

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 DOMICILE

Anesm

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

*Ce document a reçu l'avis favorable du Comité d'orientation stratégique et du Conseil scientifique de l'Anesm. Février 2016
Validation et adoption des recommandations, Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm - Décision d'adoption 2016-07
du 15 février 2016.*

Présentation générale	4
1. Le contexte des recommandations	5
2. Le champ des recommandations	6
3. Les destinataires des recommandations	9
4. Les objectifs des recommandations	10
5. Les recommandations, mode d'emploi	11
6. La méthode d'élaboration des recommandations	13
RECOMMANDATIONS	
CHAPITRE 1	
Mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier l'émergence de nouveaux besoins pour des personnes accompagnées	19
CHAPITRE 2	
Partager l'analyse des signes repérés des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation	23
CHAPITRE 3	
Adapter les réponses lorsque les personnes accompagnées montrent des signes de perte d'autonomie ou d'aggravation de la perte d'autonomie	35
CHAPITRE 4	
S'approprier les recommandations de bonnes pratiques concernant le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation	39
FICHES-REPÈRES	48
GRILLES DE LECTURE	79
LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES	87
ANNEXES	
Annexe 1 : Conduite des travaux	92
Annexe 2 : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)	95

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

1 LE CONTEXTE DES RECOMMANDATIONS

En France, la part des personnes de 60 ans et plus augmente et cette tendance, selon les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 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)¹. À partir de ces données, on comprend les enjeux majeurs concernant la prévention et le bien vieillir². 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 % des personnes de 85 ans³. Ces chiffres sont éloquents 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 et c'est désormais la prévention de la perte d'autonomie qui fait l'objet de toutes les attentions. **Favoriser le soutien et le maintien à domicile** des personnes âgées en améliorant la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie est par ailleurs un des objectifs de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

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

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

² « La commission européenne a mis en évidence « le bien vieillir », entendu comme vieillissement actif et en bonne santé, comme étant, l'un des défis de société majeurs commun à tous les États Membres » (cité par M. I GOMEZ, repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles et polyopathologiques. In livre blanc *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées*. 2015. P. 4)

³ INSEE. Tableaux de l'économie Française (TEF).- Édition 2015, p.101

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

La prévention en santé doit débiter dès le plus jeune âge. Elle passe notamment par une alimentation équilibrée, la pratique d'une activité physique régulière, 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 principalement par le repérage des risques.

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 intervenant au domicile** porteront une attention particulière afin de tout mettre en œuvre pour limiter leurs conséquences et garantir la meilleure qualité de vie possible de la personne âgée.

Les évaluations gériatriques personnalisées agissent sur la prévention des événements cliniques majeurs quel que soit le lieu de vie de la personne âgée⁵. 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 majeurs de santé publique. Quels que soient les outils utilisés, l'ensemble des recherches en gérontologie 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 dépendance⁶ mais aussi la polypathologie, la chute et la polymédication (et le risque de 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 dans cette réflexion pour prévenir les risques de perte d'autonomie et/ou de son aggravation.

⁵ CESARI, M. FOUGERE, B. DEMOUGEOT, L. Les études d'impact ayant démontré l'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles. In Livre Blanc *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles*. 2015. pp. 56-58

⁶ GERARD, S. Les outils d'évaluation de la fragilité. In Livre Blanc *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles*. 2015. pp. 37-48

« 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 parcours⁷. »

Ces recommandations sont accompagnées de fiches-repères pour faciliter le repérage des situations à risque de perte d'autonomie ou de son aggravation. Ces fiches portent sur la mauvaise nutrition/la dénutrition et la déshydratation, les chutes, les risques liés à la prise des médicaments, la souffrance physique, la souffrance psychique, les troubles du comportement et les troubles cognitifs. Enfin, une fiche-repère est aussi consacrée aux aidants dont on connaît 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 rôle⁸.

POINT DE VIGILANCE

En 2014, l'Anesm a publié des recommandations portant sur le **soutien des aidants non professionnels** à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile. Au sein de ces recommandations, l'aidant se définit 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.** »⁹ (p. 7)

Désormais est inscrit dans l'article 51 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, l'article L.113-1-3 : « **Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.** »

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

⁷ JEANDEL, C. Le parcours de santé de la personne âgée fragiles ou en risque de perte d'autonomie. In Livre Blanc *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles*. 2015. pp 48-50

⁸ Cf. fiche-repère « Les aidants », p. 75

⁹ Définition de la Confédération des Organisations de l'Union Européenne (Coface handicap), le collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux (CIAAF) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Par ailleurs, une grille des principaux champs à observer est proposée dès lors qu'un service d'aide et d'accompagnement à domicile est sollicité. Il ne s'agit d'une grille d'évaluation. Elle indique les principaux signes d'altération d'une personne accompagnée. Elle peut, par contre, permettre au service d'apprécier si l'ensemble de ces items figurent effectivement dans la grille utilisée lors de l'évaluation des capacités de la personne accompagnée.

En outre, pour aller plus loin, l'Anesm propose un outil de repérage de la perte d'autonomie et/ou de son aggravation qui pourra être diffusé auprès de l'ensemble des professionnels qui interviennent **régulièrement** au domicile. Celui-ci a pour objectif de signaler un changement observé pour la personne accompagnée et/ou son aidant qui peut conduire à une aggravation de la situation. Enfin, cet outil¹⁰ est gage de traçabilité de l'information transmise ainsi que de son suivi.

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

POINT DE VIGILANCE

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

La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (2008).

Les attentes de la personne et le projet personnalisé (2008).

Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (2008).

Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (2010).

Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (2010).

L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (2012).

Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement (2014).

Le soutien des aidants non professionnels (2014).

L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (2015).

¹⁰ L'outil a pour objectif de faire remonter et de tracer un changement observé dans le comportement ou l'environnement du bénéficiaire ou de son aidant. Il est recommandé pour les aides à domicile, auxiliaires de vie sociale, aides-soignants, aides médico-psychologiques, assistants en gérontologie plus particulièrement (il est téléchargeable sur le site de l'Anesm www.anesm.sante.gouv.fr)

3 LES DESTINATAIRES DES RECOMMANDATIONS

Ce volet de recommandations s'adresse directement aux **services d'aide et de soins à domicile**¹¹.

Il s'agit plus particulièrement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des équipes spécialisées Alzheimer (ESA), des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), des services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH), et des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS).

Sont aussi visés par ce volet, l'ensemble des services et/ou structures qui interviennent à domicile tels que le Centre communal d'action sociale (CCAS), le Centre intercommunal d'action sociale (CIAS), le Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC), la Maison de l'autonomie, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), l'équipe médico-sociale du Conseil départemental délivrant l'allocation pour l'autonomie (APA), les services de téléalarme, les services de portage des repas, les services mettant en œuvre des mesures de protection juridique et services d'aide aux tuteurs familiaux, les associations gérontologiques et/ou de bénévoles, principalement. Enfin, la cellule territoriale d'appui (CTA)¹², la plateforme territoriale d'appui (PTA)¹³ pourront aussi s'appuyer sur ces recommandations.

De plus, pourront s'approprier ces recommandations, tous les professionnels de santé intervenant au domicile, les services sociaux, les accueillants familiaux, les équipes mobiles de gériatrie externe (EMGE), les réseaux de soins, l'hospitalisation à domicile (HAD), la Maison départementale des personnes handicapées (MDHP). Cette appropriation participera activement de la nécessaire coordination des acteurs autour du bénéficiaire de ces soins et/ou services.

Enfin, l'ensemble des organismes de formation du secteur social, médico-social et/ou sanitaire pourra s'appuyer sur ces recommandations qu'il s'agisse de formations universitaires, professionnelles ou continues.

¹¹ « 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale visés par le 6° (ou 7° s'il s'agit de personnes handicapées vieillissantes) du I de l'article L.312-1 du CASF »

¹² Les CTA sont les structures de coordination mises en place dans le cadre du parcours Paerpa.

¹³ Les plateformes territoriales d'appui sont prévues dans le projet de loi du système de santé : disposition 14 de l'article du PLMSS

4 LES OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

L'objectif de ces recommandations est de proposer à l'ensemble de ces services les principales thématiques à observer pour **faciliter le repérage des risques de la perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées vivant à domicile.**

Les recommandations permettent avant tout **d'encourager le développement des bonnes pratiques professionnelles par les responsables de structures envers leurs salariés** (dans le respect des limites imposées par la convention collective, la législation et la réglementation pour les professionnels non-soignants) **notamment les aides à domicile, les auxiliaires de vie sociale (AVS), les aides-soignantes, etc.** Ces recommandations ne se centreront en aucun cas sur les pratiques de soins.

Ces recommandations sont également un support pour faciliter le travail en collaboration avec les partenaires, notamment par la mise en place de pratiques communes avec les établissements sociaux et médico-sociaux, mais aussi avec les professionnels de santé qu'ils soient ou non libéraux.

Ces recommandations répondent aux questions suivantes :

- Comment apprécier l'amélioration ou la détérioration de l'autonomie de la personne accompagnée et adapter en conséquence les pratiques d'accompagnement ? Sur quels documents existants s'appuyer pour effectuer ce repérage à domicile ? Quelle évaluation, quand et par qui ?
- 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 dénutrition, de déshydratation, de chute, de souffrance psychique, de douleurs, liés à la prise de médicaments et d'épuisement des aidants ?
- Quels signes de perte d'autonomie ou d'aggravation faire remonter auprès du responsable d'encadrement ?
- Comment accompagner ou orienter la personne concernée par des problèmes de santé influant directement sur sa qualité de vie ?

