire et législatif .....	6
1.3 Offre et missions .....	7
1.4 La personne âgée, la démence et ses spécificités .....	7
<b>2 L'accueil en EHPAD</b> .....	<b>8</b>
2.1 Définition d'accueil .....	8
2.2 Procédure d'admission .....	9
2.2.1 La commission .....	10
2.2.2 La visite de préadmission .....	10
2.2.3 Le jour de l'admission .....	11
2.2.3.1 l'aidant partenaire de l'accueil .....	12
2.2.3.2 La désignation d'un référent soignant .....	12
2.2.3.3 Le psychologue et la famille .....	13
2.2.4 L'évaluation .....	13
<b>3 Le Trio (Directeurs, MEDCO et IDEC)</b> .....	<b>13</b>
3.1 Rôle du Directeur .....	13
3.2 Rôle du MEDCO .....	14
3.3 Rôle de l'IDEC .....	15
<b>4 Méthodologie</b> .....	<b>17</b>
4.1 Lieux et population concerné par l'enquête .....	17
4.2 Les outils et mis en œuvre de l'enquête .....	17
4.3 Résultat de l'enquête .....	18
4.3.1 Enquête auprès des piliers d'établissement .....	18
4.3.2 Enquête auprès des familles de résidents .....	25
4.4 Analyse de l'enquête .....	29
<b>Conclusion</b> .....	<b>31</b>
<b>Résumé en anglais</b> .....	<b>33</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>35</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>37</b>

## Introduction

Le domicile d'une personne constitue son lieu de vie. Endroit rassurant, où chacun y a constitué son cocon, ses repères et ses souvenirs. Néanmoins, avec l'âge et la perte d'autonomie associés, différentes aides peuvent intervenir à domicile. Cette prise en charge sert à maintenir la personne âgée dans son lieu de vie afin qu'elle puisse y rester le plus longtemps possible. Malheureusement lorsque l'état de santé de la personne s'aggrave, ces aides peuvent s'avérer insuffisantes pour les personnes concernées. C'est pourquoi l'entrée en institution est primordiale lorsque l'état de dépendance est altéré, avec une nécessité constante d'aide pour les actes de la vie quotidienne. D'après une étude de la DRESS, de décembre 2016<sup>1</sup>, presque les trois quarts des résidents affirment être entrés en institution en raison de leur état de santé et en particularité lié à leur perte d'autonomie. Tout de même, l'entrée en institution reste une épreuve difficile dans la vie d'une personne âgée ainsi que pour sa famille. Qui de nous, en tant que soignant, n'a jamais assisté au déchirement et à la douleur manifestés par une personne âgée à son entrée en institution ? Très peu, pensons-nous. Deuil de sa vie, perte de repères, d'une partie de son autonomie et parfois même de son libre-arbitre. Le deuil selon Aline Nativel Id Hammou psychologue clinicienne est : « La mise en place d'un processus intrapsychique à la fois comportemental, cognitif et socioculturel face à la perte définitive d'une situation, d'une personne ou même d'un objet. »<sup>2</sup>. Tout cela est, une confrontation directe avec son vieillissement. La notion d'autonomie se définit comme « la faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement »<sup>3</sup>. Ce changement de lieu de vie, est pour la personne âgée, une nouvelle page qui s'ouvre dans sa vie, avec un sentiment de tout devoir recommencer. Cela concerne plus une résignation à limiter les risques pour elle-même qu'une décision souhaitée.

Aux vues de tous ces éléments, l'accueil de la personne âgée en institution aura un impact considérable sur son intégration et sa future vie dans celle-ci. C'est donc de notre rôle de s'assurer que tout cela se déroule de façon optimale. Si, en outre, l'accueil est expéditif, l'accompagnement a minima les premiers jours, l'adaptation et l'acceptation de cette nouvelle vie sont compromises. Tous ces changements sont à prendre en considération. C'est ce qui a orienté notre questionnement sur : «Quels outils l'infirmière de coordination peut-elle mettre en œuvre en collaboration avec le médecin coordinateur et l'équipe institutionnelle pour améliorer l'accueil d'un futur résident dément lors de son entrée en institution ?»

---

<sup>1</sup>-Article de Lucie Calvet, avec la collaboration de Nadège Pradines (DRESS), publié en décembre 2016, numéro 0988 « *Etat de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile* » p.1

<sup>2</sup>-<http://sante.journaldesfemmes.fr/fiche-sante-du-quotidien/2680165-deuil-definition-etapes-phase-duree-compliquee-pathologique-comment-surmonter/> de Aline Nativel Id Hammou psychologue clinicienne

<sup>3</sup>-Cairn.info / Article Mouvement 2007/1 N°49 : *la notion d'autonomie et ses impensés dans la socialisation enfantine* p.46 à 52

Ce choix a été en partie motivé par nos expériences personnelles et les difficultés rencontrées pendant nos stages. Nous y avons toutes été confrontées. Et c'est d'un commun accord que nous nous sommes interrogées sur les axes d'amélioration d'un accueil de qualité.

## **1) L'EHPAD et la personne âgée démente**

### **1.1 Définition de l'EHPAD**

D'après l'abréviation, EHPAD signifie **E**tablishement d'**H**ébergement pour **P**ersonnes **A**gées **D**épendantes. Autrement dit, un lieu de vie en collectivité avec présence de professionnels pour les besoins des résidents. Il s'agit de la forme d'institution en France la plus répandue pour les personnes âgées. C'est un établissement médico-social, qui peut être public, privé lucratif ou privé associatif.

### **1.2 Cadre réglementaire et législatif**

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont autorisés à accueillir des personnes de 60 ans et plus. Pour avoir le statut d'EHPAD, les structures concernées doivent signer obligatoirement une convention tripartite avec l'agence régionale de santé (ARS) et le conseil départemental. Les règles qui régissent le fonctionnement des EHPAD sont regroupées dans le Code de l'action sociale et des familles<sup>4</sup>.

De nombreuses lois ont été créées pour faciliter la vie en EHPAD, tel que la loi du 24 janvier 1997 complétée par les décrets du 26 avril 1999 Loi n° 97-60 instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Nous pouvons également citer la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale qui vise à accompagner les établissements et services médico-sociaux dans une recherche permanente de la qualité de l'accompagnement.

Les EHPAD doivent délivrer à leurs résidents des prestations et un hébergement journalier. Elles sont définies par le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 ; les prestations recueillies sont des prestations d'ordre administratif, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage, et d'animation de vie sociale. Ils peuvent également proposer d'autres prestations complémentaires telles que le coiffeur, manucure, entretien du linge personnel etc....

---

<sup>4</sup>- Code de l'action sociale et des familles, ou CASF : *Art L314-2 modifié par Loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 art.48(V)* (legifrance.gouv.fr)

### **1.3 Offre et missions**

L'EHPAD offre aux personnes âgées dépendantes un hébergement complet. Les lieux de vie, les soins et les prestations proposées doivent s'adapter aux besoins individuels et permettre à tous, quel que soit son degré de dépendance, de jouir des mêmes droits que s'il était resté à son domicile. L'évaluation médicale de la dépendance déterminée par le GIR du résident, il existe 3 groupes GIR 1-2, 3-4 et enfin 5-6<sup>5</sup>. Cela conditionne l'attribution de diverses aides au futur résident. Il existe une prise en charge APA (allocation personnalisée d'autonomie), des aides publiques ASH (aide sociale à l'hébergement) et les aides au logement APL. Les lieux de vie doivent être pensés pour maintenir la personne âgée désorientée dans l'enceinte de l'établissement sans qu'elle se sente enfermée. L'idée est de lui offrir un environnement agréable et sécurisant dans lequel elle se sentira bien, tout en limitant ses tentations et, de façon discrète, les accès vers l'extérieur (surveillance, haies masquant les grilles...). Le personnel doit quant à lui s'exprimer de façon claire, décomposer les choix en options simples et développer des modes de communication non verbaux. Il lui faut redoubler de patience et être attentif aux moindres petits signes d'assentiment ou de désapprobation. Les résidents qui ont besoin d'un accompagnement dans les actes essentiels de la vie (pour le lever, le coucher, la toilette, les repas...) sont aidés par le personnel de l'EHPAD. Les soins sont réalisés sous la responsabilité de l'équipe de coordination (médecin et infirmière coordinatrice). Ils s'occupent également de la gestion des interventions du médecin traitant et des rendez-vous avec les spécialistes.

### **1.4 La personne âgée, la démence et ses spécificités**

“La vieillesse en tant que destin biologique est une réalité, il n'en reste pas moins que ce destin est vécu de manière variable selon le contexte social. Le sens ou le non-sens que revêt la vieillesse au sein d'une société met celle-ci toute entière en question, puisqu'à travers elle, se dévoile le sens ou le non-sens de toute la vie antérieure”<sup>6</sup>.

La personne âgée, d'après l'OMS est définie comme étant une personne ayant dépassé l'espérance de vie attendue à sa naissance. Ses besoins sont de se déplacer seule ou avec des moyens mécaniques, d'aménager son domicile comme elle le souhaite afin de se sentir le plus confortable possible. Besoin de se mouvoir, maintenir une bonne posture et une circulation sanguine adéquate. C'est à dire un individu qui évoque aussi bien le féminin et le masculin.

---

<sup>5</sup>-Le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible

<sup>6</sup>-Simone de Beauvoir 1970 *“la Vieillesse”*

Ce sont des personnes possédant des facultés biologiques, psychologiques, psychiques, intellectuelles. Un être social doté d'une conscience et doué de raison, la personne se caractérise par ses forces et ses faiblesses, ses droits et ses devoirs. Chacune d'entre elle, traverse ses étapes de vie avec plus ou moins de facilités, de la jeunesse à l'adolescence, c'est ensuite l'autonomie et les projets qui caractérisent la vie d'adulte.

La personne âgée peut être confrontée à des diminutions progressives de ses fonctions physiologiques ou neurologiques, ce qui peut entraîner une dépendance à plus ou moins long terme associée parfois à des troubles du comportement.

L'OMS propose la définition suivante des troubles du comportement : « *Par troubles mentaux et du comportement, on entend des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales* »<sup>7</sup>.

Dans le cas de la maladie d'Alzheimer ou de démence apparentée, la personne présente des symptômes tels que des pertes de mémoire immédiate, difficultés à organiser sa pensée (anxiété) et des désorientations temporo spatiales. Peuvent s'y associer des syndromes dépressifs, de l'agressivité, de l'agitation, de l'apathie entraînant des difficultés de compréhension ou d'expression. Les troubles du comportement posent le problème des interactions qui peuvent être source de tension ou conflit. Il faut se rappeler qu'un trouble du comportement chez une personne âgée peut être l'expression d'une plainte douloureuse ou d'un problème somatique qui s'ajoute de surcroît à un problème démentiel acquis.

Tous ces troubles ainsi que l'épuisement des aidants sont alors à prendre en compte, ces derniers ne demandent qu'un retour à "la normale" ou au moins que ce type de comportement ne se reproduise pas. Ces processus sont involontaires et souvent inconscients et aident à supporter plus ou moins la situation vécue. Toutes ses souffrances sont donc à l'origine soit d'une hospitalisation soit d'une institutionnalisation.

