



ÉTAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC
Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

T +41 26 305 79 80
www.fr.ch/smc

—

Rapport final du projet des visites ciblées sur l'intégration des proches dans les établissements médico-sociaux du canton de Fribourg

Villars-sur-Glâne, le 4 décembre 2023

—

Direction de la santé et des affaires sociales **DSAS**
Direktion für Gesundheit und Soziales **GSD**

Table des matières

Liste des abréviations	3
Liste des tableaux et graphiques	4
Résumé	5
1. Introduction	6
1.1 Contexte.....	6
1.2 La thématique d'intégration des proches.....	6
1.3 Objectif du rapport.....	7
2. Méthodologie	8
2.1 Visites ciblées sur l'intégration des proches.....	8
2.2 Déroulement des visites.....	8
2.3 Récolte des données quantitatives.....	9
2.4 Récolte des données qualitatives.....	9
3. Résultats	10
3.1 Présentation des résultats pour les exigences légales.....	10
3.2 Présentation des résultats pour les bonnes pratiques.....	13
3.3 Comparaison des résultats avant et après la pandémie de COVID-19.....	20
3.4 Présentation des résultats des entretiens avec les directions des EMS.....	21
4. Bilan du projet des visites ciblées sur l'intégration des proches	24
4.1 Exigences légales.....	24
4.2 Bonnes pratiques.....	25
4.3 Impact de la pandémie de COVID-19.....	26
5. Conclusion	28
6. Bibliographie	29
7. Annexes	31
7.1 Annexe I : Document de visite pour le contrôle des exigences légales.....	31
7.2 Annexe II : Document de visite pour le contrôle des bonnes pratiques.....	33
7.3 Annexe III : Déroulement détaillé des visites ciblées sur l'intégration des proches.....	37
7.4 Annexe IV : Guide d'entretien utilisé lors des V-IP2.....	40

Liste des abréviations

AFISA-VFAS	Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées et de l'aide et des soins à domicile
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
DSAS	Direction de la santé et des affaires sociales
EMS	Établissement médico-social
HEdS-FR	Haute école de santé Fribourg
Max	Maximum
Méd	Médiane
Min	Minimum
OFS	Office fédéral de la statistique
P-Val	Valeur P
RAI	<i>Resident assessment instrument</i>
SMC	Service du médecin cantonal
SPS	Service de la prévoyance sociale
SSP	Service de la santé publique
V-IP1	Visites intégration proches 1
V-IP2	Visites intégration proches 2

Liste des tableaux et graphiques

- Tableau 1 :** Comparaison de l'atteinte des items par les institutions ayant reçu la V-IP2 avant et après la pandémie de COVID-19
- Graphique 1 :** Nombre d'institutions selon le nombre d'exigences légales atteintes lors des V-IP1 et lors des V-IP2
- Graphique 2 :** Nombre d'institutions par exigence légale atteinte lors des V-IP1 et lors des V-IP2
- Graphique 3 :** Nombre d'institutions selon le nombre d'items obligatoires « déclarés atteints » lors des V-IP1 et selon le nombre atteint lors des V-IP2
- Graphique 4 :** Nombre d'institutions selon l'item obligatoire « déclaré atteint » lors des V-IP1 et atteint lors des V-IP2
- Graphique 5 :** Nombre d'institutions selon le nombre d'items à choix « choisis à développer » ou « déclarés atteints » lors des V-IP1 et selon le nombre atteint lors des V-IP2
- Graphique 6 :** Nombre d'institutions selon l'item à choix « choisi à développer » ou « déclaré atteint » lors des V-IP1 et atteint lors des V-IP2
- Graphique 7 :** Comparaison de la moyenne d'items atteints par les institutions ayant reçu la V-IP2 avant et après la pandémie de COVID-19

Résumé

En janvier 2016, le Service du médecin cantonal (SMC) démarre le projet des visites ciblées sur l'intégration des proches dans les 48 EMS du canton de Fribourg. Ce projet est composé de deux cycles de visites ciblées d'environ deux ans chacun. Ces visites ont été effectuées par une équipe du SMC, à l'aide de documents d'évaluation. Durant ces visites, huit exigences légales, six bonnes pratiques obligatoires, ainsi que 21 bonnes pratiques à choix ont été évaluées. Parmi les bonnes pratiques à choix, dix devaient être atteintes au minimum.

La partie du projet évaluant les huit exigences légales présente d'excellents résultats avec une moyenne d'atteinte des huit exigences de 91%. La partie du projet évaluant les six bonnes pratiques obligatoires présente une atteinte moyenne relativement basse (50%). Cela pourrait notamment être dû à des manquements importants imputés à quatre items qui concernent tous la transmission orale ou écrite d'informations. Les 21 bonnes pratiques à choix présentent, elles, de meilleurs résultats avec 85% des EMS qui ont respecté l'atteinte du minimum exigé de dix items à choix.

Plusieurs bénéfices relatifs au projet peuvent être ressortis. Premièrement, ce projet de visites ciblées sur l'intégration des proches a amélioré significativement l'atteinte des exigences légales. Deuxièmement, cela a permis d'identifier différents problèmes d'application dans la pratique et ainsi d'élaborer ou de réviser des protocoles. Finalement, ce projet a permis de collaborer avec les institutions de soins de longue durée afin de valoriser ces bonnes pratiques, d'aller plus loin dans l'intégration des proches et de tout mettre en œuvre pour que les personnes qui ont envie de s'investir dans l'accompagnement d'une résidente ou d'un résident puissent le faire.

En conclusion, ce projet de visites ciblées sur l'intégration des proches présente une réelle plus-value pour le développement et l'intégration du concept dans les différents EMS fribourgeois. Il contribue à créer un partenariat avec les proches afin « *d'accompagner la famille et d'accompagner avec la famille* ».

1. Introduction

1.1 Contexte

Depuis plusieurs années, lors des visites d'autorisation d'exploiter, le Service du médecin cantonal (SMC) a pu constater la bonne qualité des prestations fournies dans les Etablissements médico-sociaux (EMS) du canton de Fribourg. Après les visites de toutes les institutions dans le cadre des autorisations d'exploiter et la fixation des standards uniformes de qualité, l'objectif a été fixé de développer des thématiques dans une optique d'amélioration continue.

Dans le courant de l'année 2013, une réflexion quant aux modalités d'inspection des EMS a été menée par le SMC, faisant émerger le souhait de développer des visites sur des thématiques plus approfondies. La décision est alors prise de démarrer un projet de visites ciblées thématiques à visée qualitative.

En lien avec la révision du code civil concernant le nouveau droit de la protection de l'adulte en janvier 2013 (1), c'est la thématique de l'intégration des proches en EMS qui est choisie à développer. En effet, cette révision permet de porter davantage l'attention sur les questions du droit des patientes et des patients et de la légitimité conférée aux proches. De plus, la thématique de l'intégration des proches en EMS revêt une grande importance dans la qualité de vie des résidentes et des résidents et est indispensable pour une prise en charge optimale.

L'intégration des proches est ici entendue comme étant l'ensemble des dispositifs mis en place par l'institution pour établir un partenariat avec les proches dans l'optique d'augmenter la qualité de vie des résidentes et des résidents. Ces dispositifs doivent permettre l'amélioration de la relation entre les résidentes et les résidents, les proches et les professionnelles et professionnels de soins, tout en respectant les souhaits des résidentes et des résidents ainsi que de leurs proches de vouloir s'engager dans un tel partenariat.

En janvier 2016, le SMC démarre le projet des visites ciblées sur l'intégration des proches dans les 48 EMS du canton de Fribourg. Ce projet est composé de deux cycles de visites ciblées d'environ deux ans chacun, à deux ans d'intervalle, dans chacun des EMS. Ces visites ont été effectuées par une équipe infirmière du SMC, à l'aide de documents d'évaluation conçus pour prendre en compte et respecter tant la volonté des proches que celle des résidentes et des résidents.

1.2 La thématique d'intégration des proches

Le vieillissement de la population en Suisse est un phénomène qui est observé depuis plusieurs décennies et qui s'accélère. Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), en 2020, environ 2,1 millions de personnes étaient âgées de 65 ans ou plus, ce qui représente près d'un quart de la population totale. D'ici 2045, cette proportion devrait atteindre 30%. En outre, la part de la population âgée de 80 ans ou plus devrait doubler au cours des prochaines décennies (2).

Le vieillissement de la population a des conséquences importantes sur les EMS en Suisse. Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, la demande pour les places en EMS a

considérablement augmenté ces dernières années. En 2020, il y avait environ 117'000 places, et ce chiffre devrait continuer d'augmenter (2).

Dans une telle situation, l'enjeu est de pouvoir assurer à ces personnes une prise en charge et une qualité de vie optimales. C'est dans ce contexte que l'intégration des proches des résidentes et des résidents en EMS prend alors de plus en plus d'importance.

En effet, la littérature met en évidence que les résidentes et les résidents qui ont des contacts réguliers avec leurs proches présentent des niveaux plus élevés de satisfaction de vie et de qualité de vie. Les résidentes et les résidents qui ont des proches impliqué-e-s dans leur vie en EMS sont moins susceptibles de se sentir isolés et solitaires et de développer des symptômes dépressifs. Les proches sont une source importante de soutien social et émotionnel pour les résidentes et les résidents en EMS, ce qui permet d'influer sur leur bien-être (3,4).

De plus, les proches jouent un rôle important dans la prise de décisions en matière de soins pour les résidentes et les résidents en EMS, notamment concernant les soins médicaux, les choix de traitement, la gestion de leurs symptômes ou encore les choix alimentaires et les activités de loisirs (5). Le vieillissement croissant des résidentes et des résidents en EMS a comme conséquences des dégradations psychologiques et des dévalorisations sociales de plus en plus importantes, ce qui entraîne une difficulté à entrer en communication. De ce fait, les proches tendent à devenir les interlocutrices et les interlocuteurs principaux et sont des partenaires souvent incontournables de la prise en charge des résidentes et des résidents (6).

L'importance de l'intégration des proches a également été mise en évidence lors de la journée de réflexion sur la qualité de vie en EMS de l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées et de l'aide et des soins à domicile (AFISA-VFAS) en 2014 (7). Lors de cette journée, les résultats de l'enquête sur la qualité de vie des résidentes et des résidents dans les EMS fribourgeois, menée par la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) sur mandat de l'AFISA-VFAS, ont été présentés. Cette enquête a notamment révélé que les contacts avec les proches sont jugés entre très importants et essentiels, autant pour les cadres d'institutions que pour les résidentes et les résidents (8).

1.3 Objectif du rapport

Ce rapport a pour but d'évaluer la plus-value du projet des visites ciblées sur l'intégration des proches menées par le SMC dans les 48 EMS du canton de Fribourg depuis 2016.

Afin d'évaluer cette pertinence, ce rapport présente une comparaison entre les résultats du premier cycle de visites ciblées et les résultats du deuxième cycle. Il met également en évidence les points positifs et négatifs qui ont été relevés, ainsi que l'impact de la pandémie de COVID-19 sur ces visites.

2. Méthodologie

2.1 Visites ciblées sur l'intégration des proches

Ce projet de visites ciblées sur l'intégration des proches dans les EMS fribourgeois est composé de deux cycles de visites d'une durée prévue d'environ deux ans chacun. Le premier cycle a duré de janvier 2016 à novembre 2017 et le deuxième cycle de janvier 2018 à novembre 2022. Les visites ciblées sur l'intégration des proches ont été conduites par le secteur infirmier du SMC et ont été annoncées au préalable. Deux visites par institution, d'une demi-journée chacune, ont été réalisées. En raison de la pandémie de COVID-19, le deuxième cycle a dû être stoppé après son commencement et sa durée s'en est trouvée rallongée. Une partie des EMS a donc reçu la deuxième visite avant la pandémie, et une autre partie après.

