

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 RÉSIDENCES AUTONOMIE

*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.*  
Septembre 2016

*Validation et adoption des recommandations, Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm - Décision d'adoption 2016-31  
du 1<sup>er</sup> décembre 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	11
5. Les recommandations, mode d'emploi	12
6. La méthode d'élaboration des recommandations	15
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>17</b>
Préambule	18
<b>CHAPITRE 1</b>	
Mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier l'émergence de nouveaux besoins pour des personnes accueillies	21
<b>CHAPITRE 2</b>	
Partager l'analyse des signes repérés des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation	25
<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	33
<b>CHAPITRE 4</b>	
S'approprier les recommandations de bonnes pratiques concernant le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation	37
<b>FICHES-REPÈRES</b>	<b>46</b>
<b>GRILLE DE LECTURE</b>	<b>77</b>
<b>LISTE DES PRINCIPAUX SIGLE</b>	<b>83</b>
<b>ANNEXES</b>	
<b>Annexe 1 : Conduite des travaux</b>	<b>88</b>
<b>Annexe 2 : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)</b>	<b>91</b>

# PRÉSENTATION GÉNÉRALE

# 1 LE CONTEXTE DES RECOMMANDATIONS

En France, la part des personnes de 60 ans et plus augmente et, selon les projections de l'Insee, cette tendance va s'accroître 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 toute la nécessité des enjeux de 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. Désormais, c'est la prévention de la perte d'autonomie qui fait l'objet de toutes les attentions avec notamment :

- le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie<sup>4</sup> et notamment ses trois axes : préserver l'autonomie pour améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie (prévention primaire), prévenir les pertes d'autonomie évitables (prévention secondaire) et enfin, éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité (prévention tertiaire) ;
- la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)<sup>5</sup> dont l'un des objectifs est de **favoriser le maintien à domicile** des personnes âgées en améliorant la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie.

<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 communs à tous les États Membres » (cité par GOMEZ, M. I. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles et polypathologiques. In : IAGG, SFGG. *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées*. 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).

<sup>5</sup> Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (JORF n° 0301 du 29 décembre 2015, p. 24268).

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, 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. Cela passe notamment par le repérage des risques. Le domicile privé classique n'est pas le seul lieu où les personnes âgées peuvent bénéficier d'actions préventives. Les personnes accueillies dans les logements-foyers – désormais résidences autonomie – doivent aussi pouvoir en bénéficier.

La résidence autonomie est un habitat intermédiaire entre le domicile ordinaire et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, dont le rôle dans la **prévention de la perte d'autonomie** a été renforcé par la loi [ASV](#).

En effet, les actions de prévention sont particulièrement pertinentes au vu de la population accueillie. Selon l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées ([EHPA](#)) de la Drees (2011)<sup>6</sup>, environ 130 000 personnes sont accueillies dans un logement-foyer. Plus de 66 % d'entre elles sont âgées de 80 ans au moins (17 % ont 90 ans ou plus). L'âge moyen d'entrée est de 80 ans et la durée moyenne de séjour est de plus de 5 ans.

Cette même enquête indique que :

- 77 % des personnes accueillies en logement-foyer sont « classées » en [GIR](#) 5 ou 6 ;
- 21 % en [GIR](#) 3 ou 4 ;
- et 2 % [GIR](#) 1 ou 2.

---

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

## 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 des résidences autonomie porteront une attention particulière afin de tout mettre en œuvre pour limiter leurs conséquences et garantir la meilleure qualité de vie possible.

Les évaluations gériatriques personnalisées agissent sur la prévention des événements cliniques majeurs quel que soit le lieu de vie de la personne âgée<sup>7</sup>. Mais au-delà de cette évaluation, des actions concrètes de repérage peuvent être mises en place, et ce dès à présent, afin de répondre à ces objectifs de santé publique majeurs. Quels que soient les outils utilisés, l'ensemble des recherches en gériatrie s'accordent sur les domaines à observer : 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>8</sup> mais aussi la polypathologie, la chute, la polymédication (et le risque d'iatrogénie médicamenteuse), qui sont des facteurs majeurs d'hospitalisation potentiellement « évitables ».

Les hospitalisations sont souvent des facteurs aggravant la perte d'autonomie chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Le parcours de santé dans le cadre du dispositif personnes âgées en risque de perte d'autonomie ([Paerpa](#)) s'inscrit totalement dans cette réflexion pour prévenir les risques de perte d'autonomie et/ou de son aggravation. « *En ville l'objectif est de formaliser la mobilisation des professionnels de proximité au plus près des personnes âgées et au plus tôt dans le parcours* ».

Ces recommandations sont accompagnées de fiches-repères pour faciliter le repérage des situations à risque de perte d'autonomie ou de son aggravation par le personnel des résidences autonomie. Ces fiches portent sur la nutrition/dénutrition et la déshydratation, les chutes, les risques liés à la prise de médicaments, la souffrance physique, la souffrance psychique, les troubles du comportement et les troubles cognitifs. Enfin, une fiche-repère est aussi consacrée aux aidants<sup>10</sup> dont on reconnaît le rôle déterminant en matière de maintien à domicile plus particulièrement, mais dont on reconnaît aujourd'hui les risques sur leur santé inhérents à ce rôle.

<sup>7</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>8</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>9</sup> JEANDEL, C. Le parcours de santé de la personne âgée fragile ou en risque de perte d'autonomie. In : IAGG, SFGG. *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles*. Livre Blanc. (Document électronique). 2015. pp 48-50.

<sup>10</sup> Anesm. *Le soutien des aidants non professionnels*. Saint-Denis : 2014.

#### 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>11</sup> (p. 7)

Désormais est inscrit dans l'art. 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 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). « **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 personne identifiée 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 et fréquemment 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 une aggravation du risque de perte d'autonomie de la personne.

Par ailleurs, une grille des principaux champs à observer est proposée. Elle n'est pas une grille d'évaluation. Elle indique les principaux signes d'altération de la personne.

En outre, pour aller plus loin, l'Anesm propose un outil de repérage de la perte d'autonomie et/ou de son aggravation<sup>12</sup> qui pourra être diffusé auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement. Celui-ci a pour objectif de signaler un changement observé chez la personne accompagnée et/ou son aidant qui peut conduire à une aggravation de la situation. Enfin, cet outil est gage de traçabilité de l'information remontée ainsi que de son suivi.

<sup>11</sup> Définition de la Confédération des Organisations Familiales auprès 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).

<sup>12</sup> L'outil a pour objectif de faire remonter et de tracer un changement observé dans le comportement ou l'environnement de la personne accompagnée ou de son aidant. Il est recommandé pour les aides à domicile, auxiliaires de vie, aides-soignantes, aides médico-psychologiques, assistants en gérontologie plus particulièrement (il est téléchargeable sur le site de l'Anesm [www.anesm-sante.gouv.fr](http://www.anesm-sante.gouv.fr)).



De par son enjeu majeur consistant à 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

Ces recommandations sont spécifiquement destinées aux professionnels des **résidences autonomie**<sup>13</sup>. Il s'agit des établissements visés au III de l'article L.313-12 du [CASF](#)<sup>14</sup>. Environ 2 350 structures sont concernées (extraction [FINESS](#) 13 janvier 2015). Au sein de ces établissements, le nombre et le profil des professionnels varient d'une structure à l'autre.

Ainsi, dans l'ensemble, le personnel des résidences autonomie est composé d'un directeur, d'agents de service généraux, d'un personnel administratif et d'un personnel effectuant les animations. Par ailleurs, environ 6 % des logements-foyer<sup>15</sup> disposent d'un forfait soins<sup>16</sup>. Ceux qui en bénéficient emploient un ou plusieurs soignants (90 % des aides-soignants et 65 % des infirmiers).

En outre, les personnes accueillies au sein d'une résidence autonomie peuvent bénéficier de tous les services d'aide à domicile.

Par conséquent, les repères qui sont fournis dans les recommandations serviront de 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 :

<sup>13</sup> Elles s'articulent avec les recommandations « Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées » (volet domicile).

<sup>14</sup> « Sont dénommés résidences autonomie les établissements qui relèvent de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures aux seuils mentionnés au I du présent article ».

<sup>15</sup> Les données sont issues d'un croisement de données FINESS/CNAMTS et ne sont pas diffusées.

<sup>16</sup> Désormais, les résidences autonomie pourront bénéficier d'un forfait autonomie qui pourrait permettre à ces établissements de renforcer leurs effectifs (loi sur l'adaptation de la société au vieillissement 2015).

- les services d'aide et d'accompagnement à domicile ([SAAD](#)), les services de soins infirmiers à domicile ([SJIAD](#)), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile ([SPASAD](#))<sup>17</sup>, les équipes spécialisées Alzheimer ([ESA](#)), les accueils temporaires (accueil de jour, hébergement temporaire), les services d'accompagnement à la vie sociale ([SAVS](#)), les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés ([SAMSAH](#)), les services portage de repas, téléassistance ;
- les centres locaux d'information et de coordination gérontologique ([CLIC](#)), les Maisons de l'Autonomie, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ([MAIA](#)), les plateformes territoriales d'appui ([PTA](#))<sup>18</sup>, les cellules territoriales d'appui ([CTA](#))<sup>19</sup> ;
- les centres communaux d'action sociale ([CCAS](#))/centre intercommunaux d'action sociale ([CIAS](#)) ;
- les services mettant en œuvre des mesures de protection juridique et services d'aide aux tuteurs familiaux ;
- les structures et professionnels sanitaires : les centres hospitaliers, les filières de soins gériatriques (court séjour gériatrique, consultations et hôpital de jour gériatriques, équipes mobiles gériatriques, services de soins de suite et de réadaptation, établissements de soins de longue durée), les équipes mobiles (soins palliatifs), les services d'urgence, les réseaux de santé (gérontologique, de soins palliatifs, etc.), les centres de santé infirmiers ([CSI](#)), l'hospitalisation à domicile ([HAD](#)), les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, gériatres, neurologues, psychiatres, oncologues, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, etc.), les services et unités de soins spécialisés (services de psychiatrie de secteur dont le centre médico-psychologique – [CMP](#) –, services d'oncologie), etc. ;
- l'équipe médico-sociale de l'APA, les assistants sociaux de secteurs ;
- des dispositifs pour les aidants : les plateformes d'accompagnement et de répit<sup>20</sup> ; les organismes de séjours vacances, d'activités sociales, culturelles et de loisirs, etc. ;

<sup>17</sup> « L'article 34 permet, à titre expérimental, avec l'accord conjoint du président du conseil général et du directeur général de l'agence régionale de santé, aux SPASAD d'opter pour un mode d'organisation intégratif dans lequel les besoins, les prestations de soins et d'aide apportés aux personnes sont évalués, mis en œuvre et suivis sous la coordination d'un infirmier, pour une période de trois ans » (projet de loi adaptation de la société au vieillissement).

