

PERSONNES ÂGÉES

RECOMMANDATIONS  
DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES



FICHES-REPÈRES



REPÉRAGE DES RISQUES  
DE PERTE D'AUTONOMIE  
OU DE SON AGGRAVATION  
POUR LES PERSONNES ÂGÉES  
VOLET EHPAD

*Anesm*

Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux

*Ce document a reçu l'avis favorable du Comité d'orientation stratégique et du Conseil scientifique de l'Anesm. Février 2016  
Validation et adoption des recommandations, Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm - Décision d'adoption 2016-08  
du 15 février 2016.*

<b>Présentation générale</b>	<b>4</b>
1. Le contexte des recommandations	5
2. Le champ des recommandations	7
3. Les destinataires des recommandations	9
4. Les objectifs des recommandations	10
5. Les recommandations, mode d'emploi	11
6. La méthode d'élaboration des recommandations	14
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>15</b>
<b>CHAPITRE 1</b>	
Mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier l'émergence de nouveaux besoins pour des personnes accueillies	19
<b>CHAPITRE 2</b>	
Partager l'analyse des signes repérés des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation	23
<b>CHAPITRE 3</b>	
Adapter les réponses lorsque les personnes accueillies montrent des signes de perte d'autonomie ou d'aggravation de la perte d'autonomie	31
<b>CHAPITRE 4</b>	
S'approprier les recommandations de bonnes pratiques concernant le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation	35
<b>FICHES-REPÈRES</b>	<b>42</b>
<b>GRILLE DE LECTURE</b>	<b>73</b>
<b>LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXES</b>	
<b>Annexe 1</b> : Conduite des travaux	84
<b>Annexe 2</b> : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et medico-sociaux (Anesm)	87

# PRÉSENTATION GÉNÉRALE

# 1 LE CONTEXTE DES RECOMMANDATIONS

En France, la part des personnes de 60 ans et plus augmente et cette tendance va, selon les projections de l'Insee, s'accélérer au cours des prochaines décennies. Entre 2007 et 2060, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans pourrait augmenter de plus de 80 %, selon le scénario central, pour atteindre, en 2060, le nombre de 23.6 millions (dont 12 millions pour les plus de 75 ans et 5.5 millions pour les plus de 85 ans)<sup>1</sup>. À partir de ces données, on comprend les enjeux majeurs concernant la prévention et le bien vieillir<sup>2</sup>. Dès à présent, tout doit être mis en œuvre pour maintenir l'autonomie des personnes âgées et retarder au maximum l'entrée dans la dépendance. Entre 2007 et 2012, le nombre de personnes dépendantes et bénéficiaires de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) a augmenté passant de 34.8 % à 36.3 % pour les personnes de 85 ans<sup>3</sup>. Ces chiffres sont éloquentes et mettent en lumière tout les enjeux de la prévention à la fois dans un souci de qualité de vie des personnes mais, aussi dans un souci de préservation de notre système de santé.

Pendant de nombreuses années, la prise en charge de la perte d'autonomie a fait l'objet de multiples recherches et c'est désormais la prévention de la perte d'autonomie qui fait l'objet de toutes les attentions. **Favoriser le soutien et le maintien à domicile** des personnes âgées en améliorant la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie est par ailleurs un des objectifs de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Par conséquent, la préservation de l'autonomie pour améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie (prévention primaire), la prévention des pertes d'autonomie évitables (prévention secondaire) et enfin, l'évitement de l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité (prévention tertiaire) sont le fondement même du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (axes 1,2, et 3)<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> BLANPAIN, N., CHARDON, O. *Projections de population à l'horizon 2060*. Paris : INSEE, 2010.

<sup>2</sup> « La commission européenne a mis en évidence "le bien vieillir", entendu comme vieillissement actif et en bonne santé, comme étant, l'un des défis de société majeurs commun à tous les États Membres » (cité par GOMEZ, M. I. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles et polyopathologiques. In : IAGG, SFGG. *Repérage et maintien de la perte d'autonomie*. Livre blanc. (Document électronique). 2015. p. 4).

<sup>3</sup> INSEE. *Tableaux de l'économie Française (TEF)*. Paris : Insee, 2015, p.101.

<sup>4</sup> Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie, coordination J.P. Aquino, Président du Comité Avancée en âge, mission d'appui de la DGOS, septembre 2015. (Il s'articule autour de 6 axes).

La prévention en santé doit débiter dès le plus jeune âge. Elle passe notamment par une alimentation équilibrée, la pratique d'une activité physique régulière et des actions de dépistage tout au long de la vie. L'ensemble de ces actions et comportements préventifs sont des conditions du bien-vieillir y compris à un âge avancé. Pourtant, aujourd'hui encore, certaines idées reçues persistent, résistent (« C'est normal à son âge »). Cependant, même au grand âge, des actions de prévention de la perte d'autonomie voire de son aggravation peuvent être mises en place y compris en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Prévenir les pertes d'autonomie évitables au cours de l'avancée en âge tient aussi aux organisations mises en place. « *Prévenir ces situations représente un véritable défi qu'il s'agisse d'interventions au domicile, avec le repérage des facteurs de risque de la fragilité et de la fragilité installée, mais aussi des actions conduites dans les établissements de santé. Stabiliser des situations caractérisées par une incapacité en préservant et valorisant les capacités restantes et en évitant une aggravation lorsque la récupération n'est guère possible, en particulier dans les Ehpad*<sup>5</sup>. »

Les Ehpad sont en quelque sorte le dernier maillon de la filière gériatrique. Ils accompagnent majoritairement des personnes âgées dépendantes. Un peu moins de 600 000<sup>6</sup> personnes âgées y résident. 250 000 d'entre elles ont intégré ce lieu de vie au cours de l'année. L'âge moyen au moment de l'entrée est de presque 85 ans. La durée moyenne de séjour est de 2 ans et demi mais 1/3 y restera moins d'une année (2/5 décèdent). Une personne entrante sur quatre y restera environ 4 ans.

Le dernier rapport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) indique que 55 % des résidents d'Ehpad sont « classés » en GIR 1 ou 2, 34 % en GIR 3 ou 4 et 11 % en GIR 5 ou 6. L'évolution du GMP (GIR moyen pondéré) et PMP (PATHOS moyen pondéré) montrent que la population est de moins en moins autonome en Ehpad.<sup>7</sup>

Ainsi, avec 45 % des résidents classés en GIR de 3 à 6 et avec une espérance de vie relativement longue pour une majorité d'entre eux, repérer les risques de perte d'autonomie et de son aggravation prend, au sein de ces établissements, tout son sens.

---

<sup>5</sup> Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, coordination J.P. Aquino, Président du Comité Avancée en âge, mission d'appui de la DGOS, septembre 2015, p. 15.

<sup>6</sup> DREES. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Études et résultats*, 2014, n° 877.

<sup>7</sup> CNSA. *Les soins en Ehpad en 2013 : financement de la médicalisation et le bilan des coupes pathos*. Paris : CNSA, Juillet 2014.

## 2 LE CHAMP DES RECOMMANDATIONS

Ces recommandations identifient les principaux facteurs de risque de perte d'autonomie et/ou de son aggravation sur lesquels les professionnels porteront une attention particulière afin de tout mettre en œuvre pour limiter leurs conséquences et garantir la meilleure qualité de vie possible.

Les Ehpad sont des établissements médicalisés. Le personnel médical et paramédical est composé d'un Médecin coordonnateur (MEDEC), d'un Infirmier coordinateur (IDEC), d'Infirmiers diplômés d'état (IDE), d'Aides-soignants (AS), d'un cadre de santé, d'Aides médico-psychologiques (AMP) et d'Assistants de soins en gériatrie (ASG). Cette équipe peut se voir renforcée par un(e) diététicien(ne), un(e) pharmacien(ne), un(e) psychologue, un(e) neuro-psychologue, un(e) pédicure-podologue, etc. Mais les professionnels présents en Ehpad ne se limitent pas à cette équipe. Partagent également le quotidien des résidents, les agents de services, les personnels de restauration, les jardiniers, les agents du service technique, les secrétaires, les animateurs, etc.

À l'arrivée en Ehpad, le résident doit bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée coordonnée par le MEDEC. Les évaluations gériatriques agissent sur la prévention des événements cliniques majeurs quel que soit le lieu de vie de la personne âgée<sup>8</sup>. Mais au-delà de cette évaluation, des actions concrètes de repérage peuvent être mises en place. Les principaux domaines à observer sont le statut nutritionnel, l'activité physique, la mobilité, l'énergie/la fatigue, la force, la cognition, l'humeur, les relations sociales et l'environnement, la dépendance<sup>9</sup> mais aussi la polypathologie, la chute, la polymédication (et le risque de iatrogénie médicamenteuse). Ces derniers sont des facteurs majeurs d'hospitalisation potentiellement « évitables<sup>10</sup> » notamment en Ehpad. Tous les professionnels présents au sein de l'Ehpad doivent participer, à leur niveau d'observation, à ce repérage. Ces évaluations contribuent à l'élaboration du projet personnalisé<sup>11</sup>.

<sup>8</sup> CESARI, M., FOUGERE, B., DEMOUGEOT, L. Les études d'impact ayant démontré l'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles. In : IAGG, SFGG. *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles*. Livre Blanc. (Document électronique). 2015. pp. 56-58.

<sup>9</sup> GERARD, S. Les outils d'évaluation de la fragilité. In : IAGG, SFGG. *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles*. Livre Blanc. (Document électronique). 2015. pp. 37-48.

<sup>10</sup> Anesm, HAS. *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad*. Fiche points clés et solutions – Organisation des parcours. Saint-Denis : Anesm-HAS, 2015.

<sup>11</sup> L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé sont définies dans les recommandations : Anesm. *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 1. Saint-Denis : Anesm, 2011. pp. 45-58.

C'est pourquoi, ces recommandations sont accompagnées de fiches repères pour faciliter le repérage des situations à risque de perte d'autonomie ou de son aggravation. Ces fiches portent sur la mauvaise nutrition/dénutrition et déshydratation, les chutes, les risques liés à la prise des médicaments, la souffrance physique, la souffrance psychique, les troubles du comportement et les troubles cognitifs. Enfin, une fiche-repère est aussi consacrée aux aidants (leur présence régulière au sein de l'Ehpad contribue souvent à la qualité de vie du résident).

#### POINT DE VIGILANCE

En 2014, l'Anesm a publié des recommandations concernant le **soutien des aidants non professionnels** à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile. Au sein de ces recommandations, les aidants se définissent comme **« la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités quotidiennes. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non. Cette aide peut prendre plusieurs formes. »**<sup>12</sup> (p. 7)

Désormais est inscrit dans l'article 51 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, l'article L.113-1-3. **« 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. »**

Nous considérerons donc tout au long de ces recommandations, « l'aidant », comme la ou les personne(s) identifiée(s) comme telle par la personne âgée lors de l'élaboration de son projet personnalisé au sein du volet social. Cet aidant est un proche qui intervient régulièrement dans l'accompagnement de la personne. Les recommandations qui suivent visent à prendre en compte sa présence régulière. En effet, celle-ci contribue au maintien de l'autonomie de la personne. Une diminution de cette présence peut conduire à un risque de perte d'autonomie ou de son une aggravation.

<sup>12</sup> Définition de la Confédération des Organisations de l'Union Européenne (Coface handicap), le collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux (CIAAF) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

En outre, une grille des principaux champs à observer chez le résident est proposée au sein de ces recommandations. Elle n'est pas une grille d'évaluation. Elle indique les principaux signes d'altération d'une personne. Elle peut, en revanche, permettre de voir si l'ensemble de ces items figurent effectivement dans la grille utilisée lors de l'évaluation des capacités des résidents.

De par son enjeu majeur, assurer le bien vieillir dans des conditions harmonieuses, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles « **Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées** » s'inscrivent au programme 7 de l'Anesm portant sur la « Qualité de vie ».

### 3 LES DESTINATAIRES DES RECOMMANDATIONS

Ce volet de recommandations est spécifique aux **Ehpad**. Il s'agit d'établissements visés par le 6° du I de l'article L.312-1 du CASF<sup>13</sup>. L'extraction FINESS<sup>14</sup> de janvier 2015 indique l'existence de 7512 Ehpad.

Les repères qui sont fournis dans les recommandations peuvent également être un support d'échanges et de réflexions avec les personnes accueillies, leurs proches, les associations d'usagers et les autres acteurs de l'accompagnement des personnes âgées tels que :

- d'autres structures du secteur social et médico-social : les accueils temporaires (accueil de jour, accueil de jour itinérant, accueil de nuit, hébergement temporaire) ; les services mettant en œuvre des mesures de protection juridique et services d'aide aux tuteurs familiaux ;
- les structures et professionnels sanitaires : les filières de soins gériatriques (court séjour gériatrique, consultations et hôpital de jour gériatriques, services de soins de suite et de réadaptation, équipe mobile de gériatrie, unités de soins de longue durée), les réseaux de santé (géronologique, soins palliatifs, etc.), l'hospitalisation à domicile (HAD), les centres hospitaliers (services de médecine, de chirurgie), les équipes mobiles (soins palliatifs, etc.), les services d'urgence, les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, gériatres, oncologues, psychiatres, kinésithérapeutes, infirmiers, etc.), les services et unités de soins spécialisés (services de psychiatrie de secteur, services d'oncologie...), etc. ;

<sup>13</sup> « Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ».

<sup>14</sup> FINESS assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément.

- l'équipe médico-sociale de l'APA, les assistants sociaux de secteurs ;
- les Centres communaux d'action sociale (CCAS)/Centres intercommunaux d'action sociale (CIAS), les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ;
- les gestionnaires de cas des MAIA<sup>15</sup> ;
- les dispositifs pour les aidants : les plateformes d'accompagnement et de répit ; les organismes de séjours vacances, d'activités sociales, culturelles et de loisirs, etc. ;
- les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) ;
- les organismes de formation universitaire et professionnelle du secteur social, médico-social et sanitaire ;
- les ARS (et plus particulièrement celles inscrites dans une expérimentation PAERPA).

## 4 LES OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

L'objectif de ces recommandations est de proposer à l'ensemble des personnels, les principales thématiques à observer pour le repérage de la perte d'autonomie<sup>16</sup> ou de son aggravation des personnes âgées vivant en Ehpad. Il existe déjà des recommandations de l'Anesm à destination de l'ensemble du personnel des Ehpad sur cette thématique : « Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : l'accompagnement personnalisé à la santé du résident ». Dans ces présentes recommandations, il s'agit d'axer la focale sur **le repérage réalisé par les professionnels soignants travaillant en Ehpad qui ont un diplôme de niveau V et à l'ensemble des personnels non-soignants**. Ces recommandations s'adressent donc non seulement aux AS et AMP, ASG, à tous les agents participant aux soins, mais aussi à tous les salariés de l'Ehpad : veilleurs de nuit, animateurs, agents d'accueil, agents hôteliers, agents d'entretien, secrétaires, jardiniers, etc.