## **2. L'accueil en EHPAD**

### **2.1 Définition d'accueil**

Accueillir est un acte relationnel, une rencontre, c'est être disponible et créer une relation de confiance. Ce qui génère le sentiment d'être considéré comme une personne c'est le fait d'être accueilli

---

<sup>7</sup>- Rapport sur la santé dans le monde de 2001 de l'OMS page 21 sur « *l'impact des troubles mentaux et du comportement* »

chaleureusement. La phase d'accueil en EHPAD commence très souvent avant le jour d'entrée dans l'établissement.

L'admission se doit d'être personnalisée et de prendre en compte l'histoire de la personne pour son maintien identitaire. L'accueil est donc particulièrement important dans le processus d'adaptation de la personne âgée dans son établissement. Il s'agit d'un moment difficile, alors il est nécessaire de créer une atmosphère chaleureuse où le résident sent qu'il était attendu et reconnu en tant que tel dans la résidence. Certains établissements peuvent organiser des journées portes ouvertes, des fêtes ou proposer des déjeuners au sein de l'EHPAD.

Un accueil peut être accompagné d'un goûter ou repas, et associé à une visite des lieux et même de la future chambre du résident. Cela permet à celui-ci et ses proches de se familiariser avec son nouvel environnement, de commencer à créer des liens avec le personnel et prendre ses repères dans les lieux.

## **2.2 Procédure d'admission**

L'admission en EHPAD demande du travail pour les proches du futur résident. En effet il leur faut visiter différentes structures et se renseigner si celle-ci correspondent aux besoins de la personne concernée. Après cela il faut alors remplir une demande d'admission. Ce dossier est un document qui comprend 2 volets, un administratif et un médical qui doit être rempli par un médecin uniquement. Document CERFA 14732\*03, dossier de demande unique en vue d'une admission temporaire ou permanente en EHPAD.

Ce dernier est alors envoyé aux établissements retenus par la famille, le représentant légal ou la personne elle-même afin d'être étudié par l'administration de l'établissement.

Et ce qu'il ne faut pas oublier, c'est le consentement de la personne qui sera admise. Le consentement est défini comme l'aptitude à comprendre et la capacité à décider c'est comprendre ce que signifie l'entrée en EHPAD et réaliser ce que l'on perd également la capacité à décider et de décider d'accepter une situation qui sent cela pourrait être délétère.

Nous pouvons citer l'article 2 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

*« Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie – domicile personnel ou collectif – adapté à ses attentes et à ses besoins. »*

### 2.2.1 La commission

La commission d'admission est une instance interne à chaque établissement qui est représentée par : le Directeur d'établissement, le MEDCO, l'IDEC, l'adjoint administratif et les représentants du personnel voire les référents d'unités.

Cette instance n'est pas obligatoire, elle est néanmoins importante afin d'apporter une décision éclairée sur les futures entrées avec l'avis professionnel des principaux acteurs de la prise en charge des résidents, pour connaître le taux d'occupation actuel, les capacités d'accueil, la charge de travail en soins mais également la charge psychologique. Les offres de soins mais aussi les prestations qualitatives en rapport avec les attentes du résident et/ou de sa famille mais également en fonction des possibilités de l'établissement en terme d'offre médicale.

### 2.2.2 La VPA

Une fois le dossier de demande d'admission déposé, une visite de préadmission est souvent organisée. Selon Richard Vercauteren (psychosociologue français) : *« les visites de préadmissions sont reconnues comme importantes pour faciliter l'accueil et l'intégration du futur résident. Leur objectif est double : présenter la structure au futur résident et recueillir à son sujet des données qui seront exploitées en vue d'obtenir une bonne qualité de vie »*<sup>8</sup>.

Elle a lieu dans l'établissement avec le médecin coordonnateur si présent, l'agent administratif, le directeur ou encore avec l'IDEC. Ensuite, elle vise à vérifier que la prise en charge proposée par l'établissement correspond bien aux besoins recherchés par le futur résident. A partir du moment où l'établissement propose une place et que le futur résident est prêt à adhérer à son nouveau lieu de vie, l'entrée dans l'institution se fait en général assez rapidement. Lui seront remis un certain nombre de documents : le livret d'accueil avec la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour. Il est conseillé de prendre le temps de les consulter et de poser toutes les questions en suspens.

Ces visites permettent à la famille et à la personne âgée, de conceptualiser la vie future et de se préparer au mieux à l'entrée en établissement. Intégrer les familles est un atout principal dans ce temps d'accueil. Garder ses repères relationnels, maintenir cette proximité familiale. On peut faire visiter les locaux, rencontrer l'équipe et faire connaissance avec l'environnement humain.

Pour le personnel également ces visites ont un rôle : écouter le résident, envisager son autonomie et découvrir sa personnalité notamment les troubles associés à sa pathologie. La relation instaurée n'est

---

<sup>8</sup> Richard Vercauteren extrait de *Vie en institution* Rifvel <http://www.rifvel.be/vieeninstitution.htm>

pas le résultat d'un cadre de vie ou de la personnalité de certains mais vraiment le fruit du travail de toute une équipe pluri professionnelle en place. Ce type de démarche est toutefois difficile pour les admissions en urgences qui sont nombreuses en EHPAD, suite notamment aux sorties d'hospitalisation.

### **2.2.3 Le jour de l'admission**

En amont du jour de l'admission, l'IDEC réunit l'équipe soignante pour les informer de l'arrivée d'un nouveau résident. Elle procède à une évaluation de la situation et des besoins de celui-ci, en s'appuyant sur le document de synthèse de préadmission. Les soignants référents peuvent être désignés à ce moment-là. La place de la personne au restaurant peut être choisie en fonction de la situation pressentie. L'infirmière a pour mission de transmettre au service restauration ou à la diététicienne les informations concernant un régime alimentaire éventuel. L'information est ensuite diffusée aux différents services sous forme de fiches de mouvements (administration, infirmerie, hébergement, animation, lingerie, restauration service de maintenance). La chambre est préparée par les référents. Si le futur résident apporte du mobilier et des effets personnels, c'est la famille et/ou le représentant légal qui organise le déménagement. Les agents du service entretien de l'EHPAD participent également à l'installation de la chambre selon les besoins et demandes de la personne. Tout cela est supervisé par l'infirmière, qui s'assure de l'adaptation de la chambre à la dépendance de celle-ci.

L'admission de tout nouveau résident se fait souvent l'après-midi. Le contrat de séjour est établi lors de son arrivée dans l'EHPAD et est remis au plus tard dans les 15 jours qui suivent. Il doit être signé dans le mois suivant.

Accueillir la personne âgée à son arrivée c'est être disponible, à l'écoute, être centré sur cette dernière et l'accepter inconditionnellement en vue d'apaiser ses inquiétudes, ses troubles du comportement et de faciliter son intégration à la vie de l'institution.

Le nouveau résident et sa famille sont conduits dans sa chambre le plus souvent par l'hôtesse d'accueil, qui prévient ensuite l'aide-soignante et l'infirmière de service. L'IDEC ou à défaut l'infirmière de service doit prévoir de s'installer dans une pièce au calme ou dans la chambre pour un temps d'échange. Lors de sa présentation, elle doit éviter les sources de distractions afin de consacrer toute son attention à la personne âgée. Elle se positionne face à elle, à sa hauteur et parle lentement. Elle pose des questions fermées et utilise des phrases courtes. Elle découvre le résident, ses habitudes de vie, ses goûts, les raisons de son entrée et communique avec la famille si celle-ci est présente. Elle peut prévoir des pauses lors des échanges pour le futur résident afin de l'apaiser. Elle établit donc un premier contact de qualité, un repère non négligeable qui contribuera à rassurer la personne âgée démente. Prendre en compte l'angoisse du futur résident, établir des priorités lors de ce premier contact.

Tout ne pourra pas être dit (phénomène de saturation de la personne âgée et difficultés d'assimilation des contenus qui peuvent donner l'impression au futur résident d'être submergé). Un apport excessif

d'information peut avoir un effet inverse à celui recherché, qui est de rassurer la personne. Il ne faut transmettre qu'un seul message à la fois. L'infirmière rappelle au résident qu'il se trouve chez lui, qu'il est libre de s'exprimer et que sa parole est nécessaire pour améliorer sa qualité de vie.

Un bon premier contact consiste aussi à entendre les attentes du résident. L'infirmière invite celui-ci à s'exprimer et répond à ses demandes. Il faut laisser le temps de s'exprimer à la personne âgée démente pour qu'elle puisse s'accoutumer à notre présence. Les explications doivent être accompagnées de gestes explicatifs pour faciliter la compréhension.

L'infirmière accompagne par la suite le résident s'il le souhaite, pour un repérage de lieux, une découverte du personnel et des autres résidents. Elle donne aussi des arguments rassurants afin de déculpabiliser la famille et le résident. (Sécurité, présence des personnels 24h/24h).

### **2.2.3.1 L'aidant partenaire de l'accueil**

Les familles doivent faire face au vieillissement de leurs parents et faire un travail de deuil face à la séparation<sup>9</sup>. Devant un parent dépendant, elles sont souvent ambivalentes entre un désir de vie pour un être cher et un désir de mort pour un parent qui ne ressemble plus à la personne connue aimée. Les relations peuvent être difficiles avec le personnel, biaisées par la culpabilité de l'aidant naturel, qui n'a pas pu mener sa mission jusqu'au bout. Le non-dit familial lors d'une entrée en structure d'un proche est souvent présent. Pourtant en EHPAD, les familles sont de véritables partenaires de soins et la convergence d'intérêt de cette relation entraîne les soignants vers le bien-être de la personne âgée. Quitter le domicile et intégrer une structure d'hébergement est un moment aussi difficile pour la personne âgée que pour sa famille. Cette décision doit être mûrement réfléchie et mise au regard des difficultés rencontrées. C'est pourquoi, le futur résident dans la limite du possible et sa famille doivent pouvoir choisir un établissement et connaître le projet de vie qu'il développe. Le partenariat entre l'équipe soignante et la famille, constitué si possible avant l'arrivée du résident, est un facteur important d'intégration.

### **2.2.3.2 La désignation d'un référent soignant**

L'accompagnement de la famille qui peut exprimer ses appréhensions et partager ses préoccupations fait partie du rôle de l'équipe soignante. Un référent soignant, infirmière ou aide-soignante sera désigné comme interlocuteur privilégié des membres de la famille. Il doit rester à l'écoute des familles et régler

---

<sup>9</sup> -<https://www.weka.fr/action-sociale/dossier-pratique/accueil-des-personnes-agees-en-etablissement/le-lien-familial-et-le-ressenti-des-familles>

les demandes selon leurs fonctions. Il convient notamment d'intégrer et de faire participer la famille au projet de vie. Le référent autant que l'équipe soignante veilleront à conforter les enfants dans leurs rôles essentiels d'aide et de soutien affectif lors de la visite de leurs parents. Cette fonction s'inscrit dans la mise en place d'un projet personnalisé pour chaque résident. Cela facilite le recueil des informations et améliore les transmissions aux équipes.

### **2.2.3.3 Le psychologue et la famille**

Le psychologue au sein de l'EHPAD n'a pas pour but de pratiquer une psychothérapie familiale puisque seul le résident est au centre de ses efforts. Mais sa présence au moment de l'accueil vise à faciliter l'intégration du résident, de déculpabiliser sa famille, d'aider à la résolution de conflits par médiation, d'appréhender les troubles du comportement du résident auprès de la famille et de l'équipe soignante ainsi que de faciliter les échanges avec l'institution. Le rôle du psychologue est de maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée, de préserver des relations sociales, de désigner si nécessaire un référent familial, d'associer et de soutenir la famille du résident. Enfin, on peut aussi souligner que la stabilité de l'équipe est un gage de confiance vis-à-vis de la famille.