5 LES RECOMMANDATIONS, MODE D'EMPLOI

Ces recommandations se déclinent en deux parties distinctes.

- ↳ **La première partie** concerne les recommandations proprement dites. Elles 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 objectifs que l'on cherche à atteindre.

Les recommandations 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 accompagnées ;
- 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 accompagnées montrent des signes de perte d'autonomie ou d'aggravation ;
- Chapitre 4 : S'approprier les recommandations de bonnes pratiques concernant le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation.

Chaque chapitre comporte :

- Des **points de vigilance** qui attirent l'attention sur des situations spécifiques.
- Des **illustrations** qui sont destinées à mettre en évidence certaines spécificités liées au public accompagné mais aussi à mettre en partage quelques expériences développées localement. Ces illustrations ont vocation à éclairer le propos. Elles n'ont pas de caractère exhaustif et ne constituent pas des recommandations. Si elles ne sont pas transférables en l'état à l'ensemble des structures sociales et médico-sociales qui accompagnent des personnes âgées dépendantes, handicapées ou souffrant de 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** du document propose des supports pour faciliter l'appropriation de ces recommandations. Elle comporte :

- Des **fiches-repères** qui abordent les principaux thèmes du repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation. Elles se décomposent en 4 parties : les signes d'alerte qui pourront être observés par l'intervenant à domicile, 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 support d'échanges essentiel entre les responsables de secteur et les professionnels intervenants au domicile.
- Deux **grilles de lecture**¹⁴ pour repérer les risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, signes d'une altération générale. La première grille, plus générale, 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 que celle-ci soit le fait d'un SAAD, d'un CLIC, d'un SSIAD, d'un SPASAD, etc. ou lors d'une réévaluation. C'est d'ailleurs l'évolution même de ces signes qui déclenchera la réévaluation. Enfin, la seconde grille est plus spécifique puisqu'elle concerne davantage les personnes reconnues comme dépendantes et qui bénéficient de l'APA.

En outre, un **outil de repérage** accompagne ces recommandations. Dès que nécessaire, cet outil pourra être utilisé par les intervenants du domicile sitôt qu'ils observeront un changement d'état ou un changement dans l'environnement de la personne accompagnée susceptible d'aggraver ou de limiter son autonomie. Cet outil de repérage permet également de prendre en compte l'aidant. C'est à partir de la remontée de ce repérage que le responsable de service ou de la structure, 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 à domicile de la personne accompagnée. Il est téléchargeable sur le site de l'Anesm (www.anesm.sante.gouv.fr).

Enfin, un **document d'appui** (analyse de la littérature, synthèse d'un appel à contribution 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 disponibles sur le site de l'Anesm.

¹⁴ Une grille pour l'ensemble des personnes accompagnées et une grille davantage pour les personnes (GIR 1 à 4).

6 MÉTHODE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

Pour la production de ces recommandations, l'Anesm a retenu la méthode du consensus simple¹⁵.

Ces recommandations ont été élaborées sur la base :

- d'une analyse documentaire ;
- d'un appel à contribution auprès des services à domicile et des établissements 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 (volet 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 fait l'objet d'une analyse juridique puis a été soumis aux instances de l'Anesm avant de donner lieu à une décision d'adoption par le directeur de l'Anesm.

¹⁵ Cette méthode est utilisée lorsque les données disponibles sont apparues suffisantes pour aboutir à des pratiques représentatives et transférables. Elle consiste à réunir un groupe de travail qui s'accorde sur les bonnes pratiques recommandées en tenant compte d'une analyse critique de la littérature disponible et d'un recueil des pratiques professionnelles. Retrouvez la procédure d'élaboration des recommandations de l'Anesm sur le site de l'agence.

RECOMMANDATIONS

Préambule

La mise en œuvre d'un accompagnement par des professionnels a pour objectif de venir compenser certains déficits repérés afin que la personne accompagnée « fragile » bénéficie d'une qualité de vie maximale à domicile et du maintien de son autonomie restante.

Les services à domicile interviennent auprès d'un public ayant des degrés d'autonomie et de dépendance différents. En outre, les potentialités physiques et psychiques des personnes accompagnées varient de façon non linéaire. Surtout, et ce dont l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de cette population doit pleinement prendre conscience, est le **caractère potentiellement réversible de l'état de fragilité** des personnes accompagnées. « *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, quatre personnes fragiles sur 10 ont vu leur état s'améliorer, généralement pour revenir à un stade de pré-fragilité.*¹⁶ » En fonction du degré de dépendance, 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. De même, plusieurs services différents peuvent intervenir au sein du même domicile. Ils peuvent aussi croiser des professionnels de santé libéraux, tels que les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, podologues, etc. Enfin, enfants, voisins et neveux peuvent aussi être plus ou moins présents. **Il faut tenir compte de cette constellation d'acteurs lors de l'évaluation et élaboration du projet personnalisé¹⁷ ou de sa réévaluation.**

Les actes pour lesquels les professionnels interviennent au domicile de la personne ne permettent pas toujours d'avoir une vue d'ensemble de l'accompagnement de la personne. Les missions des SAAD et des SSIAD sont différentes. D'autre part, les différents intervenants ne sont pas présents en permanence au domicile. La nature de l'intervention (aide au lever ou au coucher, entretien du cadre de vie, préparation du repas, toilette ou aide à la toilette, etc.) et le moment de l'intervention (matin, midi, après-midi, soir, nuit) amènent chaque professionnel à avoir un regard spécifique quant au repérage de nouveaux besoins en fonction de son plan d'intervention ou de soins et en fonction aussi de la durée de son intervention et de sa régularité. Transmettre l'observation de nouveaux éléments dans les meilleurs délais au respon-

¹⁶ DESCHAMPS, E., SANTOS-EGGIMANN, B. La Lettre De La Cohorte 2013 [Lc65+]. *La lettre de la cohorte* n° 10, pp 1-24, 2013.

¹⁷ Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint Denis : Anesm, 2008

sable de secteur, échanger en équipe sur une situation donnée mais aussi recueillir les observations de l'ensemble des partenaires intervenants extérieurs sont des actions tout aussi déterminantes que le repérage lui-même.

Par conséquent, l'objectif de toute intervention à domicile est de définir, avec la personne, les actions d'accompagnement et de soutien à mettre en place afin de maintenir le plus possible l'autonomie restante. Cela doit s'inscrire dans un processus continu.

POINT DE VIGILANCE

La qualité de l'élaboration du projet personnalisé est une des garanties forte de la qualité de l'accompagnement. En effet, cette élaboration implique la personne accompagnée, 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 accompagnée qui garantit le repérage de la perte d'autonomie ou de son aggravation. Les repères et principes pour l'élaboration du projet personnalisé de la personne font l'objet de recommandations de l'Anesm. Elles rappellent notamment que le projet personnalisé est une démarche dynamique, une co-construction issue d'un dialogue régulier où la participation la plus forte de la personne est recherchée. La dynamique du projet est souple et adaptée au rythme de la personne et rappelle que plus les parties prenantes sont nombreuses, plus il faut veiller à l'expression de la personne, et ce, tout au long de l'accompagnement.

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

Chaque service, dès lors qu'il intègre en son sein un nouveau bénéficiaire, co-construit le projet personnalisé. L'élaboration du projet personnalisé est l'occasion pour la structure 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 maltraitance¹⁸.

Selon les besoins et les situations, les professionnels pourront s'appuyer sur la grille proposée (cf. p. 76) qui recense les principaux éléments à observer dans le cadre d'un accompagnement de personne 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 de l'aidant, etc.) ou en fonction des demandes des bénéficiaires ou de leurs aidants. Selon les situations, la personne accompagnée verbalisera clairement ses problèmes auprès des professionnels et/ou ses proches. Dans d'autres cas, elle s'exprimera différemment, au travers notamment, 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 intervenants à domicile. 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.

¹⁸ 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.* » (cf. Anesm. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint Denis : Anesm, 2008)

Enjeux et effets attendus

- Les changements d'attitude ou de comportement de la personne accompagnée ou de son aidant¹⁹ sont repérés par le professionnel intervenant au domicile.
- Les professionnels connaissent les situations « moment-clés » où les risques d'une dégradation de la perte d'autonomie sont majorés.
- Les risques d'aggravation sont anticipés.
- Les professionnels sont vigilants tout en évitant d'être intrusif dans le suivi de l'évolution des situations de chaque personne.
- Les partenaires concernés sont informés de l'évolution de la situation, sous réserve de l'accord de la personne accompagnée et de sa nécessité.
- L'identification de nouveaux besoins de la personne accompagnée ou de son aidant permet de réajuster les interventions ou si besoin de réévaluer le projet personnalisé.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Encourager les personnes accompagnées à exprimer leurs attentes, leurs besoins et leurs difficultés en échangeant avec un intervenant à domicile et/ou un proche.
- ↳ Recommander aux aidants d'informer le médecin traitant et/ou les intervenants à domicile de tout comportement préoccupant de la personne âgée et/ou baisse des potentialités.
- ↳ Porter une attention particulière aux demandes ou aux plaintes récurrentes de la personne accompagnée : prendre le temps nécessaire pour échanger avec la personne au sujet de ses demandes afin de comprendre d'où vient le problème et dans la mesure du possible y remédier.
- ↳ Conseiller aux personnes accompagnées et à leur(s) aidant(s) de se faire suivre régulièrement²⁰ par leur médecin traitant.

¹⁹ Les aidants des personnes âgées font partie intégrante du soutien et de l'accompagnement à domicile. Une fiche-repère leur est consacrée afin de surligner leur rôle déterminant et de rappeler la nécessité de « les soutenir, les accompagner, leur proposer des temps de répit (...) » (cf. Anesm. *Le soutien des aidants non professionnels*. Saint Denis : Anesm, 2014. p. 7)

²⁰ 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'examen de santé (CES) peut être envisagée par exemple.