<sup>15</sup> Le dispositif MAIA est une méthode permettant l'intégration des services d'aide et de soins dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie et en situation complexe. Le dispositif est composé de gestionnaire de cas et d'un pilote. Initialement, le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des MAIA dénommait ce dispositif « maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ». En 2014, la terminologie a été revue pour tenir compte de la réalité de terrain. Le principe des dispositifs MAIA reste inchangé, mais la CNSA les a réintitulés « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ». CNSA. MAIA. *Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie*. Paris : CNSA, 2014. Coll. Les cahiers pédagogiques.

<sup>16</sup> « L'autonomie (capacité d'autodétermination) de la personne est liée à ses potentialités physiques, psychiques et aux moyens mis à sa disposition pour compenser tout ou partie de ses difficultés. » ANESM. La participation du résident à son projet de soin. In : *L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 4. Saint-Denis : Anesm. pp. 31-32.

**Pour s'adresser à ces professionnels, ces recommandations sont construites comme un support pour les responsables d'encadrement des Ehpad** afin qu'ils puissent travailler en équipe ces recommandations de bonnes pratiques. Il s'agit également d'un support pour faciliter le travail en collaboration avec les partenaires, notamment par la mise en place de pratiques communes avec les services d'aide et de soins à domicile, les résidences autonomie (ex-logements-foyers) et les Ehpa.

Ces recommandations répondront aux questions suivantes :

- Comment apprécier l'amélioration ou la détérioration de l'autonomie de la personne accueillie et adapter en conséquence les pratiques d'accompagnement ? Sur quels documents existants s'appuyer pour effectuer ce repérage dans le lieu de vie de la personne ?
- Quels sont les éléments de vie de la personne âgée à connaître et comment les prendre en compte pour mieux repérer et anticiper l'apparition d'une éventuelle aggravation de la perte d'autonomie ?
- Quels sont les facteurs à identifier pour anticiper les risques de souffrance psychique, de chute, de dénutrition, de déshydratation, de souffrance physique, de douleurs liées à la prise de médicaments et d'épuisement des aidants ?
- Quels signes de perte d'autonomie ou d'aggravation faire remonter auprès du responsable d'encadrement ?
- Comment accompagner ou orienter la personne concernée par des problèmes de santé influant directement sur sa qualité de vie ?

## 5 LES RECOMMANDATIONS, MODE D'EMPLOI

Elles se déclinent en 2 parties :

- ↳ **La première partie** de ce travail concerne les recommandations proprement dites. Celles-ci sont signalées et précédées d'une présentation des enjeux et effets attendus destinée à éclairer les lecteurs sur le contexte et les problématiques en présence et à rappeler les buts que l'on cherche à atteindre.

Elles se décomposent en 4 chapitres :

- Chapitre 1 : Mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier l'émergence de nouveaux besoins pour des personnes accueillies
- Chapitre 2 : Partager l'analyse des signes repérés des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation
- Chapitre 3 : Adapter les réponses lorsque les personnes accueillies montrent des signes de perte d'autonomie ou d'aggravation de la perte d'autonomie
- Chapitre 4 : S'approprier les recommandations de bonnes pratiques concernant le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation

Chaque chapitre comporte :

- Des **points de vigilance** qui attirent l'attention sur des situations spécifiques.
- Des **illustrations** qui sont destinées à mettre en évidence certaines spécificités liées au public accompagné mais aussi à mettre en partage quelques expériences développées localement. Ces illustrations ont vocation à éclairer le propos. Elles n'ont pas de caractère exhaustif et ne constituent pas des recommandations. Si elles ne sont pas transférables en l'état à l'ensemble des structures sociales et médico-sociales qui accompagnent des personnes âgées dépendantes, handicapées ou souffrant de maladie chronique, elles peuvent néanmoins inspirer des initiatives.
- Des **repères juridiques** qui rappellent le cadre de la loi.

Enfin, une fiche « Évaluer ses activités et la qualité des prestations délivrées » est proposée à la fin des recommandations. Elle permet d'identifier les activités et la qualité des prestations délivrées au regard de l'ensemble des recommandations des bonnes pratiques concernant le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation.

↳ **La seconde partie** propose des supports pour faciliter l'appropriation de ces recommandations. Elle comporte :

- Des **fiches-repères** qui abordent les principaux thèmes du repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation. Elles se décomposent en 4 parties : les signes d'alerte qui pourront être observés par les professionnels, les principaux facteurs de risque, les recommandations à suivre et les résultats attendus. Enfin, des outils pour compléter ce repérage ou pour aller plus loin dans la réflexion en équipe. Ces fiches pourront être travaillées en équipe et être un vrai support d'échanges entre les salariés.

- Une **grille de lecture** pour repérer les risques de perte d'autonomie ou de son aggravation qui permet de travailler en équipe les signes auxquels il faut faire attention au quotidien. Elle insiste sur les **moments-clés** qui nécessitent une vigilance particulière. En outre, elle permet de travailler en équipe les principaux signes d'altération qui doivent susciter une vigilance particulière au quotidien.

Enfin, une **bibliographie** est disponible sur le site de l'Anesm ([www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)).

#### POINT DE VIGILANCE

Les présentes recommandations sont à mettre en perspective avec les recommandations suivantes et déjà publiées :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (2008) ;
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (2008) ;
- *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement* (2008) ;
- *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* (2009) ;
- *Le questionnaire éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux* (2010) ;
- *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service* (2010) ;
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement* (2011) ;
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* (2011) ;
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad* (2012) ;
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* (2012).
- *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (2012)
- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement* (2014)
- *Le soutien des aidants non professionnels* (2014)
- *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes* (2015)

## 6 LA MÉTHODE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

Pour la production de ces recommandations, l'Anesm a retenu la méthode du consensus simple.

Ces recommandations ont été élaborées sur la base :

- d'une analyse documentaire ;
- de visites sur sites.

La production des recommandations s'est appuyée sur des **groupes de travail** qui se sont réunis en fonction de chacun des volets (domicile, résidence-autonomie et Ehpad).

Le projet de recommandations a été soumis à un **groupe de lecture**, dont les remarques ont été prises en compte dans la version finale.

Finalisé, le projet de recommandations a ensuite été soumis aux instances de l'Anesm et a fait l'objet d'une analyse juridique.

# RECOMMANDATIONS

## Préambule

Concernant les Ehpad, l'Anesm a publié de nombreux travaux : un programme « Qualité de vie » décliné en quatre volets, des recommandations spécifiquement dédiées à l'évaluation interne, d'autres dédiées à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée et, plus récemment, des recommandations dédiées à la prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée.

Dans ces différentes recommandations, il est rappelé que :

- L'Ehpad constitue, un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour et ce quelles que soient ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie décisionnelle, difficultés d'expression, etc. ;
- les publics accueillis présentent des profils diversifiés qui présentent une dépendance avérée. En outre, au moins la moitié présente une maladie d'Alzheimer ou apparentée<sup>17</sup> ;
- les Ehpad ont diversifié leurs modalités d'accueil<sup>18</sup> : en plus de l'accueil en hébergement permanent, ont été mises en place des unités spécifiques pour l'accueil de personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, des accueils de jour, des places d'hébergement temporaire, des PASA (pôles d'activité et de soins adaptés), plus rarement des possibilités d'accueil de nuit ou des unités d'hébergement renforcées (UHR).

Les Ehpad disposent d'un accompagnement médical et soignant notamment, un médecin coordonnateur dont les missions sont définies par l'article D312-158 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)

---

<sup>17</sup> PERRIN-HAYNES, J. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. Les personnes âgées en institution. *Dossiers solidarité et santé*, 2011, n° 22, pp. 4-15.

<sup>18</sup> L'enquête REHPA sur 240 EHPA relève que 48 % des établissements réalisent de l'hébergement temporaire, 23 % de l'hébergement temporaire spécifiquement Alzheimer, 28 % bénéficient d'une unité spécifiquement Alzheimer, 27 % ont un accueil de jour – ROLLAND, Y., et al. Description des résidents d'EHPA : données de l'enquête menée par le REHPA (Recherche en établissements d'hébergement pour personnes âgées). *Les Cahiers de l'année gérontologique*, 2009, vol. 1, n° 1, pp. 35-41.

Dans le cadre du programme national expérimental « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) », ayant pour objectif de prévenir et limiter la perte d'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus, les Ehpad ont plus particulièrement comme rôle de faciliter le recours à l'hébergement temporaire, de renforcer la pertinence des hospitalisations des résidents d'Ehpad<sup>19</sup> et d'améliorer l'accompagnement et la qualité de vie des résidents<sup>20</sup>. Ils s'inscrivent comme des acteurs essentiels de la continuité du parcours.

Selon l'enquête de la DRESS réalisée en 2007, les résidents en Ehpad cumulent en moyenne entre 6 et 7 pathologies, essentiellement des pathologies chroniques stabilisées. Un jour donné cependant, 14 % d'entre eux présentent une affection à caractère aigu et 13,5 % des résidents sont hospitalisés sur une durée d'un trimestre<sup>21</sup>.

La gestion des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation est à la fois sous la responsabilité du médecin traitant au niveau individuel et sous celle du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante au niveau collectif. **Pour autant, le repérage des risques de perte d'autonomie ou son aggravation concerne l'ensemble des professionnels de l'Ehpad.**

#### POINT DE VIGILANCE

La qualité de l'élaboration du projet personnalisé est une des garanties fortes de la qualité de l'accompagnement. En effet, cette élaboration implique la personne accueillie, ses proches mais aussi l'ensemble des partenaires (qu'il soit du secteur sanitaire ou médico-social). C'est la formalisation de ces échanges avec et autour de la personne qui garantit le repérage de la perte d'autonomie ou de son aggravation. Les repères et principes pour l'élaboration du projet personnalisé de la personne font l'objet de recommandations de l'Anesm. Elles rappellent notamment que le projet personnalisé est une démarche dynamique, une co-construction issue d'un dialogue régulier où la participation la plus forte de la personne est recherchée. La dynamique du projet est souple et adaptée au rythme de la personne et rappelle que plus les parties prenantes sont nombreuses, plus il faut veiller à l'expression de la personne et ce tout au long de l'accompagnement.

<sup>19</sup> Cf. fiche points clés élaborée : Anesm, HAS. *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad*. Saint-Denis : Anesm, HAS, 2015.

<sup>20</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé. *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie*. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013.

<sup>21</sup> ROLLAND, Y., et al. Description des résidents d'EHPA : données de l'enquête menée par le REHPA (Recherche en établissements d'hébergement pour personnes âgées). Les *Cahiers de l'année gériatrique*, 2009, vol. 1, n° 1, pp. 35-41.



METTRE EN PLACE UN  
DISPOSITIF DE VEILLE PERMETTANT  
D'IDENTIFIER L'ÉMERGENCE  
DE NOUVEAUX BESOINS POUR  
DES PERSONNES ACCUEILLIES

L'expression de nouveaux besoins (douleur, peur de tomber, souffrance psychique, difficulté à se nourrir, etc.) peut être différente selon les personnes. Elle peut être verbalisée lors d'un échange avec un professionnel et/ou ses proches. Dans cette situation la personne évoque clairement ses problèmes. Dans d'autres cas, elle peut s'exprimer différemment, au travers notamment, d'une somatisation, d'un changement d'attitude, d'état d'esprit ou de comportement, etc.

Quelles qu'elles soient, ces manifestations forment un « faisceau d'indices » qui éveille l'attention des professionnels et peuvent avoir une fonction d'alerte.

Au-delà d'une écoute attentive, l'observation de la personne dans son environnement et l'attention portée à ce qui s'est modifié sont les fondements de la démarche de repérage des risques d'une perte d'autonomie ou de son aggravation.

### Enjeux et effets attendus

- L'ensemble de l'équipe soignante ou non-soignante<sup>22</sup> repère les changements d'attitude ou de comportement.
- L'ensemble de l'équipe connaît les « moment-clés<sup>23</sup> », où les risques d'une dégradation sont majorés.
- Les risques d'aggravation sont anticipés.
- L'identification de nouveaux besoins de la personne accueillie permet d'adapter et de réajuster au mieux le projet personnalisé<sup>24</sup>.
- Les professionnels sont vigilants tout en respectant l'intimité de la personne dans le suivi de l'évolution des situations de chaque personne.
- Les professionnels et les proches aidants concernés sont informés de l'évolution de la situation, sous réserve de l'accord de la personne accueillie et de sa nécessité.

---

<sup>22</sup> Sont concernés : secrétaire, agent d'accueil, agent de service, agent d'entretien, agent de restauration aide médico-psychologique, assistant de soins en gérontologie, veilleur de nuit, animateur, agent de restauration, jardinier, etc.

<sup>23</sup> Retour d'hospitalisation, décès d'un proche, annonce d'une pathologie (Cf. Grille de lecture p. 73), etc.

<sup>24</sup> Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

Anesm. *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 1. Saint-Denis : Anesm, 2011.

## RECOMMANDATIONS

- ↳ Encourager les personnes accueillies à exprimer leurs attentes (quelles que soient leurs potentialités) et leurs difficultés en échangeant avec un professionnel (qu'il soit soignant ou non) et/ou un proche.
- ↳ Recommander à tous les membres de l'équipe (notamment non-soignante) d'informer le médecin coordonnateur ou l'infirmier coordinateur ou un membre de l'équipe soignante désignée de tout comportement préoccupant du résident et/ou de la baisse de ses potentialités.

## ILLUSTRATION

*Dans un Ehpad, Sophie, agent de service qui fait chaque matin la chambre de Mme Renaud, trouve que le comportement de cette résidente a changé. Habituellement elle l'aide un peu à faire son lit même si c'est juste pour tirer la couverture, discute, alors que là elle est assise dans son fauteuil. Mme Renaud explique qu'elle se sent faible sur ses jambes, pas en forme. En sortant de la chambre, Sophie croise sa collègue Séverine, aide-soignante et l'informe de l'état de Mme Renaud. Séverine transmet à 11 h 30 cette remarque au médecin coordonnateur lors de leur réunion « staff ». Averti, le médecin demande à l'IDEC de vérifier ces dires et s'il y a eu un changement de traitement après le passage de son médecin traitant la semaine passée.*

- ↳ Recenser les nouvelles attentes et les nouveaux besoins dans le projet personnalisé<sup>25</sup>.
- ↳ Recommander aux proches d'informer les professionnels (notamment le personnel référent) et/ou le médecin traitant et/ou médecin coordonnateur de tout comportement préoccupant de la personne âgée et/ou baisse des potentialités dans les actes ou dans les prises de décisions.
- ↳ Porter une attention particulière aux demandes ou aux plaintes récurrentes de la personne accueillie. Prendre le temps nécessaire pour échanger avec les personnes accueillies au sujet de ses demandes afin de comprendre d'où vient le problème et dans la mesure du possible y remédier.

<sup>25</sup> L'élaboration et la mise en oeuvre du projet personnalisé sont définis dans les recommandations : Anesm. *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 1. Saint-Denis : Anesm, 2011, pp. 45-58.

- ↳ Avec l'accord de la personne et dans le respect du secret professionnel, se rapprocher de l'infirmier coordinateur et/ou du médecin coordonnateur (en lien avec le médecin traitant) pour connaître les points de vigilance de la situation de la personne à avoir concernant certains risques de perte d'autonomie.
- ↳ Proposer aux professionnels et plus particulièrement aux professionnels non-soignants une grille de lecture les sensibilisant à l'observation de signes susceptibles de montrer un risque de perte d'autonomie ou une aggravation de la dépendance de la personne.