### **2.2.4 L'évaluation**

Un bilan préparé par les référents, le psychologue et l'infirmier référent est présenté en équipe pluridisciplinaire dans un délai d'un mois après l'admission. Il réalise en amont plusieurs évaluations (tests cognitifs, NPI-ES, GIR, bilan nutritionnel...). Le résultat permet à l'équipe soignante de travailler sur les projets de soins et d'accompagnement personnalisés qui sont finalisés dans un délai de 6 mois après l'admission. Le projet de vie est un ensemble d'actions coordonnées se fédérant pour donner sens à la vie des personnes âgées au sein de la structure d'accueil.

## **3. Le Trio (MEDCO, directeur et l'IDEC)**

### **3.1 Le rôle du Directeur**

Le Directeur définit et met en place le projet d'établissement. Il doit également accueillir et piloter l'accompagnement médico-social des résidents. Il manage une équipe pluridisciplinaire, gère l'activité administrative, législative et financière de la structure. Il organise les aspects techniques et logistiques du fonctionnement de l'établissement. Le Directeur est l'interlocuteur principal entre les résidents et les familles, il permet de faire le lien et de faciliter l'intégration et l'épanouissement du résident dans la structure. Accompagné du MEDCO et de l'IDEC il aura pour tâche l'admission de futurs résidents en

fonction de divers paramètres tels que place, charge des soins, pathologies à prendre en charge mais également le côté financier de ces entrées. Il a en fonction de recruter du personnel qualifié selon les besoins de l'établissement. Cette fonction est en lien étroit avec l'IDEC ou le MEDCO mais également il organise les formations du personnel en place. Enfin, il est le responsable légal et fera le lien avec les organismes de santé et de l'Etat tels que l'ARS et le Conseil Général.

### **3.2 Le rôle du MEDCO**

La fonction du MEDCO est apparue avec la signature des conventions tripartites (bientôt remplacées par les CPOM), qui ont transformé les maisons de retraite médicalisées en EHPAD.

*« Le décret du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable de l'Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD) crée la fonction de MEDCO et précise les missions de ces praticiens ainsi que les conditions à remplir aux vues de leurs engagements ».*

Le décret du 27 mai 2005 précise que sous la responsabilité et l'autorité administrative du responsable de l'établissement, le MEDCO élabore plusieurs missions tel que : l'admission d'un résident, le médecin coordonnateur donne un avis sur l'adéquation de son état de santé avec les capacités de prise en charge de l'établissement à ce moment donné.

Il a pour rôle d'étudier le dossier médical du futur résident et le reçoit dans le cadre de sa visite d'admission. Il précise les motifs ou les circonstances d'admissions. Il porte dans le dossier médical des indications sur les directives anticipées et recueille de nouveau le consentement de la personne accueillie. Le MEDCO, est là pour assurer la qualité de la prise en charge au niveau institutionnel et l'encadrement du personnel médical. Il a ainsi un rôle de conseiller gériatrique du Directeur de l'établissement. Il travaille en binôme avec ce dernier et l'IDEC, qui coordonne elle aussi le travail des équipes soignantes de l'EHPAD. Le MEDCO est soumis à l'autorité administrative du directeur.

A l'arrivée d'un nouveau résident, il a pour mission de réaliser plusieurs évaluations (tests cognitifs MMS, bilan nutritionnel MNA...) dont le résultat permet à l'équipe soignante d'organiser des interventions auprès du résident. Il réalise également l'évaluation du GIR du résident, avec l'équipe soignante, en général un mois après son entrée dans l'établissement puis le réévalue si nécessaire durant son séjour. Il est en relation avec les intervenants extérieurs (kinésithérapeute, orthophoniste, ...) ainsi qu'avec les médecins traitants et les spécialistes. Il veille avec l'IDEC de l'EHPAD à la bonne tenue des dossiers médicaux et para médicaux. Enfin, participe à la mise en œuvre des conventions avec les établissements de santé et les réseaux gériatriques ou tout autre acteur de la filière de soins gériatriques.

Le MEDCO réalise des prescriptions médicales pour les résidents en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont, dans tous les cas, informés des prescriptions réalisées.

Dans le cadre de la prise en charge de résidents atteints de troubles cognitivo-comportementaux, ce dernier a donc en accord avec l'équipe pluriprofessionnelle la charge de déterminer quels résidents bénéficieront du PASA.

### **3.3 Le rôle de l'IDEC**

L'IDEC se situe à l'interface du sanitaire et du social, du soin et de l'accompagnement, elle s'inscrit dans l'équipe d'encadrement de l'établissement et constitue un rouage essentiel et central dans l'organisation du « prendre soin » des personnes âgées accueillies. Cette fonction est créée par la loi suivante : Loi du 2/01/2002 mise en évidence de la nécessité de créer au sein des EHPAD la nouvelle fonction d'infirmière coordinatrice.

L'IDEC organise le travail de chaque membre de l'équipe pour permettre d'élaborer et de réaliser une démarche de soins de qualité face à la perte d'autonomie des résidents les plus fragilisés par leur dépendance en veillant au respect de la charte de la personne âgée accueillie dans l'établissement et de la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles. Il participe à l'étude des demandes d'admission, à l'élaboration, à la mise en place et au suivi du projet de soins, en lien avec le MEDCO. Son rôle est d'animer et dynamiser le travail en équipe autour des différents projets (projet d'établissement, de soins, personnalisés, spécifiques...) en assurant la diffusion des bonnes pratiques soignantes. Également il participe au Conseil de Vie Sociale de la résidence.

Le rôle de l'IDEC est complexe et multiple au moment de l'entrée d'une personne âgée atteinte de démence. Elle doit être capable d'utiliser et de mettre en œuvre les moyens à sa disposition, voire d'en créer de nouveaux si nécessaire. Comme le rappelle à juste titre, bien que ce soit le dernier article de la Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance : *“L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion”*. C'est, à notre avis, grâce à un travail minutieux d'information que l'IDEC pourra mener à bien l'intégration de la personne lors de son accueil en institution. Ainsi dans un premier temps, il lui faudra évaluer les ressources et difficultés de la personne afin d'établir l'adéquation avec le projet de soins de l'établissement. Cette étape est incontournable et met en œuvre la collaboration avec le MEDCO et la Direction. L'outil premier de travail est bien le dossier de demande d'admission. Cependant, il ne suffit pas, car s'il renseigne sur

l'état civil et les questions médicales, il ne présente pas la personne dans sa globalité et son environnement socio-culturel.

Bien souvent, cette étape est précédée d'un premier contact téléphonique avec la famille. Dès lors, l'IDEC va déjà instaurer et définir une relation de confiance qui se voudra constructive. A ce moment, il appartient souvent à l'IDEC de recueillir un certain nombre d'informations sur le futur entrant, ce qui suscite en retour, un questionnement de la part de la famille, voire d'inquiétudes. L'information est donc bien un outil bilatéral, il ne doit pas être à sens unique. Elle doit permettre de donner du sens à l'entrée qui se prépare. Enfin, la démence ne doit pas être un obstacle à l'échange.

L'étape de préparation est essentielle et pourra permettre à la personne âgée de se créer de nouveaux repères. Comme le souligne R. Moulias, le patient dément *"comprend plus qu'il ne peut le montrer. Il doit être informé, toujours. L'accord doit être sollicité sans mentir..."*<sup>10</sup>. Dans un second temps, si l'adéquation entre ressources-besoins et la structure peut être établie, alors un premier rendez-vous peut être proposé. C'est un temps fort en ce sens que l'IDEC réalise un accompagnement de la décision (Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles- ANESM). Elle se doit de présenter la structure au futur résident et à sa famille en leur montrant qu'il y aura une place particulière et qu'il y sera admis en tant que personne à part entière. Elle devra présenter autant les avantages que les inconvénients de cette nouvelle vie. Ce premier contact physique est un atout majeur pour la suite de la procédure. Il va aussi permettre à l'IDEC et aux personnes présentes de renseigner un recueil de données afin d'envisager les bases du futur projet d'accompagnement personnalisé. Ce recueil revêt des formes diverses selon les structures. L'ANESM<sup>11</sup> propose des pistes avec son document de "Recueil des attentes de la personnes".

Cet outil permet à l'IDEC de poser les jalons de son travail de coordination des différents intervenants qui vont graviter autour du résident à son entrée. Ce travail pluridisciplinaire permettra de cibler les actions proposées afin de montrer à la personne que son arrivée est préparée et représente un moment important de sa vie. La communication sera aussi bien verbale que non-verbale car la personne âgée démente est très sensible aux attitudes et postures de son entourage. Que ce soit sur le temps de la VPA ou le jour de l'arrivée du résident, le point fort est mis sur l'acceptation de ce dernier à son entrée en EHPAD. En effet, la recherche du consentement pour l'admission d'un résident est une des démarches qui facilitera son intégration dans ce nouveau lieu de vie. La mobilisation du personnel en place par

---

<sup>10</sup> R. Moulias – *Pour de bonnes pratiques d'admission en institution gériatrique*- 2007 Revue Gériatrique et Société

<sup>11</sup>ANESM. *Qualité de vie en EHPAD(Volet 1).De l'accueil de la personne à son accompagnement. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles* 2012.

l'IDEC avec l'optimisation des bonnes pratiques mais également l'intégration du psychologue à ce processus est un outil majeur.

Malgré tout, le consentement ne pouvant parfois être obtenu il s'agira alors d'assentiment plus qu'autre chose. En effet, devant des troubles qu'ils soient cognitifs ou du comportement sur un terrain déjà fragilisé par une démence, la personne âgée n'est plus capable de donner un consentement éclairé. Il s'agira alors de travailler en pluridisciplinarité auprès de cette dernière afin qu'elle puisse d'elle même trouvé à un sens à ce nouvel environnement. La VPA est ce moment de prédilection qui fera basculer le sentiment d'incompréhension vers un sentiment de quiétude ou de sécurité voire de bien-être de la personne. Le rôle de coordination prend alors tout son sens, la fédération des équipes soignantes dans ce but, faire ressentir à la personne qu'elle se sent bien dans l'établissement.

#### **4. Méthodologie**

Pour la réalisation de ce mémoire, nous nous sommes appuyées sur un questionnaire personnel que nous avons en commun. Nous avons fait des recherches sur les personnes âgées, le vieillissement de celle-ci et la prise en charge de la démence lors de l'accueil en institution adaptée.

##### **4.1 Lieu et population concernés par l'enquête**

Nous avons trouvé plus judicieux d'après notre thème et questionnaire de départ de diriger notre enquête vers les EHPADs et les piliers de ces établissements afin qu'ils puissent être plus à même de nous répondre. Nous avons également souhaité interroger les proches et/ou famille de la personne accueillie afin d'en savoir davantage sur le choix de l'institutionnalisation. Également, de connaître le déroulement et recueillir leur ressenti lors de l'accueil du proche.