Durant ces visites, différentes pratiques ont été évaluées ; huit exigences légales, six bonnes pratiques obligatoires, ainsi que 21 bonnes pratiques à choix. Les EMS avaient également la possibilité de proposer d'autres bonnes pratiques en lien avec l'intégration des proches. Parmi les bonnes pratiques à choix, dix devaient être atteintes au minimum.

Afin de réaliser ces évaluations, deux documents de visite ont été utilisés ; un document pour les exigences légales (Annexe I) et un document pour les bonnes pratiques (Annexe II). Le document traitant des exigences légales a été basé sur des articles de loi du code civil et de la loi sur la santé cantonale, ainsi que sur des documents de recommandations édités par Curaviva (9,10). Le document traitant des bonnes pratiques s'appuie sur plusieurs études et articles (11–15), sur des éléments provenant de documents et de pratiques d'autres cantons et/ou pays, sur des visites d'EMS, ainsi que sur des entretiens avec des directions d'EMS ou du personnel soignant.

Les documents ont été conçus pour prendre en compte et respecter tant la volonté des proches que celle des résidentes et des résidents. Bien que focalisés sur l'intégration des proches, les documents d'évaluation n'empiètent pas sur le maintien de l'autonomie des résidentes et des résidents. Quelle que soit leur situation, elles ou ils doivent, autant que possible, être informés et associés aux décisions les concernant. La résidente ou le résident est acteur dans une relation triptyque entre institution/proches/résidente ou résident ; en aucun cas, elle ou il doit en être exclu.

2.2 Déroulement des visites

La première visite a consisté en un entretien avec les directions des 48 EMS afin de faire un état des lieux et de fixer des objectifs avec les cadres de l'institution. Ces objectifs devaient être atteints pour la deuxième visite. Ils étaient basés sur la mise à jour des exigences légales non atteintes, la mise en œuvre des bonnes pratiques obligatoires déclarées non atteintes, ainsi que la mise en œuvre des bonnes pratiques à choix que les EMS auront choisies de développer. Avant la deuxième visite, il était demandé aux institutions de transmettre des documents en fonction des bonnes pratiques choisies et de ce qui a été convenu lors de la première visite.

La deuxième visite s'est déroulée de la même manière que la première, complétée par des entretiens avec le personnel soignant et la consultation de dossiers de soins. Elle a permis la vérification de

l'atteinte des objectifs fixés. Des remédiations ont été exigées pour tous les items (exigences légales, bonnes pratiques obligatoires ou à choix) non atteints selon les exigences du SMC. Lors de la deuxième visite, un entretien qualitatif a été réalisé avec les directions des EMS afin d'évaluer leur vécu et leur ressenti par rapport au projet de visites ciblées sur l'intégration des proches. La description détaillée du déroulement des visites ciblées se trouve en Annexe III.

2.3 Récolte des données quantitatives

Les données quantitatives sont issues des résultats relevés dans les 48 EMS lors du premier et du deuxième cycle de visites ciblées sur l'intégration des proches.

Le premier cycle de visites a permis d'évaluer l'atteinte ou non des huit exigences légales, ainsi que d'établir un état des lieux des six bonnes pratiques obligatoires et des 21 bonnes pratiques à choix. En effet, les bonnes pratiques ont été passées en revues avec les différentes institutions ; celles-ci ont pu déclarer certaines bonnes pratiques atteintes et d'autres non-atteintes. Les institutions ont également eu la possibilité de choisir de développer un minimum de dix bonnes pratiques à choix parmi les 21. L'objectif pour les institutions était ensuite d'atteindre les différents items non-atteints et ceux choisis à développer, d'ici le deuxième cycle de visites.

Le deuxième cycle de visites a permis de réévaluer l'atteinte ou non des exigences légales non-atteintes au premier cycle, l'atteinte ou non des six bonnes pratiques obligatoires, ainsi que l'atteinte ou non d'un minimum de dix bonnes pratiques à choix.

Les résultats décrivent les statistiques issues de ces différentes données et comparent les données issues du premier cycle de visites ciblées sur l'intégration des proches avec les données issues du deuxième cycle. Afin de faciliter la compréhension du détail des résultats, les visites ciblées sur l'intégration des proches effectuées lors du premier cycle sont nommées « **V-IP1** » (Visites intégration proches 1) et celles effectuées lors du deuxième cycle « **V-IP2** » (Visites intégration proches 2).

2.4 Récolte des données qualitatives

Les données qualitatives sont issues des entretiens réalisés avec les différentes directions des 48 EMS lors du deuxième cycle de visites. Ces entretiens ont été menés par deux personnes issues de l'équipe du SMC et sont basés sur un guide d'entretien avec une liste de questions ouvertes. Ces questions ouvertes traitent notamment des difficultés rencontrées, du bilan que les EMS tirent du projet, ainsi que de leur vécu et de leur ressenti face aux visites ciblées sur l'intégration des proches (Annexe IV).

Les résultats décrivent l'analyse thématique de ces différentes données et mettent en lumière plusieurs thèmes ressortis principalement.

3. Résultats

3.1 Présentation des résultats pour les exigences légales

Les exigences légales sont au nombre de huit (voir encadré 1). Elles permettent de vérifier que les EMS soient à jour par rapport aux changements législatifs (nouveau droit de la protection de l'adulte – entré en vigueur le 1er janvier 2013) (12).

Le document d'évaluation des exigences légales tient compte de l'ensemble des représentantes et des représentants légaux de la résidente ou du résident (curatrices ou curateurs, représentantes ou représentants thérapeutiques, représentantes ou représentants administratifs, etc.) en référence à l'art. 378 du code civil (13).

Dans un premier temps, le nombre d'exigences légales atteintes lors des V-IP1 a été évalué. Les EMS avaient ensuite pour objectif d'atteindre les exigences non-atteintes d'ici les V-IP2. Lors des V-IP2, l'atteinte ou non de ces exigences a été réévaluée.

ENCADRÉ 1 : Rappel des huit exigences légales

- 1.1 L'existence ou l'absence de directives anticipées sont signalées dans la documentation de soins. En l'absence de directives anticipées, une note en informe de la raison ou des volontés présumées ou transmises par oral sont notifiées.
- 1.2 Si des directives anticipées existent, l'endroit de leur conservation est noté.
- 1.3 Si la résidente ou le résident est d'accord, une copie (ou l'original) des directives anticipées est placée dans le dossier de soins.
- 2.1 Une représentante ou un représentant administratif est nommé si la résidente ou le résident ne peut ou ne veut pas assumer la gestion de ses affaires ; ses coordonnées figurent dans le dossier de soins. Dans le cas contraire, une note en informe de la raison.
- 2.2 Une représentante ou un représentant thérapeutique est nommé ; ses coordonnées figurent dans le dossier de soins. Dans le cas contraire, une note en informe de la raison.
- 2.3 En cas de curatelle, la portée de cette dernière doit être mentionnée et documentée dans le dossier de soins (ou copie du cahier des charges/acte de nomination de la curatrice ou du curateur).
- 3.1 La personne habilitée à représenter la résidente ou le résident dans le domaine médical a été informée de la mesure de contrainte ou de limitation de liberté prévue.
- 4.1 La personnes habilitée à représenter la résidente ou le résident, et la résidente ou le résident sont informés de tout changement d'état de la résidente ou du résident entraînant un changement de traitement, un examen médical, une adaptation du plan de soins et/ou du niveau de soins. Leur accord est sollicité aux soins, traitements et mesures diagnostiques envisagés.

Nombre d'exigences légales atteintes

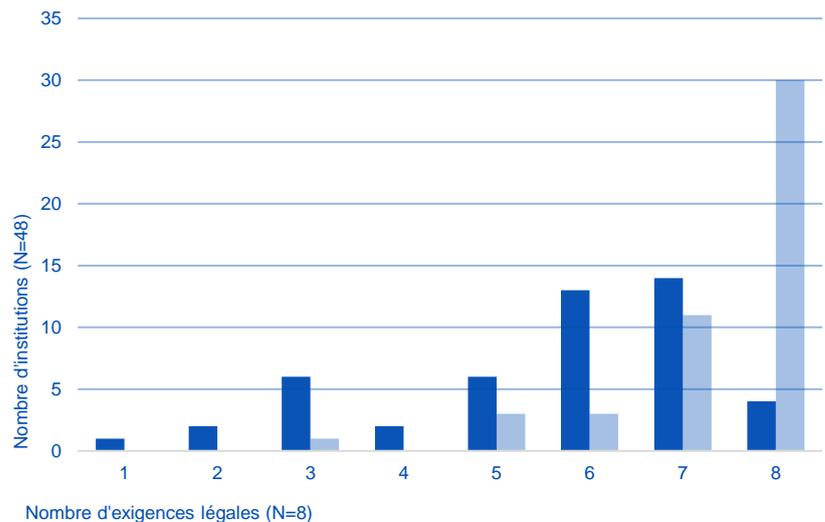
Une amélioration notable ressort au niveau du nombre moyen d'exigences légales atteintes lors des V-IP2. En effet, en moyenne, les 48 institutions avaient atteint 5,6 exigences légales sur 8 (minimum=1, maximum=8, médiane=6) lors des V-IP1 contre 7,3 sur 8 (min=3, max=8, méd=8) lors des V-IP2.

Lors des V-IP1, seuls 4 EMS sur 48 avaient atteint la totalité des exigences légales. Lors des V-IP2, une augmentation remarquable a pu être constatée avec 30 EMS sur 48 ayant atteint la totalité des exigences légales.

Lors des V-IP1, 11 EMS sur 48 n'avaient atteint que la moitié des exigences légales ou moins, alors que lors de V-IP2, ce n'est plus qu'un EMS qui est concerné. Il y a donc quasi la totalité des EMS (n=47) qui ont atteints plus de la moitié des exigences légales.

Graphique 1 : Nombre d'institutions selon le nombre d'exigences légales atteintes lors des V-IP1 et lors des V-IP2

- Nombre d'institutions selon le nombre d'exigences légales atteintes lors des V-IP1
- Nombre d'institutions selon le nombre d'exigences légales atteintes lors des V-IP2



*Tous les chiffres sont exprimés en valeurs absolues ; V-IP1=Visites intégration proches 1 ; V-IP2= Visites intégration proches 2 ; N=Nombre.

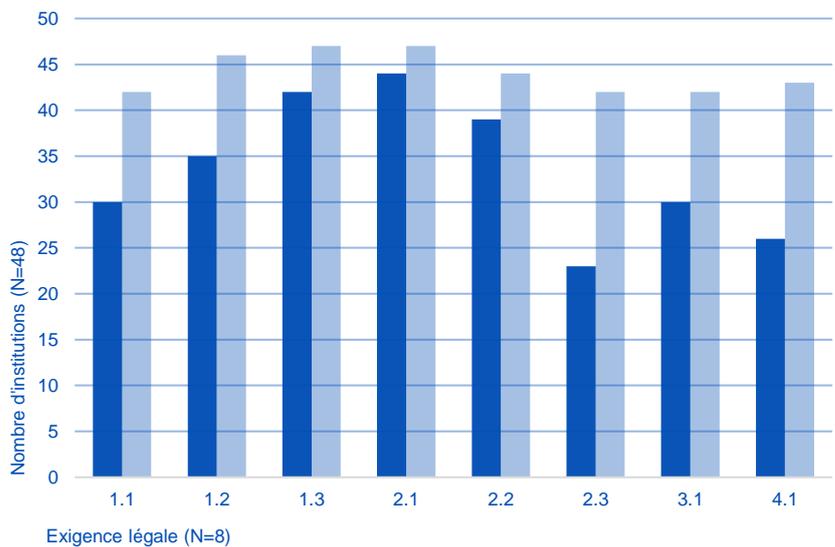
Atteinte de chaque exigence légale

Les exigences légales 2.3 et 4.1 sont celles qui ont été le moins atteintes lors des V-IP1. En effet, plus de la moitié des 48 EMS (au minimum 26 EMS sur 48) ne les ont pas atteintes. Lors des V-IP2, un net rebond a pu être mis en évidence avec une grande partie des EMS qui les avait atteints (au minimum 41 EMS sur 48).