#### POINT DE VIGILANCE

L'utilisation de la grille de lecture doit se faire dans le respect de la dignité, de la vie privée et de l'intimité de la personne et dans le respect des règles relatives au secret professionnel.

L'obtention de certaines informations implique qu'une relation de confiance ait pu s'établir entre le professionnel et la personne.

Une grille de lecture est proposée dans la seconde partie du document (p. 73)

PARTAGER L'ANALYSE DES  
SIGNES REPÉRÉS DES RISQUES  
DE PERTE D'AUTONOMIE  
OU DE SON AGGRAVATION

La formalisation du partage des informations, de ce qui a été repéré (transmissions écrites, voire orales, analyses partagées en équipe, etc.), permet une prise en compte rapide et coordonnée de la perte d'autonomie ou de son aggravation par les professionnels de l'établissement.

Les transmissions permettent de structurer le partage d'informations sur un problème ou un évènement non habituel qui se pose et dont la communication se fait dans l'intérêt de la personne accueillie.

La qualité et l'efficacité des transmissions dépendent notamment de la connaissance par les professionnels des destinataires (professionnel encadrant, médecin traitant, infirmier coordinateur, etc.) et des modalités de transmission.

La personne est ainsi impliquée, dans la mesure de sa volonté et de ses potentialités, dans l'analyse des signes de perte d'autonomie ou de son aggravation.

#### REPÈRES JURIDIQUES

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 consacrait le droit pour toute personne à la confidentialité des informations qui la concernent.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est venue garantir le droit au secret des informations pour toute personne prise en charge par un professionnel du secteur médico-social ou social ou par un établissement et service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Désormais, le partage de toute information à caractère secret concernant l'usager ne peut se faire que dans le respect des règles prévues à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique<sup>26</sup>.

Il est ainsi possible entre professionnels participant à la prise en charge de l'usager, sous réserve de son accord express, dès lors que cet échange est strictement nécessaire à la coordination ou la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Lorsque cet échange intervient entre professionnels appartenant à une même équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique, le consentement express et préalable de l'usager n'est pas requis dès lors que ce dernier est réputé avoir confié ses informations à l'ensemble des membres de l'équipe de soins.

En tout état de cause, l'usager est toujours libre de s'opposer au partage d'informations le concernant et il peut faire valoir son opposition à tout moment.

## Enjeux et effets attendus

- Le professionnel soignant ou non-soignant<sup>27</sup> connaît la procédure pour faire remonter l'information.
- Le professionnel soignant ou non sait à qui faire remonter l'information.
- Le professionnel non-soignant ne reste pas seul avec ce qu'il a observé. Après avoir transmis l'information, il peut être contacté directement par l'infirmière coordinatrice ou le médecin coordonnateur pour expliciter ses observations.
- L'information remontée est analysée en équipe, avec les partenaires, en lien avec la personne et, le cas échéant, les proches et le médecin traitant.
- Les échanges en équipe sont facilités.
- Le droit au secret des informations est garanti.

## RECOMMANDATIONS

### Pour le responsable d'encadrement

- ↳ Former et sensibiliser les professionnels et plus particulièrement les professionnels non-soignants aux informations nécessaires à transmettre dans le respect de la personne. Ces formations et sensibilisations doivent se faire à intervalle régulier.
- ↳ Mettre en place des temps de partage d'informations et des procédures avec l'ensemble des professionnels de l'établissement pour aborder les signes de perte d'autonomie ou de son aggravation constatés ou suspectés.
- ↳ Déterminer avec le médecin coordonnateur, l'infirmier coordinateur/cadre de santé et, si possible, le médecin traitant, quelles informations peuvent être transmises aux professionnels non-soignants (et aux professionnels les encadrant) dans le respect du secret professionnel.
- ↳ Formaliser dans le projet d'établissement<sup>28</sup> à qui doivent être transmises tel ou tel type d'information : le responsable hôtellerie/restauration/buanderie/lingerie ; l'infirmier coordinateur/cadre de santé ; le référent professionnel du résident.

<sup>26</sup> Dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, le partage d'informations entre les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social concernant la personne âgée est assuré via l'utilisation de supports d'information « efficaces et sécurisés » (messagerie sécurisée, dossier médical personnel, etc.). Ministère des affaires sociales et de la santé. *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.* Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013.

<sup>27</sup> Sont concernés : secrétaire, agent d'accueil, agent de service, agent d'entretien, agent de restauration aide médico-psychologique, assistant de soins en gérontologie, veilleur de nuit, animateur, agent de restauration, jardinier, etc.

<sup>28</sup> Le projet d'établissement a fait l'objet de recommandations de l'Anesm. Cf. Anesm. *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service.* Saint-Denis : Anesm, 2010.

- ↳ Valoriser l'importance des observations faites par les professionnels non-soignants de l'accompagnement quotidien<sup>29</sup>.
- ↳ Surveiller la transmission des informations concernant des signes de perte d'autonomie ou de son aggravation observés par les professionnels : leur rappeler de ne transmettre et ne retranscrire que les informations nécessaires, de ne mentionner que les éléments objectifs et de ne porter aucun jugement de valeur sur les choix de la personne.
- ↳ Avec l'accord de la personne, et selon les besoins qu'elle et/ou son aidant expriment, échanger avec les partenaires participant à l'accompagnement, sur les éventuelles procédures mises en place pour suivre la situation de la personne. Se coordonner avec eux pour faciliter ce suivi et organiser les remontées d'informations (fiche de suivi, dossier de soins, tablettes, critères d'alerte, régularité des temps d'échange, Document de liaison d'urgence (DLU)<sup>30</sup>, Dossier médical personnel (DMP), etc.)<sup>31</sup>. Les partenaires concernés peuvent être notamment, le médecin traitant, l'hôpital, le service des urgences, l'Équipe mobile de gériatrie (EMG), l'Hospitalisation à domicile (HAD), un service mandataire judiciaire, etc.
- ↳ S'appuyer également sur les partenaires du territoire (filiales gériatriques, Plateformes territoriales d'appui (PTA), CTA, CIAS/CCAS, CLIC, etc.) pour connaître les dispositifs existants sur le territoire qui pourrait être mis en place au bénéfice d'un ou plusieurs résidents au sein de l'Ehpad en fonction des besoins identifiés (séances de prévention des chutes, ateliers mémoire, etc.)

### Pour l'ensemble des professionnels ayant repéré des signes de perte d'autonomie ou d'aggravation

- ↳ Encourager la personne à s'exprimer sur les changements observés :
  - en s'interrogeant sur le sens éventuel de ces changements (que peuvent-ils signifier?) ;
  - en les replaçant dans leur contexte (pourquoi apparaissent-ils aujourd'hui?) ;

---

<sup>29</sup> Idem liste note 25.

<sup>30</sup> L'Anesm et la HAS viennent d'élaborer un DLU 2015 simplifié.

<sup>31</sup> Dans le cadre du dispositif PAERPA, cette coordination se réalise en collaboration avec la Coordination clinique de proximité (CCP) et la Coordination territoriale d'appui (CTA). Ministère des affaires sociales et de la santé. *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.* Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013.

- en informant la personne, son représentant légal et/ou sa personne de confiance (cf. repère juridique ci-dessous) sur les possibilités d'échanges d'informations sur sa situation avec l'encadrement et/ou le reste de l'équipe, dans l'intérêt de la personne et dans le respect des règles du secret professionnel.

#### REPÈRES JURIDIQUES

« La personne de confiance est, à l'origine, une notion qui a été créée par l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique, lui-même issue de la loi du 4 mars 2002 et dont le rôle a été renforcé par les lois du 22 avril 2005 et 26 janvier 2016.

Le rôle de la personne de confiance, au sens de cet article, est double :

- accompagner l'utilisateur, à sa demande, dans ses démarches et assister aux consultations médicales pour l'aider dans ses décisions. NB : la loi a ici créé une dérogation formelle au secret médical (sa présence ne peut donc être contestée par le médecin pour ce motif) ;
- recevoir l'information et être consultée si la personne qui l'a désignée est hors d'état de s'exprimer. Cela ne signifie pas que la personne de confiance se substitue au patient mais que les médecins se doivent de prendre son avis et de l'informer, à cette fin, sur l'état de santé avant tout acte ou traitement. En particulier dans les phases avancées ou terminales d'une affection grave ou incurable, où l'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion d'éventuelles « directives anticipées ».

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est venue consacrer une nouvelle catégorie de personne de confiance, spécifique au secteur médico-social.

Cette personne de confiance a pour mission :

- de donner son avis et d'être consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits ;
- le cas échéant, d'accompagner l'utilisateur lors de la réalisation de l'entretien préalable à la signature du contrat de séjour prévu à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles ;
- d'accompagner l'utilisateur dans ses démarches et d'assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Elle peut également, si l'utilisateur le désire, remplir les missions spécifiques confiées aux personnes de confiance visées à l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique. »

Avant toute transmission des informations aux responsables d'encadrement, rappeler à la personne l'utilité du partage des informations nécessaires à l'adaptation de son accompagnement.

#### POINT DE VIGILANCE

Ces recommandations impliquent qu'au moment de l'admission, l'équipe de direction ait expliqué à la personne l'utilité du partage des informations nécessaires à l'adaptation de son accompagnement et organisé avec elle les modalités du contrat de séjour.

Lorsque les professionnels observent un comportement préoccupant et/ou une baisse des potentialités de la personne accueillie et/ou de l'aidant, leur demander d'en informer la personne référente selon la procédure mise en place au sein de l'établissement.

#### Pour le responsable d'encadrement (suite au repérage de signes de perte d'autonomie ou d'aggravation)

- ↳ Reporter dans le dossier de la personne les éléments communiqués lors des transmissions orales (y compris de manière informelle) et écrites liés à la perte d'autonomie ou de son aggravation repérés.

#### POINT DE VIGILANCE

La transmission orale peut être la plus adaptée à une situation particulièrement préoccupante ou d'urgence. Elle peut, dans ces situations, être préférée à la transmission écrite et choisie en première intention pour favoriser la réactivité de l'équipe.

Toutefois, il est recommandé de compléter l'information orale par un écrit.

Lorsqu'un professionnel de l'établissement, un proche ou un partenaire a transmis une information concernant un comportement préoccupant et/ou une baisse des potentialités de la personne accueillie et/ou de l'aidant, identifier et évaluer l'importance de ce changement :

- en échangeant, si besoin, à nouveau avec la personne, ses proches, la personne de confiance ou le représentant légal sur les changements observés dans son attitude et/ou celle du ou des aidant(s) ;
- en échangeant, si besoin, à nouveau avec le professionnel et/ou le partenaire qui a transmis ces informations ou qui pourrait apporter un éclairage sur la situation ;

- en échangeant avec l'infirmier coordinateur/cadre de santé et le médecin coordonnateur. Ces derniers peuvent, si besoin, et conformément aux recommandations « Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident » :
  - informer le médecin traitant<sup>32</sup>,
  - rechercher systématiquement un « événement déclencheur » ou une cause possible avant de considérer que la baisse observée est due à l'évolution naturelle des maladies ou du processus de vieillissement,
  - analyser en équipe pluridisciplinaire (en associant le référent et les professionnels non soignants concernés) ces modifications afin de croiser les points de vue des différents professionnels de l'équipe et transmettre ces informations au médecin traitant s'il n'a pu participer aux échanges.
- ↳ Valoriser le travail de repérage effectué en informant le professionnel ayant signalé une situation de perte d'autonomie ou de son aggravation des suites données à cette transmission dans le respect des règles du secret professionnel.

### Pour l'ensemble des professionnels en situation d'urgence

- ↳ Appeler le Samu Centre 15 (numéro d'urgence : 15) pour la prise en charge médicale immédiate. Cela demande au préalable de former les professionnels non soignants aux recommandations existantes sur les signes d'alerte des maladies nécessitant une prise en charge en urgence<sup>33</sup>. Afin de faciliter le passage aux urgences, le DLU<sup>34</sup> est tenu à jour par le médecin coordonnateur qui l'actualise suite aux épisodes aigus et au moins une fois par an.
- ↳ Former les professionnels non soignants à l'évaluation rapide des éléments à transmettre au médecin appelé en urgence (circonstances, état de conscience, signes associés...).
- ↳ Former les professionnels non soignants aux gestes d'urgence en adaptant les niveaux de formation conformément aux textes réglementaires.

<sup>32</sup> Dans le cadre du dispositif PAERPA, le temps d'échange avec le médecin traitant inclut également la coordination clinique de proximité en association, ou non, avec la coordination territoriale d'appui. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie*. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013.

<sup>33</sup> L'ensemble des recommandations concernant la gestion des situations médicales d'urgence en Ehpad sont décrites au sein des recommandations : Anesm. *L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 4. p. 74.

<sup>34</sup> Le DLU 2015 et son guide d'utilisation.



ADAPTER LES RÉPONSES LORSQUE  
LES PERSONNES ACCUEILLIES  
MONTRENT DES SIGNES DE PERTE  
D'AUTONOMIE OU D'AGGRAVATION  
DE LA PERTE D'AUTONOMIE

La collaboration de tous les acteurs pour répondre aux attentes et aux besoins du résident nécessite d'une part une répartition claire des rôles, d'autre part, la connaissance mutuelle des objectifs et modalités de fonctionnement des uns et des autres.

Les professionnels libéraux sont dans une relation duelle avec leur patient ; les professionnels de l'Ehpad ont certes aussi une relation duelle avec chaque résident mais dans un cadre collectif. Le médecin coordonnateur, comme le directeur, n'a pas cette relation duelle avec chaque résident mais une responsabilité vis-à-vis de la collectivité des résidents.

Si la coordination des soins autour du résident est une des missions du médecin coordonnateur, cette responsabilité s'exerce concomitamment à celle du directeur, du responsable de la gouvernance de tout l'établissement et de l'infirmier(e) coordonnateur (trice) responsable du management de l'équipe de professionnels soignants. La cohérence et la complémentarité de ces trois fonctions permettent à chaque professionnel de l'établissement d'assumer pleinement son rôle dans l'accompagnement des résidents.

D'une manière générale, la continuité de l'accompagnement du résident est à assurer. Cette continuité dans le parcours peut concerner des modes de prise en charge particuliers internes à l'Ehpad : accueil de jour, hébergement temporaire, pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), unité d'hébergement renforcée (UHR). La continuité de l'accompagnement du résident est également assurée par l'articulation des activités de l'Ehpad à celles d'autres structures auxquelles le résident peut recourir (hôpital, consultations, autres Ehpad ou établissements d'hébergement ; structures sociales ou médico-sociales du secteur de l'inclusion ou du handicap telles que les maisons d'accueil spécialisées, les foyers d'accueil médicalisés, etc.). Enfin, cette continuité doit être assurée même lors de séjours en famille ou de séjours de vacances.