##### **4.2 Les outils et mise en œuvre de l'enquête**

Cette enquête a été réalisée sur une période allant de mi-juillet, à mi-septembre 2021. Actuellement et ce en rapport avec la crise sanitaire que nous traversons nous avons été dans l'impossibilité de mettre en place des entretiens individuels. Nous avons donc choisi de réaliser une enquête avec des questions fermées, associées à quelques questions courtes et ouvertes. Toute la pertinence des questions a fait l'objet d'une réflexion collective.

Pour la réalisation de celle-ci, nous avons préparé deux questionnaires distincts, mis en place sur Google Forms. Ce procédé a permis de faciliter la distribution auprès des populations ciblées.

Nous avons pu obtenir les mails de nombreux IDEC et Directeurs d'établissements, grâce à nos connaissances ou nos structures d'exercice actuel. Suite à cela, un mail explicatif de notre démarche et sans obligation d'y répondre leur a été transmis accompagné de notre questionnaire en pièce jointe. Nous avons également diffusé le questionnaire sur les réseaux sociaux (groupes orientés sur le soin), LinkedIn, facebook ,whatsapp.

La plus grande difficulté rencontrée étant essentiellement le temps imparti. Malgré cela l'implication des professionnels et des familles, leur générosité et le temps qu'ils nous ont consacré ont contribué à notre enquête afin de nous aider dans notre raisonnement.

En ce qui concerne les piliers d'établissement, sur 129 mails envoyés, seulement 31 ont répondu de façon favorable et à notre questionnaire.

En revanche, concernant les familles deux d'entre nous ont fait appel à l'assistante sociale de leur service afin d'obtenir les mails des familles ayant placé leurs proches en EHPAD. Nous avons en tout transmis 65 questionnaires et avons reçu tout de même 29 réponses.

Toutes les réponses ont été retranscrites sur Google Forms. Ce qui nous a permis d'obtenir des résultats en pourcentage et a facilité notre analyse.

### 4.3 Résultat de l'enquête

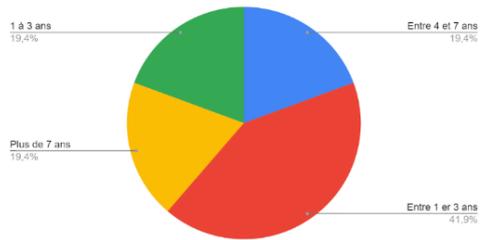
#### 4.3.1 Enquête auprès des piliers d'établissement

Voici les données que nous pouvons extraire de notre premier questionnaire, adressé aux acteurs des EHPAD intervenant dans le déroulement de l'accueil.



- Question 1 : ce sont 48% des IDEC/Cadres qui ont répondu, puis 25,8% pour les directeurs et enfin MEDCO et psychologues représentent chacun 12.9%

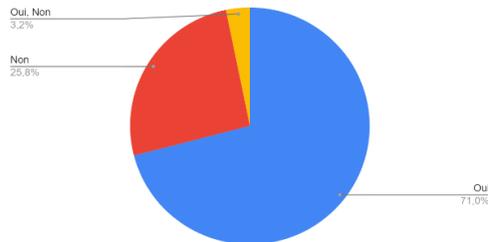
Question 2 - Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?



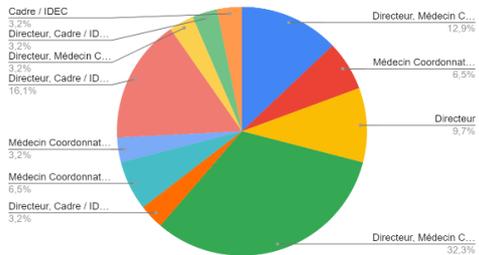
- Question 2 : pour l'ensemble des acteurs, l'ancienneté dans la fonction représente à plus de 61% une expérience de 1 à 3 ans.

Les questions 3 à 11 concernent directement le type de procédure d'accueil (si elle existe), formalisée dans les structures.

Question 3 - Existe-t-il une commission des admissions au sein de votre établissement ?

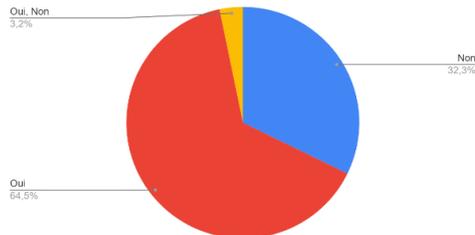


Si oui, quel est sa composition ?



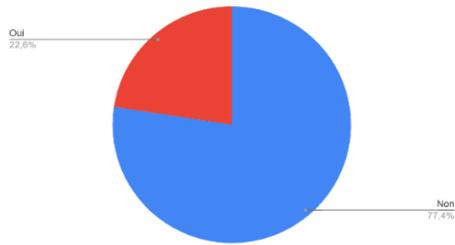
- Question 3 : il existe une commission des admissions pour 74,2% d'entre elles.

Question 4 - Organisez-vous toujours une visite de préadmission (VPA) pour les futurs résidents ?



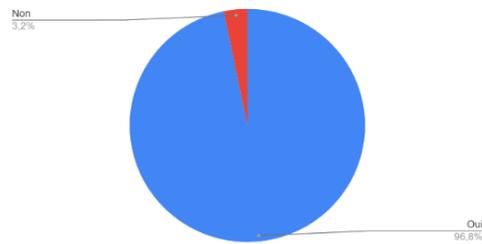
- Question 4 : sa composition comprend 80,6% de Directeurs, 90,3% d'IDEC, 64,5% de MEDCO, 19,4% de psychologues et 29% de secrétaires.

Question 5 - La psychologue est-elle présente lors des VPA ?

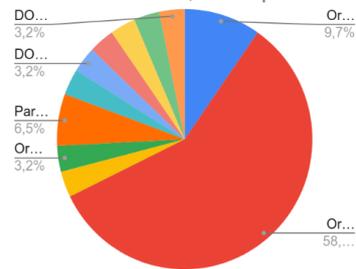


- Questions 4 et 5 : 67,7% des structures organisent une VPA pour laquelle la présence du psychologue représente 22,6%.

Question 6 - Le professionnel qui réalise la VPA fait-il un compte-rendu aux équipes avant son admission ?

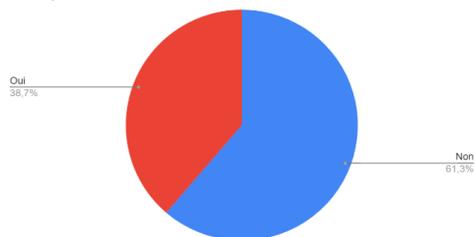


Nombre de Si oui, sous quelle forme ?



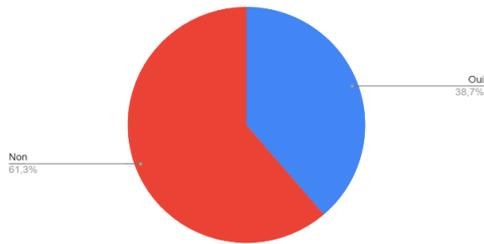
- Question 6 : 96,8% des professionnels font un compte-rendu aux équipes avant l'entrée du résident. Ce compte-rendu est majoritairement réalisé à l'oral (83,9%) et consolidé par un écrit dans 71% des cas.

Question 7 - Existe-t-il une procédure écrite pour formaliser cette préadmission ?

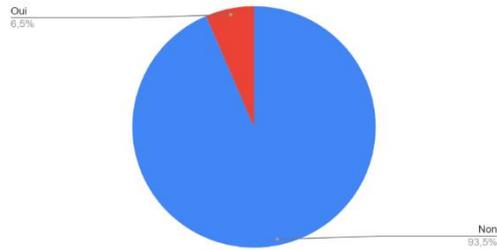


- Question 7 : il existe une procédure écrite de la VPA pour 38,7%, les 61% restants n'en ont pas.

Question 8 – Si, le futur résident ne peut pas se déplacer, une visite à domicile ou à l'hôpital est-elle organisée ?

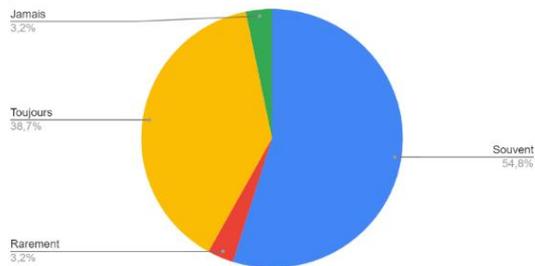


Question 9 - Au vu de la crise sanitaire, pratiquez-vous des visites virtuelles (en Visio) ?



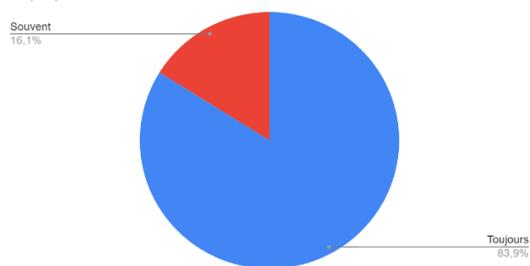
- Questions 8 et 9 : seulement 38,7% organisent une visite en externe lorsque le futur résident ne peut se déplacer ; et seulement 6,5% ont organisé une visite virtuelle par rapport à la crise sanitaire.

Question 10 - La famille /Tuteur est-elle présente aux visites de préadmission ?

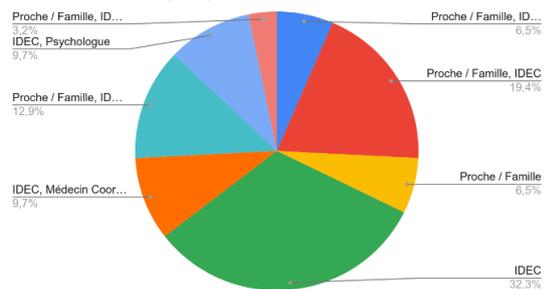


- Question 10 : famille ou tuteur est souvent présent à cette VPA (54,8%), toujours pour 38,7% et rarement ou jamais pour 3,2%.

Question 11 - La démarche de l'entrée en institution est-elle expliquée au futur résident ?



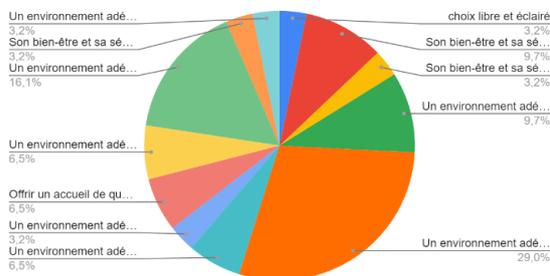
Nombre de Si oui, par qui ?



- Question 11 : la démarche d'entrée en institution est toujours expliquée pour 83,9% des cas et souvent pour les 16% restants. Pour 93,5%, l'IDEC fait cette démarche et 48,4% des familles/proches la renforcent.

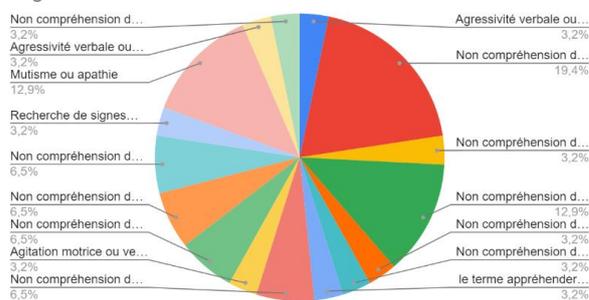
Les questions 12 à 14 sont plus ciblées sur comment sont envisagés les troubles cognitifs pour la personne.