Les exigences légales 1.3 et 2.1 sont celles qui ont été atteintes par le plus grand nombre d'EMS (au minimum 42 EMS sur 48) lors des V-IP1 et restent les plus atteintes lors des V-IP2 (par 47 EMS sur 48).

Graphique 2 : Nombre d'institutions par exigence légale atteinte lors des V-IP1 et lors des V-IP2

- Nombre d'institutions par exigence légale atteinte lors des V-IP1
- Nombre d'institutions par exigence légale atteinte lors des V-IP2



*Tous les chiffres sont exprimés en valeurs absolues ; V-IP1=Visites intégration proches 1 ; V-IP2= Visites intégration proches 2 ; N=Nombre.

3.2 Présentation des résultats pour les bonnes pratiques

Les bonnes pratiques se composent de six items obligatoires et 21 à choix, dont dix au minimum doivent être atteints. Les recommandations de bonnes pratiques sont formulées de manière que l'EMS puisse proposer des possibilités d'intégration des proches et que la résidente ou le résident et/ou ses proches puissent en disposer. Ainsi, cette approche permet à l'institution une marge de manœuvre dans le travail avec les proches.

Dans le document d'évaluation des bonnes pratiques, les proches sont entendu-e-s comme étant l'ensemble des personnes extérieures à l'institution s'impliquant auprès de la résidente ou du résident. Cette définition ne se limite donc pas à la famille, mais le personnel soignant en est excepté. Quelle que soit la nature du lien ou le degré de parenté, c'est la proximité avec la résidente ou le résident qui détermine la place des membres de l'entourage. « *Un proche est donc soit un membre de la famille, soit une personne vivant dans l'entourage immédiat du patient, qui lui apporte son affection, son aide et son soutien* » (9).

3.2.1 Items obligatoires

Lors des V-IP1, les 48 EMS ont eu la possibilité de déclarer atteints ou non les six items obligatoires des bonnes pratiques (voir encadré 2). Lors des V-IP2, il a été évalué si ces items étaient réellement atteints ou non.

ENCADRÉ 2 : Rappel des six items obligatoires des bonnes pratiques

- A.1 L'institution dispose d'un concept écrit d'intégration des proches (il peut être intégré au concept de soins) et il est connu des collaboratrices et des collaborateurs.
- A.2 L'institution détermine dans un document écrit où et comment les informations recueillies auprès des proches et données aux proches sont conservées ou transcrites dans le dossier de soins (données administratives, données recueillies en entretien, spécificités de la famille...).
- A.3 Un entretien d'accueil est prévu, dans la mesure du possible, avec la résidente ou le résident, les proches, la direction, un membre du personnel soignant dans le premier mois ; la traçabilité se retrouve dans le dossier de soin. Si tel n'est pas le cas, les raisons en sont expliquées dans le dossier de soins.
- A.4 La résidente ou le résident et ses proches reçoivent une information écrite concernant la gestion des plaintes internes et les voies de recours externes.
- A.5 L'institution organise un bilan annuel (au minimum) avec la résidente ou le résident et ses proches si celle-ci ou celui-ci le permet ; la traçabilité se retrouve dans le dossier de soin. Si tel n'est pas le cas, les raisons en sont expliquées dans le dossier de soins.
- A.6 La représentante ou le représentant reçoit une information orale avant l'envoi du courrier concernant l'évaluation RAI* entraînant un changement du niveau de soins. Elle doit être notifiée dans le dossier de soins. Si tel n'est pas le cas, les raisons en sont expliquées dans le dossier de soins.

*RAI=Resident assessment instrument

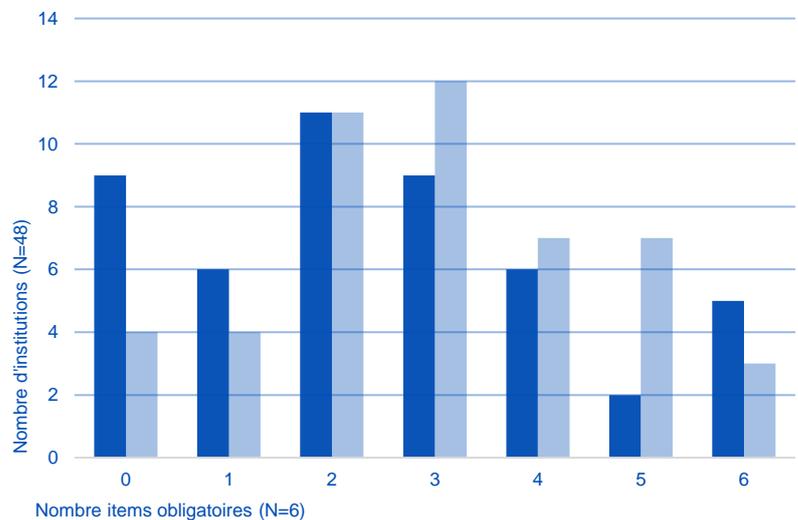
Nombre d'items obligatoires atteints

Lors des V-IP1, les EMS ont déclaré avoir atteint en moyenne 2,5 items obligatoires sur 6 (min=0, max=6, méd=2). Lors des V-IP2, il a été évalué que les EMS avaient réellement atteint en moyenne 3 items sur 6 (min=0, max=6, méd=3). Le nombre d'items déclarés atteints est donc assez proche du nombre qui a réellement été atteint.

Cependant, du fait qu'en moyenne seulement la moitié des items obligatoires a été atteinte par les 48 EMS, une amélioration est encore nécessaire.

Graphique 3 : Nombre d'institutions selon le nombre d'items obligatoires « déclarés atteints » lors des V-IP1 et selon le nombre atteint lors des V-IP2

- Nombre d'institutions selon le nombre d'items obligatoires « déclarés atteints » lors des V-IP1
- Nombre d'institutions selon le nombre d'items obligatoires atteints lors des V-IP2



*Tous les chiffres sont exprimés en valeurs absolues ; V-IP1=Visites intégration proches 1 ; V-IP2= Visites intégration proches 2 ; N=Nombre.

Atteinte de chaque item obligatoire

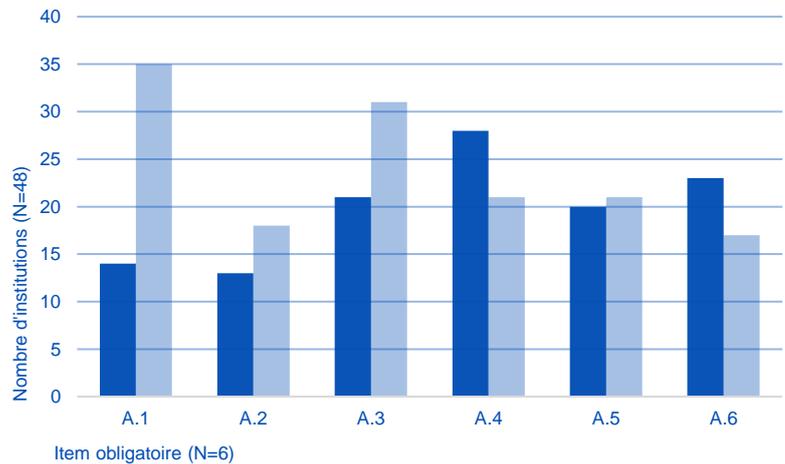
Les items qui ont été le plus souvent atteints sont l’item A.1 et l’item A.3 (par minimum 31 EMS sur 48). L’item A.1 fait également parti des items présentant le plus d’écart entre le nombre d’institutions qui l’ont déclaré atteint lors des V-IP1 et le nombre d’institutions qui l’ont réellement atteint lors des V-IP2. En effet, lors des V-IP1, seuls 14 EMS sur 48 l’ont déclaré atteint, alors que lors des V-IP2, celui-ci a été évalué atteint par 35 EMS.

Les items les moins atteints sont les items A.2, A.4, A.5 et A.6 (par moins de 21 EMS sur 48).

L’item A.2 est l’item le moins déclaré atteint lors des V-IP1 (13 EMS sur 48).

Graphique 4 : Nombre d'institutions selon l'item obligatoire « déclaré atteint » lors des V-IP1 et atteint lors des V-IP2

- Nombre d'institutions par item obligatoire « déclaré atteint » lors des V-IP1
- Nombre d'institutions par item obligatoire atteint lors des V-IP2



*Tous les chiffres sont exprimés en valeurs absolues ; V-IP1=Visites intégration proches 1 ; V-IP2= Visites intégration proches 2 ; N=Nombre.

3.2.2 Items à choix

Lors des V-IP1, les 48 EMS ont eu la possibilité de déclarer atteints ou non chacun des 21 items à choix des bonnes pratiques (voir encadré 3), ainsi qu'en choisir un certain nombre à développer d'ici les V-IP2. Lors des V-IP2, le nombre total d'items à choix atteints a été évalué ; il était nécessaire d'en atteindre au minimum dix par institution.

ENCADRÉ 3 : Rappel des 21 items à choix des bonnes pratiques

- B.1.1 Un canevas d'entretien d'accueil est utilisé.
- B.1.2 L'institution propose à la résidente ou au résident et à ses proches, dans la mesure du possible, une visite de l'institution avant d'y entrer.
- B.1.3 L'institution offre la possibilité à la résidente ou au résident, et/ou ses proches, accompagné de la direction et/ou d'une soignante ou d'un soignant, de prendre un repas le jour de l'accueil.
- B.1.4 La direction propose de conseiller les proches concerné-e-s au niveau de la gestion administrative du séjour de la résidente ou du résident.
- B.2.1 L'histoire de vie de la résidente ou du résident est recueillie avec elle ou avec lui et/ou ses proches selon sa capacité de discernement et selon sa volonté.
- B.2.2 L'institution s'assure de prendre connaissance du réseau social de la résidente ou du résident si cette dernière ou ce dernier le permet et de le traçabiliser.
- B.2.3 Le niveau d'implication des proches est évalué avec les proches par le personnel soignant. Il est spécifié dans la documentation de soins.
- B.3.1 L'institution élabore un document décrivant les droits et devoirs des proches.
- B.3.2 Un document désigne les personnes responsables de la communication avec les proches.
- B.3.3 Une boîte à réclamations/critiques/ idées d'amélioration est à disposition des résidentes et des résidents et de leurs proches. Une liste des plaintes, critiques et idées est établie ; elle contient les mesures prises.
- B.3.4 Une enquête de satisfaction des proches est effectuée tous les 2 ans. Les résultats sont disponibles.
- B.4.1 Les proches ont la possibilité, si elles ou ils le souhaitent et dans la mesure où la résidente ou le résident le permet : de participer aux soins, de prendre part aux consultations médicales, de veiller la résidente ou le résident à tout moment,
- B.5.1 L'institution met en place des groupes de soutien aux proches
- B.6.1 Le personnel appelle la résidente ou le résident et ses proches par leur nom de famille.
- B.6.2 Les proches sont intégré-e-s, leurs besoins pris en compte, dans l'élaboration du projet d'accompagnement / de vie dans la mesure où cela correspond aux désirs de la résidente ou du résident.
- B.6.3 L'institution donne la possibilité aux proches d'accompagner la résidente ou le résident lors des animations collectives.
- B.6.4 Des rencontres informatives, festives sont organisées périodiquement pour l'ensemble des résidentes et des résidents et leurs proches.
- B.6.5 La résidente ou le résident peut recevoir ses invitées et invités d'une manière qui respecte l'intimité.
- B.6.6 Les proches ont la possibilité de manger avec les résidentes et les résidents quand elles ou ils le souhaitent.
- B.6.7 Les proches ont la possibilité de participer aux repas en apportant un plat.
- B.6.8 Les proches ont la possibilité de laver le linge de la résidente ou du résident. L'institution peut proposer une éventuelle ristourne.