## Enjeux et effets attendus

- Un accompagnement adapté est envisagé en accord avec la personne et, le cas échéant, le représentant légal, la personne de confiance et le(s) aidant(s).
- L'accompagnement est personnalisé et régulièrement ajusté en fonction de l'évolution des besoins et attentes de la personne.
- La personne accueillie fait l'objet d'une attention plus renforcée lorsqu'elle sort d'hospitalisation ou d'un épisode pathologique aigu<sup>35</sup>.
- La personne accueillie fait l'objet d'un suivi particulier notamment lorsqu'elle montre des signes de souffrance psychique ou physique, a fait une chute, a des troubles du comportement ou des troubles de la mémoire<sup>36</sup>.
- Des actions de prévention sont mises en place pour limiter les risques de perte d'autonomie ou de son aggravation.
- Les hospitalisations non programmées sont limitées.
- Les risques de maltraitance sont réduits.

## RECOMMANDATIONS

- ↳ Rechercher des réponses en équipe en cohérence avec le projet d'accompagnement de la personne (ces solutions peuvent impliquer une modification du projet).
- ↳ Impliquer la personne accueillie et l'aidant dans la recherche de solutions et identifier leur degré d'adhésion à ces solutions.
- ↳ Solliciter les partenaires et en particulier le médecin traitant. Il peut également s'agir des structures composant la filière de soins gériatriques (courts séjours gériatriques, consultations et hospitalisations de jour gériatriques, équipes mobiles gériatriques, soins de suite et de réadaptation), de l'HAD, de professionnels hospitaliers (notamment les services et unités de soins spécialisées), de professionnels de santé libéraux, d'un service mettant en œuvre des mesures de protection juridique, etc.
- ↳ Solliciter des acteurs autres que ceux relevant du champ de la santé : éducateurs sportifs spécialisés en activités physiques adaptées en santé, éducateurs spécialisés, etc.

<sup>35</sup> Les accidents médicamenteux sont responsables de 20 à 30 % des hospitalisations des personnes âgées. Ils font l'objet d'une fiche-repère (cf. p. 53).

<sup>36</sup> Ces thématiques sont des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Elles font l'objet de fiches-repères (cf. p 42).

- ↳ Noter dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés.
- ↳ Évaluer en équipe :
  - les actions mises et/ou à mettre en place en interne afin de contribuer au renforcement de l'autonomie ou à la réduction de sa perte d'autonomie ;
  - les actions à mettre en place pour réduire les hospitalisations non programmées<sup>37</sup> ;
  - les limites d'action/du champ de compétence de l'établissement et les situations nécessitant un travail en partenariat, notamment, avec le médecin traitant.

---

<sup>37</sup> Anesm, HAS. *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad*. Fiche Points clés et solutions-Organisation des parcours. Saint-Denis : Anesm, HAS, 2015.

S'APPROPRIER LES  
RECOMMANDATIONS DE BONNES  
PRATIQUES CONCERNANT  
LE REPÉRAGE DES RISQUES  
DE PERTE D'AUTONOMIE  
OU DE SON AGGRAVATION

La possibilité pour l'ensemble des professionnels de repérer des signes de risques de perte d'autonomie ou de son aggravation dépend de leur savoir-faire et de leur savoir-être, notamment dans leurs capacités d'observation et leurs aptitudes relationnelles.

Le soutien de ces professionnels participe de l'amélioration des pratiques, ainsi qu'à la prévention de l'épuisement des professionnels.

Les personnels encadrant des Ehpad ont la responsabilité d'aider les équipes à reconnaître les situations pouvant occasionner une altération des potentialités psychiques et physiques, d'en repérer les signes et les manifestations les plus courantes, d'avoir des outils pour évaluer leur gravité et de connaître quelques pistes d'actions pour y faire face avec la personne.

### Enjeux et effet attendus

- Le résident est en confiance pour parler des signes de perte d'autonomie qu'il observe chez lui.
- Quelles que soient leurs qualifications et les modalités d'intervention auprès de la personne, les professionnels sont en mesure d'observer, d'entendre et de transmettre les informations relatives aux risques de perte d'autonomie ou de son aggravation.
- Les professionnels tissent une relation de confiance avec les personnes accueillies.
- La qualité de la relation entre les personnes accueillies, leurs proches et les professionnels contribue à la qualité de vie des résidents dans l'établissement.
- Les professionnels bénéficient de temps d'information/de formation relatifs à la notion de « perte d'autonomie », de « fragilité » et de « dépendance » et à l'identification de leurs facteurs de risque. La place des aidants est identifiée et leur rôle reconnu.

## RECOMMANDATIONS

- ↳ Présenter aux professionnels non-soignants, y compris ceux nouvellement arrivés ou travaillant la nuit, les principaux éléments de risques de perte d'autonomie ou de son aggravation identifiés dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité qui s'appuie notamment sur les résultats des évaluations interne<sup>38</sup> et externe<sup>39</sup>. Insister sur certaines thématiques : la mauvaise nutrition/déshydratation, les chutes, les risques liés à la prise des médicaments, la souffrance physique, la souffrance psychique, les troubles cognitifs et du comportement<sup>40</sup>, etc.

## ILLUSTRATION

*Dans un Ehpad, chaque année en juin, le directeur propose aux salariés nouvellement arrivés ainsi qu'à ceux qui assurent les remplacements pendant l'été, deux demi-journées de formation / sensibilisation sur les principaux risques de perte d'autonomie des résidents et qui devront faire systématiquement l'objet d'une remontée d'information à leur responsable d'équipe.*

## POINT DE VIGILANCE

Certains facteurs de perte d'autonomie ou de son aggravation sont liés aux maladies chroniques des personnes accueillies : maladies cardio-vasculaires, maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, maladie de Parkinson, diabète, cancer, VIH, ostéoporose, etc.

L'association de plusieurs pathologies augmente le risque de perte d'autonomie ou de son aggravation.

L'équipe soignante en accord avec la personne et/ou son représentant légal peuvent informer sur les points de vigilance à avoir dans l'accompagnement de la personne, dans le respect des règles du secret professionnel.

<sup>38</sup> Le thème 2 de l'axe 2 de la démarche d'évaluation interne porte spécifiquement sur ces problèmes de risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes. Cf. Anesm. *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes*. Saint-Denis : Anesm, 2012.

<sup>39</sup> La thématique 9 de l'Annexe 3-10 du CASF précisant le contenu du cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes porte sur « la prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte ».

<sup>40</sup> Les fiches-repères (cf. p. 42) qui développent chacun de ces thèmes.

- ↳ Formaliser ces risques dans le projet d'établissement<sup>41</sup> lorsque ce dernier existe ou dans un livret destiné aux salariés.
- ↳ Sensibiliser régulièrement les professionnels, sur les effets attendus d'un repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, notamment :
  - stabiliser ou améliorer les potentialités d'une personne ;
  - ralentir l'aggravation de la perte des potentialités de la personne ;
  - anticiper et trouver des solutions adaptées à l'évolution de la situation.

Ces effets permettent notamment de limiter les risques d'hospitalisation d'urgence ou non programmée<sup>42</sup>.

- ↳ Sensibiliser les personnes accueillies et, le cas échéant, leurs proches à l'intérêt de ce repérage.
- ↳ Inscrire dans le plan de formation des professionnels, les thématiques identifiées comme prioritaires dans le projet d'établissement concernant le risque de perte d'autonomie chez la personne âgée. Elles feront l'objet d'un suivi plus particulier dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité. Il s'agit notamment de la souffrance psychique, des chutes, des risques de déshydratation et de la mauvaise alimentation (dénutrition, fausses routes, etc.), de la douleur, des troubles cognitifs et du comportement et des risques de perte d'autonomie des aidants.
- ↳ Organiser la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (Anesm, Anaes/HAS, Afssaps/ANSM, INPES, CNAMTS, etc.) et des outils apportant une aide au repérage :
  - en mettant ces outils à disposition des professionnels ;
  - en proposant la désignation d'un professionnel en charge de mener une veille active et de relayer les informations sur la mise à jour de ces outils ;
  - en proposant un temps d'échange en équipe sur le contenu et l'utilisation de ces outils (réunions collectives et/ou entretiens individuels).

---

<sup>41</sup> Le projet d'établissement a fait l'objet d'une recommandation de l'Anesm. Cf. Anesm. *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service*. Saint-Denis : Anesm, 2010.

<sup>42</sup> Anesm, HAS. *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad*. Fiche Points clés et solutions-Organisation des parcours. Saint-Denis : Anesm, HAS, 2015.

- ↘ Rappeler aux professionnels l'importance de l'observation, de l'écoute, de l'empathie et de la disponibilité vis-à-vis des personnes accueillies. Ces postures professionnelles peuvent consister à :
  - observer les traits du visage de la personne accueillie, l'évolution de son état général, les variations de poids visibles<sup>43</sup> ;
  - poser quelques questions à la personne accueillie sur son état général, sur la manière dont elle vit son quotidien, en étant attentif aux messages implicites (ton employé, degré d'implication dans les réponses, etc.) ;
  - poser, le cas échéant, des questions aux aidants sur la manière dont ils perçoivent l'état général de la personne accueillie mais également, leur propre état ;
  - poser quelques questions sur les habitudes de vie de la personne accueillie tout en évitant d'être intrusif (en particulier sur la manière dont elle s'alimente et sur la qualité de son sommeil) ;
  - .../...
- ↘ S'assurer de la bonne appropriation par les professionnels de ces principes d'écoute, d'empathie et de disponibilité lors d'instances de partage (réunions d'équipe, instances éthiques<sup>44</sup>, etc.) et en favorisant la mise en place de groupes d'analyse de la pratique ou de groupes de supervision. Être notamment attentif :
  - au risque ressenti d'intrusion que peuvent susciter l'entrée des professionnels dans la chambre ;
  - à la capacité des professionnels à valoriser les stratégies d'adaptation et les potentialités des personnes accueillies ;
  - aux interrogations des personnes accueillies et, le cas échéant, de leurs proches.

---

<sup>43</sup> Concernant le thème de la prévention et de la prise en charge de la dénutrition, l'Anesm préconise de « *Peser tous les résidents une fois par mois et suivre l'évolution du poids en réunion pluridisciplinaire* ». Cf. Anesm. *Évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes*. Saint-Denis : Anesm, 2012. p. 49.

<sup>44</sup> Anesm. *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Saint-Denis : Anesm, 2010.

## FICHE : ÉVALUER SES ACTIVITÉS ET LA QUALITÉ DES PRESTATIONS DÉLIVRÉES

(ce que le suivi des recommandations au niveau de l'ensemble de l'établissement a permis ou non de réaliser)

### Les grands principes

Les Ehpad procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment des recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Anesm. Les résultats des évaluations sont communiqués régulièrement aux autorités ayant délivré l'autorisation via les rapports annuels d'activités et les rapports d'évaluation interne et externe. (art. L.312-8 du CASF).

En ce sens, les recommandations doivent permettre aux professionnels d'identifier leurs points forts et les points d'amélioration de leurs activités et prestations de manière à inscrire l'Ehpad dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Cette démarche passe par une appropriation par les professionnels des recommandations et un suivi régulier des besoins des personnes accueillies et des pratiques réalisées.

Les recommandations s'adressent à des professionnels exerçant dans des établissements dont les besoins des personnes accueillies et les territoires d'intervention sont différents. L'appropriation des recommandations et les évaluations devront en tenir compte.

### L'appropriation en pratique

Pour permettre à l'Ehpad d'être vigilant sur le repérage des risques de perte d'autonomie ou de leur aggravation, il est recommandé de s'interroger régulièrement (au moins une fois par an) sur :

#### ↳ L'évolution des besoins des personnes accueillies

Quels sont les principaux risques de perte d'autonomie ou de son aggravation identifiés dans l'ensemble de l'établissement ?

*Exemple d'indicateurs de suivi de la qualité : Nature des nouveaux risques identifiés au cours des 12 derniers mois*

#### ↳ Les modalités du repérage et d'adaptation des réponses

Quels sont les dispositifs de veille mis en place par l'Ehpad pour identifier l'émergence de nouveaux besoins ? Quel respect et quelle efficacité de ces outils, notamment pour ce qui concerne la transmission des informations au sein de l'équipe ? Les outils ont-ils permis de mieux répondre aux besoins, du point de vue des professionnels, des partenaires, de la personne et de son entourage ?

*Rappel des indicateurs de suivi pour les Ehpad :*

- taux d'évaluation de la douleur ;
- taux de résidents ayant chuté ;
- taux d'escarres acquises dans l'Ehpad ;
- taux de résidents pesés une fois par mois ;
- taux d'évaluation de l'humeur et du comportement.

	<p>↳ <b>Les modalités du partenariat et des interactions avec le territoire</b>  Les outils de transmission d'information avec les partenaires ont-ils permis de mieux répondre aux besoins, du point de vue des professionnels, des partenaires et des aidants?  <i>Exemple d'indicateurs de suivi de la qualité : Nombre de situations pour lesquelles une intervention extérieure (de type équipe mobile de gériatrie, HAD, soins palliatifs) a été mise en place au cours des 12 derniers mois.</i></p> <p>↳ <b>Les actions de formation et de soutien aux professionnels</b>  Quelles actions sont mises en place pour renforcer les compétences des <b>professionnels non-soignants</b> dans leur capacité à repérer les signes de risque de perte d'autonomie ou de son aggravation ?</p> <p>↳ <b>L'adaptation du projet de service à l'évolution des besoins</b>  Le projet d'établissement est-il adapté à l'évolution des principaux risques identifiés?  Ces éléments devront nécessairement figurer dans le rapport annuel d'activités de l'établissement et dans le rapport d'évaluation interne rédigé et transmis tous les 5 ans aux autorités.</p>
<p><b>Pour aller plus loin</b></p>	<p><b>Évaluation interne : repères pour les Ehpad (2012)</b></p>

# FICHES-REPÈRES

## FICHES-REPÈRES

**FICHE 1. MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION  
ET DÉSHYDRATATION 45**

**FICHE 2. CHUTES 49**

**FICHE 3. RISQUES LIÉS À LA PRISE DES MÉDICAMENTS 53**

**FICHE 4. SOUFFRANCE PHYSIQUE 57**

**FICHE 5. SOUFFRANCE PSYCHIQUE 61**

**FICHE 6. TROUBLES DU COMPORTEMENT  
ET TROUBLES COGNITIFS 65**

**FICHE 7. RISQUE SUR LA SANTÉ DES AIDANTS 69**

Les fiches-repères qui suivent concernent les principales problématiques liées au risque de perte d'autonomie ou de son aggravation rencontrées par les personnes âgées<sup>45</sup> vivant en Ehpad (cf. sommaire ci-dessus).

Les thématiques abordées dans ces fiches peuvent faire l'objet de réunions en équipe pluridisciplinaire. Elles sont autant d'outils pédagogiques d'aide à la formation/sensibilisation des équipes. Elles peuvent aussi répondre à des interrogations des salariés confrontés à une situation particulière à un moment donné (chute, décès du conjoint, etc.)

---

<sup>45</sup> Les aidants des personnes âgées peuvent aussi être concernés par l'ensemble de ces problématiques. Ils font partie intégrante du soutien et de l'accompagnement à domicile. Une fiche repère leur est consacrée afin de surligner leur rôle déterminant et de rappeler la nécessité de « les soutenir, les accompagner, leur proposer des temps de répit (...) » (Anesm. *Le soutien des aidants non professionnels*. Saint Denis : Anesm, 2014. p. 7).