- ↳ **Pour les infirmiers coordinateurs d'un SSIAD** : avec l'accord de la personne et dans le respect du secret médical, se rapprocher du médecin traitant pour connaître les points de vigilance à avoir concernant certains risques de perte d'autonomie notamment au regard de la pathologie ou du traitement de la personne.

Pour les responsables de secteur des SAAD, lorsqu'il y a un accompagnement conjoint avec un professionnel médical et/ou paramédical : avec l'accord de la personne et dans le respect du secret professionnel, se rapprocher du professionnel (infirmier, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, etc.) pour connaître les points de vigilance à avoir concernant certains risques de perte d'autonomie ou de son aggravation notamment au regard des soins qui lui sont proposés.

- ↳ Proposer aux professionnels et, plus particulièrement, aux intervenants au domicile, d'utiliser une grille de lecture qui identifie les principaux signes à observer chez une personne âgée vivant à son domicile susceptibles d'entraîner un risque de perte d'autonomie ou de son aggravation.

Deux grilles²¹ de lecture sont proposées :

- une grille courte pouvant être utilisée pour tous les types de public (de GIR 1 à GIR 6) quels que soient le temps et la nature de l'intervention ;
- une grille plus détaillée destinée aux personnes les plus dépendantes « classées » de GIR 1 à GIR 4.

Ces grilles rappellent aussi les moments les plus à risque (veuvage, sortie d'hospitalisation, etc.) où la vigilance des professionnels doit être accrue.

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, 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, si elle le souhaite.

Ces grilles peuvent servir pour les responsables de structure/de secteur :

- lors de leur évaluation afin de s'assurer que l'ensemble de tous ces champs a été observé pour l'élaboration (ou la réévaluation) du projet personnalisé ;
- lors des sessions d'information/de sensibilisation/de formation sur le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation auprès de ses salariés comme support pédagogique.

²¹ Cf. pp. 76-79

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 de la personne et/ou de son aidant par les professionnels du service.

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, infirmier coordinateur, etc.) et des modalités de transmission.

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

REPÈRES JURIDIQUES

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

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

Désormais, le partage de toute information à caractère secret concernant l'utilisateur ne peut se faire que dans le respect des règles prévues à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique²².

²² Dans le cadre du dispositif PAERPA, le partage d'informations entre les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social concernant la personne âgée est assuré via l'utilisation de supports d'information « efficaces et sécurisés » (messagerie sécurisée, dossier médical personnel, etc.). Ministère des affaires sociales et de la santé. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013

Enjeux et effets attendus

- L'intervenant dispose d'un outil de repérage et d'une procédure pour faire « remonter » le changement observé.
- La personne accompagnée est informée de l'existence de cet outil et donne son accord pour son utilisation.
- L'intervenant sait à qui faire remonter l'information.
- L'intervenant ne reste pas seul avec ce qu'il a observé. Après avoir transmis l'information (une case cochée par exemple dans la grille de repérage), il est contacté par le responsable de service ou de secteur pour expliciter ses observations.
- L'information remontée est analysée par le responsable qui met en place les actions nécessaires pour soutenir la personne dans son environnement, si tel est le souhait exprimé par le bénéficiaire.
- Les échanges en équipe sont facilités.
- Le droit au secret des informations est garanti.

RECOMMANDATIONS

Pour le responsable d'encadrement

- ↳ Former et sensibiliser les intervenants aux informations nécessaires à transmettre dans le respect de la personne.
- ↳ Dès lors qu'un outil de repérage est utilisé par la structure, en informer les bénéficiaires.
- ↳ Mettre en place des temps de partage d'informations entre les intervenants du service pour aborder les signes de perte d'autonomie ou de son aggravation constatés ou suspectés.
- ↳ Élaborer des procédures pour la remontée de l'information et le partage de celle-ci permettant le traitement adéquat de ces informations et déclencher les actions nécessaires.
- ↳ Valoriser l'importance des observations faites par les intervenants au quotidien (aides à domicile, auxiliaires de vie sociale, aides-soignants, etc.).

ILLUSTRATION

Un SAAD utilise un outil de repérage de la perte d'autonomie comme un outil de sensibilisation aux principaux éléments à observer lors d'une intervention à domicile. Il est utilisé non seulement pour faire remonter les informations observées mais aussi comme un support pédagogique auprès de toutes les nouvelles recrues notamment lors des remplacements d'été.

- ↳ Surveiller la transmission des informations concernant des signes de perte d'autonomie ou de son aggravation observés par les professionnels : leur rappeler de ne transmettre et ne retranscrire que les informations nécessaires, de ne mentionner que les éléments objectifs et de ne porter aucun jugement de valeur sur les choix de la personne.

POINT DE VIGILANCE

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

- ↳ Pour le responsable de structure, s'entretenir avec la personne qui a transmis l'information afin de cerner le contexte. Selon la situation, échanger avec la personne ou son représentant légal, et, le cas échéant, la personne de confiance (cf. repères juridiques ci-contre) ou les aidants et vérifier les dispositifs mis en place pour accompagner la personne.

²³ HAS. *Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux*. Saint-Denis : HAS, 2014. Coll. Points clés et solutions - Organisations des parcours

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 renforcée par les lois du 22 avril 2005 et 26 janvier 2016.

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

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

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

Cette personne de confiance a pour mission :

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

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

- ↳ Mobiliser les relais pour favoriser l'accès à la prévention ou aux soins²³. Selon les besoins observés et la complexité de la situation différents intervenants pourront être sollicités. 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.)²⁴, au niveau régional (IREPS, mutuelles, etc.) et au niveau national certains programmes comme par exemple ceux de la CNAMTS (PRADO²⁵, sophia²⁶), etc.
- Si les besoins sont plus complexes et concernent tant des champs du secteur sanitaire que médico-social, alors le responsable de secteur ou du SSIAD, en lien avec le médecin traitant pourra s'appuyer sur les MAIA, les Plateformes territoriales d'appui (PTA), la Cellule territoriale d'appui (CTA), etc.²⁷

ILLUSTRATION

Monsieur L. âgé de 81 ans, souffrant de dépression majeure a fait de nombreux séjours en hôpital psychiatrique mais revient systématiquement chez lui où sa femme le prend en charge au quotidien. Son épouse âgée de 78 ans est épuisée. Il ne supporte pas qu'elle quitte l'appartement. C'est donc désormais l'auxiliaire de vie qui fait les courses. L'épouse ne peut plus se rendre chez son coiffeur. Les enfants du couple ont contacté le CLIC qui les a informés de l'existence d'une MAIA sur la commune. Les enfants en ont informé immédiatement le médecin traitant qui a pris contact avec le gestionnaire de cas. Ce dernier après une visite à domicile a mis en place une organisation adaptée. Monsieur L. a fait savoir qu'il ne voulait plus séjourner à l'hôpital. Le gestionnaire de cas a donc contacté son psychiatre et une solution a été proposée. Désormais Monsieur L. se rend deux fois par semaine en accueil de jour psychiatrique. M^{me} L. peut de nouveau sortir et son auxiliaire de vie, l'aider dans ses tâches ménagères.

²⁴ Pour accompagner et informer sur les démarches à suivre dès lors que des personnes âgées et leurs proches sont confrontés à une situation de perte d'autonomie, un portail national d'information et d'orientation a été mis en place par la CNSA (www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

²⁵ Toutes les informations sur ces programmes sont disponibles sur ameli.fr ou auprès de la CPAM.

²⁶ 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.
[En ligne] <https://www.ameli-sophia.fr/>

²⁷ HAS. *Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires*. Saint-Denis : HAS, 2014. Coll. Points clés et solutions - Organisations des parcours

- ↳ Avec l'accord de la personne et selon les besoins qu'elle et/ou son aidant expriment, échanger avec les partenaires participant à l'accompagnement, afin de se coordonner pour faciliter le suivi et organiser les remontées d'informations (cahier de liaison, fiche de suivi, dossier de soins, tablettes, critères d'alerte, temps d'échanges, Dossier Médical Personnel (DMP), échanges téléphoniques, SMS, mail, etc.)²⁸. Les partenaires concernés peuvent être, notamment, le médecin traitant, l'hôpital, l'équipe mobile gériatrique (EMG), l'Hospitalisation à domicile (HAD), le centre de santé infirmiers, le service mandataire judiciaire, le service de portage de repas, le service de téléalarme, la famille d'accueil, la structure sociale, médico-sociale ou sanitaire, le pharmacien, le CLIC, la PTA, la CTA, la MAIA, etc.

Pour les intervenants au domicile ayant repéré des signes de perte d'autonomie ou d'aggravation

- ↳ Encourager la personne à s'exprimer sur les changements observés :
 - 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 son intérêt et dans le respect des règles du secret professionnel.
- ↳ Avant toute transmission des informations aux responsables d'encadrement :
 - consulter au préalable le cahier de liaison (ou tout autre outil équivalent) de la personne concernée;
 - rappeler à la personne l'utilité du partage des informations nécessaires à l'adaptation de son accompagnement.
- ↳ Systématiser la remontée de l'information : lorsque les intervenants observent un comportement préoccupant et/ou une baisse des potentialités de la personne accompagnée et/ou de l'aidant, leur demander d'en informer le responsable d'encadrement.
- ↳ Formaliser la remontée de l'information en remplissant un outil de repérage (traçabilité de l'information).
- ↳ Partager l'information remontée avec les professionnels concernés, avec l'accord de la personne.