<sup>18</sup> Les plateformes territoriales d'appui sont prévues par l'article L. 6327-2 du CSP, issu de l'article 74 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et leur régime précisé par les articles D. 6327-3 et suivants du CSP issus du décret n°2016-919 du 04 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

<sup>19</sup> Les CTA sont les structures de coordination mises en place dans le cadre du parcours Paerpa.

<sup>20</sup> Dans le cadre du développement et de la diversification des « structures de répit » (mesure 1 du plan Alzheimer 2008 - 2012), l'Anesm a réalisée une étude sur « la dimension thérapeutique des structures de répit et d'accompagnement » (mesure 1c). Cf. Anesm. *L'accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice de l'aidé, de l'aidant et du lien aidant-aidé, dans les structures de répit et d'accompagnement. Cadre théorique et pratiques professionnelles constatées*. Saint-Denis : Anesm, 2011. 36 p.

- les accueillants familiaux et les formes d'habitat pour personnes âgées avec service qui ne relèvent pas du L. 312-1 du [CASF](#) ;
- 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 les conseils départementaux (expérimentation [PAERPA](#), contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, etc.).

## 4 LES OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

L'objectif de ces recommandations est de proposer à l'ensemble des professionnels des résidences autonomie les principales thématiques à observer pour **faciliter le repérage de la perte d'autonomie ou de son aggravation des personnes âgées vivant en résidence autonomie. Ce repérage est, le plus souvent, le fait des professionnels de proximité (qu'ils soient directement employés par la résidence autonomie ou qu'ils interviennent dans le domicile).**

L'ensemble des professionnels sont légitimes pour faire remonter toutes les informations concernant les personnes qu'elles accompagnent et cette légitimité doit être reconnue par l'ensemble des encadrants.

**Aussi, pour s'adresser à ces professionnels, ces recommandations sont construites comme un support pour les responsables d'encadrement des résidences autonomie** afin de 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.

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 douleurs, liés à la prise de médicaments et de perte d'autonomie 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 ces travaux 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 également 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 maladies chroniques et/ou neuro-dégénératives, 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 de 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 le personnel de la résidence autonomie et les éventuels services à domicile intervenant, 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 sont proposés. Ces fiches pourront être travaillées en équipe et être un vrai support d'échange entre les responsables d'encadrement et les professionnels de la résidence autonomie.
- 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. L'ensemble des éléments proposés doivent tous être observés dans le cadre de l'évaluation initiale, lors de l'arrivée de la personne accueillie et en collaboration avec les partenaires extérieurs impliqués ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), [CLIC](#), etc.) ou lors d'une réévaluation. C'est d'ailleurs l'évolution même de ces signes qui déclenchera la réévaluation.

En outre, un **outil de repérage** accompagne ces recommandations. Dès que nécessaire, cet outil pourra être utilisé par les professionnels de la résidence autonomie et/ou intervenants du service sitôt qu'ils observeront un changement d'état ou un changement dans l'environnement de la personne accueillie, susceptible d'aggraver ou de limiter son autonomie. Cet outil de repérage permet également d'observer tout changement chez l'aidant de la personne accueillie. C'est à partir des remontées suite au repérage que le responsable de l'établissement estime dans quelle mesure des réajustements dans l'accompagnement doivent être établis ou non, ou si cela nécessite une réévaluation du projet personnalisé. Cet outil doit permettre, grâce à un repérage précoce et la prise en considération de cette information par le responsable, un maintien de l'autonomie et de la qualité de vie de la personne accueillie. Il est téléchargeable sur le site de l'Anesm ([www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)).

Enfin, un **document d'appui** (analyse de la littérature, synthèse d'un appel à contributions sur les outils et dispositifs servant au repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées) ainsi qu'une **bibliographie** sont, par ailleurs, disponibles 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 lien avec les recommandations de l'Anesm déjà publiées, et notamment les suivantes :

- *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) ;*
- *Le questionnement 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).*

Elles sont également à mettre en lien avec l'enquête relative au degré de déploiement des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie (bientraitance) dans les Ehpad (2015).

## 6 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 ;
- d'un appel à contributions auprès des services à domicile pour connaître les outils de repérage utilisés ;
- 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, résidences autonomie et Ehpad). Dès les premiers groupes, les représentants des services à domicile ont sollicité l'Agence pour qu'elle puisse recommander un outil facile d'utilisation et compréhensible pour les intervenants de terrain. Pour répondre à cette sollicitation, un groupe d'experts a été constitué afin d'analyser les outils déjà existants. À l'issue de ces travaux, il a été décidé de réaliser un outil dédié. Ce dernier a connu deux phases d'expérimentation qui permettent aujourd'hui à l'Anesm de le recommander.

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.





# RECOMMENDATIONS

## Préambule

Les résidences autonomie se composent d'appartements privés. Une des difficultés pour les professionnels de ces établissements réside dans leur visibilité réduite du logement de la personne accueillie et l'externalisation de nombreuses prestations. Malgré tout, même si les professionnels de la résidence autonomie n'entrent pas régulièrement dans le logement de la personne, il existe des espaces collectifs : salle de restaurant, salle d'animation<sup>21</sup>. Ce sont autant de lieux de repérage et d'observation de l'évolution de l'état physique et psychique de la personne.

Cette observation est d'autant plus déterminante que plus de la moitié des personnes accueillies nécessite des besoins d'accompagnement. « *En moyenne, les gestionnaires estiment que près de la moitié des résidents (49 %) présente un besoin d'accompagnement lié au vieillissement (type ateliers mémoire, prévention des chutes, aide à l'entretien du logement, sollicitations particulières du personnel de jour et/ou de nuit, etc.)*<sup>22</sup>. » De ce fait, ces établissements sont amenés à mettre en place des stratégies d'adaptation et à ajuster le projet d'accompagnement avec les partenaires du territoire.

La mise en œuvre d'un accompagnement par des professionnels a pour objectif de venir compenser certains déficits repérés afin que la personne accueillie « fragile » bénéficie d'une qualité de vie maximale et du maintien de son autonomie restante. L'ensemble des professionnels qui accompagne cette population doit pleinement prendre conscience du **caractère potentiellement réversible** de l'état des personnes accueillies. « *L'évolution après 6 ans de suivi des participants observés depuis 2004/2005 montre que la pré-fragilité est un état instable, dont un tiers récupère spontanément en revenant à un état non fragile. De même, 4 personnes fragiles sur 10 ont vu leur état s'améliorer, généralement pour revenir à un stade de pré-fragilité.*<sup>23</sup> »

---

<sup>21</sup> L'enquête de l'UNCCAS sur les logements-foyers montre que les prestations proposées et gérées en direct par les logements-foyers sont les animations internes (93 %), une présence de nuit (84 %), la restauration (74 %), les animations externes (73 %), des actions de prévention (65 %), l'appel malade (58 %), la buanderie/blanchissage (43 %). Cf. UNCCAS. Les logements-foyers gérés par les CCAS et CIAS - Octobre 2012. *Enquêtes & Observations sociales*, 2012, n°4.

<sup>22</sup> Ibidem.

<sup>23</sup> DESCHAMPS, E., SANTOS-EGGIMANN, B. Une conférence pour notre 10<sup>ème</sup> anniversaire. *La Lettre de la cohorte*, 2013, n° 10, pp 1-24.

Les personnes accueillies en résidences autonomie peuvent bénéficier des mêmes services qu'à domicile ([SSIAD](#), [SAAD](#), [HAD](#), etc.). En fonction du degré de dépendance<sup>24</sup>, de l'acceptabilité de l'aide, de la présence quotidienne ou non, le temps d'intervention des services est plus ou moins long et fréquent. Selon le nombre d'heures et de passages prévus dans le plan d'intervention ou de soins, les professionnels ont plus ou moins de temps pour repérer de nouveaux besoins. Ainsi, des services comme des professionnels libéraux différents peuvent intervenir au sein du même appartement.

La coordination de l'intervention des services extérieurs est un moyen d'échanger sur les risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour l'ensemble des personnes accueillies. D'ailleurs l'Anesm a rédigé sur ce même thème les recommandations à l'attention des services à domicile ([SAAD](#), [SSIAD](#), etc.) afin que les services à domicile et les équipes des résidences autonomie puissent travailler en étroite collaboration et à partir des mêmes bases de repérage. L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation<sup>25</sup> pourra être un moyen très concret de pouvoir échanger sur les risques de perte d'autonomie repérés. Les aidants, les familles et autres amis visiteurs pourront tout autant être encouragés à partager sur les changements observés.

Ensemble, intervenants extérieurs comme professionnels de la résidence autonomie doivent développer une culture préventive d'autant plus forte que la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit pour ces résidences un « forfait autonomie ». Ce dernier permettra de financer des actions de prévention de la perte d'autonomie individuelles ou collectives qui porteront notamment sur le maintien ou l'entretien des facultés physiques, cognitives, sensorielles, motrices, psychiques, la nutrition, les activités physiques et sportives, la prévention des chutes, le repérage des difficultés sociales, le repérage des fragilités, etc.)<sup>26</sup>. Il ne pourra pas financer une fonction de coordination des interventions extérieures. Les conditions d'attribution du forfait autonomie et les dépenses prises en charge à ce titre sont également précisées par décret<sup>27</sup>.

---

<sup>24</sup> Le décret n°2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées précise les règles relatives aux publics accueillis dans les résidences autonomie. Ces dernières peuvent désormais accueillir des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures à 15 % de Gir 1 à 3 et 10 % de Gir 1 et 2.

<sup>25</sup> L'outil est téléchargeable sur le site de l'Anesm. [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)

<sup>26</sup> Cf. Décret n°2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

<sup>27</sup> Ibidem.

Enfin, dans le droit fil des principes de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale, les résidences autonomie sont tenues de s'appuyer sur les 7 outils garantissant notamment le droit des usagers (autonomie, protection, cohésion sociale, exercice de la citoyenneté, prévention de l'exclusion). Cela passe notamment par l'élaboration d'un projet personnalisé<sup>28</sup>. L'élaboration de ce projet se déroule en 3 temps : l'un de co-construction, le second est celui de sa mise en œuvre et le troisième sera celui de son évaluation.