## Les fiches-repères se décomposent en 4 parties :

**Partie 1 – LES SIGNES D'ALERTE À OBSERVER** : ces signes servent de base pour le repérage par les personnels soignants et non-soignants. Ils peuvent aussi guider les aidants au contact avec la personne concernée.

**Partie 2 – LES FACTEURS DE RISQUE** : lorsqu'ils sont connus du personnel, ces facteurs « **bon à savoir** » peuvent être des points de vigilance par rapport aux signes d'alertes.

**Partie 3 – LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES** : cette partie vise à guider les équipes sur les conduites à suivre<sup>46</sup> dès lors qu'une des problématiques est rencontrée chez un résident.

**Partie 4 – LES OUTILS POUR ALLER PLUS LOIN** : téléchargeables gratuitement sur internet, ils peuvent également servir de supports pédagogiques supplémentaires lors de sessions d'information/formation auprès du personnel.

### CONSEILS D'UTILISATION

**La partie 1 et la partie 2** (signes d'alerte et facteurs de risque) sont les deux parties essentielles pour les professionnels intervenant régulièrement auprès de la personne. À l'issue de la formation/sensibilisation, les salariés pourront garder avec eux ce support. Ces signes observés chez la personne doivent faire l'objet d'une remontée au responsable d'équipe afin de mettre en place un suivi adapté. **La partie 3** (recommandations) est destinée à la structure. Y sont déclinés l'ensemble des recommandations ainsi que les résultats attendus concernant la mise en place de ces recommandations de bonnes pratiques dès lors qu'un signalement a été fait.

La partie 4 (outils) permet au responsable de la formation/sensibilisation de télécharger sur internet différents outils. Ils sont un support pédagogique supplémentaire. Inutile de tous les télécharger ou de tous les diffuser, vous pouvez choisir seulement ceux qui semblent le mieux correspondre aux besoins et attentes de vos équipes.

#### Le conseil +

*À l'issue de toute formation/ sensibilisation, nous vous invitons à diffuser un questionnaire de satisfaction sur les connaissances acquises mais surtout nous vous recommandons d'évaluer les pratiques un an plus tard.*

#### Le conseil ++

*Pour l'évaluation à un an, nous vous recommandons de vous appuyer sur la fiche : « Évaluer ses activités et la qualité des prestations délivrées » (p. 40).*

**Vous retrouverez ce même modèle sur chacune des fiches afin que très concrètement vous puissiez travailler chaque thématique indépendamment les unes des autres.**

*Vous n'avez donc pas besoin d'imprimer l'ensemble de toutes les fiches. Vous pouvez les travailler une à une en fonction de vos besoins identifiés au sein de votre structure.*

---

<sup>46</sup> **Attention** : pour les cas complexes (les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, les personnes handicapées vieillissantes, les personnes atteintes de maladies rares notamment) en fonction de l'organisation des fonctions d'appui sur votre territoire, vous vous rapprocherez des Cellules territoriales d'appui (CTA), des Plateformes territoriales d'appui (PTA), des MAIA, etc.

# MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

# MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

## POUR LES PROFESSIONNELS

### LES SIGNES D'ALERTE

#### « LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTER »

##### ↳ Il s'agit notamment :

- du refus de manger et/ou de boire ;
- de la diminution des quantités mangées et/ou bues ;
- du rythme pour manger (par exemple, la personne mange plus lentement) ;
- d'une perte visible de poids.

##### ↳ ou, a *contrario* :

- de l'augmentation importante des quantités mangées ;
- d'une prise rapide de poids ;
- de grignotages fréquents (bonbons, chocolats, gâteaux...).

### LES FACTEURS DE RISQUE

## BON À SAVOIR

#### ↳ Facteurs socio-psychologiques et environnementaux :

- autonomie alimentaire : modification des capacités à manger, à boire ;
- habitudes de vie alimentaire de la personne : manque de variété des aliments, ne mange jamais ou très peu de certains aliments (peu de fruits, de légumes, de viandes, de fromages, etc.), consommation d'alcool, hydratation insuffisante (bois rarement de l'eau, du café, des tisanes, de la soupe, etc.), etc. ;
- manque de convivialité pendant les repas<sup>47</sup> : isolement (pas de communication avec les autres voisins de table, etc.), mauvaise présentation de la table et des plats (nourriture mixée, etc.), durée du repas trop courte, trop longue, etc. ;
- environnement de la personne : salle à manger bruyante, température élevée/froide, éclairage mal adapté, etc. ;
- souffrance psychique et dépression ;
- sédentarité et manque d'activité physique.

#### ↳ Facteurs médicaux ou paramédicaux :

- difficultés buccodentaires : appareil dentaire perdu, cassé, inadapté ou mal entretenu, douleur dentaire, etc. ;
- difficultés d'assimilation des aliments : problème de digestion, douleur, difficultés pour se servir, manger, mâcher ou avaler, etc. ;
- maladies aiguës infectieuses (en particulier pour l'hydratation) : grippe, angine, gastroentérite, etc. ;
- maladies liées à la mémoire, aux difficultés d'expression, au mal-être psychique de la personne, etc. ;
- maladies chroniques douloureuses invalidantes (dont cancer) ;
- perte de goût et de l'envie de boire ;
- régimes ;
- prise de plusieurs médicaments à la fois.

<sup>47</sup> Sur cette thématique, il est recommandé de s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques : Anesm. *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 2. chap. II. Saint-Denis : Anesm, 2011.

# MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

## POUR LA STRUCTURE

### ↘ METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE VEILLE PERMETTANT D'IDENTIFIER LES SIGNES D'UNE MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

- En encourageant la personne à exprimer ses attentes, besoins et difficultés.
- En pesant régulièrement la personne (une fois par mois).
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne.
- En échangeant, si la personne en est d'accord, avec son entourage, le médecin coordonnateur, son médecin traitant et les professionnels qui l'accompagnent afin d'élaborer en équipe ce qui peut être mis en place à partir des informations remontées par la personne elle-même, son aidant et/ou les professionnels notamment non soignants<sup>48</sup>.

### ↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne, son entourage, en équipe et avec les partenaires dans le respect des règles de partage d'informations (MT, MEDEC, IDEC, diététicien, orthophoniste, etc.).
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations avec l'ensemble de l'équipe (professionnels soignants et non soignants).

### ↘ ADAPTER LES RÉPONSES LORSQUE LES PERSONNES ACCUEILLIES MONTRENT DES SIGNES D'UNE MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

- En recherchant des réponses en équipe, en accord avec la personne et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant la personne et ses aidants dans la recherche de solutions.
- En sollicitant ou en orientant vers les partenaires et plus particulièrement le médecin traitant, chirurgien-dentiste, diététicien.
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés.
- En évaluant en équipe les actions mises en place et leurs limites.

### ↘ SENSIBILISER ET FORMER LES PROFESSIONNELS AU REPÉRAGE DES SIGNES D'UNE MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

- En présentant aux professionnels les principaux facteurs de risques d'une mauvaise nutrition, dénutrition et déshydratation.
- En formalisant ces éléments dans le projet d'établissement.
- En inscrivant cette thématique dans le plan de formation.
- En encadrant l'éventuelle utilisation d'outils d'aide au repérage.
- En organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux risques de mauvaise nutrition/déshydratation.

<sup>48</sup> Notamment les AMP, ASG, mais aussi les agents de services, les personnels de restauration, les jardiniers, les agents du service technique, les secrétaires, les animateurs, etc. L'ensemble de tous ces professionnels qui a l'occasion de les observer et d'échanger au quotidien, en dehors d'une situation de soins.

# MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

## RÉSULTATS ATTENDUS

Le personnel soignant et non-soignant connaît les principaux facteurs de risque de mauvaise nutrition, dénutrition et déshydratation, identifie les signes d'alerte. Il sait sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. Les besoins et les attentes de la personne sont pris en compte. La perte d'autonomie et/ou son aggravation est prévenue. Il n'y a pas de rupture dans le parcours d'accompagnement.

## DES OUTILS<sup>49</sup> POUR ALLER PLUS LOIN...

### ↳ Sur l'évaluation de l'état nutritionnel

- **L'échelle MNA** : Mini Nutritional Assessment (pp. 21-23) in *Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé des « Guide nutrition à partir de 55 ans » et « Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées »*. INPES)
- Autres : courbe de poids individuelle, Grille de surveillance alimentaire, échelle de Blandford<sup>50</sup>

### ↳ Sur l'ensemble des thématiques

- Anesm, Qualité de vie en Ehpad : organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (volet 2), septembre 2011
- Anesm, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, novembre 2009
- DGS/DGAS/SFGG. Les bonnes pratiques de soins en Ehpad. Octobre 2007. pp. 10-13, 46-47 et 62-63
- INPES. *Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées* (version 2015)
- INPES. *Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé des guides nutrition à partir de 55 ans et nutrition pour les aidants des personnes âgées*. 2006
- INPES/Caisses de retraite. Guide Actions collectives « *Bien vieillir* » : *repères théoriques, méthodologiques et pratiques*. 2014
- ANAP. *Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux : les textures modifiées, mode d'emploi*. Retours d'expérience. 2011
- Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt/Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissement hébergeant des personnes âgées*. 2014
- [http://alimentation.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil\\_EHPAD\\_Web\\_Complet.pdf](http://alimentation.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD_Web_Complet.pdf)
- <http://www.denuitration-formation.fr/>
- <http://www.mangerbouger.fr>
- AGIRC-ARRCO/UFSBD<sup>51</sup>. *Santé bucco-dentaire. Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées*. 2014
- AGIRC ARRCO – UFSBD – Guide sante bucco dentaire

<sup>49</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables sur le site de l'Anesm, Ils servent de support à la formation, et favorisent les échanges.

<sup>50</sup> L'ensemble de ces outils sont disponibles dans le *Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissement hébergeant des personnes âgées* (p. 199, 201 et 211) élaboré en 2014 par le Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt et le Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

<sup>51</sup> UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire.

# CHUTES

# CHUTES

## POUR LES PROFESSIONNELS

### LES SIGNES D'ALERTE

#### « LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTER »

##### ↳ Il peut s'agir :

- d'avoir déjà chuté;
- de la peur de chuter;
- de la présence d'ecchymoses;
- de troubles de l'équilibre.

## BON À SAVOIR

### ↳ Facteurs sociaux-psychologiques/comportementaux :

- sédentarité et manque d'activité physique;
- consommation abusive d'alcool.

### ↳ Facteurs environnementaux :

- dangers liés à l'environnement extérieur (escaliers, présence d'obstacles, mauvais éclairages, terrasse humide et/ou encombrée de feuilles, irrégularité du sol, etc.) ;
- défaut d'agencement (absence de rampe, obstacle, etc.) ;
- mobiliers inadaptés (hauteur du lit, du fauteuil, etc.) ;
- absence ou le port de lunettes inappropriées ;
- chaussures/chaussons inadaptés ;
- aides techniques inadaptées ;
- refus d'aides techniques.

### ↳ Facteurs médicaux ou paramédicaux :

- certaines maladies : maladies articulaires, troubles de l'équilibre, la baisse de la vision ou de l'audition, maladie cardio-vasculaire, dépression, maladie neuro-dégénérative, etc. ;
- altération de l'état général, fatigue ;
- prise de certains médicaments (par exemple les neuroleptiques ou les psychotropes), la prise de plusieurs médicaments en même temps ou une modification du traitement ;
- troubles de l'équilibre et de la marche ;
- dénutrition ;
- déshydratation ;
- survenue brutale d'un état confusionnel (agitation, désorientation, propos incohérents, etc.) ;
- levées multiples la nuit et/ou l'urgence pour aller aux toilettes (notamment en cas d'incontinence) ;
- contention.

### LES FACTEURS DE RISQUE

## CHUTES

## POUR LA STRUCTURE

### ↘ METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE VEILLE PERMETTANT D'IDENTIFIER LES RISQUES DE CHUTES

- En encourageant la personne à exprimer ses attentes, besoins et difficultés.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne.
- En échangeant, si la personne en est d'accord, avec son entourage, le médecin coordonnateur, son médecin traitant et les professionnels qui l'accompagnent afin d'élaborer en équipe ce qui peut être mis en place à partir des informations remontées par les professionnels<sup>52</sup> notamment non soignants.

### ↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne, son entourage, en équipe et avec les partenaires dans le respect des règles de partage d'informations (MT, MEDEC, IDEC, diététicien, masseur-kinésithérapeute, podologue, etc.).
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations avec l'ensemble de l'équipe (professionnels soignants et non soignants).

### ↘ ADAPTER LES RÉPONSES LORSQUE LES PERSONNES ACCUEILLIES MONTRENT DES RISQUES DE CHUTES

- En recherchant des réponses en équipe, en accord avec la personne, et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant la personne et ses aidants dans la recherche de solutions.
- En sollicitant ou en orientant vers les partenaires (médecin traitant, gériatre, neurologue, masseur-kinésithérapeute, etc.).
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés rencontrées.
- En évaluant en équipe les actions mises en place et leurs limites.

### ↘ SENSIBILISER ET FORMER LES PROFESSIONNELS DANS LE REPÉRAGE DES RISQUES DE CHUTES

- En présentant aux professionnels les principaux facteurs de risques de chutes.
- En formalisant ces éléments dans le projet d'établissement.
- En inscrivant la thématique du repérage des chutes dans le plan de formation.
- En encadrant l'éventuelle utilisation d'outils d'aide au repérage.
- En organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux risques de chutes.

<sup>52</sup> Notamment les AMP, ASG, mais aussi les agents de services, les personnels de restauration, les jardiniers, les agents du service technique, les secrétaires, les animateurs, etc. L'ensemble de tous ces professionnels qui a l'occasion de les observer et d'échanger au quotidien en dehors d'une situation de soins.

## RÉSULTATS ATTENDUS

Le personnel soignant et non-soignant connaît les principaux facteurs de risque de chute, et identifie les signes d'alerte. Il sait sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. Les besoins et les attentes de la personne sont pris en compte. La perte d'autonomie et/ou son aggravation est prévenue. Il n'y a pas de rupture dans le parcours d'accompagnement.

## DES OUTILS<sup>53</sup> POUR ALLER PLUS LOIN...

### ↳ Sur la thématique des chutes

- DGS/DGAS/SFGG. *Les bonnes pratiques de soins en Ehpad*. Octobre 2007. pp. 28-31
- HAS/SFDRMG. *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée*. 2005.
- HAS. *Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*. 2009.
- Anesm-HAS, « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad* », Points clés et solutions - Organisation des parcours. 2015

### ↳ Sur la thématique de l'activité physique

- Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015.
- PNNS pp. 20-23 et le livret d'accompagnement pour les professionnels de santé pp. 15-19.
- INPES. Brochure « *Comment garder son équilibre après 60 ans* » [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr).

<sup>53</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables sur le site de l'Anesm, Ils servent de support à la formation, et favorisent les échanges.