²⁸ Dans le cadre du PAERPA, cette coordination se réalise en collaboration avec la coordination clinique de proximité (CCP) et la coordination territoriale d'appui (CTA). Ministère des affaires sociales et de la santé. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013

POINT DE VIGILANCE

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

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

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

- ↳ Lorsqu'un intervenant, un aidant ou un partenaire a transmis une information concernant un comportement préoccupant et/ou une baisse des potentialités de la personne accompagnée 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 aidants, l'intervenant à domicile, la personne de confiance ou le tuteur sur les changements observés dans son attitude et/ou celle du ou des aidant(s) ;
 - en échangeant, si besoin, à nouveau avec l'intervenant et/ou le partenaire qui a transmis ces informations ou qui pourrait apporter un éclairage sur la situation.

POINT DE VIGILANCE

Le médecin traitant a souvent peu de temps à accorder à chaque situation. La difficulté pour le responsable d'encadrement est :

- d'identifier le bon moment pour le contacter (« ni trop tôt, ni trop tard ») ;
- de sélectionner les informations à transmettre.

- dans un second temps, au regard de l'appréciation de la situation, organiser, selon les besoins, un temps d'échange avec l'équipe, le médecin traitant²⁹ et les partenaires impliqués dans l'accompagnement (notamment l'équipe médico-sociale APA, le gestionnaire de cas MAIA, le réseau gérontologique, la CTA³⁰, ou toute autre personne susceptible d'apporter un éclairage ou une solution) ;

²⁹ 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. Pour tous ceux qui ne sont pas encore dans ce dispositif, un échange téléphonique est suffisant.

³⁰ Dans le cadre du PAERPA

- associer également à ces temps d'échange (avec l'accord de la personne et selon les situations) :
 - le représentant légal (familial ou mandataire de mesure de protection) ou l'éventuelle personne de confiance ;
 - les aidants 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 pharmacien³¹, des accueillants familiaux, etc.

ILLUSTRATION

Le SSIAD intervient auprès d'une personne âgée pour réaliser les soins d'hygiène. L'aide-soignant se rend compte que la personne se plaint beaucoup de douleurs. En outre, elle vient d'avoir une infection et son état de santé ne semble pas s'améliorer. Pourtant la personne âgée est allée voir le médecin. L'aide-soignant fait part de ces éléments en réunion d'équipe. L'infirmière coordinatrice se propose d'accompagner l'aide-soignant lors de l'une de ses visites pour mieux comprendre la situation. Elle se rend compte alors que la personne âgée avait bien acheté la boîte d'antibiotiques pour soigner son infection, mais que personne n'a vérifié la prise de ses médicaments. De surcroît, cette personne bénéficiait d'une ordonnance pour soigner la douleur, mais cette dernière était restée sur la table. L'infirmière coordinatrice a donc interpellé le médecin traitant pour trouver une solution. Elle a également sensibilisé son équipe afin que les aides-soignants puissent faire remonter ce type d'informations en réunion de transmission ciblée afin que l'infirmière coordinatrice puisse alerter le médecin traitant.

- ↳ 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.

³¹ Dans le cadre du PAERPA, le pharmacien est impliqué dans la coordination clinique de proximité. Ministère des affaires sociales et de la santé. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. 2013

- ↳ Hiérarchiser les actions à mettre en place au vu de l'ensemble des échanges : aucune, vigilance, modification du plan d'aide, demande d'APA (initiale ou révision), adaptation du domicile, etc.
- ↳ Reporter dans le dossier de la personne les éléments communiqués lors des transmissions orales et/ou écrites (outil de repérage) liés à la perte d'autonomie ou de son aggravation repérée.
- ↳ Préciser dans le dossier de la personne ce qui lui a été proposé, spécifier lorsque la personne et/ou son aidant accepte ou refuse, préciser ce qui a pu être mis en place avec la personne et/ou son aidant.

Pour les intervenants du domicile en situation d'urgence

- ↳ Appeler le Samu Centre 15 (numéro d'urgence : 15) pour la prise en charge médicale immédiate. Cela demande au préalable de former les professionnels aux recommandations existantes sur les signes d'alerte des maladies nécessitant une prise en charge en urgence (AVC³², infarctus du myocarde³³, crise suicidaire avec risque de passage à l'acte³⁴, fracture, etc.)(voir tableau ci-contre). Il est recommandé de faciliter les échanges d'informations notamment par la mise en place d'une fiche synthétique de liaison, la formalisation d'une procédure d'alerte et l'organisation de rencontre avec les professionnels des urgences.
- ↳ Après l'appel des secours, prendre contact avec l'encadrement afin que ce dernier sollicite le médecin traitant, la personne de confiance, le représentant légal ou toute personne en mesure de décider de la meilleure orientation possible pour la personne.
- ↳ Rester avec la personne jusqu'à l'arrivée des secours et en fonction de son degré de conscience, lui expliquer les démarches en cours (arrivée des secours, d'un aidant, etc.).

³² HAS, Anesm. *Repérage de l'AVC chez le sujet âgé et conduite à tenir*. Saint-Denis : HAS-Anesm. 2012

³³ HAS. *Lutte contre l'infarctus : nous sommes tous concernés*. Saint-Denis : HAS. 2007

³⁴ Anesm. *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement*. Saint-Denis : Anesm. 2014.

Signes d'alerte de l'AVC	<ul style="list-style-type: none"> • Déformation ou engourdissement de la bouche. • Faiblesse ou engourdissement d'un côté du corps. • Difficulté à parler; • Survenue brutale d'un changement de comportement. • Perte d'équilibre. • Survenue brutale de maux de tête violents. • Survenue brutale de troubles de la vue.
Signes d'alerte de l'infarctus du myocarde	<ul style="list-style-type: none"> • La douleur agit comme un étau : elle est intense et « serre » fortement la poitrine. • Cette douleur dure, ne cède pas spontanément et peut s'étendre dans la mâchoire ou les bras. • Elle peut s'accompagner de pâleur, de sueurs, d'essoufflement, de nausées, d'angoisse. • L'infarctus peut survenir sans douleur. C'est souvent le cas chez la femme, les personnes âgées et les diabétiques. Il se manifeste alors par : un malaise, un essoufflement soudain, une fatigue inexplicquée, des sensations inhabituelles dans le bras gauche.
Signes d'alerte de crise suicidaire avec risque de passage à l'acte	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalisation explicite d'intentions suicidaires dont les modalités sont assez précises. • L'expression d'un sentiment de culpabilité ou de faute impardonnable, la rédaction d'une lettre d'adieu. • Un refus brutal de communication ou des aides habituellement reçues et acceptées. • Une amélioration brutale et inexplicquée de l'humeur. • Un niveau d'angoisse inhabituel. • Une alcoolisation inhabituelle.
Signes de fracture (fémur/col du fémur)	<ul style="list-style-type: none"> • Si la personne est tombée et ne peut pas se relever. • Si elle est restée debout, mais ne peut pas marcher, ni s'appuyer sur sa jambe.

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

Les services à domicile, en fonction de leurs missions, des professionnels qu'ils emploient et du territoire sur lequel ils sont implantés, ne bénéficient pas des mêmes moyens pour adapter les solutions à la variabilité de la situation des personnes accompagnées.

Enjeux et effets attendus

- Un accompagnement adapté est envisagé en accord avec la personne et, le cas échéant, la personne de confiance et le(s) aidant(s).
- L'accompagnement est personnalisé et régulièrement ajusté en fonction de l'évolution des besoins et attentes de la personne.
- La personne fait l'objet d'une attention plus renforcée lorsqu'elle sort d'hospitalisation³⁵ ou d'un épisode pathologique aigu.
- 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 mémoire³⁶.
- Des actions de prévention sont proposées pour limiter les risques de perte d'autonomie ou de son aggravation
- Les risques de maltraitance sont réduits.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Impliquer la personne accompagnée et l'aidant dans la recherche de solutions et identifier leur degré d'adhésion à ces solutions.
- ↳ Rechercher des réponses en équipe en cohérence avec le projet d'accompagnement de la personne (ces solutions peuvent impliquer une modification du projet).
- ↳ Si besoin, solliciter les partenaires et/ou orienter la personne accompagnée vers les partenaires, notamment le médecin traitant et les structures permettant de répondre au mieux à la situation. 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-sociales, assistants sociaux de secteur, Caisse de retraite, CLIC, gestionnaire de cas MAIA, etc. Selon les besoins et attentes identifiés, il peut également s'agir :

³⁵ Les accidents médicamenteux sont responsables de 20 à 30 % des hospitalisations des personnes âgées. Ils font l'objet d'une fiche-repère (cf. p. 59).

³⁶ 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 (cf. p. 48).

- de dispositifs ayant une connaissance du territoire et pouvant faciliter l'orientation de l'aidant et/ou de l'aidé : CCAS/CIAS, CTA, associations spécialisées (France Alzheimer, France Parkinson, Aveugles de France, Association française de diabétiques, etc.), etc. ;
- de services d'aide et 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 dispositifs relatifs aux aménagements du domicile :
 - pouvant proposer des solutions ou donner des conseils pour améliorer l'habitat (ergothérapeute, l'agence nationale de l'habitat, les associations bâtisseurs de solidarités pour l'habitat, le centre d'information et de conseil en aides techniques adaptées aux déficiences sensorielles, etc.),
 - pouvant apporter une aide financière à l'aménagement du domicile (la Caisse d'allocation familiale, la caisse de retraite de la personne, la banque, etc.),
 - pouvant proposer des matériels médicaux et paramédicaux ;
- de la famille d'accueil dans laquelle vit la personne ;
- d'établissements sociaux et médico-sociaux vers lesquels orienter la personne (résidence autonomie, Ehpad, accueil temporaire, etc.) ;
- d'un service mettant en œuvre des mesures de protection juridique ;
- de plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants³⁷ ;
- de structures sanitaires : les réseaux de santé gériatologiques, 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 centres de santé (notamment les centres de santé infirmiers), les maisons de santé pluridisciplinaires, l'hospitalisation à domicile (HAD), les centres hospitaliers, les services et unités de soins spécialisés (services de psychiatrie de secteur dont centre médico-psychologique, services de neurologie, d'oncologie, etc.), etc. ;
- de professionnels de santé spécialistes : gériatre, neurologue, psychiatre, diététicien, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, masseur-kinésithérapeute, psychologues, etc. ;
- de professionnels pouvant prescrire, conseiller ou aider à l'acquisition et l'utilisation d'une aide technique ;
- .../...