**La qualité de l'élaboration de ce 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'ils soient du secteur sanitaire ou médico-social). C'est la formalisation de ces échanges avec et autour de la personne accueillie qui garantit le repérage de la perte d'autonomie ou de son aggravation.**

#### **POINT DE VIGILANCE**

Les résidences autonomie utiliseront ces recommandations de façon différente en fonction de leur projet, des moyens humains et financiers, des ressources sur le territoire, des partenariats noués ou envisagés, des prestations proposées et du public accueilli.

---

<sup>28</sup> Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

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

L'élaboration du projet personnalisé est l'occasion pour l'établissement d'aider la personne à exprimer ses attentes et à construire avec elle le cadre d'un accompagnement personnalisé. Ces échanges visent à promouvoir le bien-être de l'usager et à limiter les risques de maltraitance<sup>29</sup>.

Selon les besoins et les situations, les professionnels pourront s'appuyer sur la grille proposée en page 77 qui recense les principaux éléments à observer dans le cadre d'un accompagnement de personnes en perte d'autonomie.

L'évolution de nouveaux besoins doit être régulièrement observée en fonction du changement de l'environnement de la personne (aggravation/amélioration d'un état de santé, épuisement/décès des proches, etc.) ou en fonction des demandes des personnes accueillies ou de leurs aidants. Selon les situations, la personne accueillie verbalisera clairement ses problèmes auprès des professionnels (de la résidence ou du service à domicile intervenant) et/ou ses proches. Dans d'autres cas, elle s'exprimera différemment, notamment au travers d'une somatisation, d'un changement d'attitude, d'état d'esprit, de comportement, etc.

Quelles qu'elles soient, ces manifestations forment un « faisceau d'indices » qui éveillent l'attention des professionnels. Elles ont 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 a changé sont les fondements de la démarche de repérage des risques d'une perte d'autonomie ou de son aggravation.

## Enjeux et effets attendus

- Les changements d'attitude ou de comportement de la personne accueillie sont repérés par les professionnels de l'établissement<sup>30</sup>, les professionnels extérieurs<sup>31</sup> ou les proches ;
- Les professionnels extérieurs et/ou les proches sont encouragés à signaler les changements observés de la personne auprès des professionnels de l'établissement ;
- Les professionnels connaissent les situations « moment-clés », où les risques d'une dégradation de la perte d'autonomie sont majorés ;

<sup>29</sup> Pour rappel : « La bientraitance trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et sa singularité. Il s'agit d'une culture partagée au sein de laquelle les sensibilités individuelles, les spécificités de parcours et de besoins, doivent pouvoir s'exprimer et trouver une réponse adaptée. » Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint Denis : Anesm, 2008.

<sup>30</sup> Sont concernés : secrétaire, agent d'accueil, agent de service, agent d'entretien, aide-soignant, veilleur de nuit, animateur, professionnel hôtelier, etc.

<sup>31</sup> On entend par professionnels extérieurs les libéraux ou les professionnels des services à domicile principalement.

- Les risques d'aggravation sont anticipés ;
- Les professionnels sont vigilants tout en évitant d'être intrusifs dans le suivi de l'évolution des situations de chaque personne ;
- Les partenaires concernés (professionnels ou non) sont informés de l'évolution de la situation, sous réserve de l'accord de la personne accueillie et de sa nécessité ;
- L'identification de nouveaux besoins de la personne accueillie ou de son aidant permet de réajuster les interventions ou si besoin de réévaluer le projet personnalisé.

#### RECOMMANDATIONS

- ↳ Encourager les personnes accueillies à exprimer leurs attentes (et ce quelles que soient leurs potentialités) et leurs difficultés en échangeant avec un professionnel (qu'il soit soignant ou non) et/ou un proche.
- ↳ Encourager les personnes accueillies à venir régulièrement en salle de restaurant afin d'instaurer un lien régulier avec les professionnels de la résidence, mais aussi avec les autres résidents.

#### ILLUSTRATION

*Une résidence autonomie encourage vivement, dès leur arrivée, les personnes accueillies à venir manger au moins une fois par semaine au restaurant. Cela permet à l'ensemble des personnes comme à l'ensemble des personnels d'apprendre à se connaître. Pour mieux les motiver et les « fidéliser » au restaurant, un repas à thème est organisé au moins une fois par mois, plus ou moins en lien avec l'actualité et/ou les animations proposées (repas italien, breton, méditerranéen, américain, etc.). Ce repas est généralement suivi d'une animation sur ce même thème dans l'après-midi. Les familles sont aussi invitées à y participer pour plus de convivialité, ainsi que le club 3<sup>ème</sup> âge du quartier.*

- ↳ Encourager les proches à informer les professionnels intervenants et le médecin traitant de tout comportement préoccupant de la personne accueillie et/ou une 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 la personne au sujet de ces demandes afin de comprendre d'où vient le problème et dans la mesure du possible y remédier.
- ↳ Conseiller aux personnes accueillies de se faire suivre régulièrement par un médecin traitant<sup>32</sup>.
- ↳ Avec l'accord de la personne et dans le respect du secret professionnel, se rapprocher des professionnels intervenant au domicile ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), infirmier libéral, aide-soignant, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, etc.) et, si possible, du médecin traitant pour connaître les points de vigilance à avoir concernant certains risques de perte d'autonomie, notamment au regard des soins qui lui sont préconisés.
- ↳ Lors de retour d'hospitalisation, demander à la personne, si elle est d'accord avec préconisations qui ont pu lui être faites.
- ↳ Proposer à l'ensemble de l'équipe d'utiliser une grille de lecture les sensibilisant à l'écoute et à l'observation de signes susceptibles de montrer un risque de perte d'autonomie ou une aggravation de la dépendance de la personne.
- ↳ Recenser les nouvelles attentes et les nouveaux besoins dans le projet personnalisé.

#### POINT DE VIGILANCE

L'utilisation de ces grilles 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.

Un exemple de grille de lecture est disponible à la fin du document.

<sup>32</sup> La régularité dépend des pathologies et des traitements en cours des personnes, cela peut être tous les mois, tous les 2 mois ou seulement une fois par trimestre ou même semestre. Si une personne n'a pas de traitement ni de suivi, une consultation au sein d'un Centre d'Examens de Santé (CES) peut être envisagé par exemple.



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

La formalisation du partage de ce qui a été repéré (transmissions orales ou écrites, 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 la résidence autonomie.

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

La qualité et l'efficacité des transmissions dépendent notamment de la connaissance par les professionnels des destinataires (professionnel encadrant, médecin traitant, responsable de secteur d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile, infirmier coordonnateur du [SSIAD](#), gestionnaire de cas [MAIA](#), etc.) et des modalités de transmission.

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

#### REPÈRES JURIDIQUES

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est venue préciser 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'utilisateur ne peut se faire que dans le respect des règles prévues à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique<sup>33</sup>.

Le partage d'information à caractère secret est ainsi possible entre professionnels participant à la prise en charge de l'utilisateur, 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 de l'équipe pluridisciplinaire appartenant à la même catégorie au sens des articles L. 1110-2, L. 1110-4 et R. 1110-1 à R. 1110-3 du Code de la santé publique, le consentement express et préalable de l'utilisateur n'est pas requis, pour ce qui concerne les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social 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'utilisateur est toujours libre de s'opposer au partage d'informations le concernant et il peut faire valoir son opposition à tout moment.

<sup>33</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, Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA*. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013.

## Enjeux et effets attendus

- Le professionnel (de l'établissement ou extérieur) dispose d'un outil et/ou d'une procédure pour faire « remonter » le changement observé.
- Le professionnel sait à qui faire remonter l'information.
- L'information remontée est analysée par le responsable, qui met en place les actions nécessaires pour limiter le risque de perte d'autonomie ou de son aggravation afin que la personne puisse continuer à vivre au sein de son logement si tel est son souhait.
- Les échanges en équipe sont facilités.
- Le droit au secret des informations est garanti.

## RECOMMANDATIONS

### Pour le responsable d'encadrement

- ↳ Former et sensibiliser l'ensemble de l'équipe<sup>34</sup> aux informations nécessaires à transmettre dans le respect de la personne.
- ↳ Mettre en place des temps de partages d'informations avec l'ensemble des professionnels (de l'établissement et extérieurs) pour aborder les signes de perte d'autonomie ou de son aggravation constatés ou suspectés dans le respect des modalités fixées par l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique.
- ↳ Mettre en place des outils de transmission partagés papier et/ou numérique (cahier de liaison/fiche de transmission dans le logement, notamment lors d'une intervention conjointe avec des partenaires). Le volet « domicile » des recommandations sur le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées facilite la mise en cohérence de pratiques communes de partages d'informations avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile ([SAAD](#)), les services de soins infirmiers à domicile ([SSIAD](#)), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile ([Spasad](#)) et les équipes spécialisées Alzheimer ([ESA](#)), coordonnateur de centres locaux d'information et de coordination gériatrique ([CLIC](#)), gestionnaire de cas [MAIA](#), etc.
- ↳ Prendre en considération les observations faites par chacun des membres de l'équipe, quel qu'il soit (agent du domicile, aides-soignants, veilleur de nuit, secrétaire, animateur, etc.).

<sup>34</sup> On entend par « équipe » les professionnels de la résidence autonomie : secrétaire, agent d'accueil, agent de service, agent d'entretien, aide-soignant, veilleur de nuit, animateur, professionnel hôtelier, etc.

## ILLUSTRATION

*Une responsable de résidence autonomie a mis en place un système de transmission entre les différents salariés. Tous les matins le veilleur de nuit rend compte à la secrétaire des événements de la nuit. Ceux-ci sont retracés dans le cahier de liaison et l'ensemble des salariés se retrouvent chaque matin à 10h pour échanger sur le programme de la journée et éventuellement sur ces remontées.*

- ↳ Élaborer une procédure de remontée et de partage de l'information permettant de la prendre en compte et de la traiter rapidement.
- ↳ 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 ou sur les choix de la personne.
- ↳ Échanger avec la personne ou le cas échéant, avec les proches, le représentant légal, la personne de confiance (cf. repère juridique ci-contre) après accord de la personne concernée et si besoin, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations.
- ↳ Mobiliser les relais pour accéder à la prévention ou aux soins<sup>35</sup>. Selon les besoins observés et la complexité de la situation, différents intervenants pourront être sollicités dans le respect de la liberté de choix de la personne accueillie. Ces partenaires dépendent aussi des organisations existantes sur chaque territoire.
  - Si les besoins concernent la nécessité de sensibiliser le bénéficiaire et/ou son aidant à des actions de prévention, les contacts pourront être pris avec les organismes ou associations qui assurent ces missions au sein des départements ([CLIC](#), [MDA](#), [CES](#), associations, mutuelles, [CPAM](#), etc.), au niveau régional (IREPS, mutuelles, etc.) et au niveau national avec certains programmes, comme par exemple ceux de la [CNAMTS](#) (PRADO, sophia<sup>36</sup>), etc.