# RISQUES LIÉS À LA PRISE DES MÉDICAMENTS

# RISQUES LIÉS À LA PRISE DES MÉDICAMENTS

## POUR LES PROFESSIONNELS

### LES SIGNES D'ALERTE

#### « LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTEZ »

- Médicaments retrouvés par terre ou qui traînent, sur une table, etc.
- Retour d'une hospitalisation (souvent suivi d'un changement de traitement, de plusieurs ordonnances en cours, etc.).
- Épisode aigu (grippe, pneumopathie, gastroentérite, etc.).
- Plaintes par rapport à certains médicaments (« pas bon », « me fait mal », « celui lui là il est trop gros je n'arrive pas à l'avalier », « je n'arrive pas à l'attraper »). La forme et le goût ne conviennent pas.
- Rejet du traitement.

#### BON À SAVOIR

### LES FACTEURS DE RISQUE

##### ∨ Facteurs socio-psychologiques et environnementaux :

- problèmes de déglutition/fausse route ;
- dépression ;
- déficience visuelle et tactile (ne peut pas bien attraper) ;
- aggravation d'une pathologie ou l'arrivée d'une nouvelle pathologie.

##### ∨ Facteurs médicaux ou paramédicaux (lorsque ces éléments peuvent être connus du service) :

- avoir plusieurs pathologies et voir plusieurs spécialistes (multiplicité des ordonnances) ;
- consommer plus de 5 médicaments ;
- avoir une pathologie qui nécessite des horaires ou conditions de prise très précises (Parkinson, diabète, cardio-vasculaire, trouble circulatoire, etc.).

<sup>54</sup> Notamment les AMP, ASG, mais aussi les agents de services, les personnels de restauration, les jardiniers, les agents du service technique, les secrétaires, les animateurs, etc. L'ensemble de tous ces professionnels qui a l'occasion de les observer et d'échanger au quotidien en dehors d'une situation de soins.

<sup>55</sup> Des expérimentations ont montré l'impact des Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) sur l'évolution de la qualité des prescriptions médicamenteuses.

# RISQUES LIÉS À LA PRISE DES MÉDICAMENTS

## POUR LA STRUCTURE

### ↘ METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE VEILLE PERMETTANT D'IDENTIFIER LES RISQUES LIÉS A LA PRISE DES MEDICAMENTS

- En vérifiant avec la personne qu'elle prend bien ses médicaments régulièrement et qu'elle sait pour quelle pathologie ils sont prescrits.
- En encourageant la personne à exprimer ses attentes, besoins et difficultés.
- En observant les évolutions dans sa manière de les prendre.
- En échangeant, si la personne est d'accord, et selon les besoins, avec son entourage et les partenaires (IDE, AS, pharmacien) qui l'accompagnent, dont son médecin traitant afin d'élaborer en équipe ce qui peut être mis en place à partir des informations remontées par les professionnels<sup>54</sup> notamment non soignants.

### ↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne, son entourage, en équipe et avec les partenaires dans le respect des règles de partage d'informations (MT, MEDEC, IDEC, pharmacien, AS, etc.).
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations, telles les Réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)<sup>55</sup>.
- En organisant les remontées d'informations entre les partenaires internes et externes.

### ↘ ADAPTER LES RÉPONSES LORSQUE LES PERSONNES ACCUEILLIES MONTRENT DES RISQUES LIÉS A LA PRISE DES MÉDICAMENTS :

- En recherchant des réponses en équipe, en accord avec la personne et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant la personne et ses aidants dans la recherche de solutions.
- En sollicitant ou en orientant vers les partenaires et plus particulièrement le pharmacien, le médecin traitant, IDEC, MEDEC, etc.
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés.
- En évaluant en équipe les actions mises en place et leurs limites.
- En vérifiant en équipe le circuit du médicament au sein de l'Ehpad.
- En mettant en place des réunions de concertation pluridisciplinaires.

### ↘ SENSIBILISER ET FORMER LES PROFESSIONNELS AU REPÉRAGE DES RISQUES LIÉS À LA PRISE DES MÉDICAMENTS

- En présentant aux professionnels les principaux facteurs de risques liés à la prise des médicaments (iatrogénie médicamenteuse, non observance, etc.).
- En formalisant ces éléments dans le projet de service.
- En inscrivant cette thématique dans le plan de formation.
- En encadrant l'éventuelle utilisation d'outils d'aide au repérage des signes d'un risque lié à la consommation des médicaments.
- En organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la consommation médicamenteuse.

# RISQUES LIÉS À LA PRISE DES MÉDICAMENTS

## RÉSULTATS ATTENDUS

Les équipes connaissent les principaux facteurs de risque lié à la consommation des médicaments, et identifient les signes d'alerte. Elles savent sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. Les risques d'accidents médicamenteux sont réduits.

## DES OUTILS<sup>56</sup> POUR ALLER PLUS LOIN...

### ↳ Sur la thématique

- LEEM. *Le guide du bon usage des médicaments*. 2015
- AFSSAPS. *Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé*. Juin 2005
- Ameli : prévention de la iatrogénie médicamenteuse
- HAS. « *Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?* » Points clés et solutions organisation des parcours, sept 2014
- ARS Lorraine. *Guide du bon usage du médicament en Gériatrie, s'engager pour la prévention de la iatrogénie en EHPAD*. Sept 2015
- Hanon O., Jeandel C. (sous dir.). *Le guide P.A.P.A. Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées*. Avril 2015
- Anesm-HAS, « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad », Points-clés organisation des parcours, juillet 2015

<sup>56</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables sur le site de l'Anesm, Ils servent de support à la formation, et favorisent les échanges.

# SOUFFRANCE PHYSIQUE

# SOUFFRANCE PHYSIQUE

## POUR LES PROFESSIONNELS

### LES SIGNES D'ALERTE

#### « LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTER »

- ↳ **La douleur peut être exprimée par la personne ou identifiée grâce à la connaissance que le professionnel a de la personne, mais elle peut également être repérable par :**
  - des signes sur le visage (froncement des sourcils, mâchoires serrées, visage figé, grimaces, etc.);
  - des signes au niveau du regard (regard inattentif, fixe, pleurs, yeux fermés, etc.);
  - des signes auditifs (plaintes, gémissements, cris, etc.);
  - des signes corporels ou comportementaux (agitation, agressivité, difficulté à rester immobile, protection d'une zone du corps, repli sur soi, prostration, crispation, refus de soins, etc.).

## BON À SAVOIR

#### ↳ Facteurs médicaux ou paramédicaux :

- polypathologie (le fait d'avoir plusieurs maladies en même temps);
- certaines maladies chroniques (liées aux rhumatismes, les cancers, etc.);
- plaies, escarres;
- type de maladie, son ancienneté et son évolution;
- insuffisance ou inadaptation d'un traitement antidouleur;
- modification du seuil de tolérance de la douleur, durée et répétition du soin;
- postures prolongées (lit, fauteuil);
- antécédents de douleur de la personne.

#### ↳ Facteurs psychologiques :

- degré de fatigue de la personne, les troubles du sommeil, une mauvaise qualité du repos;
- état psychologique de la personne recevant le soin, le mal-être, l'état dépressif;
- absence de reconnaissance du vécu douloureux de la personne accueillie.

#### ↳ Facteurs techniques liés à la réalisation de certains actes :

- gestes liés aux soins d'hygiène et de confort : transfert, retournement, pesée, toilette, soin de bouche/nez/oreille/yeux/peau, rasage, habillage et déshabillage, alimentation, etc.;
- soins techniques : pansement, soin de plaie, injection, etc.

### LES FACTEURS DE RISQUE

# SOUFFRANCE PHYSIQUE

## POUR LA STRUCTURE

### ↘ METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE VEILLE PERMETTANT D'IDENTIFIER LES SIGNES DE DOULEUR

- En encourageant la personne à exprimer ses attentes, besoins et difficultés.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne.
- En utilisant une échelle d'évaluation de la douleur pour les soignants.
- En échangeant, si la personne en est d'accord, avec son entourage, le médecin coordonnateur, son médecin traitant et les professionnels qui l'accompagnent afin d'élaborer en équipe ce qui peut être mis en place à partir des informations remontées par les professionnels<sup>57</sup> notamment non soignants.

### ↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne, son entourage, en équipe et avec les partenaires dans le respect des règles de partage d'informations (MT, MEDEC, IDEC, AS, pharmacien etc.).
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations avec l'ensemble de l'équipe (professionnels soignants et non soignants).

### ↘ ADAPTER LES RÉPONSES LORSQUE LES PERSONNES ACCUEILLIES MONTRENT DES SIGNES DE DOULEUR

- En recherchant des réponses en équipe, en accord avec la personne et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant la personne et ses aidants dans la recherche de solutions.
- En sollicitant les partenaires et plus particulièrement le médecin traitant qui doit être alerté de l'apparition, la persistance ou de la majoration des douleurs (mais aussi, EMGE, consultation spécialisée douleur, réseaux de soins, etc.).
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés.
- En évaluant en équipe les actions mises en place et leurs limites.

### ↘ SENSIBILISER ET FORMER LES PROFESSIONNELS AU REPÉRAGE DES SIGNES DE DOULEUR

- En présentant aux professionnels les principaux facteurs de risques de douleur.
- En formalisant ces facteurs de risques de douleur dans le projet d'établissement.
- En inscrivant le repérage des signes de douleur dans le plan de formation.

<sup>57</sup> Notamment les AMP, ASG, mais aussi les agents de services, les personnels de restauration, les jardiniers, les agents du service technique, les secrétaires, les animateurs, etc. L'ensemble de tous ces professionnels qui a l'occasion de les observer et d'échanger au quotidien en dehors d'une situation de soins.

# SOUFFRANCE PHYSIQUE

## RÉSULTATS ATTENDUS

Le personnel soignant et non-soignant connaît les principaux facteurs de risque de la souffrance physique, identifie les signes d'alerte. Il sait sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. Les besoins et les attentes de la personne sont pris en compte. La perte d'autonomie et/ou son aggravation est prévenue. Il n'y a pas de rupture dans le parcours d'accompagnement.

## DES OUTILS<sup>58</sup> POUR ALLER PLUS LOIN...

### ↘ Sur l'évaluation de la douleur

- Échelle verbale simple (EVS)
- Échelle numérique (EN)
- Échelles comportementales (DOLOPLUS, ALGOPLUS, ECPA)

### ↘ Sur la thématique

- DGS/DGAS/SFGG. Les bonnes pratiques de soins en Ehpad. Octobre 2007. pp. 48-51
- HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Décembre 2008

### ↘ Sur la prévention et le traitement des escarres

- ANAES, conférence de consensus. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Novembre 2011

<sup>58</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables sur le site de l'Anesm, Ils servent de support à la formation, et favorisent les échanges.

<sup>59</sup> Cf. recommandation : Anesm. *La prise en compte de la souffrance psychique chez la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*. Saint-Denis : Anesm, 2014. (tableau récapitulatif p. 68).

# SOUFFRANCE PSYCHIQUE<sup>59</sup>

# SOUFFRANCE PSYCHIQUE

## POUR LES PROFESSIONNELS

### LES SIGNES D'ALERTE

#### « LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTER »

##### ↳ Il peut s'agir :

- de découragement, de perte de plaisir et d'envie ;
- d'une baisse de l'estime de soi, d'un repli sur soi ;
- d'un désintérêt, d'une perte de lien avec l'entourage ;
- d'une perte visible de poids, perte d'appétit ou au contraire d'une prise de poids importante, boulimie ;
- d'un laisser-aller dans son apparence ;
- d'un désinvestissement pour les activités habituelles ;
- d'un désinvestissement pour les objets personnels ;
- d'un rejet/refus de traitement ;
- d'une consommation excessive d'alcool.

##### ↳ Les signes d'alerte portent également sur l'observation d'un état de la personne qui se prolonge dans le temps. Il peut s'agir :

- d'angoisse ;
- d'un sentiment de tristesse, de pleurs ;
- d'un sentiment d'inutilité ;
- d'un sentiment de ne pas être écouté ;
- d'un état dépressif ;
- d'une envie de mourir ;
- de troubles du sommeil.

## BON À SAVOIR

##### ↳ Des facteurs de risque liés au contexte et/ou au ressenti de la personne :

- isolement ou sentiment de solitude, absence de vie sociale et/ou affective, situation de maltraitance, sentiment d'échec pour elle ou pour un proche, antécédents d'épisodes dépressifs, etc.

##### ↳ Des altérations de la santé physique :

- annonce récente d'une maladie ou de l'aggravation d'une maladie, survenue d'une perte d'autonomie physique ou des capacités sensorielles qui altèrent les possibilités de communication, présence de douleurs chroniques peu ou pas soulagées, etc.

##### ↳ Des événements de vie traumatisants :

- annonce de la maladie ou du décès d'un proche, chute(s), entrée en Ehpad, prévision ou retour d'hospitalisation, etc.

##### ↳ Des périodes de l'année anxiogènes :

- dates anniversaires d'événements de vie douloureux, échéances potentiellement difficiles à anticiper tels que des rendez-vous médicaux, approche des fêtes de fin d'année ou de périodes de vacances, etc.

### LES FACTEURS DE RISQUE

# SOUFFRANCE PSYCHIQUE

## POUR LA STRUCTURE

### ↘ METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE VEILLE PERMETTANT D'IDENTIFIER LES SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

- En encourageant la personne à exprimer ses attentes, besoins et difficultés.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne.
- En échangeant, si la personne en est d'accord, avec son entourage, le médecin coordonnateur, son médecin traitant et les professionnels qui l'accompagnent afin d'élaborer en équipe ce qui peut être mis en place à partir des informations remontées par les professionnels<sup>60</sup> notamment non soignants.

### ↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne, son entourage, en équipe et avec les partenaires dans le respect des règles de partage d'informations (MT, MEDEC, IDEC, psychiatre, neurologue, psychologue, etc.).
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations avec l'ensemble de l'équipe (professionnels soignants et non soignants).

### ↘ ADAPTER LES RÉPONSES LORSQUE LES PERSONNES ACCUEILLIES MONTRENT DES SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

- En recherchant des réponses en équipe, en accord avec la personne et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant la personne et ses aidants dans la recherche de solutions.
- En sollicitant ou en orientant vers les partenaires et plus particulièrement le médecin traitant, gériatre, MEDEC, psychiatre, psychologue, neurologue, etc.
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés.
- En évaluant en équipe les actions mises en place et leurs limites.

### ↘ SENSIBILISER ET FORMER LES PROFESSIONNELS AU REPÉRAGE DES SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

- En présentant aux professionnels les principaux facteurs de risques de souffrance psychique.
- En formalisant ces éléments dans le projet d'établissement.
- En inscrivant cette thématique dans le plan de formation.
- En encadrant l'éventuelle utilisation d'outils d'aide au repérage.
- En organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la souffrance psychique.

<sup>60</sup> Notamment les AMP, ASG, mais aussi les agents de services, les personnels de restauration, les jardiniers, les agents du service technique, les secrétaires, les animateurs, etc. L'ensemble de tous ces professionnels qui a l'occasion de les observer et d'échanger au quotidien en dehors d'une situation de soins.