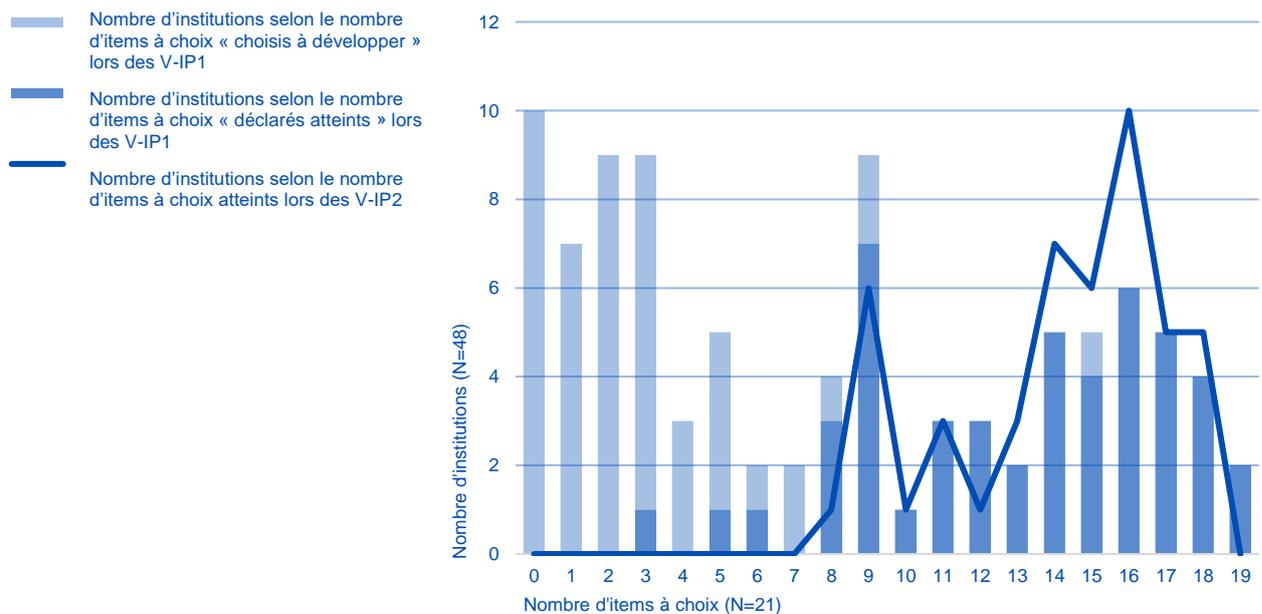
Nombre d'items à choix atteints

En général, la courbe du nombre d'items atteints suit le nombre d'items déclarés atteints. Lors des V-IP1, les 48 EMS ont déclaré avoir atteint en moyenne 13,1 items à choix sur 21 (min=3, max=19, méd=14). Lors des V-IP2, il a été évalué qu'en moyenne ce sont 14,1 items à choix (min=8, max=18, méd=15) qui ont été atteints. Ces hautes moyennes reflètent le nombre relativement bas d'items qui a été choisi à développer lors des V-IP1.

En effet, les 48 EMS n'ont choisi de développer en moyenne que 3 items sur 21 (min=0, max=15, méd=2). En général, les institutions ont choisi de développer entre 0 et 9 items à choix. Il n'y a qu'une seule institution qui a choisi de développer 15 items d'ici les V-IP2.

L'exigence du minimum de 10 items à choix atteints est respectée par un total de 41 EMS sur 48.

Graphique 5 : Nombre d'institutions selon le nombre d'items à choix « choisis à développer » ou « déclarés atteints » lors des V-IP1 et selon le nombre atteint lors des V-IP2



*Tous les chiffres sont exprimés en valeurs absolues ; V-IP1=Visites intégration proches 1 ; V-IP2= Visites intégration proches 2 ; N=Nombre.

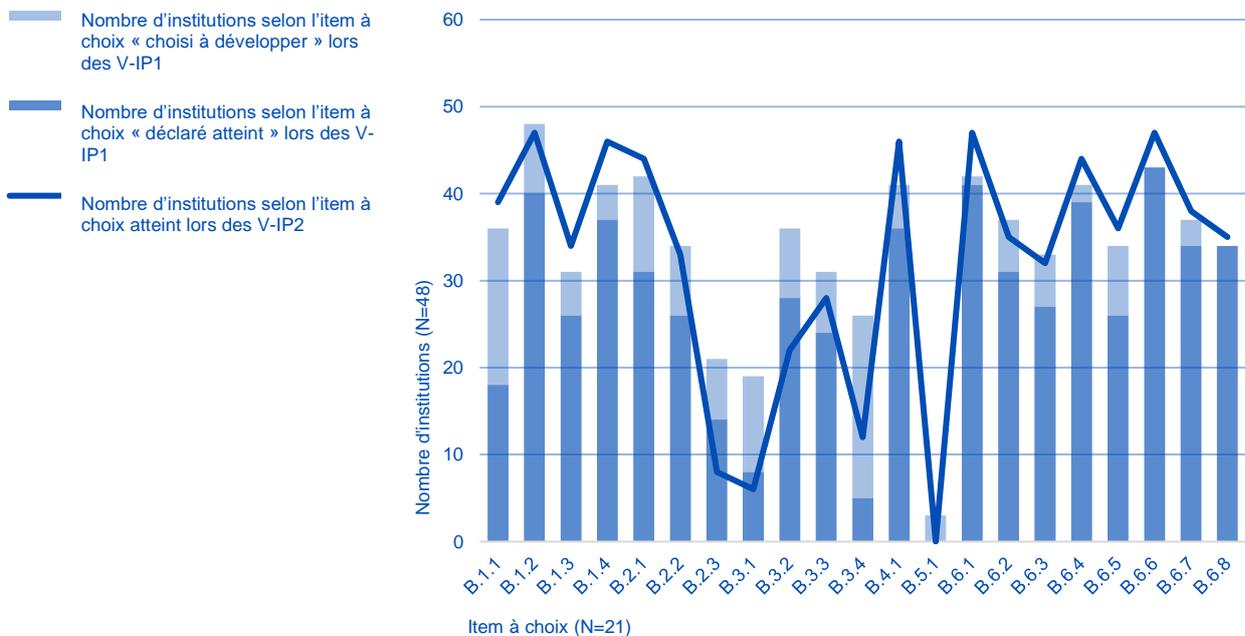
Atteinte de chaque item à choix

Les 5 items suivants ont été atteints par la quasi-totalité des 48 EMS (au minimum 46 EMS sur 48) : B.1.2, B.1.4, B.4.1, B.6.1 et B.6.6. Ces items étaient déjà déclarés atteints par une majorité d'EMS lors des V-IP1 (au minimum 37 sur 48) et font, de ce fait, partis de ceux qui ont été les moins choisis à développer d'ici les V-IP2. Parmi les autres items les moins choisis à développer (par moins de 5 EMS sur 48), l'on retrouve les items B.1.3, B.6.4, B.6.7 et B.6.8. Néanmoins, ceux-ci étaient déclarés déjà atteints par au moins 26 institutions sur 48 lors des V-IP1.

Les items les moins atteints (par moins de 12 EMS sur 48) sont le B.2.3, le B.3.1, le B.3.4 et le B.5.1. Ces items sont également ceux qui étaient le moins déclarés atteints lors des V-IP1 (ils étaient déclarés atteints au maximum par 14 EMS sur 48). Malgré le fait que les items B.2.3 et B.5.1 n'étaient que peu déclarés atteints, ceux-ci ont été peu choisis à développer (par moins de 7 EMS sur 48). En revanche, les items B.3.1 et B.3.4 font partie des items les plus choisis à développer par les institutions. Parmi les autres items les plus souvent choisis à développer (par plus de 11 EMS sur 48), l'on retrouve les items B.1.1 et B.2.1. L'item B.5.1 ressort comme une donnée extrême ; celui-ci n'a été déclaré atteint par aucun EMS lors des V-IP1, n'a été évalué atteint par aucun EMS lors des V-IP2 et n'a été choisi à développer que par 3 EMS sur 48.

Le choix d'items à développer permet à la courbe du nombre d'institutions par item atteint, de suivre le nombre d'institutions par item déclaré atteint.

Graphique 6 : Nombre d'institutions selon l'item à choix « choisi à développer » ou « déclaré atteint » lors des V-IP1 et atteint lors des V-IP2



*Tous les chiffres sont exprimés en valeurs absolues ; V-IP1=Visites intégration proches 1 ; V-IP2= Visites intégration proches 2 ; N=Nombre.

3.2.3 Bonnes pratiques proposées et mises en place par les institutions

Les EMS avaient la possibilité de proposer des bonnes pratiques qu'ils avaient déjà mis en place dans leurs institutions respectives et qui ne faisaient pas parties de celles recommandées.

Au total, 16 EMS ont proposé 27 bonnes pratiques supplémentaires qui étaient déjà mises en place au sein de leur institution. Parmi elles, l'on retrouve notamment :

- > Les proches sont invité-e-s à une messe du souvenir.
- > Les proches sont invité-e-s à un repas d'adieu.
- > Les proches sont soutenu-e-s après le décès d'une résidente ou d'un résident ou lors d'autres situations difficiles.
- > Les proches remplissent un questionnaire sur leur niveau d'implication qu'ils doivent rendre six semaines après l'entrée en EMS.
- > Les proches peuvent accéder à certaines formations offertes au personnel de l'institution.
- > La médecin ou le médecin répondant rencontre les proches dès l'entrée de la résidente ou du résident dans l'EMS.
- > Un repas d'anniversaire à choix est offert à deux invitées ou invités de la résidente ou du résident.
- > Un internet café est mis à disposition des résidentes et des résidents pour communiquer avec les proches.
- > Un repas ou un apéro est organisé dans l'institution durant lequel les résidentes et les résidents peuvent inviter le nombre de personnes qu'elles ou ils souhaitent.
- > Une journée des proches aidant-e-s est organisée une fois par an avec des intervenantes et des intervenants, ainsi que des ateliers pour mettre en valeur le rôle des proches.
- > Un journal d'institution est créé.
- > Les proches ont la possibilité de consulter via un site internet le plan d'animation et les menus.
- > Des brochures d'information sur des thématiques liées aux seniors et des annonces de conférences qui y sont relatives sont mises à disposition.

3.3 Comparaison des résultats avant et après la pandémie de COVID-19

Les V-IP2 ont été interrompues par la pandémie de COVID-19. En effet, 36 EMS ont reçu les V-IP2 avant la pandémie, donc de janvier 2018 à janvier 2020, et 12 EMS ont reçu les V-IP2 après la pandémie, donc de septembre 2021 à novembre 2022.