<sup>35</sup> HAS. *Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux*. Saint-Denis : HAS, 2014. Coll. Points clés et solutions - Organisations des parcours.

<sup>36</sup> sophia, le service d'accompagnement de l'Assurance Maladie : sa mission est d'aider les personnes concernées à mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire les risques de complications. En relais des recommandations du médecin traitant, sophia propose un soutien, des informations et des conseils personnalisés, adaptés à la situation et aux besoins de chacun.

- Si les besoins sont plus complexes et concernent tant des champs du secteur sanitaire que médico-social, alors le responsable d'encadrement, en lien avec le médecin traitant, pourra s'appuyer sur la [MAIA](#), la plateforme territoriale d'appui ([PTA](#))<sup>37</sup>, la cellule territoriale d'appui, etc.

#### 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'usager, à sa demande, dans ses démarches et assister aux consultations médicales pour l'aider dans ses décisions.
- 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 consentir aux échanges d'information ou s'y opposer lorsque la personne concernée est hors d'état de le faire (art. L. 113-3, D. 311-5-1 du CASF) ;
- le cas échéant, d'accompagner l'usager 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 (art. L. 311-4, D. 311-0-4 CASF) ;
- d'accompagner l'usager dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions (art. D. 311-5-1 CASF) ;
- d'accompagner dans le cadre de la mise en place d'un projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies (art. D.312-155-0 CASF).

Les modalités de désignation de la personne de confiance sont fixées par l'annexe 4-10 du CASF ».

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

<sup>37</sup> HAS. *Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires*. Saint-Denis : HAS, 2014. Coll. Points clés et solutions - Organisations des parcours.

## ILLUSTRATION

*Un responsable de résidence autonomie organise une fois par an une rencontre avec l'ensemble des partenaires extérieurs ([SSIAD](#), [SAAD](#), médecin traitant, masseur-kinésithérapeute, etc.). Cet événement auquel sont conviés les résidents est l'occasion d'aborder des thématiques telles que la sécurité des personnes accueillies et notamment les points de vigilance (risques de chute, de repli sur soi, etc.).*

- ↳ Avec l'accord de la personne, 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'information (cahier de liaison, fiche de suivi, dossier de soins, tablettes, critères d'alerte, régularité des temps d'échange, etc.)<sup>38</sup>. Les partenaires concernés peuvent être notamment le médecin traitant, l'[Ehpad](#), le [SSIAD](#), le [SPASAD](#), le service de portage de repas, l'hôpital, le centre de santé infirmier ([CSI](#)), l'hospitalisation à domicile ([HAD](#)), l'équipe mobile gériatrique ([EMG](#)), le service mandataire judiciaire, le service de téléalarme, la famille d'accueil, la structure sociale, médico-sociale ou sanitaire, le pharmacien, le Centre local d'information et de coordination gérontologique ([CLIC](#)), la plateforme territoriale d'appui ([PTA](#)), la Coordination territoriale d'appui ([CTA](#)), la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer ([MAIA](#)), etc.

### **Pour les professionnels de l'établissement ou pour les professionnels extérieurs ayant repéré des signes de perte d'autonomie ou d'aggravation :**

- ↳ Discuter avec la personne sur les changements observés dans son attitude et/ou celle de l'aidant :
  - en l'interrogeant sur le sens éventuel de ces changements (que peuvent-ils signifier ?) ;
  - en les replaçant dans leur contexte (pourquoi apparaissent-ils aujourd'hui ?) ;
  - en informant la personne 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.
- ↳ Avant toute transmission des informations aux responsables d'encadrement :
  - consulter au préalable, avec son accord, le cahier de liaison (ou tout autre outil équivalent) de la personne concernée ;

<sup>38</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, Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA*. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013.

- rappeler à la personne l'utilité du partage des informations nécessaires à l'adaptation et à la continuité de son accompagnement.

#### POINT DE VIGILANCE

Ces recommandations impliquent qu'au moment de l'admission, le responsable d'encadrement ait expliqué à la personne l'utilité du partage des informations nécessaires à l'adaptation de son accompagnement et organisé avec elle les modalités de partage dans le document individuel de prise en charge ou le contrat de prestation.

- ↳ 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 le responsable d'encadrement : systématiser la remontée de l'information.
- ↳ Formaliser la remontée de l'information en remplissant un outil de repérage ou en élaborant une procédure (traçabilité de l'information).

#### 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 et/ou écrites liés à la perte d'autonomie ou de son aggravation repérées.

#### 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.

- ↳ 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 :
  - dans un premier temps, 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.

#### POINT DE VIGILANCE

La difficulté pour le responsable d'encadrement par rapport aux médecins, notamment le médecin traitant, est d'identifier le bon moment pour les contacter (« *ni trop tôt, ni trop tard* ») et de sélectionner les informations à transmettre.

- dans un deuxième temps, au regard de l'appréciation de la situation, organiser, si besoin, un ou des temps d'échange avec l'équipe, puis des prises de contact avec le médecin traitant<sup>39</sup> et les partenaires impliqués dans l'accompagnement (notamment le coordonnateur du [CLIC](#), l'équipe mobile gériatrique, le réseau gérontologique, le Centre médico-psychologique ([CMP](#)), le gestionnaire de cas [MAIA](#), [CTA](#), [PTA](#), etc.).
- associer également à ces temps d'échange, avec l'accord de la personne :
  - le représentant légal, l'éventuelle personne de confiance ;
  - les proches ou des personnes extérieures au service ayant un contact régulier avec la personne et susceptibles d'informer sur des changements observés. Il peut s'agir de bénévoles, de voisins, d'amis, du facteur, du pharmacien<sup>40</sup>, du personnel de [SAAD](#) ou de [SSIAD](#), etc.
- ↳ Adapter les modalités de cette réflexion partagée à la complexité de la situation : rendez-vous téléphonique ou utilisation d'une messagerie sécurisée avec le médecin traitant, réunion d'équipe, échange avec les partenaires.
- ↳ 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.

<sup>39</sup> Dans le cadre du 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, Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA*. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013.

<sup>40</sup> Dans le cadre du dispositif PAERPA, le pharmacien est impliqué dans la coordination clinique de proximité. Ministère des affaires sociales et de la santé, Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA*. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013.



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

Les résidences autonomie, en fonction des professionnels qu'elles emploient et du territoire sur lequel elles sont implantées, ne bénéficient pas des mêmes moyens pour adapter les solutions à la variabilité de la situation des personnes accueillies.

### Enjeux et effets attendus

- L'accompagnement est personnalisé et régulièrement ajusté en fonction de l'évolution des besoins et attentes de la personne accueillie ;
- La personne fait l'objet d'une attention plus renforcée lorsqu'elle sort d'hospitalisation ou d'un épisode pathologique aigu<sup>41</sup> ;
- La personne fait l'objet d'une attention plus renforcée lorsqu'elle est confrontée à un événement particulier (annonce d'une pathologie, annonce d'une maladie d'un proche, décès, éloignement géographique, etc.) ;
- La personne 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>42</sup> ;
- Des actions de prévention sont mises en place pour limiter les risques de perte d'autonomie ou de son aggravation ;
- 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'aïdant dans la recherche de solutions et identifier leur degré d'adhésion à ces solutions.
- ↳ Si besoin, solliciter les partenaires et/ou orienter la personne vers les partenaires, notamment le médecin traitant et les structures permettant de répondre au mieux à la situation. En priorité, il s'agit des dispositifs ayant proposé l'orientation vers les aides mises en place à l'origine, pouvant proposer une aide financière ou facilitant les démarches administratives : équipes médico-sociale, assistants sociaux de secteur, caisse de retraite, [CLIC](#), [CTA](#), etc. Selon les besoins et attentes identifiés, il peut également s'agir :

<sup>41</sup> Les accidents médicamenteux sont responsables de 20 à 30 % des hospitalisations des personnes âgées. Ils font l'objet d'une fiche-repère p. 57.

<sup>42</sup> Ces thématiques sont les risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Elles font l'objet de fiches-repères à la fin des recommandations.

- de dispositifs ayant une connaissance du territoire et pouvant faciliter l'orientation de l'aidant et/ou de l'aidé : dispositif [MAIA](#), [CCAS/CIAS](#), associations spécialisées (France Alzheimer, France Parkinson, etc.), .../... ;
  - de services d'aide et/ou de soins à domicile ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), [ESA](#), etc.) ou de services à la personne (portage de repas, téléassistance, etc.) ou d'accueil de jour ;
  - de professionnels ou de dispositifs facilitant les aménagements du logement (ergothérapeutes, plan d'aide à l'investissement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ([CNSA](#)) en lien avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse ([CNAV](#)), Maison départementale des personnes handicapées ([MDPH](#)), Agence d'information sur le logement ([ADIL](#)), etc.) ;
  - d'établissements sociaux et médico-sociaux vers lesquels orienter la personne (Ehpad, accueil de jour, accueil temporaire, etc.) ;
  - d'un service mettant en œuvre des mesures de protection juridique ;
  - de plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants ;
  - de structures sanitaires : les réseaux de santé gériatrique, les filières gériatriques, les centres de santé (notamment les Centres de santé infirmiers ([CSI](#)), les maisons de santé, l'hôpital de jour, l'hospitalisation à domicile ([HAD](#)), les centres hospitaliers et les pôles gériatriques, les équipes mobiles, les services et unités de soins spécialisés (consultations mémoire, services de soins de suite et de réadaptation, services de psychiatrie de secteur dont les ([CMP](#)), services d'oncologie, etc.), etc. ;
  - de professionnels de santé et paramédicaux : gériatre, neurologue, psychiatre, diététicien, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, masseur-kinésithérapeute, psychologue, orthoptiste, etc. ;
  - de professionnels pouvant prescrire, conseiller ou aider à l'acquisition et l'utilisation d'une aide technique ;
  - .../...
- ↳ Noter dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés rencontrées.