Question 12 - Pour vous, quel est le but de la recherche du consentement de la personne âgée démente ?



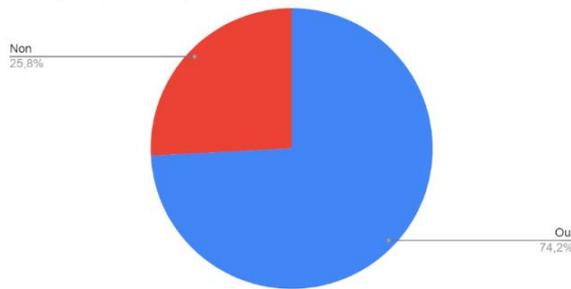
- Question 12 : concernant le but de la recherche du consentement chez la personne âgée démente, à 80,6% touche à son bien-être et sa sécurité ; permet pour 74,2 % d’offrir un environnement adéquat à son mode de vie et un accueil de qualité ; pour 45,2%, cela permet de proposer des activités adaptées ; une structure a répondu que cela permet de respecter le choix libre et éclairé et une autre que l’information réitérée permet à la personne démente de ne pas être totalement passive dans ce processus.

Question 13 - Comment appréhendez-vous les troubles cognitifs lors de cette visite ?

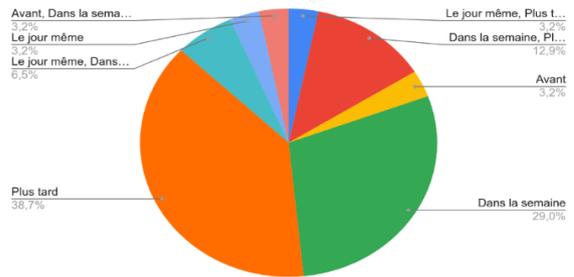


- Question 13 : aborde la manière dont les troubles cognitifs sont appréhendés lors de la visite. Pour 71%, c’est la non compréhension des questions posées, pour 64,5% c’est le mutisme ou l’apathie, pour 51,6% c’est l’agitation motrice ou verbale manifestée, pour 45,2% c’est l’agressivité verbale ou physique, 38,7% recherchent des signes d’anxiété, pour une structure, il faut tenir compte de la possibilité de réaliser un Tinetti et enfin, pour une structure, cela reste ambigu car l’évaluation se fait aussi sur les éléments rapportés par l’entourage.

Question 14 - Est-ce que la psychologue rencontre les proches de façon systématique ?



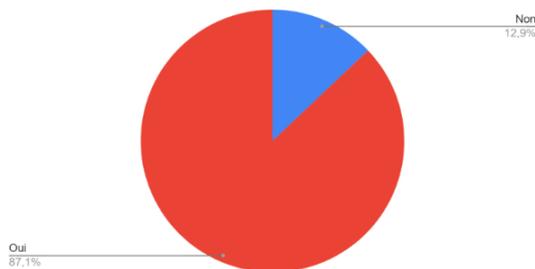
Si oui, à quel moment de son arrivée ?



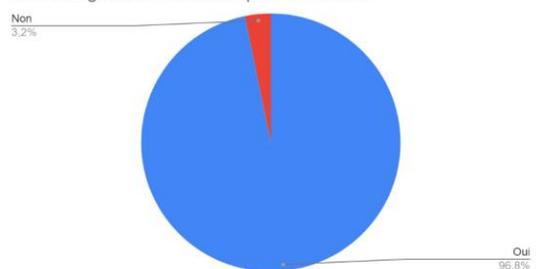
- Question 14 : la psychologue rencontre les proches systématiquement dans 74,2% des cas, cette rencontre se passe pour 6,5% avant l'entrée, le jour même pour 12,9%, dans la semaine de l'entrée pour 51,6% et plus tard pour 58,1%

Les questions 15 et 16 portent sur l'importance de la VPA dans l'accueil de la personne.

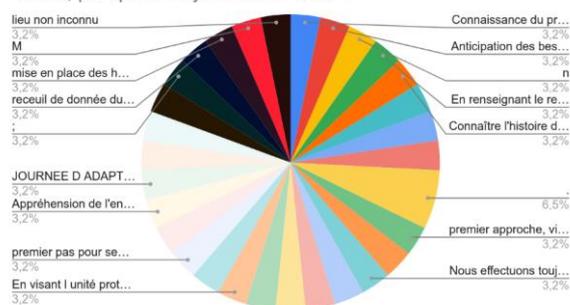
Question 15 - Pensez-vous que la préadmission soit primordiale pour le projet de vie ?



Question 16 - Pensez-vous que cet accueil puisse être amélioré grâce à la visite de préadmission ?



Si oui, par quels moyens selon vous ?

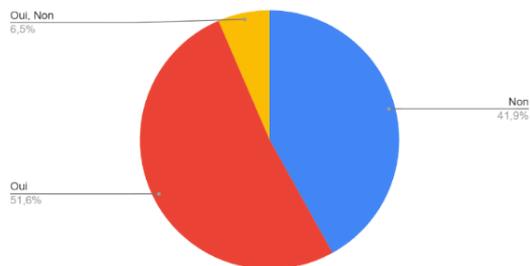


- 87,1% des structures interrogées pensent que la VPA est primordiale pour le projet de vie et 96,8% pensent que cela participe à améliorer l'accueil.

- Nombre de moyens d'amélioration sont proposés pour cet accueil (réponses courtes ouvertes) : repas, goûter, instaurer une première approche et présentation des équipes, organiser un accueil de jour d'adaptation, instaurer plusieurs visites répétitives avec des "passeurs " différents pour familiariser la personne avec son nouvel environnement, procurer des repères visuels, construire un recueil de données plus complet favoriserait une meilleure anticipation, moyens visant à diminuer les appréhensions, l'anxiété.

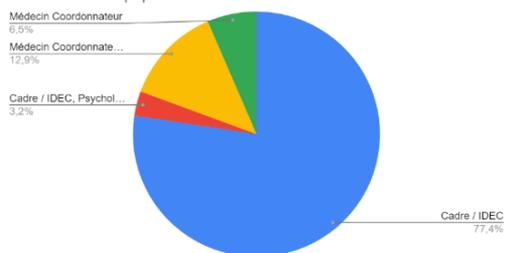
Les dernières questions touchent aux dernières phases du déroulement de l'accueil imminent.

Question 17 - Donnez-vous une première réponse au futur résident ou à sa famille le jour même ?



- Question 17 : 58,1% des structures donnent une première réponse au futur résident ou à sa famille le jour même.

Question 18 - Lorsque la réponse est positive, qui présente le dossier aux équipes en réunion ?

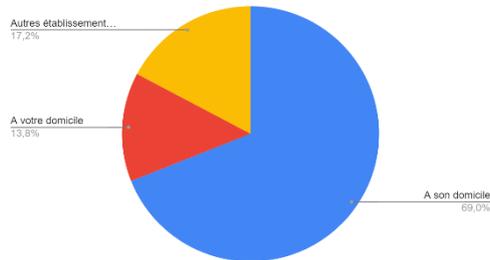


- Question 18 : lorsqu'elle est positive, dans 93,5% des cas, c'est l'IDEC qui présente le dossier définitif aux équipes. Dans 19,4%, c'est le MEDCO et seulement dans 1 cas, le psychologue.



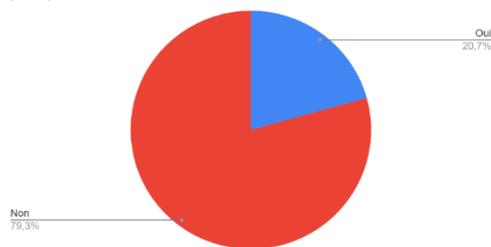
conjoint et 5% de l'épuisement de l'aidant, les autres catégories sont de 3.4% (refus d'aide des enfants, âge élevé pour une MAS...)

Question 2 - Avant d'être accueilli en EHPAD où vivait-il ?



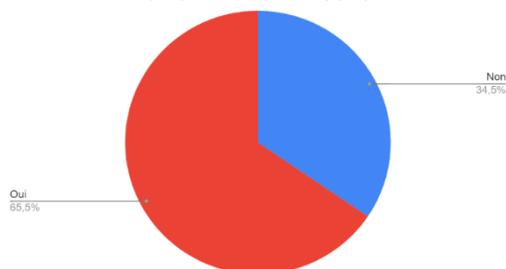
- Question 2 : s'agissant du lieu de vie précédent l'entrée en EHPAD 69% des résidents vivaient encore à leur domicile, seul 13.8% vivaient au domicile de la famille et 17.2% étaient dans d'autres établissements (hôpitaux, MAS, autre lieu de vie...)

Question 3 - Son admission a-t-elle été faite dans la précipitation ?



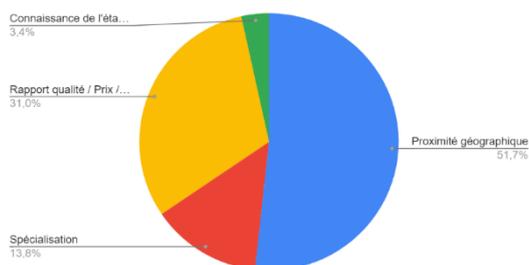
- Question 3 : les réponses nous indiquent que dans 79.3% l'entrée s'est faite progressivement contre 20.7% dans la précipitation avec probablement une préparation très succincte

Question 4 - A-t-il(elle) eu le temps de s'y préparer ?



- Question 4 : elle reprend la question 3 quant à la préparation de l'entrée en institution qui s'est faite dans 65.5% des cas et pour 34.5% des cas il n'y a eu aucune préparation

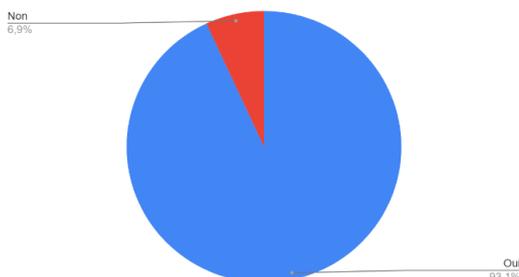
Question 5 - Quels sont les critères qui vous ont fait choisir cet établissement ?



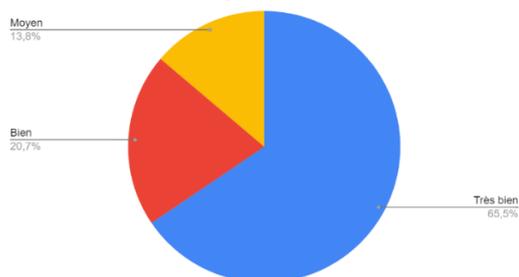
- Question 5 : elle répond aux raisons de choix de l'institution, pour 51.7% elle correspond à la proximité géographique, pour 31% à des choix économiques et aux prestations proposées, la spécialisation ne représente que 13.8% et 3.4% en connaissance de l'établissement.

Les questions 6 à 10 visent la préparation de l'entrée plus spécifiquement avec le ressenti des familles, proches mais également l'influence de ces étapes sur leur choix d'établissement. Nous savons à ce jour que pour une entrée en établissement une visite de préadmission peut être proposée pour améliorer le quotidien de chaque résident et nous démontrons alors la relation entre la visite effectuée et la qualité de vie du résident.