³⁷ Dans le cadre du développement et de la diversification des « structures de répit » (mesure 1 du plan Alzheimer 2008-2012), l'Anesm a réalisé 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.

ILLUSTRATION

Un SAAD reçoit chaque mois le programme de prévention du CLIC. Il est transmis à toutes les auxiliaires de vie sociale qui peuvent encourager les personnes âgées à y assister. Lorsqu'une personne fait, par exemple, une chute, elle est vivement encouragée à assister à une séance de prévention proche de chez elle. L'auxiliaire de vie sociale peut l'y accompagner.

- ↳ Noter dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés.
- ↳ Sensibiliser les personnes accompagnées et, le cas échéant, leurs aidants à l'intérêt des dispositifs luttant contre l'isolement des personnes (Monalisa³⁸, association de bénévoles, etc.) ou 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, conseil départemental et collectivités, résidence autonomie, etc.) tels que des activités physiques, des exercices cognitifs et de mémoire, des ateliers de sensibilisation pour lutter contre la malnutrition et la déshydratation, pour prévenir les chutes, des temps d'information sur la médication, sophia³⁹ (pour les personnes diabétiques ou asthmatiques), etc.
- ↳ Évaluer en équipe :
 - les actions mises et/ou à mettre en place en interne afin de contribuer au renforcement de l'autonomie ou à la réduction de sa perte d'autonomie ;
 - les limites d'action/du champ de compétence du service et les situations nécessitant un travail en réseau, notamment avec l'aide du médecin traitant.

³⁸ Programme national de lutte contre l'isolement : Préconisations pour une mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés.

³⁹ 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.

[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 intervenants au domicile de repérer des signes de risques de perte d'autonomie ou d'aggravation de la perte d'autonomie dépend de leur savoir-faire et de leur savoir-être, notamment dans leurs capacités d'observation et leurs aptitudes relationnelles.

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

Les services ont la responsabilité d'aider les intervenants à reconnaître les situations pouvant occasionner une altération des potentialités psychiques et physiques de la personne accompagnée, 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

- Quelles que soient leurs qualifications et les modalités d'intervention auprès de la personne, les intervenants au domicile sont en mesure d'observer, d'entendre et de transmettre les informations relatives aux risques de perte d'autonomie ou de son aggravation dans le respect des règles inhérentes au secret professionnel et à la confidentialité des informations.
- Les professionnels tissent une relation de confiance avec les personnes accompagnées.
- La qualité de la relation entre les personnes accompagnées et les professionnels contribue à leur qualité de vie à domicile.
- Les professionnels bénéficient de temps d'informations/de formations relatifs à la notion de « perte d'autonomie », de « fragilité » et de « dépendance » et à l'identification de leurs facteurs de risque.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Présenter aux intervenants, y compris ceux nouvellement arrivés, les principaux risques de perte d'autonomie ou de son aggravation identifiés notamment dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité qui s'appuie notamment sur les résultats des évaluations interne⁴⁰ et externe⁴¹ :
- insister sur certaines thématiques⁴² : la souffrance psychique⁴³, les chutes, les risques de déshydratation et de mauvaise alimentation, la douleur, les risques de perte d'autonomie des aidants⁴⁴, les troubles cognitifs et du comportement, etc.⁴⁵ ;
 - pour les personnes non dépendantes de 70 ans ou plus, sensibiliser les intervenants 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 ? »⁴⁶ ;
 - 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. ;
 - sur certains facteurs médicaux ou paramédicaux (lorsque ces éléments peuvent être connus du service). 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'audition⁴⁷, etc.), la prise de plusieurs médicaments en même temps (au moins 4), les signes de maladies aiguës (grippe, état fébrile, vomissement, etc.), la mauvaise hygiène de la bouche, etc.

⁴⁰ 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.

⁴¹ 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 ».

⁴² Les fiches-repères (cf. p. 48-78) développent chacun de ces thèmes.

⁴³ Anesm. *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement*. Saint-Denis : Anesm. 2014.

⁴⁴ Anesm. *Le soutien des aidants non professionnels*. Saint-Denis : Anesm. 2014.

⁴⁵ Anesm. *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes*. Saint-Denis : Anesm. 2012 ; pp 44-73.

⁴⁶ HAS. *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires*. Saint-Denis : HAS, 2013. Coll. Points clés et solutions - Organisations des parcours

⁴⁷ Cf. Anesm. *Recommandations sur le repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées*. Saint-Denis : Anesm (à paraître en 2016)

POINT DE VIGILANCE

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

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

C'est à la personne accompagnée, à son aidant, avec l'accord de la personne, ou 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 de service⁴⁸ et, éventuellement, dans un livret destiné aux salariés.
- ↳ Sensibiliser régulièrement les professionnels, sur les effets attendus d'un repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, notamment :
 - stabiliser ou améliorer les potentialités d'une personne, en particulier pour celles 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 en Ehpad ;
 - anticiper et trouver des solutions adaptées à l'évolution de la situation notamment lorsqu'une entrée en institution est nécessaire (accueil de jour, café des aidants, etc.).

Ces effets permettent notamment de limiter les risques d'hospitalisations d'urgence ou non programmées⁴⁹.

- ↳ Sensibiliser les personnes accompagnées et, le cas échéant, leurs aidants à l'intérêt de ce repérage.
- ↳ Informer les professionnels sur l'existence et les objectifs des « programmes d'éducation thérapeutique du patient »⁵⁰.

⁴⁸ Le projet de service à 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.

⁴⁹ Cf. Anesm/HAS. *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad*. Fiche points clés et solutions – Organisation des parcours. Saint-Denis : Anesm-HAS, 2015 (www.anesm.sante.gouv.fr)

⁵⁰ 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.

- ↳ Inscrire dans le plan de formation des professionnels, les thématiques identifiées comme prioritaires dans le projet de service et le plan d'amélioration de la qualité défini à l'issue des résultats des évaluations interne⁵¹ et externe⁵² 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 mauvaise alimentation (dénutrition, fausses routes, etc.), 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 choisissant un ou plusieurs outil(s) commun(s) à l'ensemble des intervenants ;
 - en formant les intervenants aux contenus et aux conditions de leur utilisation (à quoi sert cet outil ? Qui le renseigne ? Quand est-il rempli ? Quelle(s) suite(s) donner aux résultats obtenus ?, etc.) ;
 - en identifiant un référent au sein du service, 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 intervenants dans leur repérage ou dans la transcription écrite de ce qui a été repéré. Ils n'ont pas vocation à permettre aux intervenants 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 ont été validés en France, pour la population âgée.

⁵¹ 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.

⁵² 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 ».

ILLUSTRATION

Un SSIAD a mis en place des groupes de travail réunissant le CCAS, les SAAD, les services de téléassistance, les services de l'APA du conseil départemental, le CLIC, le dispositif MAIA et des médecins de ville pour co-élaborer un outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation.

Cet outil se décompose en trois volets :

- un volet est spécifiquement destiné aux professionnels des services de portage de repas;*
- un volet est spécifiquement destiné aux intervenants du domicile dans les SAAD;*
- un volet est spécifiquement destiné aux responsables d'encadrement du domicile dans les SAAD. Il est une déclinaison plus détaillée qui permet une évaluation plus approfondie de la situation lorsque les intervenants du domicile ont identifié une situation de risque de perte d'autonomie.*

Après cette évaluation du responsable, le médecin traitant est éventuellement alerté par le responsable de secteur.

- ↳ Organiser la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (Anesm, Anaes/HAS, Afssaps/ANSM, INPES, CNAMTS, etc.) et des outils (cf. fiches-repères) apportant une aide au repérage :
 - en mettant ces outils à disposition des intervenants;
 - en proposant la désignation d'un intervenant 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 accompagnées. Ces postures professionnelles peuvent consister à :
 - poser quelques questions :
 - à la personne sur son état général, sur les habitudes de vie de la personne tout en évitant d'être intrusif (en particulier sur la manière dont elle s'alimente et sur la qualité de son sommeil), sur la manière dont elle vit son quotidien, en étant attentif aux messages implicites (ton employé, degré d'implication dans les réponses, etc.),

- aux proches, le cas échéant, sur la manière dont ils perçoivent l'état général de la personne, mais également leur propre état;
 - observer les traits du visage de la personne accompagnée, l'évolution de son état général ou de l'entretien du logement, les variations de poids visibles.
- ↳ 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 éthiques⁵³, etc.) en favorisant la mise en place de groupes d'analyse de la pratique ou de groupes de supervision. Être notamment attentif :
- au risque de ressenti d'intrusion que peuvent susciter des interventions professionnelles en milieu familial;
 - à la capacité des professionnels à valoriser les stratégies d'adaptation et les potentialités des personnes accompagnées;
 - aux interrogations des personnes accompagnées et, le cas échéant, de leurs aidants.