- ↳ Faire en sorte que les personnes accueillies et, le cas échéant, leurs proches, soient informés des dispositifs mettant en place des programmes d'éducation à la santé et/ou de prévention pour personnes âgées (Caisses de retraite, [CLIC](#), Assurance maladie, réseaux de santé, association d'usagers, [CCAS-CIAS](#), etc.) tels que des activités physiques, des exercices de mémoire, des ateliers de sensibilisation pour lutter contre la malnutrition et la déshydratation, pour prévenir les chutes, des temps d'information sur les médicaments, les services d'accompagnement de l'Assurance Maladie (tels que sophia<sup>43</sup> pour les personnes atteintes de diabète ou d'asthmes)<sup>44</sup>, etc.

#### ILLUSTRATION

*Une résidence autonomie sollicite plusieurs fois par an le [CLIC](#) de son secteur qui met en place des séances de prévention, notamment sur les chutes, les médicaments, le soin du pied, la nutrition, l'activité physique. Ces séances d'informations sont animées par des professionnels (masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, podologues, éducateurs ou animateurs sportifs, etc.). L'ensemble des personnes âgées de la commune sont aussi invitées à y assister, tout comme les professionnels de l'établissement. Un goûter clôture toujours ces séances et des flyers sur chacun des thèmes sont distribués afin que les personnes repartent avec toute la documentation nécessaire.*

- ↳ 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 ;
  - les limites d'action/du champ de compétence de l'établissement et les situations nécessitant un travail en réseau, notamment avec l'aide du médecin traitant.

---

<sup>43</sup> sophia, le service d'accompagnement de l'Assurance Maladie : sa mission est d'aider les personnes concernées à mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire les risques de complications. En relais des recommandations du médecin traitant, sophia propose un soutien, des informations et des conseils personnalisés, adaptés à la situation et aux besoins de chacun.

<sup>44</sup> [En ligne] <https://www.ameli-sophia.fr/>

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

La possibilité pour les 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 leur capacité d'observation et leur aptitude relationnelle.

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

Les établissements ont la responsabilité d'aider les professionnels 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

- La personne est en confiance pour parler des signes de perte d'autonomie qu'elle observe chez elle.
- 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 et les professionnels contribue à leur qualité de vie 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<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Cf. grille et fiches-repères p. 46

## RECOMMANDATIONS

- ↳ Présenter aux professionnels, y compris ceux nouvellement arrivés ou travaillant la nuit, les principaux éléments de risque de perte d'autonomie ou de son aggravation identifiés notamment dans le cadre de la démarche d'évaluation interne<sup>46</sup> et externe<sup>47</sup> :
- insister sur certaines thématiques<sup>48</sup> : la souffrance psychique<sup>49</sup>, les chutes, les risques de déshydratation et de la mauvaise alimentation (comprenant notamment les fausses routes), la douleur, les risques de perte d'autonomie des aidants<sup>50</sup>, les troubles cognitifs et du comportement, etc. ;
  - pour les personnes non dépendantes de 70 ans ou plus (et notamment les aidants), sensibiliser les professionnels au risque plus important de diminution des potentialités, en s'appuyant notamment sur la fiche de la HAS « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? »<sup>51</sup> ;
  - plus spécifiquement pour les personnes en [GIR 5](#) et [6](#), et éventuellement en [GIR 4](#) :
    - sensibiliser sur certains facteurs socio-psychologiques : l'isolement, les problèmes financiers, la survenue d'événements de vie traumatisants, la peur de chuter et le fait d'avoir déjà chuté, la sédentarité et le manque d'activité physique, les difficultés pour s'approvisionner (commerces alimentaires éloignés, difficulté pour se déplacer, etc.), etc. ;
    - sensibiliser sur certains facteurs médicaux ou paramédicaux (lorsque ces éléments peuvent être connus de l'équipe et avec l'accord de la personne accueillie). Les maladies liées au vieillissement (en lien avec les troubles de la mémoire, de la parole, les douleurs dans les articulations, le mal-être psychique, la baisse de la vue ou de l'audition, etc.), la prise de plusieurs médicaments en même temps, les signes de maladies aiguës (grippe, état fiévreux, vomissement, etc.), la mauvaise hygiène de la bouche, etc.

<sup>46</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>47</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>48</sup> Les fiches-repères (cf. p. 46) développent chacun de ces thèmes.

<sup>49</sup> Anesm. *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement*. Saint-Denis : Anesm, 2014.

<sup>50</sup> Anesm. *Le soutien des aidants non professionnels*. Saint-Denis : Anesm, 2014.

<sup>51</sup> HAS. *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires*. Saint-Denis : HAS, 2013. Cf. Annexe 8 pour des outils de repérage et de prévention du risque de perte d'autonomie.

#### 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 est un facteur de risque de perte d'autonomie ou de son aggravation. Même si la majorité des personnes âgées accueillies en résidences autonomie sont autonomes, il est important de prendre en compte ces risques.

C'est à la personne accueillie, ou à son aidant avec l'accord de la personne, ou encore au médecin d'informer sur les points de vigilance à avoir dans l'accompagnement de la personne, dans le respect des règles du secret professionnel.

- ↳ Formaliser ces risques dans le projet d'établissement<sup>52</sup> ou dans un livret destiné aux professionnels.
- ↳ 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, en particulier pour celle en [GIR 5](#) ou 6, et éventuellement en [GIR 4](#) ;
  - ralentir l'aggravation de la perte des potentialités de la personne ;
  - éviter une entrée précoce dans la perte d'autonomie ;
  - anticiper et trouver des solutions adaptées à l'évolution de la situation (notamment lorsqu'une entrée en Ehpad est nécessaire) ;Ces effets permettent notamment de limiter les risques d'hospitalisation d'urgence ou non programmée<sup>53</sup>.
- ↳ Sensibiliser les personnes accueillies et, le cas échéant, leurs proches à l'intérêt de ce repérage.
- ↳ Informer les professionnels sur l'existence et les objectifs des « programmes d'éducation thérapeutique du patient »<sup>54</sup>.

<sup>52</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>53</sup> Sur cette thématique l'Anesm et la HAS ont élaboré un document « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad* » (2015) téléchargeable sur le site de l'Anesm.

<sup>54</sup> Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient ; HAS. Cahier des charges pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre de l'expérimentation PAERPA. Saint-Denis: HAS, 2014. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.



- ↘ Inscrire, dans le plan de formation des professionnels, les thématiques identifiées comme prioritaires dans le projet d'établissement, dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ([CPOM](#))<sup>55</sup> signé avec le Conseil départemental et les démarches d'évaluations interne<sup>56</sup> et externe<sup>57</sup> concernant le risque de perte d'autonomie chez la personne âgée. Il s'agit notamment de la souffrance psychique, des chutes, des risques de déshydratation et de la mauvaise alimentation (comprenant notamment les fausses routes), de la douleur, des troubles cognitifs et du comportement et des risques de perte d'autonomie des aidants.
- ↘ Favoriser la mise en place d'outils d'aide au repérage de la perte d'autonomie et encadrer leur utilisation :
  - en formant les professionnels aux contenus et aux conditions de leur utilisation (à quoi sert cette grille ?, qui la remplit ?, quand est-elle remplie ?, quelle(s) suite(s) donner aux résultats obtenus ?, etc.) ;
  - en identifiant au sein de l'établissement un référent en mesure de relayer/mettre à jour l'information relative à l'utilisation de ces outils ;
  - en s'assurant de la traçabilité des informations recueillies.

#### POINT DE VIGILANCE

Ces outils sont des documents qui peuvent aider les professionnels dans leur repérage ou dans la transcription écrite de ce qui a été repéré. Ils n'ont pas vocation à permettre aux professionnels de poser des diagnostics médicaux.

La présentation à la personne de l'outil utilisé et de l'intérêt de son utilisation est un préalable important et rassurant pour la personne.

Si des outils de repérage ou de suivi sont utilisés, il convient de s'assurer que ces derniers sont validés en France, pour la population âgée.

<sup>55</sup> Art. D. 312-159-5 : Ce contrat est aussi conclu avec l'agence régionale de santé lorsque la résidence autonomie perçoit également le forfait de soins mentionné au IV de l'article L. 313-12

<sup>56</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>57</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 ».

- ↘ 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 (type outil Anesm) :
  - 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).
  
- ↘ 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 ou, le cas échéant – lorsque le professionnel rend visite au résident dans son logement après accord de celui-ci – de l'entretien du logement et des variations de poids visibles ;
  - poser quelques questions à la personne concernant son état général, 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 proches 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>58</sup>, etc.) 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 des interventions professionnelles ;
  - 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>58</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 résidences autonomie procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'elles 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 la résidence autonomie dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Cette démarche passe par une appropriation des recommandations par les professionnels 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 la résidence autonomie d'être vigilante 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 de critère de suivi : Nature des nouveaux risques identifiés au cours des 12 derniers mois.*

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

Quels sont les outils et actions mis en place par l'établissement pour :

- identifier les besoins permettant de maintenir l'autonomie des personnes accueillies ?
- repérer la perte d'autonomie ou de son aggravation ?

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 ?

*Exemples de critères de suivi pour les résidences autonomie :*

- nombre de séances de prévention mises en place au sein de l'établissement au cours des 12 derniers mois ;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de personnes accueillies ayant participé à au moins une séance de prévention au cours des 12 derniers mois ;</li> <li>- nombre de situations pour lesquelles une perte d'autonomie ou de son aggravation a été signalée par un professionnel et notifiée dans le projet personnalisé du résident.</li> </ul> <p>↳ <b>Les modalités du partenariat et des interactions avec le territoire</b></p> <p>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 extérieurs ?</p> <p><i>Exemple de critère de suivi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de personnes accueillies participant au moins une fois par trimestre à une activité organisée à l'extérieur de la résidence ;</li> <li>- nombre de personnes extérieures ayant participé à une activité organisée au sein de l'établissement au cours des 12 derniers mois ;</li> <li>- nombre de situations pour lesquelles une intervention extérieure (de type <a href="#">SSIAD</a>, <a href="#">SAAD</a>, <a href="#">SPASAD</a>, <a href="#">MAIA</a>) a été mise en place au cours des 12 derniers mois.</li> </ul> <p>↳ <b>Les actions de formation et de soutien aux professionnels</b></p> <p>Quelles actions sont mises en place pour renforcer les compétences des professionnels 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></p> <p>Le projet d'établissement est-il adapté à l'évolution des principaux risques identifiés ?</p> <p>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>La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du <a href="#">CASF</a>.</b></p> <p>Les résidences autonomie apprécient leurs activités et la qualité des prestations qu'elles délivrent, au regard notamment des recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par l'Anesm. Il s'agit notamment des recommandations tous secteurs (cf. site internet <a href="http://www.anesm.sante.gouv.fr">www.anesm.sante.gouv.fr</a>).</p>

# FICHES-REPÈRES

## FICHES-REPÈRES

**FICHE 1. MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION  
ET DÉSHYDRATATION 49**

**FICHE 2. CHUTES 53**

**FICHE 3. RISQUES LIÉS À LA PRISE DES MÉDICAMENTS 57**

**FICHE 4. SOUFFRANCE PHYSIQUE 61**

**FICHE 5. SOUFFRANCE PSYCHIQUE 65**

**FICHE 6. TROUBLES DU COMPORTEMENT  
ET TROUBLES COGNITIFS 69**

**FICHE 7. RISQUES SUR LA SANTÉ DES AIDANTS 73**

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>59</sup> vivant en résidence autonomie.