Les moyennes d'items atteints avant et après la pandémie sont très proches. Il n'y a donc aucune différence significative ($p\text{-val}>0.05$) entre l'atteinte des exigences légales, des bonnes pratiques obligatoires ou des bonnes pratiques à choix par les EMS ayant reçu les V-IP2 avant la pandémie et les EMS les ayant reçues après.

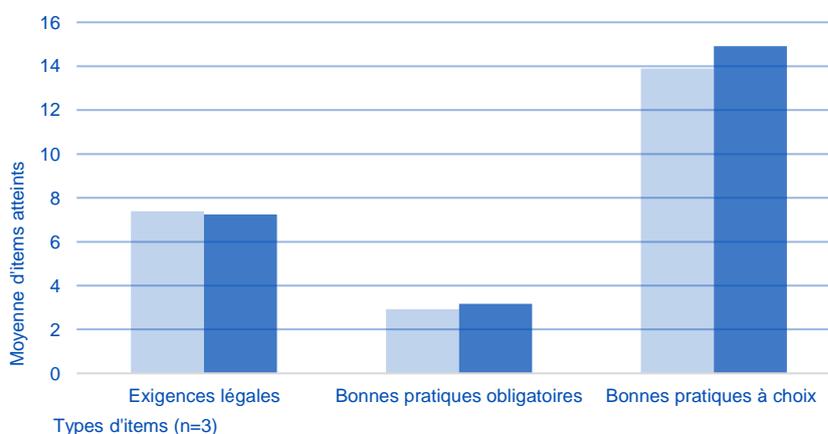
Tableau 1 : Comparaison de l'atteinte des items par les institutions ayant reçu la V-IP2 avant et après la pandémie de COVID-19

Atteinte	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	P-Val
Exigences légales (N=8)					0.98
EMS ayant reçu V-IP2 avant la pandémie (n=36)	7.39	8	3	8	
EMS ayant reçu V-IP2 après la pandémie (n=12)	7.25	8	5	8	
Bonnes pratiques obligatoires (N=6)					0.73
EMS ayant reçu V-IP2 avant la pandémie (n=36)	2.92	3	0	6	
EMS ayant reçu V-IP2 après la pandémie (n=12)	3.17	3	0	6	
Bonnes pratiques à choix (N=21)					0.71
EMS ayant reçu V-IP2 avant la pandémie (n=36)	13.89	15	8	18	
EMS ayant reçu V-IP2 après la pandémie (n=12)	14.92	14.5	13	18	

*Tous les chiffres sont exprimés en valeurs absolues ; V-IP2= Visites intégration proches 2 ; N=Nombre ; P-Val=Valeur P (significativité $p\leq 0,05$)

Graphique 7 : Comparaison de la moyenne d'items atteints par les institutions ayant reçu la V-IP2 avant et après la pandémie de COVID-19

- Institutions ayant reçu la V-IP2 avant la pandémie de COVID-19
- Institutions ayant reçu la V-IP2 après la pandémie de COVID-19



*Tous les chiffres sont exprimés en valeurs absolues ; V-IP2= Visites intégration proches 2 ; N=Nombre.

3.4 Présentation des résultats des entretiens avec les directions des EMS

Ces entretiens ont été réalisés au début des V-IP2. Le guide d'entretien utilisé (Annexe IV) contient quatre questions, traitant notamment des difficultés rencontrées lors de la mise en place des pratiques, du bilan que les EMS tirent du projet des visites ciblées sur l'intégration des proches, ou encore de l'avenir du concept d'intégration des proches dans leur institution respective.

L'analyse thématique de ces différentes données qualitatives a permis de mettre en lumière plusieurs éléments ressortis principalement.

3.4.1 Les difficultés rencontrées

Plusieurs difficultés ont été relevées par les EMS dans la mise en place de certaines bonnes pratiques pour l'intégration des proches. Parmi ces difficultés, l'on retrouve notamment :

- > Le manque de moyens de transmissions au sein de l'institution des informations et des nouveautés.
- > Les difficultés organisationnelles, notamment un manque de temps.
- > Le manque d'implication de certaines familles ou le fait que certaines résidentes et certains résidents n'aient pas de famille ou de proches.
- > Pour certaines institutions, le concept d'intégration des proches a amené une surcharge de travail conséquente.
- > La résistance au changement rencontrée parmi les collaboratrices et les collaborateurs de l'institution.
- > L'accueil de résidentes et de résidents en courts séjours n'offrait pas assez de temps pour mettre en place les pratiques.
- > Les attentes des proches qui étaient trop exigeantes et donc inatteignables.
- > Certaines institutions ne présentaient aucun moyen de traçabilité dans leur fonctionnement interne (information écrite, numérique, etc.). Cela a contribué au manque de formalisation du projet au sein de ces institutions.
- > Le manque de soutien et de collaboration de la part de la direction des institutions.
- > Plusieurs institutions ont dû faire face à un changement de personnel, que ce soit au niveau des personnes répondantes du projet ou au sein de la direction. Le projet des visites ciblées sur l'intégration des proches n'a souvent pas été transmis à la relève et n'a donc pas bénéficié d'un suivi ou a été repris avec beaucoup de retard.
- > Plusieurs autres projets étaient en cours, ce qui diminuait le temps consacré au projet des visites ciblées sur l'intégration des proches.
- > Certaines institutions devaient faire face à plusieurs problèmes qui sont devenus prioritaires sur la mise en place du projet (pénurie de personnel, changement du système de traçabilité, COVID-19, etc.)
- > La pandémie de COVID-19 a entraîné des conséquences néfastes sur le projet. En effet, outre le fait que la pandémie soit devenue la priorité à ce moment-là, elle a notamment stoppé

certaines pratiques en lien avec les proches des résidentes et des résidents et impacté négativement les relations avec les proches.

3.4.2 Les mesures mises en place

Plusieurs mesures ont été mises en place dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques pour l'intégration des proches au sein des EMS, notamment :

- > Une animation adaptée aux désirs des proches et des résidentes et des résidents.
- > Un réseau social numérique interne à l'institution.
- > L'organisation de colloques afin de diffuser de nouvelles informations.
- > Les rôles de soignantes et de soignants référents et co-référents.
- > Le recueil de biographie avec la résidente ou le résident concerné et ses proches.
- > Une meilleure implication des infirmières et des infirmiers chef/adjoins.
- > Des entretiens avec les proches des résidentes et des résidents.
- > Des entretiens avec les résidentes et les résidents et leurs proches avant l'admission.
- > Une documentation sur les soins adaptée et mise à jour.
- > Des séminaires inter-EMS.
- > Des groupes de travail.
- > Un concept en soins palliatifs.
- > Une intégration des proches dans le déménagement de l'institution.
- > Un travail sur les valeurs institutionnelles.
- > Une boîte à réclamations.
- > Des soirées thématiques pour les proches.

3.4.3 Les futures mesures à mettre en place

Plusieurs EMS ont des projets de mesures à mettre en place dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques pour l'intégration des proches, notamment :

- > L'introduction et la mise en place de nouvelles technologies (logiciels, robots, etc.).
- > Une proposition systématique d'un entretien régulier (plusieurs fois par année) pour chaque résidente et résident et leurs proches.
- > Le développement d'un formulaire de souhait de participation à la vie de l'EMS par les proches.
- > Le renforcement des activités avec la participation des proches.
- > Une évaluation des démarches palliatives pour les trois prochaines années.

- > Des journées portes ouvertes sur un thème spécifique pour les résidentes et les résidents et leurs proches.
- > Un soutien particulier lors du décès d'une résidente ou d'un résident.
- > Un comité d'accueil composé de résidentes et de résidents, de proches, ainsi que de personnes travaillant dans les soins et dans l'animation de l'EMS.
- > Un travail avec la cuisine pour améliorer l'offre des repas du dimanche.
- > Une amélioration de la communication et de la systématisation.
- > L'organisation de davantage de conférences ouvertes au personnel soignant, aux résidentes et aux résidents et aux proches.
- > Une meilleure information au personnel concernant le concept d'intégration des proches dans les EMS.
- > La création d'un journal de l'institution.
- > La création d'une page sur un réseau social ou d'un site internet pour montrer et partager la vie des résidentes et des résidents.
- > La reprise du thème de l'évaluation des prestations par les proches.
- > La formation des soignantes et de soignants référents pour mener les entretiens/bilans avec les résidentes et les résidents et les proches.

3.4.4 Les points positifs et négatifs

Lors de ces entretiens, plusieurs points positifs sont ressortis du projet des visites ciblées sur l'intégration des proches dans les EMS.

Du point de vue du fonctionnement interne, les institutions ont fait ressortir le fait que ce projet a permis d'augmenter la motivation de leur personnel, d'améliorer la cohésion d'équipe en donnant un objectif commun, d'instaurer une meilleure culture de l'intégration des proches dans l'institution, de donner une impulsion au changement, ainsi que de mettre à jour les pratiques et la documentation, notamment en mettant en place une traçabilité systématique et une formalisation des pratiques.

Au niveau de la relation avec les proches, le projet des visites ciblées sur l'intégration des proches a permis de renforcer les liens avec les familles, d'amener une clarification administrative avec les proches, de les impliquer davantage dans les prises en charge des résidentes et des résidents, de les rassurer, ainsi que d'améliorer leur satisfaction.

Finalement, le seul point négatif qui a été relevé par les EMS est que le projet présente le risque de mettre trop de focus sur les proches, plutôt que sur les résidentes et les résidents eux-mêmes.

4. Bilan du projet des visites ciblées sur l'intégration des proches

4.1 Exigences légales

Les EMS se sont efficacement investis dans l'atteinte des huit exigences légales. En effet, lors du premier cycle de visites, seulement 8% des 48 institutions avaient atteint la totalité des exigences légales, contre 62% lors du deuxième cycle. En moyenne, les 48 EMS fribourgeois ont atteints 91% des huit exigences légales.

Aucune exigence légale ne présente d'importants manquements. Néanmoins, plusieurs points problématiques ont pu être relevés lors des visites ciblées sur l'intégration des proches.

Le point le plus problématique concernait l'exigence 2.3 (« *En cas de curatelle, la portée de cette dernière doit être mentionnée et documentée dans le dossier de soins* »). Les EMS ne recevaient pas tous les mêmes documents de la part de la Justice de paix et il leur était souvent difficile d'obtenir des informations ou du soutien de cette dernière. Les documents relatifs aux curatelles (cahier des charges/actes de nomination) étaient la plupart du temps conservés au secrétariat et, souvent, la portée de la curatelle n'était donc pas mentionnée dans le dossier de soins comme demandé. Les visites ciblées sur l'intégration des proches ont permis de mettre l'accent sur ce problème afin que les documents mentionnés soient en possession des EMS pour pouvoir intégrer la portée de la curatelle dans le dossier de soins. L'atteinte par les EMS de l'exigence 2.3 a de ce fait connu une nette augmentation en passant de 48% d'atteinte lors du premier cycle de visite à 87% lors du deuxième cycle de visite.

Concernant l'exigence 3.1 (« *La personne habilitée à représenter la résidente ou le résident dans le domaine médical a été informée de la mesure de contrainte et/ou de limitation de la liberté prévue* »), la dernière version du protocole d'application des mesures de contrainte n'était pas utilisée partout. Un rappel a été adressé à tous les EMS le 1er décembre 2016. L'atteinte par les EMS de l'exigence 3.1 est passée de 62% lors du premier cycle de visites à 87% lors du deuxième cycle.