⁵³ 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 du service a permis ou non de réaliser)

Les grands principes

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

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

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

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

L'appropriation en pratique

Pour permettre aux services d'être vigilants 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 accompagnées**

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

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

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

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

Exemples d'indicateurs de suivi de la qualité, au cours des 12 derniers mois :

- nombre de situations pour lesquelles un aménagement de l'habitat a été réalisé ;
- nombre de bénéficiaires ayant participé à une action/un accompagnement spécifique de prévention organisé à l'extérieur du domicile (atelier chute, atelier mémoire, atelier nutrition, etc.) ;
- nombre d'aidants ayant bénéficié d'une action spécifique de répit (groupe de paroles, café des aidants, accueil temporaire).

	<p>↳ Les modalités du partenariat et des interactions avec le territoire Les outils de transmission d'information avec les partenaires ont-ils permis de mieux répondre aux besoins, du point de vue des professionnels, des personnes, des partenaires et des aidants? <i>Exemple d'indicateurs de suivi de la qualité : Nombre de situations pour lesquelles une intervention extérieure (de type équipe mobile de gériatrie, HAD) a été mise en place au cours des 12 derniers mois.</i></p> <p>↳ Les actions de formation et de soutien aux professionnels 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>↳ L'adaptation du projet de service à l'évolution des besoins Le projet de service est-il adapté à l'évolution des principaux risques identifiés? Ces éléments devront nécessairement figurer dans le rapport annuel d'activités du service. Leur évolution sera présentée dans le rapport d'évaluation interne rédigé et transmis tous les 5 ans aux autorités.</p>
Le suivi de l'outil	<p>Pour les services qui ont mis en place l'outil, exemple d'indicateurs permettant de suivre l'utilisation de l'outil et ses effets au cours des 12 derniers mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombre de professionnels formés à l'outil ; - nombre d'outil de repérage transmis au responsable de secteur ; - nombre d'outils concernant un bénéficiaire / nombre d'outils concernant un aidant ; - nombre de situations pour lesquelles un réajustement a été réalisé à l'issue du repérage ; - nombre de situations pour lesquelles une réévaluation du plan d'aide a été sollicitée à l'issue du repérage. <p>Ce suivi doit être effectué régulièrement et dans le temps.</p>
Pour aller plus loin	Recommandations Anesm - Évaluation interne : repères pour les services d'aides et des soins à domicile intervenant auprès d'adultes (2012)

FICHES-REPÈRES

FICHES-REPÈRES

**FICHE 1. MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION
ET DÉSHYDRATATION 51**

FICHE 2. CHUTES 55

FICHE 3. RISQUES LIÉS À LA PRISE DES MÉDICAMENTS 59

FICHE 4. SOUFFRANCE PHYSIQUE 63

FICHE 5. SOUFFRANCE PSYCHIQUE 67

**FICHE 6. TROUBLES DU COMPORTEMENT
ET TROUBLES COGNITIFS 71**

FICHE 7. RISQUE SUR LA SANTÉ DES AIDANTS 75

Les fiches-repères qui suivent concernent les principales problématiques liées au risque de perte d'autonomie ou de son aggravation rencontrées par les personnes âgées⁵⁴ vivant à domicile (cf. sommaire ci-dessus).

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

⁵⁴ Les aidants des personnes âgées en perte d'autonomie 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. p7)

Les fiches-repères se décomposent en 4 parties :

Partie 1 – LES SIGNES D'ALERTE À OBSERVER : ces signes servent de base pour le repérage par les intervenants au domicile. Ils peuvent aussi guider les aidants au contact avec la personne concernée ;

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

Partie 3 – LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES : cette partie vise à guider les intervenants sur les conduites à suivre⁵⁵ dès lors qu'une des problématiques est rencontrée chez une personne accompagnée.

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

CONSEILS D'UTILISATION

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

La partie 3 (recommandations) est destinée à la structure. Sont déclinés l'ensemble des recommandations ainsi que les résultats attendus concernant la mise en place de ces recommandations de bonnes pratiques dès lors qu'un signalement a été fait.

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

Le conseil +

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

Le conseil ++

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

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

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

⁵⁵ **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 rapprochez des CTA, des PTA, des MAIA, etc.

MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

POUR LES INTERVENANTS

LES SIGNES D'ALERTE

« LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTEER »

↳ Il s'agit notamment :

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

↳ ou, a contrario :

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

↳ Les signes d'alerte peuvent également porter sur une situation qui se prolonge ou qui ne se modifie pas. Il s'agit notamment :

- d'un réfrigérateur qui reste vide ;
- d'un réfrigérateur qui reste trop rempli ;
- de la présence de produits périmés ;
- de repas encore intacts ou presque.

BON À SAVOIR

LES FACTEURS DE RISQUE

↳ Facteurs socio-psychologiques et environnementaux :

- autonomie alimentaire : modification des capacités à préparer les repas, à les servir et à les manger ;
- difficultés pour s'approvisionner : commerces alimentaires éloignés, difficulté pour se déplacer, etc. ;
- souffrance psychique et dépression ;
- perte de convivialité pendant les repas : isolement, repas non préparé par la personne, durée du repas trop courte, etc. ;
- 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. ;
- environnement de la personne : température élevée/froide du domicile, cuisine mal agencée, 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, manger, mâcher ou avaler, etc. ;
- maladies aiguës infectieuses (en particulier pour l'hydratation) : grippe, angine, gastro-entérite, etc. ;
- maladies liées au vieillissement : problèmes liés à la mémoire, à la parole, à une déficience sensorielle, etc. ;
- perte de goût et de l'envie de boire ;
- régimes ;
- prise de plusieurs médicaments à la fois.

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 et/ou son aidant à exprimer ses besoins et ses attentes.
- En pesant régulièrement la personne (une fois par mois).
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants.
- En échangeant, si la personne est d'accord, avec son entourage et les partenaires qui l'accompagnent, dont son médecin traitant afin d'élaborer ensemble ce qui peut être mis en place à partir de la remontée d'informations de la personne elle-même, de son aidant et/ou des professionnels de terrain.

↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne, son entourage, en équipe et avec les partenaires (médecin traitant, diététicien, nutritionniste, etc.) dans le respect des règles de partage d'informations.
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations entre les intervenants et le responsable, et entre le responsable et les partenaires.

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

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

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

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

MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

RÉSULTATS ATTENDUS

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

DES OUTILS⁵⁶ POUR ALLER PLUS LOIN...

↘ Sur l'évaluation de l'état nutritionnel

- **Échelle MNA** : Mini Nutritional Assessment (p.21, 22 et 23 du *Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé des « Guide nutrition à partir de 55 ans »* et « *Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées* ». INPES)
- 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 « *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

- Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015.
- 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
- <http://www.denuitration-formation.fr/>

⁵⁶ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

CHUTES

CHUTES

POUR LES INTERVENANTS

LES SIGNES D'ALERTE

« LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTER »

↳ Il peut s'agir :

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

BON À SAVOIR

LES FACTEURS DE RISQUE

↳ Facteurs sociaux-psychologiques/comportementaux :

- sédentarité et manque d'activité physique;
- consommation abusive d'alcool;
- levées multiples la nuit et/ou l'urgence pour aller aux toilettes (notamment en cas d'incontinence);
- automédication.

↳ Facteurs environnementaux :

- dangers liés à l'absence d'aménagement adapté du domicile (encombrement du logement, présence d'obstacles, présence de tapis, escaliers glissants non sécurisés par des rampes, cuisine mal agencée, ustensiles courants inaccessibles, environnement non familier, entretien des sols excessif ou insuffisant, planchers inégaux, interrupteurs difficilement accessibles, éclairage insuffisant, etc.);
- dangers liés à l'environnement extérieur (escaliers, présence d'obstacles, mauvais éclairages, terrasse humide et/ou encombrée de feuilles, etc.);
- absence ou port de lunettes inappropriées;
- chaussures/chaussons inadaptés;
- refus d'aides techniques.

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

- 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 certains médicaments (par exemple les neuroleptiques ou les psychotropes), la prise de plusieurs médicaments en même temps (quatre médicaments ou plus) 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.);
- contention.

POUR LA STRUCTURE

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

- En encourageant la personne et/ou son aidant à exprimer ses besoins et ses difficultés.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants.
- En échangeant, si la personne est d'accord, avec son entourage et les partenaires qui l'accompagnent, dont son médecin traitant afin d'élaborer ensemble ce qui peut être mis en place à partir de la remontée des informations transmises par la personne elle-même, son aidant et/ou les intervenants.

➤ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne, son entourage, en équipe et avec les partenaires (médecin traitant, masseur kinésithérapeute, pédicure podologue, etc.) dans le respect des règles de partage d'informations.
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations entre les intervenants et le responsable, et entre le responsable et les partenaires.

➤ ADAPTER LES RÉPONSES LORSQUE LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES MONTRENT DES RISQUES DE CHUTES

- En recherchant des réponses en équipe, en accord avec la personne et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant la personne et ses aidants dans la recherche de solutions.
- En sollicitant ou orientant vers les partenaires (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.
- En évaluant en équipe les actions mises en place et leurs limites.