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 du personnel de la résidence autonomie confronté à une situation particulière à un moment donné (chute, décès du conjoint, etc.).

---

<sup>59</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 souligner 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 le personnel et les personnes intervenant au domicile de la personne accueillie. Ils peuvent aussi guider les aidants en contact avec la personne concernée.

**Partie 2 – LES FACTEURS DE RISQUE :** lorsqu'ils sont connus du personnel de la résidence autonomie, 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 le personnel sur les conduites à suivre<sup>60</sup> dès lors qu'une des problématiques est rencontrée chez une personne accueillie.

**Partie 4 – LES OUTILS POUR ALLER PLUS LOIN :** téléchargeables gratuitement sur internet, ils peuvent également servir de supports pédagogiques supplémentaires pour la formation.

### CONSEILS D'UTILISATION

**Les parties 1 et 2** (signes d'alerte et facteurs de risque) sont les deux parties essentielles pour le personnel de la résidence autonomie et les professionnels intervenant régulièrement auprès de la personne. À l'issue de la formation/sensibilisation, les professionnels pourront garder avec eux ce support. Ces signes observés chez la personne doivent faire l'objet d'une remontée au responsable d'encadrement afin de mettre en place un suivi adapté.

**La partie 3** (recommandations) est destinée à la structure. Sont déclinées 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 d'évaluation 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. 44.*

**Vous retrouverez ce même modèle sur chacune des fiches afin que très concrètement vous puissiez travailler chaque thématique indépendamment l'une de l'autre.**

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

---

<sup>60</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 LE PERSONNEL

LES SIGNES D'ALERTE

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

#### ↳ Notamment :

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

#### ↳ Ou, à l'inverse :

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

## BON À SAVOIR

### ↳ Facteurs socio-psychologiques :

- autonomie alimentaire : difficultés pour préparer les repas, à se servir et à les manger ;
- difficultés pour s'approvisionner : difficulté pour se déplacer, pour porter les courses, etc.
- isolement ;
- habitudes de vie alimentaire de la personne : manque de variété des aliments, apports en protéines et vitamines insuffisants (pas assez de fruits, de légumes, de viandes, de fromages, etc.), consommation plus importante d'alcool, hydratation insuffisante (bois rarement de l'eau, du café, des tisanes, de la soupe, etc.), etc. ;
- problèmes financiers.

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

- difficultés buccodentaires : appareil dentaire perdu, cassé 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 au vieillissement : problèmes liés à la mémoire, à la parole, etc. ;
- perte de goût et de l'envie de boire ;
- souffrance psychique et dépression ;
- régimes alimentaires ;
- prise de plusieurs médicaments à la fois.

LES FACTEURS DE RISQUE

# 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 accueillie à exprimer ses besoins et ses attentes.
  - En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne.
  - En échangeant avec la personne mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage, les membres de l'équipe<sup>61</sup> et les intervenants extérieurs qui l'accompagnent (Médecin traitant (MT), SAAD, SSIAD, etc.), afin d'élaborer avec eux ce qui peut être mis en place à partir de la remontée d'information de la personne elle-même, de son entourage et/ou des professionnels de terrain.
  
- ▾ **PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS**

  - En échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec le représentant légal, la personne de confiance, son entourage et, selon les besoins, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne (SAAD, SSIAD, SPASAD professionnels libéraux, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière 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 de la résidence autonomie et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs.
  
- ▾ **ADAPTER LES RÉPONSES LORSQUE LES PERSONNES ACCUEILLIES MONTRENT DES SIGNES D'UNE MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION**

  - En recherchant des réponses en équipe 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, mais aussi tous les acteurs qui proposent des actions de prévention (CLIC, mutuelles, associations, instances d'éducation et de promotion de la santé, etc.).
  - En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés, voire refus.
  - 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 à l'équipe 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 des signes d'une mauvaise nutrition.
  - En organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la mauvaise nutrition.

<sup>61</sup> Elle se compose de l'ensemble du personnel de la résidence autonomie : responsable, agent d'entretien, personnel de restauration, secrétaire, aides-soignants, animateurs, aide médico-psychologique, etc.

# MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

## RÉSULTATS ATTENDUS

L'équipe de la résidence autonomie en contact régulier des personnes accueillies connaît les principaux facteurs de risque d'une mauvaise nutrition, dénutrition et déshydratation, identifie les signes d'alerte. Elle sait sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. Les besoins et les attentes de la personne accueillie sont pris en compte. Il n'y a pas de rupture de parcours d'accompagnement.

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

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

- Plan national alimentation : guides pratiques des ministères des affaires sociales et de la santé et de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt
- DAG/DGCS. Guides « *Bien manger chez soi ! Des courses à l'assiette : des solutions pour les seniors* » (2014) et « *Guide d'amélioration du service de portage de repas à domicile pour les personnes âgées* » (2014)

### ↳ 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
- 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

<sup>61</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

# CHUTES

## CHUTES

## POUR LE PERSONNEL

## LES SIGNES D'ALERTE

## « LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTEER »

- Avoir déjà chuté.
- Peur de chuter.
- Présence d'ecchymoses.
- Troubles de l'équilibre.

## BON À SAVOIR

∨ **Facteurs sociaux-psychologiques :**

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

∨ **Facteurs environnementaux :**

- dangers liés à l'absence d'aménagement adapté du logement (encombrement du logement, présence d'obstacles, présence de tapis, éclairage insuffisant, etc.) ;
- dangers liés à l'environnement extérieur (escaliers, présence d'obstacles, mauvais éclairages, trottoirs inégaux, etc.) ;
- absence ou port de lunettes inappropriées ;
- chaussures/chaussons inadaptés ;
- aides techniques inadaptées (cannes, déambulateurs, etc.) ;
- refus d'aides techniques.

∨ **Facteurs médicaux ou paramédicaux (lorsque ces éléments peuvent être connus) :**

- maladies (concernant la mémoire, la parole, les douleurs dans les articulations, le mal-être psychique de la personne, la baisse de la vision ou de l'audition, les troubles du rythme cardiaque, etc.) ;
- 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.).

## 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 accueillie à exprimer ses besoins et ses attentes.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne.
- En échangeant avec la personne, mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage, les membres de l'équipe<sup>62</sup> et les intervenants extérieurs qui l'accompagnent ([MT](#), [SAAD](#), [SSIAD](#), etc.), afin d'élaborer avec eux ce qui peut être mis en place à partir de la remontée d'information de la personne elle-même, de son entourage et/ou des professionnels de terrain.

### ↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec le représentant légal, la personne de confiance, son entourage et, selon les besoins, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), professionnels libéraux, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière 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 de la résidence autonomie et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs.

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

- En recherchant des réponses en équipe et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant la personne et ses aidants dans la recherche de solutions.
- En sollicitant ou orientant vers les professionnels de santé (médecin traitant, gériatre, neurologue, masseur-kinésithérapeute, pharmacien, etc.) et les partenaires de prévention ([CLIC](#), mutuelles, associations, instances d'éducation et de promotion de la santé, etc.).
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés rencontrées, voire refus.
- 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 à l'équipe 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 (cf. outils).
- En organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux risques de chutes.

<sup>63</sup> Elle se compose de l'ensemble du personnel de la résidence autonomie : responsable, agent d'entretien, personnel de restauration, secrétaire, aides-soignants, animateurs, aide médico-psychologique,...

## RÉSULTATS ATTENDUS

L'équipe de la résidence autonomie, en contact régulier avec les personnes accueillies, connaît les principaux facteurs de risque de chute, et identifie les signes d'alerte. Elle sait sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. Les besoins et les attentes de la personne accueillie sont pris en compte. Il n'y a pas de rupture de parcours d'accompagnement.

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

### ∨ Sur le repérage des risques d'accidents domestiques

- ANSP. *Outil de repérage des risques d'accidents domestiques*. 2010

### ∨ Sur la thématique des chutes

- INPES. *Référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Mai 2005
- <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
- INPES. Brochures « *Aménager votre maison pour éviter les chutes* », « *Comment garder son équilibre après 60 ans ?* » et « *Bien vivre son âge* »
- INPES/Assurance Maladie. *Comment aménager sa maison pour éviter les chutes ?* 2009
- 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

### ∨ 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
- [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr)
- [www.reponses-bien-vieillir.fr](http://www.reponses-bien-vieillir.fr) (site proposé par l'INPES et les Caisses de retraites)

<sup>64</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...



# RISQUES LIÉS À LA PRISE DES MÉDICAMENTS

# RISQUES LIÉS À LA PRISE DES MÉDICAMENTS<sup>65</sup>

## POUR LE PERSONNEL

LES SIGNES D'ALERTE

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

- Non utilisation d'un pilulier.
- Médicaments retrouvés par terre ou qui traînent à côté d'un verre.
- Prise irrégulière (mauvaise utilisation du pilulier : jour passé et case pleine par exemple).
- 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-là je n'arrive pas à l'avaler », « je n'arrive pas à l'attraper »).
- Fait de ne pas voir un médecin régulièrement.
- Réserve importante de médicaments (armoire à pharmacie pleine, médicaments périmés, etc.) (*Cela peut être observé à l'occasion d'une visite d'un salarié ou du responsable au sein du logement*).

## BON À SAVOIR

LES FACTEURS DE RISQUE

### ↳ Facteurs socio-psychologiques et environnementaux :

- troubles de la mémoire ;
- dépression ;
- difficultés pour aller chercher ses médicaments à la pharmacie/ne pas bénéficier des conseils du pharmacien ;
- ne pas bénéficier d'une visite régulière de professionnels de santé ([IDE](#), [MT](#), pharmacien, aide-soignant, orthophoniste) ;
- déficience visuelle et tactile (ne peut pas bien voir, ni l'attraper) ;
- ne pas avoir de médecin traitant ;
- aggravation d'une pathologie ou arrivée d'une nouvelle pathologie.