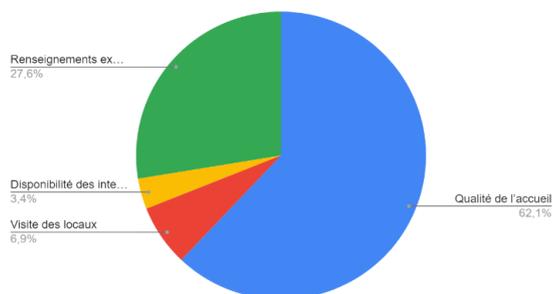
Question 6 - Y'a-t-il eut une visite de pré admission (VPA) ?



Si oui, comment s'est-elle passée ?



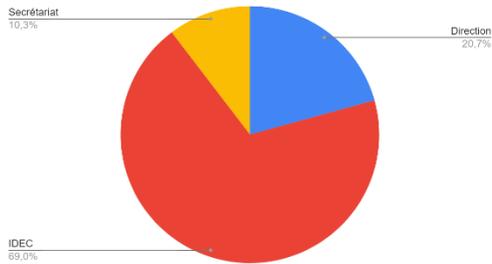
Qu'avez-vous apprécié ?



- Question 6 : elle met en évidence le taux de visite de préadmission qui indique que 93.1% ont effectué cette visite contre 6.9% non.

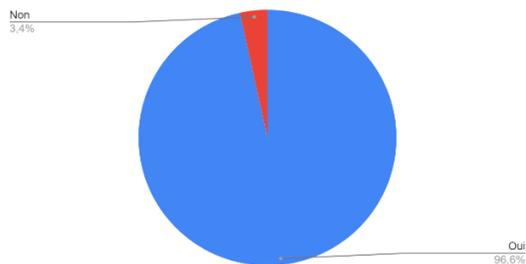
Pour 65.5% cette visite s'est très bien déroulée, pour 20.7% elle s'est bien déroulée et pour 13.8% moyennement bien déroulée. Les points positifs de cette visite ont été pour 62.1% la qualité de l'accueil, pour 27.6% la qualité et l'exhaustivité des renseignements reçus, pour 6.9% la visite des locaux et pour 3.4% la disponibilité des interlocuteurs

Question 7- Par qui avez-vous été contacté la première fois ?

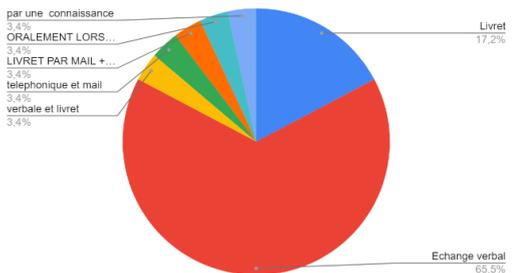


- Question 7 : elle est en rapport avec la question 6 concernant le premier contact, en effet pour 69% c'est l'IDEC qui a contacté les proches pour l'organisation de la visite, pour 20.7% c'est la direction et pour 10.3% le secrétariat

Question 8 - Lors de la VPA, Avez-vous eu toutes les informations concernant le fonctionnement et les missions de...

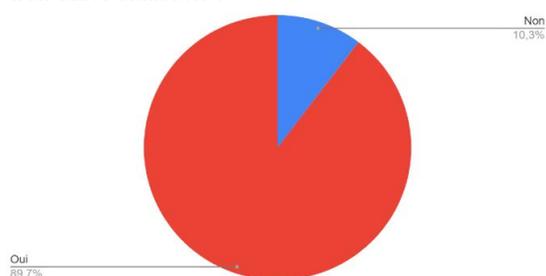


Si oui, sous quel format ?

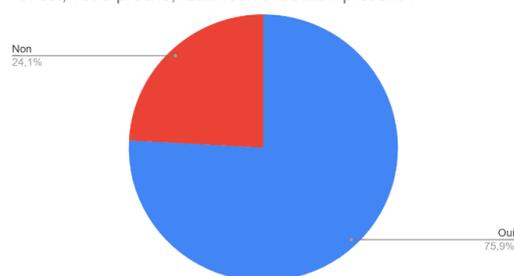


- Question 8 : elle concerne le fonctionnement et les missions de l'établissement pour laquelle 96.6% des proches estiment avoir eu toutes les informations nécessaires relatives au fonctionnement de l'établissement contre 3.4% pour lesquels ces informations n'ont pas été complètes. S'agissant du format concernant ses informations, elles ont été transmises pour 65.5% par un échange verbal, pour 17.2% oralement lors de la visite, pour 3.4% verbalement et par livret, pour 3.4% par téléphone et par mail, 3.4% par livret par mail puis par échange verbal, 3.4% verbalement et par livret et 3.4% par une connaissance.

Question 9 - Vous a-t-on proposé de visiter la structure avant toute autres démarches ?

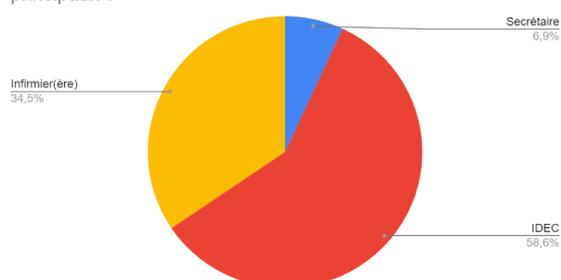


Si oui, votre proche, futur résident était-il présent ?



- Question 9 : s'agissant de la visite en elle-même, 89.7% qui ont été contacté ont reçu la proposition d'une visite de préadmission avant d'entamer les démarches contre 10.3% qui ont entamés les démarches uniquement. Sur ces propositions de visites, 75.9% ont pu les effectuer en présence du proche futur résident contre 24.1% qui l'ont effectué seuls

Question 10 - Par la suite, quels ont été vos interlocuteurs principaux ?



- Question 10 : elle répond aux attentes des familles et proches de résidents concernant leur interlocuteur privilégié. Pour 58.6% c'est l'IDEDEC interlocuteur principal, 34.5% l'IDE et pour 6.9% le secrétariat.

#### 4.4 Analyse de l'enquête

Après lecture et évaluation des réponses apportées par les piliers mais également les familles des résidents, nous avons conclu que, si la visite de préadmission est d'une importance cruciale pour le résident, elle l'est également pour ses proches. Malheureusement elle reste encore parfois non exploitée par certains établissements probablement pour par manque de professionnels (MEDCO et IDEC notamment). Certains établissements ne disposant pas non plus de la présence d'un psychologue.

La visite d'entrée en établissement est une façon de mieux entrevoir son futur proche, de se rendre compte que malgré les années les résidents comptent encore et sont reconnus comme des êtres à part entière socialement mais surtout humainement. Que ces derniers présentent ou non des troubles cognitifs ou du comportement, leur sentiment d'appartenance reste intact.

Nous avons détecté que pour les familles, la proximité géographique reste importante afin de ne pas briser les liens familiaux déjà fragilisés par le fait de quitter le domicile, « s'éloigner » de ses repères et valeurs. Nous avons pu le constater tout au long de notre travail, l'accueil est un processus qui comprend plusieurs phases. Il est d'autant plus complexe lorsqu'il concerne la personne âgée démente.

Quand est-il donc de l'adéquation entre les recommandations de l'ANESM<sup>12</sup> et la pratique ?

Pour l'ANESM, il s'agit lors d'une demande de prise en charge de vérifier si les besoins sont en adéquation avec l'offre de la structure. C'est le rôle de la commission d'admission. Elle existe en effet pour les trois quarts des établissements interrogés. Nous pouvons alors nous demander comment procèdent les 25% restants. Qui analyse les demandes de placement ? Qui donne son aval pour tel ou tel dossier ?

Examinons maintenant le déroulé de la préparation de cet accueil. La VPA est majoritairement réalisée par les structures mais plus de 30% n'en font pas. Nous pouvons en déduire qu'il existe des règles parfois arbitraires (ou subjectives) pour valider l'entrée d'un résident. Ce qui s'ajoute aux structures qui n'ont pas de commission d'admission. Est-ce dans l'intérêt du futur résident ? Selon nous, c'est peu probable car l'adaptation à son nouveau lieu de vie n'en sera pas facilitée. Et même si la quasi-totalité des structures réalise un compte-rendu oral de cette VPA, très peu ont une réelle procédure écrite de celle-ci. Cela laisse supposer l'utilisation de critères aléatoires pouvant varier d'une demande à l'autre.

Dans le cadre où la VPA est organisée, il est important de constater qu'un proche ou un représentant légal est présent. Ce qui contribue selon nous, à rassurer le futur résident et ses proches sur le rôle qu'ils auront dans cette organisation. Cela leur permet de découvrir ce nouveau cadre de vie, de s'y construire les premiers repères. Et même, si la personne ne peut exprimer pleinement son consentement, les explications, les informations et l'attention portées tout au long du processus, la feront se sentir acteur et au centre de l'intérêt de tous.

La dégradation de son état cognitif ne doit pas dispenser de la recherche du consentement, ou du moins de son approbation. Pour des motifs divers, les structures pensent que cela conditionne bien-être, sentiment de sécurité, environnement favorable, et ce même si la démence s'apprécie de manière différente d'une institution à l'autre.

Dans presque tous les cas, la VPA est garante d'un accueil de qualité pour la personne. L'implication de l'IDEC est importante que ce soit auprès des familles ou des différents professionnels de santé. S'il n'est pas possible pour une grande majorité des structures de proposer un temps d'inclusion avant l'entrée définitive, lorsqu'il est pratiqué, c'est un gage supplémentaire d'un accueil réussi.

---

<sup>12</sup> ANESM. *Analyse documentaire relative à l'accueil et au projet personnalisé en Ehpad*. Mars 2011, p 23 à 27.

## Conclusion

L'état d'esprit dans lequel le futur résident et sa famille abordent l'entrée en institution présente une importance capitale. Non préparées, les entrées génèrent souvent un pronostic sombre dès les six premiers mois. La visite de préadmission semble déterminante car elle permet de gagner la confiance des futurs résidents et de leurs familles, prévient les difficultés prévisibles au cours du séjour et facilite les contacts avec les personnes de l'établissement. L'IDEC peut jouer un rôle facilitant dans cette relation et parfois même de médiateur en cas de conflit.

L'accueil est un moment décisif pour la qualité de vie du futur résident, tant dans la prise en charge médicale que sanitaire et sociale. Il faut respecter les désirs et les choix du sujet âgé, recueillir son adhésion au projet de soins, sans le contraindre même quand il est atteint d'une démence. Le recueil du consentement joue un rôle important lors des étapes de l'accueil de ce dernier. Il s'agit à ce moment précis de faire partager un sentiment au futur résident, de ne pas lui faire sentir que cette entrée est un choix "subi" mais peut-être un lieu qui s'avèrera moins anxiogène lorsque la dépendance est déjà installée.

L'application de certaines mesures d'améliorations dans la prise en soins en EHPAD permet de démontrer au nouveau venu qu'il est attendu : un accueil chaleureux, avec une attention particulière du personnel, la reconnaissance du nouvel arrivant par l'ensemble des collaborateurs amené à être en contact avec lui. Le saluer par son nom constitue la base de l'accueil.