# SOUFFRANCE PSYCHIQUE

## RÉSULTATS ATTENDUS

Le personnel soignant et non-soignant connaît les principaux facteurs de risque de la souffrance psychique, et identifie les signes d'alerte. Il sait sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. Les besoins et les attentes de la personne sont pris en compte. La perte d'autonomie et/ou son aggravation est prévenue. Il n'y a pas de rupture dans le parcours d'accompagnement.

## DES OUTILS<sup>61</sup> POUR ALLER PLUS LOIN...

### ↳ Pour le repérage, l'évaluation et la prise en charge de la souffrance psychique

- En cas de démence non sévère : **Mini GDS, GDS, Inventaire apathie**
- En cas de démence sévère : **NPI-ES** (Neuropsychiatric inventory version équipes soignantes), Échelle de dépression de Cornell
- HAS. Arbre décisionnel « dépression caractérisée chez un sujet âgé ». 2008
- ([http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/arbre\\_decisionnel\\_\\_depression\\_caracterisee\\_.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/arbre_decisionnel__depression_caracterisee_.pdf))

### ↳ Sur la thématique

- Anesm. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement. 2014 (tableau p. 68)
- DGS/DGAS/SFGG. Les bonnes pratiques de soins en Ehpad. Octobre 2007. pp. 44-45
- ANAES/Fédération française de psychiatrie (FFP)/DGS. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 19 et 20 octobre 2000.
- ANAES. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Mai 2002.
- INPES. La dépression : en savoir plus pour en sortir. Repérer les symptômes, Connaître les traitements, Savoir à qui s'adresser. 2007
- Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance, Québec. Santé mentale et personnes âgées. S'outiller pour intervenir ensemble. 2009

<sup>61</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables sur le site de l'Anesm, Ils servent de support à la formation, et favorisent les échanges.

# TROUBLES DU COMPORTEMENT ET TROUBLES COGNITIFS

# TROUBLES DU COMPORTEMENT ET TROUBLES COGNITIFS

## POUR LES PROFESSIONNELS

LES SIGNES D'ALERTE

### « LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTER »

#### ↳ Il s'agit notamment :

- de difficultés à se concentrer, à se souvenir (oublis fréquents);
- de difficultés à trouver ses mots, à s'exprimer;
- de modifications dans la capacité à s'orienter dans le temps et l'espace;
- de modifications dans la capacité à prendre des décisions;
- d'un changement de caractère (agressivité, apathie, euphorie, perte d'initiative et de motivation, indifférence à l'entourage, etc.);
- de la perte des convenances sociales;
- de l'apparition d'un phénomène d'errance ou d'agitation, de cris, de confusion ou de délires;
- de l'apparition d'un sentiment de préjudice ou de persécution (la personne se sent volée, spoliée, etc.);
- d'épisode de somnolence;
- d'une modification concernant la toilette ou l'hygiène;
- d'une modification concernant l'habillement/déshabillage;
- d'une modification dans les capacités de la personne à aller aux toilettes pour uriner ou déféquer.

### BON À SAVOIR

Il existe de nombreux facteurs pouvant favoriser des troubles cognitifs et/ou du comportement. En tant que professionnel, il s'agit d'être plus particulièrement vigilant :

#### ↳ Aux facteurs environnementaux :

- entrée en Ehpad (les trois premiers mois suivant l'entrée), changement de chambre, etc.;
- ruptures brutales survenant dans la vie de la personne;
- changements d'équipe/remplacement;
- modifications dans la vie relationnelle;
- sur-stimulation ou sous-stimulation;
- épisodes de canicule;
- retour d'hospitalisation;
- .../...

#### ↳ Aux facteurs individuels :

- déficiences sensorielles (perte ou altération d'un ou plusieurs sens);
- douleurs;
- troubles du sommeil;
- infections;
- traitements médicamenteux;
- maladies psychiques et/ou somatiques;
- déshydratation.
- .../...

LES FACTEURS DE RISQUE

# TROUBLES DU COMPORTEMENT ET TROUBLES COGNITIFS

## POUR LA STRUCTURE

### ↘ METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE VEILLE PERMETTANT D'IDENTIFIER LES SIGNES DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ET COGNITIFS

- En encourageant la personne à exprimer ses attentes, besoins et difficultés.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne.
- En échangeant, si la personne en est d'accord, avec son entourage, le médecin coordonnateur, son médecin traitant et les professionnels qui l'accompagnent afin d'élaborer en équipe ce qui peut être mis en place à partir des informations remontées par les professionnels<sup>62</sup> notamment non soignants.

### ↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne, son entourage, en équipe et avec les partenaires dans le respect des règles de partage d'informations.
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations avec l'ensemble de l'équipe (professionnels soignants et non soignants).

### ↘ ADAPTER LES RÉPONSES LORSQUE LES PERSONNES ACCUEILLIES MONTRENT DES SIGNES DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ET COGNITIFS

- En recherchant des réponses en équipe, en accord avec la personne et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant la personne et ses aidants dans la recherche de solutions.
- En sollicitant les partenaires (MEDEC, médecin traitant, gériatre, neurologue, EMGE, Consultation mémoire, etc.)
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés.
- En évaluant en équipe les actions mises en place et leurs limites.

### ↘ SENSIBILISER ET FORMER LES PROFESSIONNELS AU REPÉRAGE DES SIGNES DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ET COGNITIFS

- En présentant aux professionnels les principaux facteurs de risques troubles cognitifs et du comportement.
- En formalisant ces facteurs de risques dans le projet d'établissement.
- En inscrivant cette thématique dans le plan de formation.
- En encadrant l'éventuelle utilisation d'outils d'aide au repérage.
- En organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux troubles cognitifs et du comportement.

<sup>62</sup> Notamment les AMP, ASG, mais aussi les agents de services, les personnels de restauration, les jardiniers, les agents du service technique, les secrétaires, les animateurs, etc. L'ensemble de tous ces professionnels qui a l'occasion de les observer et d'échanger au quotidien en dehors d'une situation de soins.

# TROUBLES DU COMPORTEMENT ET TROUBLES COGNITIFS

## RÉSULTATS ATTENDUS

Le personnel soignant et non-soignant connaît les principaux facteurs de risque de troubles du comportement et de troubles cognitifs, et identifie les signes d'alerte. Il sait sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. Les besoins et les attentes de la personne sont pris en compte. La perte d'autonomie et/ou son aggravation est prévenue. Il n'y a pas de rupture dans le parcours d'accompagnement.

## DES OUTILS<sup>63</sup> POUR ALLER PLUS LOIN...

### ↘ Sur la thématique « Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées »

- Anesm. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social. 2009
- HAS. PROGRAMME AMI – ALZHEIMER. Alerte et maîtrise de l'iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. Octobre 2010.
- DGS/DGAS/SFGG. Les bonnes pratiques de soins en Ehpad. Octobre 2007. pp. 14-17 et 110-111
- HAS. Programme pilote Psycho SA (psychotropes et sujet âgé). 2007-2010.
- HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, diagnostic et prise en charge de l'apathie. 2014

### ↘ Sur la thématique « Iatrogénie médicamenteuse »

- (cf. fiche-repère « Risques liés à la prise de médicaments »)

<sup>63</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables sur le site de l'Anesm, Ils servent de support à la formation, et favorisent les échanges.

# RISQUE SUR LA SANTÉ DES AIDANTS

Ce qu'ils me disent, ce que je vois

# RISQUE SUR LA SANTÉ DES AIDANTS

## Ce qu'ils me disent, ce que je vois

### POUR LES PROFESSIONNELS

#### LES SIGNES D'ALERTE

#### « LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTER »

##### ↘ D'une évolution de situation générale de l'aidant :

- évolution de l'état de santé de l'aidant (perte ou prise de poids visible, prend moins soin de son corps, changement général de l'apparence, difficulté à entendre ou voir, modification dans ses capacités à se déplacer, chutes, etc.);
- plaintes diverses.

##### ↘ De la diminution des activités sociales, d'une rupture progressive ou brutale avec l'entourage :

- conflit amical, familial ou professionnel;
- espacement des visites.

##### ↘ De l'apparition d'une souffrance psychique :

- découragement, tristesse, anxiété, démotivation, perte de plaisir et d'envie, sentiment d'inutilité, baisse de l'estime de soi, repli sur soi, état dépressif; colère;
- sentiment d'impuissance, de culpabilité, de honte.

##### ↘ De souffrance physique

##### ↘ De difficulté d'accès aux soins :

- absence de médecin traitant ou de suivi médical régulier;
- hospitalisation ou intervention médicale différée.

##### ↘ De troubles cognitifs et du comportement :

- difficulté à se concentrer, à se souvenir, à trouver ses mots, à s'exprimer;
- changement de caractère : agressivité, irritabilité, hypersensibilité, changement rapide de l'humeur (promptitude à la colère ou aux larmes par exemple) ou inversement un état émotionnel « endurci », comme insensible aux autres.

#### LES FACTEURS DE RISQUE

#### BON À SAVOIR

- État de santé.
- Isolement, la restriction de la vie personnelle.
- Absence de soutien.
- Épuisement.
- Ressentiments face aux conduites inadaptées du proche malade.
- Traumatismes provoqués par l'inversion/confusion des rôles (et la non reconnaissance des proches par la personne malade).
- Déni de la pathologie de la personne âgée accueillie.
- Plaintes récurrentes : fatigue, sommeil, etc.
- .../...

# RISQUE SUR LA SANTÉ DES AIDANTS

## Ce qu'ils me disent, ce que je vois

### POUR LA STRUCTURE

#### ↘ METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE VEILLE PERMETTANT D'IDENTIFIER LES SIGNES DE RISQUES DE PERTE D'AUTONOMIE DES AIDANTS

- En encourageant l'aidant à exprimer ses difficultés au quotidien.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles des aidants.

#### ↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec l'aidant, en équipe dans le respect des règles de partage d'informations.
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations entre les professionnels non soignants et soignants.

#### ↘ ADAPTER LES RÉPONSES LORSQUE LES AIDANTS MONTRENT DES SIGNES DE RISQUES DE PERTE D'AUTONOMIE

- En recherchant des réponses en équipe et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant l'aidant dans la recherche de solutions.
- En sollicitant ou en orientant l'aidant vers les partenaires et plus particulièrement CLIC, plateformes territoriales d'appui, associations aide aux aidants, etc.
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés.

#### ↘ SENSIBILISER ET FORMER LES PROFESSIONNELS AU REPÉRAGE DES RISQUES DE PERTE D'AUTONOMIE DES AIDANTS

- En présentant aux professionnels les principaux facteurs de risque d'épuisement des aidants.
- En formalisant ces éléments dans le projet d'établissement.
- En inscrivant cette thématique dans le plan de formation.
- En encadrant l'éventuelle utilisation d'outils d'aide au repérage.
- En organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux risques de perte d'autonomie des aidants.

# RISQUE SUR LA SANTÉ DES AIDANTS

## Ce qu'ils me disent, ce que je vois

### RÉSULTATS ATTENDUS

Le personnel soignant et non-soignant connaît les principaux facteurs de risque de perte d'autonomie des aidants, et identifie les signes d'alerte. Il sait sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. L'épuisement de l'aidant est prévenu. Il n'y a pas de rupture brutale dans l'accompagnement.

### DES OUTILS<sup>64</sup> POUR ALLER PLUS LOIN...

#### ∨ Pour le repérage du risque de perte d'autonomie ou de l'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidant

- Anesm. *Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation*

#### ∨ Sur la thématique des aidants

- Anesm. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. *Le soutien des aidants non professionnels*. 2014
- Association Française des aidants. Le dépliant « *La santé des aidants, parlons-en!* » et le livret « *Aidants : et votre santé si on en parlait?* »
- Grille de ZARIT® d'évaluation du fardeau

<sup>64</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables sur le site de l'Anesm, Ils servent de support à la formation, et favorisent les échanges.

# GRILLE DE LECTURE POUR REPÉRER LES RISQUES DE PERTE D'AUTONOMIE OU SON AGGRAVATION

Les signes identifiés dans la grille suivante sont autant de thématiques qui peuvent être travaillées en équipe avec l'ensemble des professionnels intervenants en Ehpad

## GRILLE DE LECTURE

« *Ce que je vois, ce que la personne me dit, ce que l'aidant<sup>65</sup> me dit* »

Cette grille peut servir pour l'ensemble des personnes accueillies dans un Ehpad. Une attention renforcée sera à porter aux personnes qui :

- sont arrivées récemment (les nouveaux résidents);
- reviennent au sein de leur Ehpad suite à une hospitalisation;
- sont confrontées à un événement particulier (annonce d'une pathologie, annonce d'une maladie d'un proche, décès, éloignement géographique du proche, etc.).

### LES SIGNES D'UNE ALTÉRATION DE LA SITUATION GÉNÉRALE DE LA PERSONNE<sup>66</sup>

- Évolution de l'état de santé : perte ou prise de poids visible, difficulté à entendre ou voir, modification dans ses capacités à se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, à se lever et s'asseoir, essoufflement, etc.
- Plaintes récurrentes : sommeil, fatigue, maux de dos, maux de tête, perte d'appétit, douleurs, etc.
- Chutes.
- Laisser aller général : changement de son apparence, de sa coiffure, etc.
- Perte de motivation de la personne à participer à certaines activités ou sorties.
- Changement de caractère : agressivité, irritabilité, hypersensibilité, perte d'envie et de motivation, tristesse, changement rapide de l'humeur (promptitude à la colère ou aux larmes) ou inversement un état émotionnel « endurci », comme insensible aux autres.
- Confusion.
- Sentiment d'insécurité.
- Mise en danger.
- Refus/rejet de traitement.

<sup>65</sup> Concernant les aidants, l'Anesm a publié des recommandations : Anesm. *Le soutien des aidants non professionnels*. Saint-Denis : Anesm, 2014.

<sup>66</sup> Les signes d'une altération de la situation générale peuvent être l'expression de plusieurs problématiques. Par exemple, des plaintes quant au sommeil peuvent être des signes de souffrance psychique ou physique, mais également de troubles cognitifs et du comportement.

## LES SIGNES PROPRES À CERTAINES THÉMATIQUES<sup>67</sup>

### Les signes d'isolement

- Évolution de la vie sociale de la personne : diminution des activités sociales (est moins participative), diminution des visites (rupture progressive ou brutale avec l'entourage, décès d'un proche, déménagement de l'aidant, etc.).
- Expression d'un sentiment de solitude.

### Les signes de souffrance psychique\*

- Tristesse, découragement, angoisse, perte de plaisir et d'envie.
- Sentiment d'inutilité, baisse de l'estime de soi, repli sur soi, état dépressif, dénutrition, envie de mourir.
- Désintérêt de la personne, perte de lien avec l'entourage et/ou les autres résidents.
- Désinvestissement pour les objets personnels.

### Les signes liés à la prise des médicaments\*

- Médicaments trouvés à terre ou dans les vêtements ou autres.
- Retour d'une hospitalisation.

### Les signes de troubles cognitifs et du comportement\*

- Difficulté à se concentrer, à se souvenir (oublis fréquents).
- Difficulté à trouver ses mots, à s'exprimer.
- Modification dans sa capacité à s'orienter dans le temps et l'espace : se perd dans les couloirs, ne s'habille plus en cohérence avec la saison, etc.
- Modification dans sa capacité à prendre des décisions.
- Difficulté à reconnaître les personnes.
- Modification du comportement ou de l'humeur : agressivité, errance, agitation, refus de soins, sentiment de préjudice ou de persécution (la personne se sent volée, spoliée), apathie, etc.