### ↳ Facteurs médicaux ou paramédicaux (lorsque ces éléments peuvent être connus) :

- problèmes de déglutition/fausses routes ;
- avoir plusieurs pathologies et voir plusieurs spécialistes ;
- consommer plusieurs médicaments en même temps (quatre ou plus) ;
- avoir une pathologie qui nécessite des horaires ou conditions de prise très précises (Parkinson, diabète, cardio-vasculaire, trouble circulatoire, etc.) ;
- automédication ;
- non observance.

<sup>65</sup> Le repérage de ces risques doit se faire notamment en lien étroit avec le service intervenant à domicile (Cf. Anesm. *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées*. Volet domicile. Saint-Denis :Anesm, 2016.)

# 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 MÉDICAMENTS

- En encourageant la personne accueillie à exprimer ses besoins et ses attentes.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne.
- En échangeant avec la personne, mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage, les membres de l'équipe<sup>66</sup> et les intervenants extérieurs qui l'accompagnent (MT, SAAD, SSIAD, etc.), afin d'élaborer avec eux ce qui peut être mis en place à partir de la remontée d'information de la personne elle-même, de son entourage et/ou des professionnels de terrain.

### ↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne ou le cas échéant, avec le représentant légal, la personne de confiance, son entourage, et selon les besoins, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne (SAAD, SSIAD, SPASAD, professionnels libéraux, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière 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 de la résidence autonomie et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs.

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

- En recherchant des réponses en équipe et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant la personne et ses aidants dans la recherche de solutions ; notamment proposer, pour ceux qui ne le font pas encore, l'utilisation d'un pilulier.
- En sollicitant ou en orientant vers les partenaires et plus particulièrement le médecin traitant, le pharmacien, le gériatre, l'infirmière et/ou SSIAD, et autres acteurs de prévention (CLIC, mutuelles, associations, instances d'éducation et de promotion de la santé, etc.).
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés rencontrées, voire refus.
- En évaluant en équipe les actions mises en place et leurs limites.

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

- En présentant à l'équipe les principaux facteurs de risque liés à la prise des médicaments (cette sensibilisation peut être assurée par le ou les pharmaciens principaux partenaires de la résidence autonomie).
- 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 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.

<sup>66</sup> Elle se compose de l'ensemble du personnel de la résidence autonomie : responsable, agent d'entretien, personnel de restauration, secrétaire, aides-soignants, animateurs, aide médico-psychologique,...

# RISQUES LIÉS À LA PRISE DES MÉDICAMENTS

## RÉSULTATS ATTENDUS

L'équipe de la résidence autonomie, en contact régulier avec les personnes accueillies, connaît les principaux facteurs de risque liés à la prise des médicaments, et identifie les signes d'alerte. Elle sait sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. Les risques d'accidents médicamenteux sont réduits.

## DES OUTILS<sup>67</sup> POUR ALLER PLUS LOIN...

### ↳ Sur la thématique

- 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, septembre 2014
- HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Octobre 2007
- HAS. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé - (1) médecin traitant - (2) prescripteur occasionnel - (3) lors d'une hospitalisation. HAS, novembre 2005
- AFSSAPS. *Prévenir l'iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé*. Juin 2005

<sup>67</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

# SOUFFRANCE PHYSIQUE

# SOUFFRANCE PHYSIQUE

## POUR LE PERSONNEL

### LES SIGNES D'ALERTE

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

- ↳ 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.) ;
  - signes au niveau du regard (regard inattentif, fixe, pleurs, yeux fermés, etc.) ;
  - signes auditifs (plaintes, gémissements, cris, etc.) ;
  - 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 (lorsque ces éléments peuvent être connus) :**
  - 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 déjà mis en œuvre ;
  - 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, troubles du sommeil, mauvaise qualité du repos ;
  - état psychologique de la personne recevant le soin, mal-être, 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 accueillie à exprimer ses besoins et ses attentes.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne.
- En échangeant avec la personne, mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage, les membres de l'équipe<sup>68</sup> et les intervenants extérieurs qui l'accompagnent ([MT](#), [SAAD](#), [SSIAD](#), etc.), afin d'élaborer avec eux ce qui peut être mis en place à partir de la remontée d'information de la personne elle-même, de son entourage et/ou des professionnels de terrain.

### ↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec le représentant légal, la personne de confiance, son entourage et, selon les besoins, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), professionnels libéraux, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière 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 de la résidence autonomie et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs.

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

- En recherchant des réponses en équipe 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.
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés rencontrées, voire refus.
- En évaluant en équipe les actions mises en place et leurs limites (notamment en s'inquiétant de la persistance ou non de la douleur).

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

- En présentant à l'équipe 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.
- En encadrant l'éventuelle utilisation d'outils d'aide au repérage de la douleur (cf. outils).
- En organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la douleur.

<sup>68</sup> Elle se compose de l'ensemble du personnel de la résidence autonomie : responsable, agent d'entretien, personnel de restauration, secrétaire, aides-soignants, animateurs, aide médico-psychologique,...

# SOUFFRANCE PHYSIQUE

## RÉSULTATS ATTENDUS

L'équipe de la résidence autonomie, en contact régulier avec les personnes accueillies, connaît les principaux facteurs de risque de douleur, et identifie les signes d'alerte. Elle sait sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. Les besoins et les attentes de la personne accueillie sont pris en compte. Il n'y a pas de rupture de parcours d'accompagnement.

## DES OUTILS<sup>69</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 prévention et le traitement des escarres

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

### ↳ Sur la thématique

- HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Décembre 2008

<sup>69</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...



# SOUFFRANCE PSYCHIQUE

# SOUFFRANCE PSYCHIQUE<sup>70</sup>

## POUR LE PERSONNEL

### LES SIGNES D'ALERTE

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

##### ↳ Il peut s'agir de :

- découragement, perte de plaisir et d'envie ;
- baisse de l'estime de soi, repli sur soi ;
- désintérêt, perte de lien avec l'entourage ;
- perte visible de poids, perte d'appétit ou au contraire prise de poids importante, boulimie ;
- négligence de son apparence ;
- désinvestissement pour les activités habituelles ;
- désinvestissement pour les objets personnels, mauvais entretien du logement ;
- mauvaise observance de traitement ;
- 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'/de :

- angoisse ;
- sentiment de tristesse, pleurs ;
- sentiment d'inutilité ;
- sentiment de ne pas être écouté ;
- état dépressif ;
- envie de mourir ;
- 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 évènements de vie traumatisants :

- annonce de la maladie ou du décès d'un proche, nécessité de changer de domicile et/ou entrée en établissement, chute(s), 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, l'approche des fêtes de fin d'année ou de périodes de vacances, etc.

### LES FACTEURS DE RISQUE

<sup>70</sup> Cf. 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

## POUR LA STRUCTURE

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

- En encourageant la personne accueillie à exprimer ses besoins et ses attentes.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne.
- En échangeant avec la personne, mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage, les membres de l'équipe<sup>71</sup> et les intervenants extérieurs qui l'accompagnent ([MT](#), [SAAD](#), [SSIAD](#), etc.), afin d'élaborer avec eux ce qui peut être mis en place à partir de la remontée d'information de la personne elle-même, de son entourage et/ou des professionnels de terrain.

### ↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec le représentant légal, la personne de confiance, son entourage et, selon les besoins, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), professionnels libéraux, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière 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 de la résidence autonomie et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs.

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

- En recherchant des réponses en équipe 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, neurologue, psychiatre, gériatre, [CTA](#), [MAIA](#), [PTA](#), etc.
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés rencontrées, voire refus.
- 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 à l'équipe 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 (cf. outils).
- En organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la souffrance psychique.

<sup>71</sup> Elle se compose de l'ensemble du personnel de la résidence autonomie : responsable, agent d'entretien, personnel de restauration, secrétaire, aides-soignants, animateurs, aide médico-psychologique,...

# SOUFFRANCE PSYCHIQUE

## RÉSULTATS ATTENDUS

L'équipe de la résidence autonomie, en contact régulier avec les personnes accueillies, connaît les principaux facteurs de risque de souffrance psychique, et identifie les signes d'alerte. Elle sait sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. Les besoins et les attentes de la personne accueillie sont pris en compte. Il n'y a pas de rupture de parcours d'accompagnement.

## DES OUTILS<sup>72</sup> POUR ALLER PLUS LOIN...

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

- Mini GDS

### ↳ 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)
- 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>72</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

# TROUBLES DU COMPORTEMENT ET TROUBLES COGNITIFS

### POUR LE PERSONNEL

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 ;
- de changement de caractère (agressivité, apathie, euphorie, perte d'initiative et de motivation, indifférence à l'entourage, etc.) ;
- de perte des convenances sociales (vulgarité, désinhibition, etc.) ;
- d'apparition d'un phénomène d'errance ou d'agitation, de cris, de confusion ou de délires
- d'apparition d'un sentiment de préjudice ou de persécution (la personne se sent volée, spoliée, etc.) ;
- d'épisode de somnolence ;
- de modification concernant la toilette ou l'hygiène ;
- de modification concernant l'habillement/déshabillage ;
- de 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 :

- 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 ;
- traitement ;
- maladie psychique et/ou somatique ;
- 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 accueillie à exprimer ses besoins et ses attentes.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne.
- En échangeant avec la personne, mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage, les membres de l'équipe<sup>73</sup> et les intervenants extérieurs qui l'accompagnent ([MT](#), [SAAD](#), [SSIAD](#), etc.), afin d'élaborer avec eux ce qui peut être mis en place à partir de la remontée d'information de la personne elle-même, de son entourage et/ou des professionnels de terrain.

### ↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec le représentant légal, la personne de confiance, son entourage et, selon les besoins, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), professionnels libéraux, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière 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 de la résidence autonomie et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs.

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

- En recherchant des réponses en équipe 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, gériatre, neurologue, [CTA](#), [MAIA](#), [PTA](#), etc., et les autres acteurs de prévention (ateliers mémoire organisés par les [CLIC](#), mutuelles, associations, instances d'éducation et de promotion de la santé, etc.).
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés rencontrées, voire refus.
- 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 à l'équipe les principaux facteurs de risques de 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>73</sup> Elle se compose de l'ensemble du personnel de la résidence autonomie : responsable, agent d'entretien, personnel de restauration, secrétaire, aides-soignants, animateurs, aide médico-psychologique,...