Si le résident est d'accord, offrir un apéritif de bienvenue, organiser un premier déjeuner sur place avec la famille : l'arrivée prend alors une dimension festive. Impliquer les résidents dans l'accueil du nouveau venu. La chaleur humaine et le comportement général de chacun se traduisent aussi par le sourire : *« La gaieté est importante dans la création d'une ambiance conviviale où il fait bon vivre »*.

Proposer un bilan intermédiaire au résident ou à sa famille, intégrant à part entière le référent soignant afin d'entrevoir des réajustements si nécessaire, favoriserait ainsi le maintien de l'autonomie mais aussi le "bien vivre" en EHPAD. Il faut aussi promouvoir l'aide aux aidants car il constitue aussi une priorité au moment de l'accueil. Il pourrait être intéressant de renforcer le soutien psychologique des familles par la présence systématique d'un psychologue.

A propos des soignants, le travail en équipe dans de bonnes conditions de travail et en partenariat avec la famille constitue un levier indispensable. Tous les acteurs en seront bénéficiaires. Toutefois si l'aidant est un partenaire naturel de l'accueil, la présence d'un psychologue semble aussi essentielle dans sa prise en soins. C'est pourquoi, il est important de ne pas oublier le bien-être psychologique de l'ensemble du personnel ainsi que les échanges d'informations inter-équipes.

Enfin pour une meilleure intégration du résident dément, la formation continue du personnel sur les troubles du comportement semble être une évidence. Le personnel bien formé adaptera de manière optimale sa prise en soins avec un regard différent sur sa fonction et ses limites.

Il existe bon nombre de recommandations, de bonnes pratiques énumérées mais qui malheureusement restent bien souvent soit non appliquées soit peu appliquées.

Nous souhaitons que le fruit de notre travail de mémoire devienne un outil de travail, un axe d'amélioration dans nos pratiques et pourquoi pas l'exploiter afin d'uniformiser les pratiques sur notre territoire en s'appuyant sur les textes et recommandations déjà existants.

En effet, lors des demandes d'admission, dès la constitution du dossier il s'agirait d'orienter le futur résident sur une structure bénéficiant d'une unité fermée mais également d'un PASA, de rassurer par cela la famille mais également le résident par une prise en charge globale.

Comprenant que parfois une admission est un pas difficile à franchir, le consentement est parfois dur à recueillir, si nous pouvions proposer dans la mesure du possible une entrée "graduelle". Comprenons par-là que l'entrée à proprement parler se ferait par étapes telles que prendre un repas sur place, passer une demi-journée voire une journée dans l'établissement ou participer à une activité proposée.

Normaliser une "période d'essai" d'un séjour temporaire à une entrée définitive. Sachant que cela risque d'être compliqué administrativement ou logistiquement mais rendrait l'entrée "définitive" plus "acceptable" dans la mesure où la personne pourrait prendre doucement ses repères et appréhenderait son environnement.

Nous souhaiterions mettre un accent sur l'admission de ce futur résident, qui doit sentir qu'il est attendu, notamment en invitant ce jour-là les autres résidents à venir l'accueillir et ce pourquoi pas en musique afin de créer une ambiance chaleureuse.

L'ANESM préconise l'ouverture vers l'extérieur des établissements, nous pourrions alors créer des évènements tels que journées portes ouvertes, goûters à thèmes avec la participation des différents intervenants extérieurs et surtout la participation des médecins traitants mais adressés également à la population tous âges confondus. Cette action permettrait de voir l'EHPAD sous un autre jour, de dédramatiser le changement de vie des résidents mais également de briser les idées reçues sur la vie en établissement.

Les personnes atteintes de troubles cognitifs ou du comportement sont sensibles et réceptives aux animaux, nous aimerions penser que l'intégration d'animaux de compagnie pourrait faire partie du maintien des facultés et de l'autonomie de certains résidents, en leur donnant un centre d'intérêt qu'ils avaient peut-être au domicile.

## **Résumé**

**Mots-clés :** Accueil, Admission, Personne âgée, Consentement, Démence, Famille, EHPAD, IDEC, Bonnes pratiques, Droits.

L'entrée en institution pour la personne âgée démentie et sa famille est une étape de la vie essentielle et, le plus souvent, difficile. Se questionner sur les conditions de cette entrée apparaît donc primordial. Il s'agit de mettre en adéquation un lieu de vie avec un individu, la personne âgée, atteinte de certains troubles cognitifs, et ses proches.

En tenant compte de diverses contraintes, comment l'IDEC articule-t-elle tout ce processus du temps de l'accueil ?

Textes de loi et bonnes pratiques permettent aux EHPADs de construire et de mettre en œuvre une procédure d'accueil de la personne âgée démentie afin de lui offrir respect de ses droits et qualité pour cet événement important de sa vie.

Cependant, après avoir établi une procédure type "idéale", il s'avère que les pratiques diffèrent.

Nous constatons que 30% des établissements demeurent en dehors de cette procédure. Alors que d'autres tentent d'initier de nouveaux outils tel qu'un temps d'inclusion qui permet aux différents acteurs, avec rôle non négligeable de l'IDEC, et un travail multidisciplinaire de placer le futur résident et sa famille au centre de l'action. Ce travail est un axe important dans le processus de consentement du futur résident.

Ces orientations nouvelles renforcent l'image d'un lieu de vie où il fera bon vivre car le temps de l'accueil y est repensé avec soin et bienveillance.

## **Abstract**

**Keywords :** Réception, Admission, Elderly, Consent, Dementia, Family, Nursing home, IDEC, Good practices, Rights.

Entering an institution for the demented elderly person and his or her family is an essential and, more often than not, difficult stage of life. Questioning the conditions of this entry therefore seems essential. It is a question of matching a place of life with an individual, the elderly person, suffering from certain cognitive disorders, and his relatives.

Taking into account various constraints, how does IDEC articulate this whole process of the time of reception?

Legal texts and good practices allow EHPADs to build and implement a procedure for welcoming the demented elderly person in order to offer him respect for his rights and quality for this important event in his life.

However, after establishing an "ideal" standard procedure, it turns out that practices differ.

We note that 30% of establishments remain outside this procedure. While others try to initiate new tools such as a time of inclusion that allows the different actors, with a significant role of the IDEC, and a multidisciplinary work to place the future resident and his family at the center of the action. This work is an important axis in the consent process of the future resident.

These new orientations reinforce the image of a place of life where it will be good to live because the time of the welcome is rethought with care and benevolence.

## Bibliographie

### Textes législatifs et règlementaires :

- Loi n° 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale JORF du 3 Janvier 2002
- Charte des droits de la personne âgée accueillie parue dans l'annexe à l'arrêté du 08 Septembre 2003 et mentionné par l'article L31-4 du code de l'action sociale et des familles
- Le décret du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable de l'Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD)
- Le décret du 27 mai 2005 relatif aux missions des MEDCO
- Prévu par l'article 58 de la "*Loi d'adaptation de la société au vieillissement*" (appelée aussi loi ASV ou Loi Vieillesse) du 28 décembre 2015,
- Depuis l'arrêté du 3 mars 2010 (publié le 10 mars 2017), les CPOM vont donc se substituer progressivement aux convention tripartites pluriannuelles des EHPAD

### Mémoires :

- La recherche du consentement chez la personne âgée entrant en EHPAD, un idéal à mettre en œuvre de Christophe CAPRON 2014/2015 EHESP.
- La visite de préadmission. Un enjeu pour un nouveau lieu de vie. Mémoire Université Paris Descartes 2014/2015 – Mme Melendez Carmen

### Sites internet :

- Cairn.info
- Pour-les –personnes-agées.gouv.fr
- Santépubliquefrance.fr PDF Page 8 à 10
- legifrance.gouv.fr
- Solidarités.gouv.fr
- Bu.parisdescartes.fr
- <https://www.weka.fr/action-sociale/dossier-pratique/accueil-des-personnes-agees-en-etablissement-le-lien-familial-et-le-ressenti-des-familles>

### Revue et livres :

- MOULIAS Robert. Pour de bonnes pratiques de l'admission en institution gériatrique. *Gérontologie et Société*, juin 2007, N° 121, p 227 à 249.

- Place du consentement de la personne âgée lors de son entrée en EHPAD - *Gérontologie et Société*, 2009, volume 32, n°131.

- Claudine Badey-Rodriguez. "L'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale" dans revue *Gérontologie et Société* 2005 vol 18 n°112

- Jean-Jacques Amyot : choisit-on d'entrer en établissement pour personnes âgées? 2009

**Articles et recommandations :**

- Recommandations de l'ANESM sur "La qualité de vie en EHPAD" volet 1 – de l'accueil de la personne à son accompagnement 2010 Accueil et procédures page 9

- ANESM. *Analyse documentaire relative à l'accueil et au projet personnalisé en Ehpad*. Mars 2011, p 23 à 27.

- Recommandations des bonnes pratiques de l'ANESM 'Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé'



**DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT**

(4 PAGES)

**1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL**

**Civilité :** Monsieur  Madame

Nom d'usage   
Nom de naissance   
Prénom(s)

Date de naissance  Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

**Situation familiale (cocher la mention utile)**

Célibataire  Vie maritale  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf (vé)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

Présence d'un aidant<sup>1</sup> : OUI  NON

Désignation d'une personne de confiance<sup>2</sup> : OUI  NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI  NON

**2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)**

Domicile  Chez enfant/proche  Résidence autonomie  Résidence service seniors  Long séjour

FHPAD  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**Adresse**

N° voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>2</sup> La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles (D. 311-0-4 CASF)).

**Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)**

SAAD<sup>1</sup>  SSIAD<sup>2</sup>  SPASAD<sup>3</sup>  Accueil de jour  HAD  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : \_\_\_\_\_

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA...)<sup>4</sup> ? OUI  NON

**Contexte de la demande d'admission** (Toute information utile à préciser)

**3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

- La personne concernée elle-même : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

**Personne A : Nom d'usage**

**Nom de naissance**

**Prénom(s)**


**Adresse 1**

N° Voie, rue, boulevard \_\_\_\_\_

Code postal 

--	--	--	--	--

 Commune/ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

**Personne B : Nom d'usage**

**Nom de naissance**

**Prénom(s)**


**Adresse 2**

N° Voie, rue, boulevard \_\_\_\_\_

Code postal 

--	--	--	--	--

 Commune/ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

<sup>1</sup> SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

<sup>2</sup> SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

<sup>3</sup> SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

<sup>4</sup> Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

#### 4. PROTECTION JURIDIQUE

**Mesure de protection juridique** : OUI  NON  EN COURS<sup>1</sup>

Si OUI, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Habilitation familiale<sup>2</sup>

Mandat de protection future<sup>3</sup> actif<sup>4</sup>  non actif

#### **État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale**

**Civilité** : Monsieur  Madame

**Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné**

**Nom de naissance**

**Prénom(s), s'il s'agit d'une personne**

**Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement**


#### **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal      Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

#### 5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

**Un médecin traitant a-t-il été désigné ?** : OUI  NON

Si OUI :

Nom

Prénom

#### **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal      Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Demande d'ouverture de protection juridique effectuée

<sup>2</sup> L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

<sup>3</sup> Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

<sup>4</sup> Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

**6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)**

**Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?**

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite :  Précisez : \_\_\_\_\_
- Aide sociale à l'hébergement : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI  NON
- Prestation pour tierce personne : OUI  NON

**AUTRES COMMENTAIRES**

**Date de la demande : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_**

**Signature de la personne concernée ou de son représentant légal**

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

## DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

**Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil**

Demande urgente OUI  NON

**Civilité :** Monsieur  Madame

Nom d'usage   
Nom de naissance   
Prénom(s)

Date de naissance

**Médecin qui renseigne le dossier**

**Nom – prénom :**

**Adresse :**

**N° de téléphone :**

**Contexte de la demande (cocher la mention utile)**

Soutien à domicile difficile<sup>1</sup>

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie)  le cas échéant indiquez la date de sortie : \_\_\_\_\_  
Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI  NON

Si oui, dans quel service ? \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées<sup>2</sup> ? OUI  NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI  NON

**Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)**

Nom - Prénom   
Adresse - N° Voie,   
rue, boulevard   
Code postal  Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI  NON

**Coordonnées du médecin spécialiste :**

<sup>1</sup> Problématiques financières : sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

<sup>2</sup> Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_professionnels\\_v11\\_actualisation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf)

<b>Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques</b>	<b>Pathologies actuelles et état de santé<sup>1</sup></b>
	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).	