### Les signes de perte d'autonomie liés aux déplacements ou aux transferts

- Difficulté à sortir du lit, à se lever de la chaise ou du fauteuil.
- Déplacements plus rares ou plus difficiles.
- N'arrive plus à faire certains déplacements seul ou demande plus d'aide.
- Besoin d'une canne ou d'un déambulateur.
- Chutes répétées.

<sup>67</sup> Les signes qui font l'objet d'une fiche-repère sont identifiés par un astérisque (\*).

## LES SIGNES PROPRES À CERTAINES THÉMATIQUES

### Les signes d'une mauvaise nutrition et/ou de déshydratation\*

- Mange/boit moins.
- Mange plus lentement.
- Refus de manger et/ou de boire.
- Fait des fausses routes.
- Modification visible du poids.
- Problèmes bucco-dentaires.
- Mange des sucreries tout au long de la journée.

### Les signes de perte d'autonomie physique repérables lors de l'habillement/déshabillage

- Modification du temps mis pour s'habiller.
- Modification de sa capacité à mettre ses vêtements du haut et/ou du bas.
- Difficulté à choisir ses vêtements, à trouver où ils sont rangés et/ou à trouver des vêtements appropriés aux circonstances, à la saison et propres.
- Modification de sa capacité à boutonner ses vêtements, etc.

### Les signes de perte d'autonomie physique repérables lors de l'élimination

- Modification dans les capacités à aller aux toilettes pour uriner ou déféquer.
- Apparition d'une incontinence jusque-là inexistante.
- Ne met plus ses protections ou les retire (s'il en avait besoin).
- Ne fait pas ses besoins dans un lieu adéquat.

### Les signes d'une déficience sensorielle<sup>68</sup>

- Fait répéter, ne comprend pas ce qui vient d'être dit (déficience auditive).
- Butte, chute, se cogne (déficience visuelle).
- N'a plus envie de manger, déprime (déficience gustative et/ou olfactive).

#### POINT DE VIGILANCE

Cette grille peut également être utile pour repérer les risques d'épuisement ou de perte d'autonomie des aidants des résidents. L'entourage contribue pleinement à la qualité de vie de la personne accueillie. Il faut veiller à observer les signes d'une altération de l'état général des aidants, afin d'éviter une rupture brutale des visites ou d'accompagnement.

<sup>68</sup> Anesm. *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées*. (En cours, à paraître au 3<sup>e</sup> trimestre 2016).





# LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES

## LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES

<b>ADIL</b>	Agences départementales d'information sur le logement
<b>AFSSAPS</b>	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé est devenue l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
<b>AGGIR</b>	Autonomie gérontologique groupes iso-ressources
<b>AMP</b>	Aide médico-psychologique
<b>ANAES</b>	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
<b>ANAH</b>	Agence nationale de l'habitat
<b>ANFE</b>	Association nationale française des ergothérapeutes
<b>ANIL</b>	Agence nationale pour l'information sur le logement
<b>ANSM</b>	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
<b>ANSP</b>	Agence nationale des services à la personne jusqu'au 1 <sup>er</sup> janvier 2014 - cf. MISAP
<b>APA</b>	Allocation personnalisée d'autonomie
<b>ARDH</b>	Aide au retour à domicile après hospitalisation
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>AS</b>	Aide-soignant
<b>ASG</b>	Assistants de soins en gérontologie
<b>ASV</b>	Adaptation de la société au vieillissement
<b>AVC</b>	Accident vasculaire cérébral
<b>CASF</b>	Code de l'action sociale et des familles
<b>CCAS</b>	Centre communal d'action sociale
<b>CES</b>	Centre d'examens de santé
<b>CIAS</b>	Centre intercommunal d'action sociale
<b>CIAAF</b>	Collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux
<b>CICAT</b>	Centre d'information et de conseil sur les aides techniques
<b>CLIC</b>	Centre local d'information et de coordination gérontologique
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

<b>CNAV</b>	Caisse nationale d'assurance vieillesse
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
<b>COFACE</b>	Confédération des organisations familiales de l'Union Européenne
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'Assurance maladie
<b>CSI</b>	Centre de santé Infirmiers
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>CTA</b>	Cellule territoriale d'appui
<b>DGCS</b>	Direction générale de la cohésion sociale
<b>DGCIS</b>	Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services. Devenue au 1 <sup>er</sup> septembre 2014 DGE : Direction générale des entreprises
<b>DMP</b>	Dossier médical personnel
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>EHPA</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
<b>EHPAD</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EMG</b>	Équipe mobile de gériatrie
<b>EMGE</b>	Équipe mobile de gériatrie externe
<b>ESA</b>	Équipe spécialisée Alzheimer
<b>GDS</b>	Geriatric depression scale
<b>GIR</b>	Groupe iso-ressources
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>IDE</b>	Infirmière diplômée d'Etat
<b>IDEC</b>	Infirmière coordinatrice
<b>INPES</b>	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>IREPS</b>	Instance régionale d'éducation et de promotion pour la santé

<b>LEEM</b>	Les entreprises du médicament
<b>MAIA</b>	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
<b>MDA</b>	Maison de l'autonomie
<b>MDPH</b>	Maison départementale des personnes handicapées
<b>MEDEC</b>	Médecin coordonnateur
<b>MISAP</b>	Mission des services aux personnes
<b>MNA</b>	Mini Nutritional Assessment
<b>MT</b>	Médecin traitant
<b>PACT</b>	Associations bâtisseurs de solidarités pour l'habitat
<b>PAERPA</b>	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
<b>PCH</b>	Prestation de compensation du handicap
<b>PNSS</b>	Programme national nutrition santé
<b>PRADO</b>	Programme d'accompagnement de retour à domicile
<b>PTA</b>	Plateforme territoriale d'appui
<b>SAAD</b>	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
<b>SAMSAH</b>	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
<b>SAVS</b>	Service d'accompagnement à la vie sociale
<b>SFGG</b>	Société française de gériatrie et de gérontologie
<b>SPASAD</b>	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
<b>SSIAD</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>UNCCAS</b>	Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

# ANNEXES

# Annexe 1

## CONDUITE DES TRAVAUX

### Équipe projet de l'ANESM

- Delphine DUPRÉ-LÉVÈQUE, responsable de projet « Personnes âgées »
- Cyril DESJEUX, responsable de projet « Services à domicile » (jusqu'en février 2015)
- Aïssatou SOW, chef de projet
- Patricia MARIE, documentaliste
- Nagette DERRAZ, assistante coordination de projets du service Pratiques Professionnelles

### Coordination

- Sophie LE BRIS, Cheffe de service Pratiques Professionnelles (Jusqu'en mai 2016)

### Coordination éditoriale

- Yaba BOUESSE, chargée de communication
- Sarah CARABIN, stagiaire communication

### Référent Comité d'Orientation Stratégique

- Isabelle BARGES, directrice qualité de vie, représentant de la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa), présidente de la section personnes âgées du COS
- Jean-Claude JAMOT, retraité, médecin honoraire, Génération Mouvement « Les Aînés ruraux », vice-président de la section personnes âgées du COS

### Référents Conseil Scientifique

- Sandra BERTEZENE, enseignant-chercheur, Université Lyon 1
- Claude JEANDEL, praticien hospitalier-Coordonnateur, département gériatrie, CHRU de Montpellier

### Analyse juridique

- Cabinet GRANDJEAN-POINSOT-BETROM, Montpellier, Hérault

### Validation et adoption des recommandations

#### DÉCISION N° D2016 – 8 du 15 février 2016

- Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm

### Groupe de travail

- Didier ARMAINGAUD, directeur médical, qualité et réglementation, groupe Korian, Paris
- Isabelle BARGES, directrice qualité de vie, Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA), Rhône
- Catherine BOZSODI, responsable du pôle médico-social et développement de projets, Caisse autonome de la sécurité sociale dans les mines, Carmaux
- Christelle DROULEZ, médecin gériatre-handicap, Conseil général de la Nièvre, Nevers
- Olivier DRUNAT, médecin gériatre, chef de service, Hôpital Bretonneau, Paris
- Françoise GOBLED, membre du conseil d'administration, Fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles (FNAPAEF), Quimper
- Jean-Claude JAMOT, médecin, membre du conseil d'administration de la Fédération nationale Génération mouvement, vice-président de la section « Personnes âgées » du COS
- Joseph KRUMMENACHER, président, Fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles (FNAPAEF), Quimper
- Garmenick LEBLANC, coordinatrice cellule médico-sociale, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Paris
- Stephan MEYER, médecin coordonnateur, EHPAD « Les Chênes », Limoges
- Béatrice ROLLAND, cheffe du bureau « prévention de la perte d'autonomie », DGCS, Paris

### Groupe de lecture

- Jean-Philippe BODY, chargé de mission, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Paris
- Sylvie DARNE, responsable pôle EHPAD, Mutuelle du bien vieillir (MBV), Saint-Jean-de-Vedas
- Jean-Philippe FLOUZAT, gériatre, conseiller médical, Agence régionale de santé Ile de France
- Murielle JAMOT, déléguée nationale filières personnes âgées et domicile, direction Santé Autonomie, Croix Rouge Française, Paris
- David FOULON, directeur des soins, groupe KORIAN
- Séverine HOUEL, infirmière, coordinatrice du CLIC
- Samantha LELEU, psychologue, EHPAD Champsfleury, Le Mesnil le roi

- Marie-Claude MARAIS, gériatre, adjointe à la cheffe du bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Paris
- Stéphane TILLARD, directeur, correspondant Départemental AD-PA, EHPAD St Jacques & St Christophe, Foyer logement « Résidence St Jacques », Cesny-Bois-Halbout
- Monica YUNES, directrice, Centre local d'information et de coordination (CLIC) Portes de l'Essonne
- Myriam ZMISLONY, directrice, Centre local d'information et de coordination (CLIC) du Pays Champenois

#### Listes des structures visitées et personnes ressources interviewés :

- EHPAD « Alquier Debrousse », Paris

#### Entretiens téléphoniques réalisés :

- Vanessa Bailly, directrice du Pôle Gérontologie Interrégional, Besançon

## Annexe 2

### AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (ANESM)

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'Agence est constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des organismes représentant les établissements sociaux et médico-sociaux, les professionnels et les usagers.

#### Ses missions

Les missions de l'Anesm sont directement issues des obligations faites aux Établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

La première consiste à valider ou produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, références et procédures à partir desquelles les ESSMS doivent légalement procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.

La seconde consiste à habilitier les organismes auxquels les ESSMS doivent faire appel afin qu'ils procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité de leurs prestations notamment en vue du renouvellement de leur autorisation de fonctionnement (cf. annexe 3-10 du Code de l'action sociale et des familles).

#### Son fonctionnement

L'Anesm est dotée d'une instance de gestion, l'Assemblée générale, et de deux instances consultatives sans avis conforme, le Conseil scientifique et le Comité d'orientation stratégique.

**L'Assemblée générale** adopte le programme de travail annuel et le budget.

**Le Conseil scientifique**, composé de 15 personnalités reconnues dans leur domaine, apporte une expertise, formule des avis d'ordre méthodologique et technique et veille à la cohérence, à l'indépendance et à la qualité scientifique des travaux de l'Anesm.

**Le Comité d'orientation stratégique**, composé de près de 70 représentants — de l'État, d'élus, d'usagers, de collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs, etc. — est une instance qui participe à l'élaboration du programme de travail de l'Anesm et fournit un avis sur l'opérationnalité des projets de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Ces deux instances sont consultées par le directeur de l'Anesm avant qu'il n'adopte les projets de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

### Les champs de compétences

L'Anesm est compétente sur le champ des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'inclusion sociale, de la protection de l'enfance, de la protection juridique des majeurs, de l'addictologie... Les catégories de services et d'établissements sont très diversifiées : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les foyers d'accueil médicalisé pour personnes handicapées (FAM), les maisons d'enfants à caractère social (MECS), les foyers de jeunes travailleurs, les appartements thérapeutiques, etc.

### Le dispositif d'évaluation

Les recommandations, références et procédures validées par l'Agence alimentent la démarche d'évaluation interne des ESSMS. La loi du 2 janvier 2002 a prévu qu'au-delà du système d'évaluation interne, un regard externe soit porté par des organismes indépendants habilités par l'Anesm qui émettront un avis, notamment sur les conditions dans lesquelles l'évaluation interne a été mise en œuvre, et sur les axes d'amélioration préconisés. Ainsi, au 31 décembre 2015, 89 % des ESSMS, étaient engagés dans cette démarche.

Elle complète le système d'évaluation interne, et permet aux autorités de tarification et de contrôle d'engager un dialogue avec les ESSMS sur les conditions de renouvellement de leurs autorisations de fonctionnement.

### Les recommandations de l'Anesm

↳ Quarante-neuf **recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)** :

#### Tous secteurs

- L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (2015)
- Le soutien des aidants non professionnels (2014)
- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (2012)

- L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (2012)
- Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (2010)
- Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (2010)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (2009)
- Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (2009)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles (2009)
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (2008)
- Ouverture de l'établissement (2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (2008)
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (2008)
- Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses (2008)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (2008)
- Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles (2008)

### **Personnes âgées**

- Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet Ehpad (2016)
- Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet domicile (2016)
- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement (2014)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (2012)
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (2012)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad (2012)

- Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (2011)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement (2011)
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social (2009)

### **Personnes handicapées**

- Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques au sein des ESSMS au sens de l'article L. 312-1 du CASF (2016)
- Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) (2014)
- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) – le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement (2014)
- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – la vie quotidienne, sociale, la culture et les Loisirs (2013)
- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) – Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté (2013)
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (2013)
- Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat (2013)
- Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (2012)
- L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Sessad (2011)
- Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (2010)

### **Protection de l'enfance**

- Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2015)
- Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur (2015)
- L'évaluation interne : repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2015)

- L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance (2014)
- L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de Mesure (2013)
- Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance (2011)
- L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement (2010)

### **Inclusion sociale**

- Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS (2016)
  - Évaluation interne : Repères pour les établissements et services de l'inclusion sociale (2015)
  - Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (2015)
  - La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) (2014)
  - Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312.1 du code de l'action sociale et des familles (2012)
  - La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie (2010)
  - Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale (2008)
- ↳ Quatre **enquêtes nationales** relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- ↳ Un **rapport d'étude** sur la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recueil des pratiques et témoignages des acteurs.
- ↳ Trois **rapports d'analyse nationale** concernant l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en Ehpad et la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.
- ↳ Un rapport d'analyse nationale concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé.
- ↳ Un rapport d'analyse nationale concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile.





Conception graphique: Luciole  
Impression Corlet Imprimeur, SA – 14110 Condé-sur-Noireau  
Dépôt légal: Juillet 2016



**ANESM**

5 avenue du Stade de France  
Immeuble Green Corner  
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
T 01 48 13 91 00

[www.ansm.sante.gouv.fr](http://www.ansm.sante.gouv.fr)

*Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables - Juillet 2016*