### RÉSULTATS ATTENDUS

L'équipe de la résidence autonomie, en contact régulier avec les personnes accueillies, connaît les principaux facteurs de risque de troubles du comportement et cognitifs, et identifie les signes d'alerte. Elle sait sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. Les besoins et les attentes de la personne accueillie sont pris en compte. Il n'y a pas de rupture de parcours d'accompagnement.

### DES OUTILS<sup>74</sup> POUR ALLER PLUS LOIN...

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

- HAS. PROGRAMME AMI – ALZHEIMER. Alerte et maîtrise de l'iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. Octobre 2010
- 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 « Iatrogénie médicamenteuse »

- cf. fiche-repère « risques liés à la prise de médicaments », p. 57

<sup>74</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...



# RISQUES SUR LA SANTÉ DES AIDANTS

Ce que je vois, ce qu'ils me disent

# RISQUES SUR LA SANTÉ DES AIDANTS - Ce que je vois, ce qu'ils me disent

## POUR LE PERSONNEL

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

Il s'agit notamment :

#### ↳ D'évolution de la 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, etc.) ;
- plaintes diverses.

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

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

#### ↳ De 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 ;
- 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.

#### ↳ D'évolution de la situation financière

### BON À SAVOIR

- État de santé de l'aidant.
- Isolement, 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).
- Dénier de la pathologie de la personne âgée accueillie.
- Refus de l'aide professionnelle.
- Plaintes récurrentes : fatigue, sommeil.
- .../...

LES SIGNES D'ALERTE

LES FACTEURS DE RISQUE

# RISQUES SUR LA SANTÉ DES AIDANTS - Ce que je vois, ce qu'ils me disent

## 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'aïdant à exprimer ses difficultés au quotidien.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles des aidants.
- En échangeant avec l'aïdant mais aussi avec la personne accueillie et en équipe sur les changements observés.

### ↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne, en équipe, dans le respect des dispositions légales en matière 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 de la résidence autonomie et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs.

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

- En recherchant des réponses en équipe.
- En encourageant l'aïdant à consulter son médecin traitant.
- En orientant l'aïdant vers d'autres structures/organismes dont il pourrait avoir besoin ([CLIC](#), [MAIA](#), [CCAS](#), plateformes de répit, associations d'aides aux aidants, etc.) pour faire le point sur sa situation et trouver des solutions.

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

- En présentant à l'équipe les principaux facteurs de risques 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.

# RISQUES SUR LA SANTÉ DES AIDANTS - Ce que je vois, ce qu'ils me disent

## RÉSULTATS ATTENDUS

L'équipe de la résidence autonomie, en contact régulier avec les personnes accueillies, connaît les principaux facteurs de risque de perte d'autonomie des aidants, et identifie les signes d'alerte. Elle 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>75</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>75</sup> L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

# UNE 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 du personnel de la résidence autonomie.

## GRILLE DE LECTURE

« *Ce que je vois, ce que la personne me dit, ce que l'aidant<sup>76</sup> me dit* »

Cette grille peut servir pour l'ensemble des personnes accueillies au sein d'une résidence autonomie. Une attention renforcée sera à porter aux personnes qui sont confrontées à **un événement particulier** :

- **sortie d'hospitalisation** ;
- **annonce d'une pathologie** ;
- **veuvage ou décès d'un proche (aidant ou non)** ;
- **modification des relations sociales (déménagement d'un proche aidant, arrêt de participation, etc.)**.

### LES SIGNES D'UNE ALTÉRATION DE LA SITUATION GÉNÉRALE DE LA PERSONNE<sup>77</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 du logement, 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.
- Évolution de la situation familiale : conflit, divorce, départ d'un proche, décès d'un proche, etc.
- Mise en danger.
- Refus/rejet de traitement.

<sup>76</sup> Concernant les aidants, l'Anesm a publié des recommandations : Anesm. Le soutien des aidants non professionnels. Saint-Denis : Anesm, 2014.

<sup>77</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>78</sup>

### Les signes d'isolement

- Évolution de la vie sociale de la personne : diminution des activités sociales, rupture progressive ou brutale avec l'entourage, décès d'un proche, etc.
- Expression d'un sentiment de solitude.

### Les signes de difficulté d'accès aux soins

- Absence de médecin traitant.
- Absence de suivi médical régulier.

### 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 par terre 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, sentiment de préjudice ou de persécution (la personne se sent volée, spoliée), etc.

<sup>78</sup> Les signes qui font l'objet d'une fiche-repère sont identifiés par un astérisque (\*).

## LES SIGNES PROPRES À CERTAINES THÉMATIQUES

### Les signes de précarité

- Difficultés financières (pouvant également générer des difficultés d'accès aux aides techniques ou à des animations thérapeutiques).
- Conditions matérielles insuffisantes et persistantes (pas de chauffage, insalubrité, etc.).
- Absence de couverture sociale.

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

- 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.

### Les signes d'une déficience sensorielle<sup>79</sup>

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

### POINT DE VIGILANCE

Cette grille peut également être utile pour repérer les risques d'épuisement ou de perte d'autonomie des aidants. Ces derniers contribuent pleinement à la qualité de vie de la personne âgée. 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>79</sup> Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Saint-Denis : Anesm. (À paraître)







# 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 (AFSSAPS) - est devenue l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)-
<b>AGGIR</b>	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
<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(e)
<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>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<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>CPOM</b>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
<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 la 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 Agées
<b>EHPAD</b>	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>EMG</b>	Équipe mobile de gériatrie
<b>EMGE</b>	Équipe mobile de gériatrie externe
<b>ESA</b>	Équipe Spécialisée Alzheimer
<b>FINESS</b>	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
<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>	Infirmier diplômé d'État
<b>IDEC</b>	Infirmier diplômé d'État Coordinateur
<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'Education 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>MEDEC</b>	Médecin Coordonnateur
<b>MDA</b>	Maison de l'Autonomie
<b>MDPH</b>	Maison Départementale des Personnes Handicapées
<b>MISAP</b>	Mission des Services Aux Personnes
<b>MNA</b>	Mini Nutritional Assessment
<b>MT</b>	Médecin traitant
<b>PACT</b>	Associations Bâisseurs 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 A 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-LÉVÊQUE, responsable de projet « personnes âgées »
- Cyril DESJEUX, responsable de projet « services à domicile »
- Aissatou SOW, chef de projet
- Patricia MARIE, documentaliste
- Nagette DERRAZ, assistante coordination de projet

### Coordination

- Sophie LE-BRIS, cheffe de service Pratiques Professionnelles jusqu'au 2 mai 2016

### Coordination éditoriale

- Yaba BOUESSE, chargée de 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

- Maître Olivier POINSOT, Montpellier, Hérault

### Validation et adoption de la recommandation

- Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm



### Groupe de travail

- Anthony BELLARD, directeur, Centre communal d'action sociale (CCAS), Andard, Maine-et-Loire
- Catherine BOZSODI, directrice Ehpad Pampelonne et des SSIAD Carmaux-Decazeville, Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines / Caisse Régionale Sécurité Sociale Mines Sud (CANSSM/Carmi Sud), Tarn
- Isabelle CROUZEL, pilote MAIA, Association de gestion MAIA du territoire de santé n°6, Dinard, Ille-et-Vilaine
- Martine DECHAMP, présidente, Commission d'action sanitaire et sociale, Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), Paris
- Christelle DROULEZ, médecin géronto-handicap, Conseil départemental de la Nièvre, Nevers
- Olivier DRUNAT, médecin gériatre, Hôpital Bretonneau, Assistance publique Hôpitaux de Paris (APHP), représentant de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), Paris
- Jean-Claude JAMOT, médecin, membre du conseil d'administration de la Fédération nationale Génération mouvement, Hérault, vice-président de la section « Personnes âgées » du COS de l'Anesm
- Philippe METGE, directeur général de la cohésion sociale, Centre communal d'action sociale (CCAS), Royan, Charente-Maritime
- Farah RION-CHERADI, directrice Résidence EMERAUDE, Groupe EMERA, Angoulême, Charente
- Anne-Bérénice SIMZAC, chargée de mission qualité, Association Résidences Et Foyers (AREFO/ARPAD), Paris

### Groupe de lecture :

- Jean-Philippe BODY, chargé de mission Habitats intermédiaires avec services pour personnes âgées, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Paris
- Amandine DESCAMPS, Chargée de mission - responsable « Personnes âgées/personnes handicapées en établissement », Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (UNCCAS), Paris
- Yvette GIACCARDI, présidente de « Sud Coordonnateurs », Menton, Alpes-Maritimes

- Séverine HOUEL, infirmière, coordinatrice du CLIC, Loire-Atlantique
- Marie-Claude MARAIS, adjointe à la cheffe de bureau prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées, DGCS, Paris
- Jacques RASTOUL, président, Réseau inter Conseil de la vie sociale (CVS), Essonne
- Myriam ZMISLONY, directrice, Centre local d'information et de coordination (CLIC) du Pays Champenois, Marne

# 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, d'une part l'Assemblée générale qui valide le programme de travail et le budget et, d'autre part, de deux instances consultatives :

- le Conseil scientifique, composé de 15 personnalités reconnues, 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, collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs, etc., instance d'échange et de concertation qui participe à l'élaboration du programme de travail de l'Anesm.

## 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 devant réaliser leur évaluation externe avant le 3 janvier 2015 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.

La quatrième enquête nationale sur la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS (2012) réalisée par l'Anesm met en exergue les chiffres suivants :

- 93 % des ESSMS sont alors engagés dans un processus d'évaluation ;
- le niveau d'engagement des ESSMS dans l'évaluation interne s'élève à 71 %, contre 26 % en 2007 à la création de l'Anesm. S'y ajoutent 22 % de structures ayant engagé divers processus d'amélioration de la qualité ;
- 98 % de l'ensemble des établissements et services connaissent au moins une recommandation de l'Agence et 61 % ont lu au moins 6 recommandations ;
- enfin, 65 % des établissements et services engagés dans la démarche d'évaluation interne ont directement utilisé les recommandations à cet effet (73 % des Ehpad).

## Les recommandations de l'Anesm

Cinquante et une **recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)**

### Tous secteurs

- *Le soutien des aidants non professionnels (2014)*
- *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (2015)*
- *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 du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Résidences autonomie (2016)*
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Ehpad (2016)*
- *Repérage du risque 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 bienveillance 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 bienveillance 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 bienveillance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile.









**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 - Décembre 2016*