➤ SENSIBILISER ET FORMER LES PROFESSIONNELS AU REPÉRAGE DES RISQUES DE CHUTES

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

RÉSULTATS ATTENDUS

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

DES OUTILS⁵⁷ 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
- 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.
- 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 (pp. 15-19)
- www.mangerbouger.fr.
- www.reponses-bien-vieillir.fr (site proposé par l'INPES et les Caisses de retraites)

⁵⁷ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

RISQUES LIÉS À LA PRISE DES MÉDICAMENTS

POUR LES INTERVENANTS

LES SIGNES D'ALERTE

« LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTEER »

- Non utilisation d'un pilulier.
- Présence de médicaments dans différent(e)s endroits ou pièces (cuisine, chambre, séjour, etc.).
- Médicaments retrouvés par terre ou qui traînent à côté d'un verre.
- Présence de plusieurs boîtes du même médicament entamées.
- Réserve importante de médicaments (armoire à pharmacie pleine, médicaments périmés, etc.).
- Besoin de renouvellement de l'ordonnance avant échéance ou à l'inverse encore des médicaments restants.
- Prise irrégulière, mauvaise utilisation du pilulier (jour passé et case pleine par exemple).
- Changement de traitement (en plus/en moins).
- Retour d'une hospitalisation.
- Épisode aigu (grippe, pneumopathie, gastro-entérite, etc.).
- Plaintes par rapport à certains médicaments (« pas bon, me fait mal, celui-là il est trop gros je n'arrive pas à l'avalier, je n'arrive pas à l'attraper »).
- Problèmes de forme (gouttes à compter, à mettre dans l'œil mais ne peut pas lever le bras, etc.).
- Problèmes de déglutition/fausses routes.
- Ne pas voir un médecin régulièrement (alors que présence de médicaments dans le domicile).
- Se rendre dans plusieurs pharmacies.

BON À SAVOIR

↘ 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 (infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE), médecin traitant (MT), pharmacien, aide-soignant(e) (AS), orthophoniste) ;
- vivre seul et/ou baisse des capacités de l'aidant ;
- ne pas avoir de médecin traitant.

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

- aggravation d'une pathologie ou arrivée d'une nouvelle pathologie ;
- problèmes de déglutition/fausses routes ;
- avoir plusieurs pathologies et de voir plusieurs spécialistes ;
- consommer plus de 5 médicaments ;
- avoir une pathologie qui nécessite des horaires ou conditions de prise très précises (parkinson, diabète, cardio-vasculaire, trouble circulatoire, etc.) ;
- automédication ;
- déficience visuelle et tactile (ne pas bien attraper) ;
- non observance.

LES FACTEURS DE RISQUE

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 et/ou son aidant à exprimer ses besoins et ses attentes.
- En vérifiant avec la personne qu'elle prend bien ses médicaments régulièrement et qu'elle sait pour quelle pathologie ils sont prescrits.
- En observant les évolutions dans sa manière de les prendre ou quand son aidant les lui prépare.
- En échangeant, si la personne est d'accord et selon les besoins, avec son entourage et les partenaires (IDE, aide-soignant(e) (AS), pharmacien) qui l'accompagnent, dont son médecin traitant afin d'élaborer ensemble ce qui peut être mis en place à partir de la remontée des informations transmises par la personne elle-même, son aidant et/ou les intervenants.

↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne, son entourage, en équipe et avec les partenaires (médecin traitant, le pharmacien, l'infirmière, etc.) dans le respect des règles de partage d'informations.
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations entre les intervenants et le responsable, et entre le responsable et les partenaires.

↘ ADAPTER LES RÉPONSES LORSQUE LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES MONTRENT DES RISQUES LIÉS A LA PRISE DES MÉDICAMENTS

- En recherchant des réponses en équipe, en accord avec la personne et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant la personne et ses aidants dans la recherche de solution ; 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 pharmacien, le gériatre, le médecin traitant, l'infirmière et/ou SSIAD, et selon les situations, 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.
- 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 aux intervenants les principaux facteurs de risque liés à la prise des médicaments (non observance, médicaments les plus à risque, etc.).
- En formalisant ces éléments dans le projet de service.
- En inscrivant cette thématique dans le plan de formation.
- En encadrant l'éventuelle utilisation d'outils d'aide au repérage des signes d'un risque lié à la consommation des médicaments.
- En organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la consommation médicamenteuse.

RISQUES LIÉS À LA PRISE DES MÉDICAMENTS

RÉSULTATS ATTENDUS

L'équipe au plus proche des personnes âgées connaît les principaux facteurs de risque lié à la prise des médicaments, il 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 OUTILS⁵⁸ POUR ALLER PLUS LOIN...

↘ Sur la thématique

- LEEM⁵⁹. *Le guide du bon usage des médicaments*. 2015
- AFSSAPS. *Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé*. Juin 2005
- Ameli : prévention de la iatrogénie médicamenteuse
- HAS. *Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?*. Points clés et solutions organisation des parcours, sept 2014
- 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

⁵⁸ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

⁵⁹ LEEM : Les entrapises du médicament

SOUFFRANCE PHYSIQUE

SOUFFRANCE PHYSIQUE

POUR LES INTERVENANTS

LES SIGNES D'ALERTE

« LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTER »

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

BON À SAVOIR

LES FACTEURS DE RISQUE

↘ **Facteurs médicaux ou paramédicaux (lorsque ces éléments peuvent être connus du service) :**

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

↘ **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, habillement et déshabillage, alimentation, etc. ;
- soins techniques : pansement, soin de plaie, injection, etc.

SOUFFRANCE PHYSIQUE

POUR LA STRUCTURE

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

- En encourageant la personne et/ou son aidant à exprimer ses besoins et ses attentes.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants.
- En utilisant une échelle d'évaluation de la douleur pour les soignants.
- En échangeant, si la personne en est d'accord avec son entourage et les partenaires qui l'accompagnent, dont son médecin traitant afin d'élaborer ensemble ce qui peut être mis en place à partir de la remontée des informations transmises par la personne elle-même, son aidant et/ou les intervenants.

↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne, son entourage, en équipe et avec les partenaires (le médecin, le pharmacien, le gériatre, etc.) dans le respect des règles de partage d'informations.
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations entre les intervenants et le responsable, et entre le responsable et les partenaires.

↘ ADAPTER LES RÉPONSES LORSQUE LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES MONTRENT DES SIGNES DE DOULEUR

- En recherchant des réponses en équipe, en accord avec la personne et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant la personne et ses aidants dans la recherche de solutions.
- En sollicitant les partenaires et plus particulièrement le médecin traitant qui doit être alerté de l'apparition, la persistance ou de la majoration des douleurs.
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés.
- En évaluant en équipe les actions mises en place et leurs limites (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 aux intervenants les principaux facteurs de risque de douleur.
- En formalisant ces facteurs de risques de douleur dans le projet de service.
- 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.
- En organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la douleur.

SOUFFRANCE PHYSIQUE

RÉSULTATS ATTENDUS

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

DES OUTILS⁶⁰ 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

⁶⁰ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

⁶¹ Cf. recommandation Anesm « *la prise en compte de la souffrance psychique chez la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement* ». Saint-Denis : Anesm. 2014 (tableau récapitulatif p.68)

SOUFFRANCE PSYCHIQUE⁶¹

SOUFFRANCE PSYCHIQUE

POUR LES INTERVENANTS

LES SIGNES D'ALERTE

« LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTEER »

↳ Il peut s'agir :

- de découragement, de perte de plaisir et d'envie ;
- d'une baisse de l'estime de soi, d'un repli sur soi ;
- d'un désintérêt, d'une perte de lien avec l'entourage ;
- d'une perte visible de poids, d'une perte d'appétit ou au contraire d'une prise de poids importante, boulimie ;
- de négligence de son apparence ;
- d'un désinvestissement pour les activités habituelles ;
- d'un désinvestissement pour les objets personnels, d'un mauvais entretien du logement ;
- d'une mauvaise observance de traitement ;
- d'une consommation excessive d'alcool ;
- d'un état de la personne qui se prolonge dans le temps :
 - angoisse,
 - sentiment de tristesse, de pleurs,
 - sentiment d'inutilité,
 - sentiment de ne pas être écouté,
 - état dépressif,
 - envie de mourir,
 - troubles du sommeil.

BON À SAVOIR

LES FACTEURS DE RISQUE

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

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

↳ Des altérations de la santé physique

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

↳ Des événements de vie traumatisants

- Annonce de la maladie ou du décès d'un proche, nécessité de changer de domicile et/ou entrée en établissement, chute(s), retour d'hospitalisation, etc.

↳ Des périodes de l'année anxigènes

- 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.

SOUFFRANCE PSYCHIQUE

POUR LA STRUCTURE

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

- En encourageant la personne et/ou son aidant à exprimer ses besoins et ses attentes.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants.
- En échangeant, si la personne en est d'accord avec son entourage et les partenaires qui l'accompagnent, dont son médecin traitant afin d'élaborer ensemble ce qui peut être mis en place à partir de la remontée des informations transmises par la personne elle-même, son aidant et/ou les intervenants.

↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne, son entourage, en équipe et avec les partenaires (le médecin traitant, le neurologue, le psychiatre, le psychologue, le gériatre, etc.) dans le respect des règles de partage d'informations.
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations entre les intervenants et le responsable, et entre le responsable et les partenaires.

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

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

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

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

SOUFFRANCE PSYCHIQUE

RÉSULTATS ATTENDUS

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

DES OUTILS⁶² 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

⁶² L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

TROUBLES DU COMPORTEMENT ET TROUBLES COGNITIFS

POUR LES INTERVENANTS

LES SIGNES D'ALERTE

« LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTER »

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

BON À SAVOIR

Il existe de nombreux facteurs pouvant favoriser des troubles cognitifs et/ou du comportement. En tant qu'intervenant du domicile, 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 médicaux et paramédicaux (lorsque ces éléments peuvent être connus du service) :

- maladie psychique et/ou somatique, de la mémoire ;
- déficiences sensorielles (perte ou altération d'un ou plusieurs sens) ;
- douleurs ;
- troubles du sommeil ;
- traitement médicamenteux ;
- déshydratation.