Concernant l'exigence 4.1 (« *La personne habilitée à représenter la résidente ou le résident, et la résidente ou le résident sont informés de tout changement d'état entraînant un changement de traitement, un examen médical, une adaptation du plan de soins et/ou du niveau de soins. Leur accord est sollicité aux soins, traitements et mesures diagnostiques envisagés* »), les informations données aux proches n'étaient pas systématiquement recueillies et étaient souvent dispersées à divers endroits du dossier de soins. L'item obligatoire A.2 des bonnes pratiques (« *L'institution détermine dans un document écrit où et comment les informations recueillies auprès des proches et données aux proches sont conservées ou transcrites dans le dossier de soins* ») a permis de remédier à cette difficulté. En effet, l'atteinte par les EMS de l'exigence 4.1 est passée de 54% lors du premier cycle de visites à 90% lors du deuxième cycle.

Enfin, il a été conseillé aux EMS d'ajouter les noms des résidentes et des résidents en toutes lettres, en plus de leur signature, sur les documents de directives anticipées afin de pouvoir vérifier si la résidente ou le résident est bien le signataire.

Pour conclure, cette partie du projet des visites ciblées sur l'intégration des proches, constituée de huit exigences légales, a été très bien accueillie ; son utilité a régulièrement été soulignée. Les conseils et soutiens dispensés lors du premier cycle de visites ont permis d'améliorer l'atteinte des exigences pour lesquelles des points problématiques ont été relevés. De plus, cette partie du projet présente un excellent résultat avec une moyenne d'atteinte des huit exigences de 91%.

4.2 Bonnes pratiques

En général, le nombre d'items (obligatoires ou à choix) qui étaient déclarés atteints par les différents EMS lors du premier cycle de visites correspondait au nombre d'items réellement atteints évalués lors du deuxième cycle. Les EMS ont donc présenté une vision juste des bonnes pratiques déjà mises en place dans leur institution.

Bonnes pratiques obligatoires

L'atteinte des six items obligatoires des bonnes pratiques n'est pas optimale. En moyenne, ce sont seulement 50% des items obligatoires qui ont été atteints par les EMS. Ce résultat peut s'expliquer par les manquements importants imputés à quatre items obligatoires, qui ont été atteints par moins de la moitié des 48 EMS. Il est intéressant de relever que ces quatre items obligatoires concernent tous la transmission orale ou écrite d'informations : item A.2 (« *L'institution détermine dans un document écrit où et comment les informations recueillies auprès des proches et données aux proches sont conservées ou transcrites dans le dossier de soins* »), item A.4 (« *La résidente ou le résident et ses proches reçoivent une information écrite concernant la gestion des plaintes internes et les voies de recours externes* »), item A.5 (« *L'institution organise un bilan annuel avec la résidente ou le résident et ses proches si celui-ci le permet ; la traçabilité se retrouve dans le dossier de soin* »), item A.6 (« *La représentante ou le représentant reçoit une information orale avant l'envoi du courrier concernant l'évaluation RAI entraînant un changement du niveau de soins. Elle doit être notifiée dans le dossier de soins* »).

Ces manquements peuvent alors s'expliquer par plusieurs difficultés qui ont été relevées par les directions des EMS lors des entretiens, notamment le manque de moyens de transmission des informations au sein des institutions, les difficultés organisationnelles, ou encore le manque de systématisation au niveau de la traçabilité et de la formalisation des informations. Certaines institutions ont déjà mis en place ou ont prévu de mettre en place des mesures pour remédier à ces difficultés (colloques de diffusion, numérisation des informations, introduction de nouvelles technologies, communication par les réseaux sociaux, systématisation de la documentation, etc.).

Bonnes pratiques à choix

L'atteinte des 21 items à choix des bonnes pratiques présente de meilleurs résultats, alors même qu'il n'était pas obligatoire de tous les atteindre. En moyenne, les EMS ont atteint 67% des items à choix. Le minimum exigé de dix items à choix à atteindre est respecté par 85% des EMS. Cela montre le bon investissement dont les différentes institutions font preuve dans l'intégration des proches.

Des items à choix ont rencontré très peu de succès auprès des EMS, et ont été, de ce fait, évalués peu atteints. C'est notamment le cas de l'item B.2.3 (« *Le niveau d'implication des proches est évalué avec les proches par le personnel soignant. Il est spécifié dans la documentation de soins* »)

et de l'item B.5.1 (« *L'institution met en place des groupes de soutien aux proches* »). En effet, lors du premier cycle de visites, l'item B.2.3 n'a été déclaré atteint que par à peine un tiers des EMS et n'a été choisi à développer que par 15% des EMS. Lors du deuxième cycle, celui-ci n'a été évalué atteint que par 17% des institutions. L'item 5.1 présente des scores encore plus bas ; lors du premier cycle, aucun EMS ne l'a déclaré atteint et seulement trois l'ont choisi à développer. Lors du deuxième cycle, il n'a été évalué atteint dans aucune institution.

Il est intéressant de relever que malgré le fait que peu d'EMS n'avaient déclaré ces items atteints, il y a également peu, voire aucun EMS, qui les ont choisis à développer en vue du deuxième cycle de visites. Cela peut s'expliquer par le point négatif qui a été relevé lors des entretiens avec les directions des EMS, soit que le projet présente le risque de mettre trop de focus sur les proches, plutôt que sur les résidentes et les résidents eux-mêmes. En effet, les items à choix mentionnés sont davantage centrés sur les proches et moins sur la personne prise en soins dans l'institution.

Pour conclure, cette partie du projet des visites ciblées sur l'intégration des proches, constituée de six bonnes pratiques obligatoires et 21 bonnes pratiques à choix, a plus souvent été sujette à discussion. Cela se ressent notamment au niveau de l'atteinte moyenne des items obligatoires qui est relativement basse (50% lors du deuxième cycle), ainsi qu'au niveau de certains items à choix qui ont été délaissés par les institutions.

Cependant, il est important de relever que cette partie du projet a présenté d'excellents résultats au niveau de l'atteinte de la plupart des 21 items à choix. En effet, une part importante d'items à choix était déclarée déjà atteinte par les EMS lors du premier cycle de visites. Les EMS avaient donc dès lors mis en place un bon nombre de bonnes pratiques en intégration des proches avant le début du projet. De plus, la possibilité qui a été donnée aux institutions de développer certains items d'ici le deuxième cycle de visites a permis d'augmenter encore les scores d'atteinte des items à choix.

4.3 Impact de la pandémie de COVID-19

Lors de la réalisation du deuxième cycle de visites ciblées sur l'intégration des proches, celui-ci s'est retrouvé interrompu par la pandémie de COVID-19. En effet, lors du début de la pandémie en janvier 2020, le deuxième cycle avait été effectué dans 36 EMS sur 48. Les visites des 12 EMS restants ont alors été annulées temporairement en raison de la priorisation de la gestion de la crise sanitaire. Les visites ont ensuite été replanifiées et effectuées entre septembre 2021 et novembre 2022.

La pandémie de COVID-19 n'a pas eu d'impact quant à l'atteinte ou non des exigences légales, des bonnes pratiques obligatoires ou des bonnes pratiques à choix entre les EMS ayant reçu le deuxième cycle de visites avant la pandémie et ceux l'ayant reçu après.

Cependant, durant les entretiens réalisés avec les directions des EMS lors du deuxième cycle de visites, il est ressorti que la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur la dimension que prenait l'intégration des proches dans les EMS. La pandémie a notamment diminué le lien qui avait été créé avec les proches des résidentes et des résidents. En effet, les mesures sanitaires mises en place ont stoppé les visites des proches et les activités avec les résidentes et des résidents. Certains proches se sont sentis « mis-e-s de côté » ou « écarté-e-s » de la prise en charge et ont ressenti de

l'incompréhension et de la colère envers les EMS. Même après l'abolition des mesures en lien avec la pandémie, la relation avec les proches s'en est retrouvée impactée et un travail a dû être fait afin de la reconstruire.

Néanmoins, la pandémie de COVID-19 a également été un bon baromètre de la relation et de la confiance des proches envers les EMS. De plus, les canaux de communication innovants mis en place à ce moment-là, tels que les appels par vidéo, font aujourd'hui partie intégrante des moyens facilitant le lien entre les résidentes et les résidents et leurs proches.

5. Conclusion

De manière générale, les visites ciblées sur l'intégration des proches se sont déroulées dans un esprit de collaboration, sans opposition majeure. Plusieurs exigences légales et bonnes pratiques étaient déjà acquises ou mises en place avant le démarrage des visites. Si des écarts entre les institutions peuvent être relevés, peu d'entre-elles se situent dans les extrêmes. L'intégration des proches est donc un concept qui faisait déjà partie du fonctionnement d'un bon nombre d'EMS fribourgeois.

Plusieurs bénéfices relatifs au projet peuvent être ressortis. Premièrement, ce projet de visites ciblées sur l'intégration des proches a amélioré significativement l'atteinte des exigences légales et a ainsi permis que les EMS fribourgeois soient à jour par rapport aux changements législatifs du nouveau droit de la protection de l'adulte entré en vigueur le 1er janvier 2013 (12). Deuxièmement, cela a permis d'identifier différents problèmes d'application dans la pratique et ainsi d'élaborer ou de réviser des protocoles. Finalement, ce projet a permis de collaborer avec les institutions de soins de longue durée afin de valoriser ces bonnes pratiques, d'aller plus loin dans l'intégration des proches et de tout mettre en œuvre pour que les personnes qui ont envie de s'investir dans l'accompagnement d'une résidente ou d'un résident puissent le faire.

Les remédiations exigées pour l'atteinte des exigences minimales fixées permettent d'assurer une intégration des proches de qualité minimale équivalente dans tous les EMS du canton de Fribourg. A l'avenir, des vérifications ponctuelles du maintien des différents éléments exigés dans le cadre de l'intégration des proches dans les EMS pourront toujours avoir lieu lors des différentes activités de surveillance du SMC.

En conclusion, ce projet de visites ciblées sur l'intégration des proches présente une réelle plus-value pour le développement et l'intégration du concept dans les différents EMS fribourgeois. Il contribue à créer un réel partenariat avec les proches afin « *d'accompagner la famille et d'accompagner avec la famille* » (16).