Taille  Poids  Amaigrissement récent<sup>2</sup>

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles <sup>3</sup>	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :  Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile			Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez)		

Risque de chute 

Oui	Non
-----	-----

 Risque de fausse route 

Oui	Non
-----	-----

 Soins palliatifs 

Oui	Non
-----	-----

<sup>1</sup> Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.  
<sup>2</sup> Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).  
<sup>3</sup> Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		

Données sur l'autonomie		A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>	Symptômes comportementaux et psychologiques <sup>4</sup>	Oui	Non
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)					Idées délirantes		
Déplacement	À l'intérieur				Hallucinations		
	À l'extérieur				Agitation, agressivité		
Toilette	Haut				Dépression, dysphorie		
	Bas				Anxiété		
Élimination	Urinaire				Exaltation de l'humeur/dysphorie		
	Fécale				Apathie, indifférence		
Habillage	Haut				Désinhibition		
	Moyen				Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
	Bas				Comportement moteur aberrant :		
					- déambulations pathologiques		
Alimentation	Se servir				- gestes incessants		
	Manger				- risque de sorties non accompagnées		
Alerter					Troubles du sommeil		
Orientation	Temps				Troubles de l'appétit		
	Espace						
Cohérence	Communication						
	Comportement						

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		
Stade :		

<sup>1</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

<sup>2</sup> B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

<sup>3</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

<sup>4</sup> Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe ( <i>morphine, insuline, ...</i> )		

<b>Durée du soin :</b>
<b>Type de pansement (<i>préciser</i>) :</b>

**Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)**

**Signature, date et cachet du médecin**

## Annexe II

### ENQUETE : LA PROCEDURE D'ACCUEIL DE LA PERSONNE AGEE DEMENTE

Dans le cadre de notre Diplôme Universitaire d'Infirmière Référent et Coordinatrice en EHPAD nous rédigeons un mémoire collectif sur les modalités d'admission et le rôle de l'équipe pluridisciplinaire lors de celle-ci.

Pour cela nous vous remercions pour votre participation en remplissant ce questionnaire rapide ce qui orientera notre réflexion professionnelle pour la rédaction de notre travail.

#### Questionnaire pour les piliers de l'établissement (Directeur, Cadre / IDEC, Médecin Coordonnateur, Psychologue)

1 - *Quelle est votre fonction ?*

Directeur	Cadre / IDEC
Médecin Coordonnateur	Psychologue

2 - *Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?*

Entre 1 et 3 ans	Entre 4 et 7 ans	Plus de 7 ans
------------------	------------------	---------------

3 - *Existe-t-il une commission des admissions au sein de votre établissement ?*

Oui	Non
-----	-----

*Si oui, quel est sa composition ?*

Directeur	Médecin Coordonnateur	Cadre / IDEC
Psychologue	Secrétaire	

4 - *Organisez-vous toujours une visite de préadmission (VPA) pour les futurs résidents ?*

Oui	Non
-----	-----

*Si oui, qui la réalise ?*

IDEC	Médecin Coordonnateur	Psychologue
Directeur	Personnel soignant	Autres

5 - *La psychologue est-elle présente lors des VPA ?*

Oui	Non
-----	-----

6 - Le professionnel qui réalise la VPA fait-il un compte-rendu aux équipes avant son admission ?

Oui Non

Si oui, sous quelle forme ?

Oralement Par écrit Autres

7 - Existe-t-il une procédure écrite pour formaliser cette préadmission ?

Oui Non

8 - Si, le futur résident ne peut pas se déplacer, une visite à domicile ou à l'hôpital est-elle organisée ?

Oui Non

9 - Au vu de la crise sanitaire, pratiquez-vous des visites virtuelles (en Visio) ?

Oui Non

Si oui, l'IDEC participe-t-elle ?

Oui Non

10 - La famille /Tuteur est-elle présente aux visites de préadmission ?

Toujours Souvent Rarement Jamais

11 - La démarche de l'entrée en institution est-elle expliquée au futur résident ?

Toujours Souvent Rarement Jamais

Si oui, par qui ?

Proche / Famille IDEC Médecin Coordonnateur Psychologue

12 - Pour vous, quel est le but de la recherche du consentement de la personne âgée démente ?

Un environnement adéquat à son mode de vie - Son bien-être et sa sécurité

Les activités qui lui conviennent - Offrir un accueil de qualité

Autres...

13 - Comment appréhendez-vous les troubles cognitifs lors de cette visite ?

Non compréhension des questions - Agressivité verbale ou physique

Agitation motrice ou verbale

- Mutisme ou apathie

Recherche de signes d'anxiété

- Autres....

14 - *Est-ce que la psychologue rencontre les proches de façon systématique ?*

Oui

Non

*Si oui, à quel moment de son arrivée ?*

Avant

Le jour même

Dans la semaine

Plus tard

15 - *Pensez-vous que la préadmission soit primordiale pour le projet de vie ?*

Oui

Non

16 - *Pensez-vous que cet accueil puisse être amélioré grâce à la visite de préadmission ?*

Oui

Non

*Si oui, par quels moyens selon vous ?*

17 - *Donnez-vous une première réponse au futur résident ou à sa famille le jour même ?*

Oui

Non

18 - *Lorsque la réponse est positive, qui présente le dossier aux équipes en réunion ?*

Directeur

Médecin Coordonnateur

Cadre / IDEC

Psychologue

19 - *Un temps d'inclusion (de découverte) est-il proposé au futur résident avant l'entrée définitive ?*

Oui

Non

*Si oui, sous quelle forme ?*

Un goûter

Un repas

Une animation

Autres...

## Annexe III

### ENQUETE : LA PROCEDURE D'ACCUEIL DE LA PERSONNE AGEE DEMENTE

Dans le cadre de notre Diplôme Universitaire d'Infirmière Référente et Coordinatrice en EHPAD nous rédigeons un mémoire collectif sur les modalités d'admission et le rôle de l'équipe pluridisciplinaire lors de celle-ci.

Pour cela nous vous remercions pour votre participation en remplissant ce questionnaire rapide ce qui orientera notre réflexion professionnelle pour la rédaction de notre travail.

#### Questionnaire pour les familles des résidents de l'établissement

1 - Pour quelles raisons votre proche est-il(elle) en EHPAD ?

Maintien à domicile difficile	Epuisement de l'aidant	
Décès conjoint	Perte d'autonomie	Autres ...

2 - Avant d'être accueilli en EHPAD où vivait-il ?

A son domicile	A votre domicile	Autres établissements : .....
----------------	------------------	-------------------------------

3 - Son admission a-t-elle été faite dans la précipitation ?

Oui	Non
-----	-----

4 - A-t-il(elle) eu le temps de s'y préparer ?

Oui	Non
-----	-----

5 - Quels sont les critères qui vous ont fait choisir cet établissement ?

Spécialisation	Proximité géographique
Rapport qualité / Prix / Prestation	Autres...

6 - Y'a-t-il eu une visite de pré admission (VPA) ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, comment s'est-elle passée ?

Très bien	Bien	Moyen	Mauvaise
-----------	------	-------	----------

Qu'avez-vous apprécié ?

Qualité de l'accueil	Renseignements exhaustifs
Visite des locaux	Disponibilité des interlocuteurs

7- Par qui avez-vous été contacté la première fois ?

Direction                      Médecin Coordonnateur                      IDEC                      Secrétariat

8 - Lors de la VPA, Avez-vous eu toutes les informations concernant le fonctionnement et les missions de l'établissement ?

Oui                                      Non

Si oui, sous quel format ?

Livret                                      Echange verbal                                      Autres...

9 - Vous a-t-on proposé de visiter la structure avant toute autre démarches ?

Oui                                      Non

Si oui, votre proche, futur résident était-il présent ?

Oui                                      Non

10 - Par la suite, quels ont été vos interlocuteurs principaux ?

Directeur                      Médecin Coordonnateur                      IDEC                      Infirmier(ère)  
Aide-soignante Secrétaire                      Rééducateur                      Psychologue  
Psychomotricien                      Agent d'accueil                      Animatrice

## Annexe IV

### **Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance**

*Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.*

#### **1. Choix de vie**

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

#### **2. Cadre de vie**

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

#### **3. Vie sociale et culturelle**

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

#### **4. Présence et rôle des proches**

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

#### **5. Patrimoine et revenus**

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

#### **6. Valorisation de l'activité**

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

#### **7. Liberté d'expression et liberté de conscience**

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

#### **8. Préservation de l'autonomie**

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

#### **9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps**

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

#### **10. Qualification des intervenants**

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

#### **11. Respect de la fin de vie**

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

#### **12. La recherche : une priorité et un devoir**

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

#### **13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable**

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

#### **14. L'information**

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

# Annexe V

## Echelle Inventaire Neuro Psychiatrique

# SPCD NPI ES

Fonction de la personne interviewée : \_\_\_\_\_

Type de relation avec le patient :

- très proche/prodigue des soins quotidiens,
- proche/s'occupe souvent du patient,
- pas très proche/donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient.

NA = question inadaptée (non applicable) - F x G = Fréquence x Gravité																	
ITEMS	NA	Absent	Fréquence				Gravité			Retentissement							
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	5			
Idées délirantes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Hallucinations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Agitation/Agressivité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Dépression/Dysphorie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Anxiété	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Exaltation de l'humeur/Euphorie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Apathie/Indifférence	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Désinhibition	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Comportement moteur aberrant	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
<b>SCORE TOTAL 10</b>										<input type="text"/>							
<b>CHANGEMENTS NEUROVÉGÉTATIFS</b>																	
Sommeil	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
Appétit/Troubles de l'appétit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	x	1	2	3	=		1	2	3	4	5
<b>SCORE TOTAL 2</b>										<input type="text"/>							
<b>SCORE TOTAL 12</b>										<input type="text"/>							



## ANNEXE VI

### Concordance GIR et niveau de dépendance

Groupe GIR	Niveau de dépendance
GIR 1	Perte d'autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale
GIR 2	Fonctions mentales partiellement altérées mais capacités motrices conservées
GIR 3	Autonomie mentale mais besoin d'aide pour les soins corporels
GIR 4	Autonomie mentale et capacité à se déplacer au sein du domicile, mais des difficultés sur certaines tâches quotidiennes
GIR 5	Autonomie mentale totale et aucun problème pour ses déplacements dans son logement
GIR 6	Aucun problème dans la réalisation des actes de la vie courante