Élaboration du rapport

Cynthia Schneider, collaboratrice scientifique
Annabelle Aeby, infirmière de santé publique
Tamara Andrey, infirmière de santé publique
Florence Baier, infirmière de santé publique
Evelyne Huber, infirmière, cheffe de secteur

Copies

- Directions des EMS fribourgeois
- Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées et de l'aide et de soins à domicile (AFISA-VFAS)
- Service de la prévoyance sociale (SPS)
- Service de la santé publique (SSP)

6. Bibliographie

1. Office fédéral de la justice. La révision du droit de la tutelle [Internet]. [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.bj.admin.ch/bj/fr/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/vormundschaft.html>
2. Office fédéral de la statistique. Vieillesse de la population [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/alterung.html>
3. Fukahori H, Matsui N, Mizuno Y, Yamamoto-Mitani N, Sugai Y, Sugishita C. Factors related to family visits to nursing home residents in Japan. *Arch Gerontol Geriatr.* 1 juill 2007;45(1):73-86.
4. de Medeiros MMD, Carletti TM, Magno MB, Maia LC, Cavalcanti YW, Rodrigues-Garcia RCM. Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr.* 5 févr 2020;20(1):44.
5. Hovenga N, Landeweer E, Zuidema S, Leget C. Family involvement in nursing homes: an interpretative synthesis of literature. *Nurs Ethics.* sept 2022;29(6):1530-44.
6. Villez A. Associer les résidents et leurs proches : contribution introductive [Internet]. Fondation de France. Paris; 1994 [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <http://worldcat.org/identities/viaf-12336077/>
7. AFISA/VFAS. Journée de réflexion de l'AFIPA [Internet]. Journée de réflexion de l'AFIPA; 2014 sept 10 [cité 14 mars 2023]; Fribourg. Disponible sur: <https://docplayer.fr/3126655-Qualite-de-vie-des-residents-en-ems-perspectives-croisees.html>
8. Pihet S, Etter S. Projet AFIPA/VFA : Qualité de vie des résidents et rôle des institutions dans le canton de Fribourg. Fribourg: HEdS-FR; 2014.
9. Curaviva. Le nouveau droit de la protection de l'adulte : informations générales, outils de travail et modèles de documents pour les EMS et les homes médicalisés [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.curaviva.ch/files/H0BUNEU/le_nouveau_droit_de_la_protection_de_ladulte__cahier_thematique__curaviva_suisse__2012.pdf
10. Curaviva. Vivre en EMS, une information pour les résidentes et résidents et leurs proches à propos du nouveau droit de la protection de l'adulte [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.curaviva.ch/files/4DDF2UZ/vivre_en_ems__heinz_rueegger__fiche_technique__curaviva_suisse__2013.pdf
11. Badey-Rodriguez C. L'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale. *Gérontologie Société.* 2005;28 / n° 112(1):105.
12. Christen-Gueissaz E. Le bien-être de la personne âgée en institution: un défi au quotidien. Paris: S. Arslan; 2008. (Perspective soignante).
13. Crône P. L'animation des personnes âgées en institution. Masson. (Aides-soignants et animateurs; vol. 2 édition).

14. Ugolini B. Relations avec les proches : comment traiter avec égard les souhaits, les requêtes et les plaintes des proches ? Guide à l'usage des institutions pour personnes âgées. Curaviva; 2014 juill.
15. Schnegg O. La place des familles dans le parcours institutionnel du résident. Rev Int Soins Palliatifs. 2012;27(2):57-62.
16. Belaud P, Herniotte C. Familles et accompagnement. Rev Aide Soignant [Internet]. févr 1998 [cité 14 mars 2023];Le dossier du mois. Disponible sur: <http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/famillesetaccompagnement.html>

7. Annexes

7.1 Annexe I : Document de visite pour le contrôle des exigences légales

 ETAT DE FRIBOURG STAAT FREIBURG	<div style="text-align: right;"> <p>Service du médecin cantonal SMC Kantonsarztamt KAA</p> <p>Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne</p> <p>T +41 26 305 79 80, F +41 26 305 79 81 www.fr.ch/smc</p> </div> <p style="text-align: center;">CONTRÔLE DES EXIGENCES LÉGALES NON ATTEINTES OU PARTIELLEMENT ATTEINTES LORS DE LA PREMIÈRE VISITE</p> <p>Nom de l'établissement : _____ Date de la visite : _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Evaluation :</p> <p> <input type="checkbox"/> atteint : > la moitié des éléments observés = oui <input type="checkbox"/> non atteint : < la moitié des éléments observés = oui <input type="checkbox"/> part. atteint : la moitié des éléments observés = oui <input type="checkbox"/> N.O : non observable </p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">1. Directives anticipées</th> <th>Dossier 1</th> <th>Dossier 2</th> <th>Dossier 3</th> <th>Dossier 4</th> <th>Dossier 5</th> <th>Dossier 6</th> <th>Récapitulatif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="font-size: small;">1.1 L'existence ou l'absence de directives anticipées sont signalées dans la documentation de soins. En l'absence de directives anticipées, une note en informe de la raison ou des volontés présumées transmises par oral sont notifiées.</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td> <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint </td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">1.2 Si des directives anticipées existent, l'endroit de leur conservation est noté.</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O</td> <td> <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint </td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">1.3 Si le résident ou la résidente est d'accord, une copie (ou l'original) des directives anticipées est placée dans le dossier de soins.</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O</td> <td> <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint </td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarques :</p> </div> <div style="font-size: x-small; margin-top: 10px;"> <p>— Direction de la santé et des affaires sociales DSAS Direktion für Gesundheit und Soziales GSD</p> </div>	1. Directives anticipées	Dossier 1	Dossier 2	Dossier 3	Dossier 4	Dossier 5	Dossier 6	Récapitulatif	1.1 L'existence ou l'absence de directives anticipées sont signalées dans la documentation de soins. En l'absence de directives anticipées, une note en informe de la raison ou des volontés présumées transmises par oral sont notifiées.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	1.2 Si des directives anticipées existent, l'endroit de leur conservation est noté.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	1.3 Si le résident ou la résidente est d'accord, une copie (ou l'original) des directives anticipées est placée dans le dossier de soins.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint															
1. Directives anticipées	Dossier 1	Dossier 2	Dossier 3	Dossier 4	Dossier 5	Dossier 6	Récapitulatif																										
1.1 L'existence ou l'absence de directives anticipées sont signalées dans la documentation de soins. En l'absence de directives anticipées, une note en informe de la raison ou des volontés présumées transmises par oral sont notifiées.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint																										
1.2 Si des directives anticipées existent, l'endroit de leur conservation est noté.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint																										
1.3 Si le résident ou la résidente est d'accord, une copie (ou l'original) des directives anticipées est placée dans le dossier de soins.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint																										

2. Représentation légale	Dossier 1	Dossier 2	Dossier 3	Dossier 4	Dossier 5	Dossier 6	Récapitulatif
2.1 Un représentant administratif ou une représentante administrative est nommé-e si le résident ou la résidente ne peut ou ne veut pas assumer la gestion de ses affaires ; ses coordonnées figurent dans le dossier de soins. Dans le cas contraire, une note en informe de la raison.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint					
2.2 Un-e représentant-e thérapeutique est nommé-e ; ses coordonnées figurent dans le dossier de soins. Dans le cas contraire, une note en informe de la raison.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint					
2.3 En cas de curatelle, la portée de cette dernière devrait être mentionnée et documentée dans le dossier de soins (ou copie du cahier des charges du curateur ou de la curatrice)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint					

Remarques :

3. Mesures de contrainte et de limitation de la liberté	Dossier 1	Dossier 2	Dossier 3	Dossier 4	Dossier 5	Dossier 6	Récapitulatif
3.1 La personne habilitée à représenter le résident ou la résidente dans le domaine médical a été informée de la mesure prévue.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint					

Remarques :

4. Consentement aux soins et mesures diagnostiques	Dossier 1	Dossier 2	Dossier 3	Dossier 4	Dossier 5	Dossier 6	Récapitulatif
4.1 La ou les personnes habilitée(s) à représenter le résident ou la résidente et le résident ou la résidente sont informés de tout changement d'état du résident ou de la résidente entraînant un changement de traitement, un examen médical, une adaptation du plan de soins et/ou du niveau de soins. Leur accord est sollicité aux soins, traitements et mesures diagnostiques envisagés.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.O	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint					

Remarques :

Remarques générales :

.....

.....

.....

.....

.....

Récapitulatif :

Date :

Signature de l'infirmière responsable :

Signature de la collaboratrice suppléante :

7.2 Annexe II : Document de visite pour le contrôle des bonnes pratiques

 ETAT DE FRIBOURG STAAT FREIBURG		Service du médecin cantonal SMC Kantonsarztamt KAA Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne T +41 26 305 79 80, F +41 26 305 79 81 www.fr.ch/smc
BONNES PRATIQUES		
Nom de l'établissement :		Date de la visite :
Légende : A = atteint lors de la deuxième visite P. A = partiellement atteint lors de la deuxième visite N. A = non atteint lors de la deuxième visite Au minimum, l'institution s'engage à mettre en place les 6 éléments obligatoires et 10 éléments à choix parmi les propositions du SMC et celles de l'institution (éléments déjà atteints y compris) selon décision prise lors de la visite 1.		
A. Exigences : éléments à développer obligatoirement		
A.1 L'institution dispose d'un concept écrit d'intégration des proches (il peut être intégré au concept de soins) et il est connu des collaborateurs et collaboratrices. Il contient au minimum : - définition de l'intégration des proches pour l'institution - objectifs et moyens mis en place pour intégrer les proches - philosophie de la relation résident-proches-institution : partenariat avec les proches, communication avec les proches, ouverture aux divergences d'opinion des proches	Moyens d'évaluation Document à transmettre au SMC <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	Récapitulatif <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
— Direction de la santé et des affaires sociales DSAS Direktion für Gesundheit und Soziales GSD		

 Service du médecin cantonal SMC Page 2 de 8				
A.2 L'institution détermine dans un document écrit où et comment les informations recueillies auprès des proches et données aux proches sont conservées ou transcrites dans le dossier de soins (données administratives, données recueillies en entretien, spécificités de la famille...).	Document à transmettre au SMC <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A		
A.3 Un entretien d'accueil est prévu, dans la mesure du possible, avec le résident ou la résidente, les proches, la direction, un membre du personnel soignant dans le premier mois ; la traçabilité se retrouve dans le dossier de soin. Si tel n'est pas le cas, les raisons en sont expliquées dans le dossier de soins.	Consultation de dossiers de soins <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint </td> </tr> </table>	Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint			
A.4 Le résident ou la résidente et ses proches reçoivent une information écrite concernant la gestion des plaintes internes et les voies de recours externes.	Document à transmettre au SMC <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A		
A.5 L'institution organise un bilan annuel (au minimum) avec le résident, la résidente et ses proches si celui-ci, celle-ci le permet ; la traçabilité se retrouve dans le dossier de soin. Si tel n'est pas le cas, les raisons en sont expliquées dans le dossier de soins.	Consultation de dossiers de soins <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint </td> </tr> </table>	Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint			
A.6 Le représentant ou la représentante reçoit une information orale avant l'envoi du courrier concernant l'évaluation RAI entraînant un changement du niveau de soins. Elle doit être notifiée dans le dossier de soins. Si tel n'est pas le cas, les raisons en sont expliquées dans le dossier de soins.	Consultation de dossiers de soins <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint </td> </tr> </table>	Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint			

Service du médecin cantonal SMC
Page 3 de 8

Remarques :

B. Recommandations et exemples de bonnes pratiques : éléments à choix

B.1 Accueil du résident ou de la résidente et de ses proches et informations transmises	Moyens d'évaluation		Récapitulatif
B. 1.1 Un canevas d'entretien d'accueil est utilisé.	Document à transmettre au SMC <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
B. 1.2 L'institution propose au résident ou à la résidente et à ses proches, dans la mesure du possible, une visite de l'institution avant d'y entrer.	Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
B. 1.3 L'institution offre la possibilité au résident ou à la résidente, et/ou ses proches, accompagné-e de la direction et/ou d'un-e soignant-e, de prendre un repas le jour de l'accueil.	Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
B. 1.4 La direction propose de conseiller les proches concernés au niveau de la gestion administrative du séjour du résident ou de la résidente. Il ne s'agit pas de reprendre la responsabilité de la gestion financière mais uniquement de donner un soutien aux proches, d'expliquer les procédures (par exemple : obtenir des prestations complémentaires), de mettre à leur disposition des informations ou de les orienter vers les instances compétentes.	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A

Remarques :

Service du médecin cantonal SMC
Page 4 de 8

B. 2 Connaissance de l'histoire de vie et du réseau social du résident ou de la résidente	Moyens d'évaluation		Récapitulatif
B. 2.1 L'histoire de vie du résident ou de la résidente est recueillie avec lui ou elle et/ou ses proches selon sa capacité de discernement et selon la volonté du résident ou de la résidente.	Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
B. 2.2 L'institution s'assure de prendre connaissance du réseau social du résident ou de la résidente (personnes participant à la vie sociale du résident ou de la résidente) si ce dernier ou cette dernière le permet et de le traçabiliser.	Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
B. 2.3 Le niveau d'implication des proches est évalué avec les proches par les soignant-e-s (participation aux soins, aux visites médicales / fréquence et niveau d'information). Il est connu de ces derniers et spécifié dans la documentation de soins. Le rôle de chacun-e est clairement défini (dans la documentation de soins) ; en cas de volonté, le niveau d'implication est notifié et en cas de refus de s'impliquer, la raison est spécifiée dans la documentation de soins.	Consultation de dossiers de soins : <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
	Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	

Remarques :

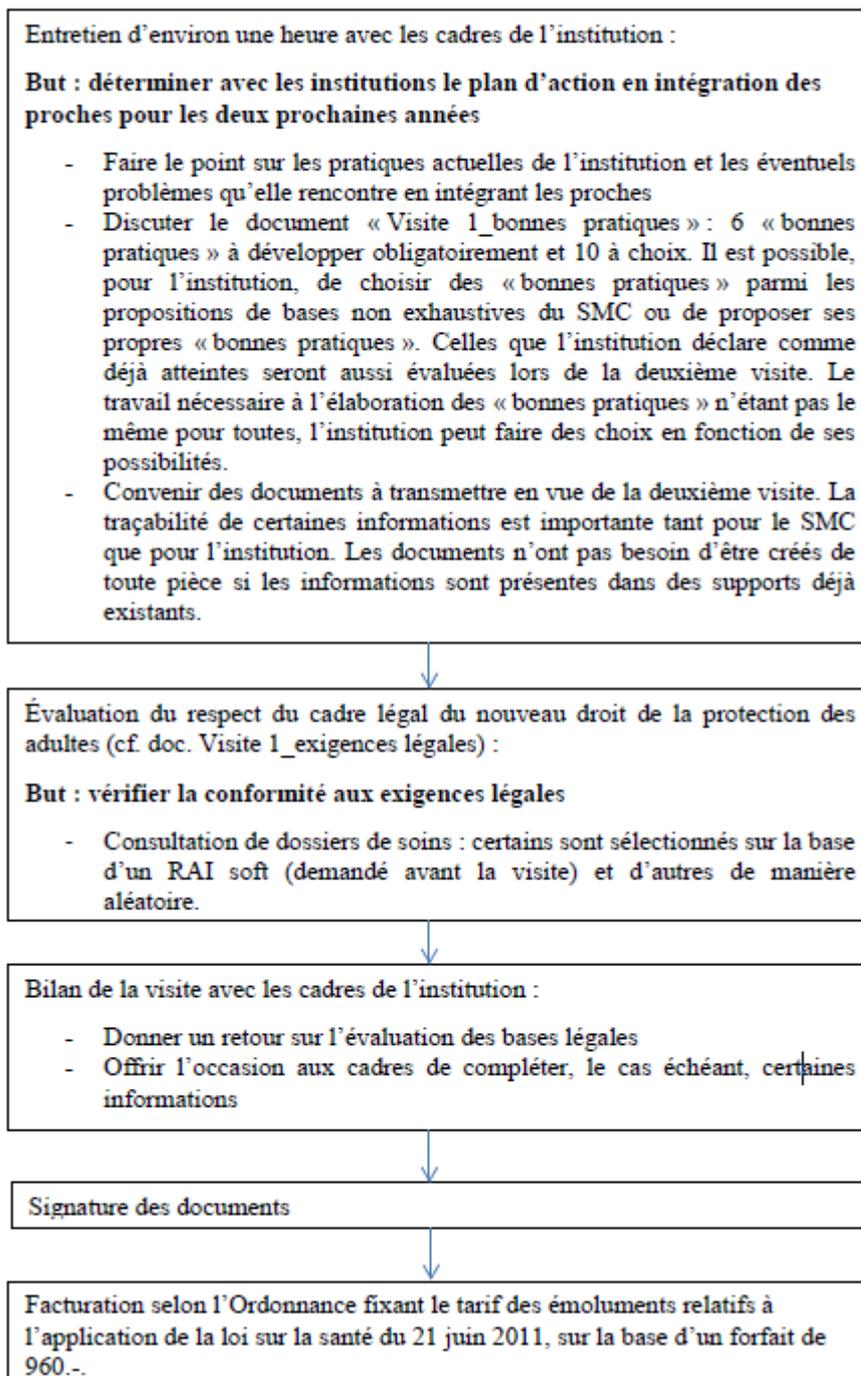
B.3 Relation et communication	Moyens d'évaluation	Récapitulatif
B. 3.1 L'institution élabore un document décrivant les droits et devoirs des proches.	Document à transmettre au SMC <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A

Service du médecin cantonal SMC Page 5 de 8		
B. 3.2 Un document désigne les personnes responsables de la communication avec les proches (il peut être inclus dans le descriptif des référent-e-s).	Document à transmettre au SMC <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
	Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	
B. 3.3 Une boîte à réclamations/critiques/ idées d'amélioration est à disposition des résident-e-s et de leurs proches. Une liste des plaintes, critiques et idées est établie ; elle contient les mesures prises.	Document à transmettre au SMC <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
	Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	
	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	
B. 3.4 Une enquête de satisfaction des proches est effectuée tous les 2 ans. Les résultats sont disponibles.	Document à transmettre au SMC <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
Remarques :		

Service du médecin cantonal SMC Page 6 de 8			
B. 4 Participation aux soins et décisions de soins	Moyens d'évaluation		Récapitulatif
B. 4.1 Les proches ont la possibilité, s'ils le souhaitent et dans la mesure où le résident ou la résidente le permet :	Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	Question à la direction <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
- de participer aux soins - de prendre part aux consultations médicales - de veiller le résident ou la résidente à tout moment - autre : Au minimum, 2 items proposés par le SMC ou l'institution doivent être mis en place			
Remarques :			
B. 5 Soutien aux proches	Moyens d'évaluation		Récapitulatif
B. 5.1 L'institution met en place des groupes de soutien aux proches (par exemple des groupes de parole pour les familles).	Document à transmettre au SMC <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A
Remarques :			
B. 6 Mesures d'intégration sociale	Moyens d'évaluation		Récapitulatif
B. 6.1 Le personnel appelle le résident ou la résidente et ses proches par leur nom de famille.	Question au personnel <input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P. A <input type="checkbox"/> N. A

7.3 Annexe III : Déroulement détaillé des visites ciblées sur l'intégration des proches

Visite 1



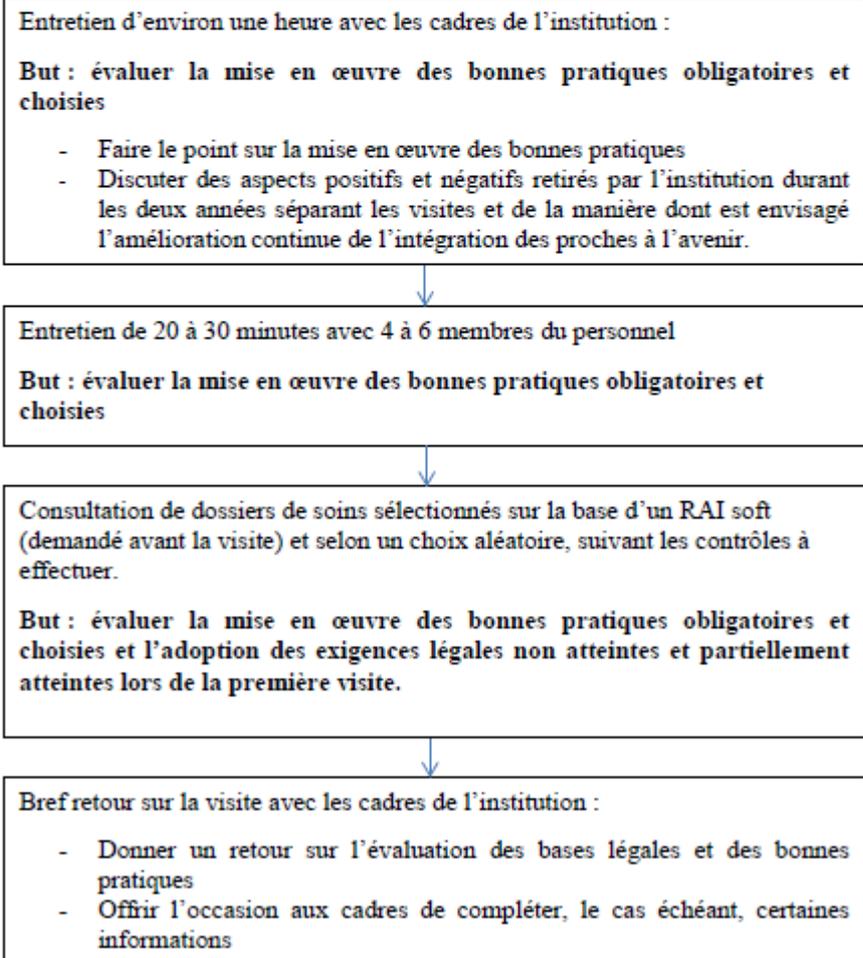
↓

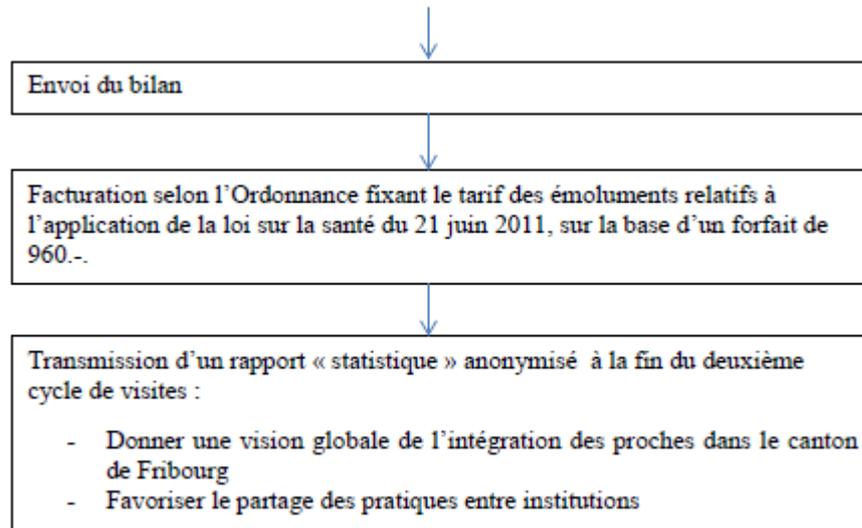
Transmission d'un rapport « statistique » anonymisé à la fin du premier cycle de visites :

- Donner une vision globale de l'intégration des proches dans le canton de Fribourg
- Favoriser le partage des pratiques entre institutions

Tant la mise en œuvre des bonnes pratiques que la mise à jour des exigences légales doivent être faites en vue de la prochaine visite qui aura lieu, pour chaque institution, environ deux ans plus tard. Avant la deuxième visite, il sera demandé à l'institution de transmettre des documents en fonction des bonnes pratiques choisies et de ce qui a été convenu lors de la première visite. Très semblable à la première, la deuxième visite se déroule ainsi :

Visite 2





7.4 Annexe IV : Guide d'entretien utilisé lors des V-IP2

1. Comment se sont passés les deux ans entre les visites ?
2. Avez-vous rencontré des difficultés lors de la mise en place de certaines pratiques ?
3. Quel bilan tirez-vous de ces deux années ?
4. Comment envisagez-vous l'avenir de l'intégration des proches dans l'institution ?