LES FACTEURS DE RISQUE

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 et/ou son aidant à exprimer ses besoins et ses attentes.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants.
- En échangeant, si la personne en est d'accord avec son entourage et les partenaires qui l'accompagnent dont son médecin traitant, afin d'élaborer ensemble ce qui peut être mis en place à partir de la remontée des informations transmises par la personne elle-même, son aidant et/ou les intervenants...

↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne, son entourage, en équipe et avec les partenaires (le médecin traitant, le neurologue, le psychiatre, le psychologue, le gériatre, etc.) dans le respect des règles de partage d'informations.
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations entre les intervenants et le responsable, et entre le responsable et les partenaires.

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

- En recherchant des réponses en équipe, en accord avec la personne, et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant la personne et ses aidants dans la recherche de solutions.
- En sollicitant les partenaires et plus particulièrement le médecin traitant, gériatre, neurologue, CTA, MAIA, PTA, etc. et les partenaires 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.
- En évaluant en équipe les actions mises en place et leurs limites.

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

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

RÉSULTATS ATTENDUS

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

DES OUTILS⁶³ 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 thématique « Iatrogénie médicamenteuse »

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

⁶³ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

RISQUE SUR LA SANTÉ DES AIDANTS

Ce qu'ils me disent, ce que je vois

RISQUE SUR LA SANTÉ DES AIDANTS

Ce qu'ils me disent, ce que je vois

REPERAGE/DOMICILE

POUR LES INTERVENANTS

« LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTER »

↳ Évolution de situation générale de l'aidant :

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

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

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

↳ 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.

↳ Souffrance physique

↳ Difficulté d'accès aux soins :

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

↳ 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.

↳ Évolution de la situation financière

BON À SAVOIR

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

LES SIGNES D'ALERTE

LES FACTEURS DE RISQUE

POUR LA STRUCTURE**↘ METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE VEILLE PERMETTANT D'IDENTIFIER LES SIGNES DE RISQUES DE PERTE D'AUTONOMIE DES AIDANTS**

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

↘ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec l'aidant mais aussi avec la personne accompagnée et en équipe sur les changements observés dans le respect des règles de partage d'informations.
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations entre les intervenants et le responsable.

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

- En recherchant des réponses en équipe.
- En encourageant l'aidant à consulter son médecin traitant.
- En orientant l'aidant 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 aux intervenants les principaux facteurs de risque d'épuisement des aidants.
- En formalisant ces éléments dans le projet de service.
- En inscrivant cette thématique dans le plan de formation.
- En encadrant l'éventuelle utilisation d'outils d'aide au repérage.
- 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.

RÉSULTATS ATTENDUS

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

DES OUTILS⁶⁴ 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

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

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

GRILLE DE LECTURE : TOUT PUBLIC 80

GRILLE DE LECTURE SPÉCIFIQUE
POUR LES PERSONNES DE GIR 1 À 4 83

Les signes identifiés dans les grilles suivantes sont autant de thématiques qui peuvent être travaillées en équipe avec l'ensemble des professionnels intervenants au domicile.

1 GRILLE DE LECTURE : TOUT PUBLIC

« Ce que je vois, ce que la personne me dit, ce que l'aidant⁶⁵ me dit »

Cette grille peut servir pour l'ensemble des personnes accompagnées par un service. Une **attention renforcée** sera portée 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 PERSONNE⁶⁶

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

⁶⁵ Concernant les aidants, l'Anesm a publié un ensemble de recommandations intitulé : « *le soutien des aidants non professionnels* ». Saint-Denis : Anesm. 2014 (téléchargeable sur le site de l'Anesm).

⁶⁶ 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 THÉMATIQUES⁶⁷

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
- Refus de l'aide professionnelle

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 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 : ne s'habille plus en cohérence avec la saison etc.
- Modification dans sa capacité à prendre des décisions
- Difficulté à reconnaître les personnes
- Modification du comportement ou de l'humeur : agressivité, errance, agitation, refus de soins, sentiment de préjudice ou de persécution (la personne se sent volée, spoliée), apathie, etc.

Les signes de 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

- Difficulté à sortir du lit, 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

⁶⁷ Les signes qui font l'objet d'une fiche-repère spécifique sont identifiés par un astérisque (*)

LES SIGNES PROPRES À CERTAINES THÉMATIQUES

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

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

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

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

Les signes d'une déficience sensorielle⁶⁸

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

Les signes d'une mauvaise nutrition et/ou de déshydratation* (si l'établissement propose des temps de repas collectifs)

- Mange/boit moins
- Mange plus lentement
- Refus de manger et/ou de boire
- Fait des fausses routes
- Modification visible du poids

POINT DE VIGILANCE

Cette grille peut également être utile pour repérer les risques d'épuisement ou de perte d'autonomie des aidants des personnes accompagnées. L'entourage contribue pleinement à la qualité de vie de la personne. 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.

⁶⁸ Anesm. *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées*, Saint-Denis: Anesm, (en cours, à paraître 2016)

2 GRILLE DE LECTURE SPÉCIFIQUE POUR LES PERSONNES DE GIR 1 À 4

« *Ce que je vois, ce que la personne me dit, ce que l'aidant⁶⁹ me dit* »

Cette grille est spécifique pour les personnes pour lesquelles une dépendance a été reconnue et pour laquelle des aides ont été mises en place.

Pour les personnes âgées qui sont « évaluées » en GIR 1, GIR 2, GIR 3 ou GIR 4 les services interviennent plus régulièrement que pour des personnes âgées « classées » en GIR 5 ou GIR 6.

Pour les personnes « évaluées » en GIR 1 ou GIR 2, le service pourra avoir une fréquence et une amplitude d'intervention importante. Cependant l'expression des besoins et des attentes pourra être plus complexe que pour d'autres profils de personnes âgées, notamment à cause des troubles cognitifs :

Pour les personnes en GIR 3 et GIR 4, les services ont souvent plus de marges de prévention possibles que pour les personnes en GIR 1 et GIR 2.

Malgré tout comme pour la grille « tout public » (cf. p 80) une **attention renforcée** sera portée 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.).**

⁶⁹ Concernant les aidants, l'Anesm a publié un ensemble de recommandations intitulé : « *le soutien des aidants non professionnels* ». Saint-Denis : Anesm, 2014 (téléchargeable sur le site de l'Anesm).

SI LE PLAN D'INTERVENTION OU DE SOINS INCLUT LA TOILETTE, L'AIDE À LA TOILETTE ET/OU LES SOINS D'HYGIÈNE

Les signes de troubles cognitifs ou de perte d'autonomie physique repérable lors de l'aide à la toilette et/ou des soins d'hygiène

- Modification dans sa capacité à faire sa toilette du haut et/ou du bas
- Difficulté à entretenir une bonne hygiène (notamment de la bouche, des pieds et des oreilles)
- Non accessibilité et mauvais usage des aides techniques, notamment les prothèses auditives, prothèses dentaires, lunettes, etc.
- Présence de lésions cutanées pouvant aller de la rougeur à l'escarre (notamment vérification de la peau au niveau des points d'appui)

Rappel : l'aide à la toilette est assimilée à un acte essentiel de la vie quotidienne qui peut être réalisé par l'auxiliaire de vie si elle n'a pas fait l'objet d'une prescription médicale (SAAD). Dans le cas contraire, il s'agit d'un acte de soins réalisé par l'aide-soignant ou l'infirmier.

SI LE PLAN D'INTERVENTION INCLUT L'HABILLEMENT/DÉSHABILLEMENT

Les signes de troubles cognitifs ou de perte d'autonomie physique repérables lors de l'habillement/déshabillage

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

SI LE PLAN D'INTERVENTION OU DE SOINS INCLUT L'ALIMENTATION ET L'HYDRATATION

Les signes de troubles cognitifs ou de perte d'autonomie physique repérables lors de l'alimentation

- Refus de manger et/ou de boire
- Mange/boit moins
- Fait des fausses routes
- Mange plus lentement
- Perte visible de poids
- Poubelle qui se remplit, réfrigérateur vide ou trop rempli, produits périmés

SI LE PLAN D'INTERVENTION OU DE SOINS INCLUT LES FONCTIONS D'ÉLIMINATION OU SI L'INTERVENTION PEUT COMPRENDRE UN ACCOMPAGNEMENT AUX TOILETTES

Les signes de troubles cognitifs ou de perte d'autonomie physique repérables lors de l'élimination

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

SI LE PLAN D'INTERVENTION OU DE SOINS INCLUT LA GESTION DES MÉDICAMENTS OU SI L'INTERVENTION PEUT DEMANDER UNE VIGILANCE VIS-À-VIS DE LA PRISE DE MÉDICAMENTS

Les signes de troubles cognitifs ou de perte d'autonomie physique repérables lors de la prise de médicament

- (Pour les SSIAD) Sur ou sous consommation médicamenteuse
- Date de péremption des médicaments dépassée
- Multitude de boîtes ouvertes sur la table
- Pilulier posé visiblement et vide (ou plein)

Rappel : conformément à l'article L313-26 du CASF, l'aide à la prise de médicaments est assimilée à un acte essentiel de vie quotidienne qui peut être réalisé par l'auxiliaire de vie sociale (SAAD) ou un autre professionnel si cette prise est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule. Cette administration constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante, et est réalisable sous condition que le médecin ne s'oppose pas à cette pratique, c'est-à-dire qu'il ne soit pas fait mention sur la prescription de la nécessité de l'intervention d'infirmiers, selon l'article L313-26 du CASF. Enfin, et sous réserve de l'élaboration d'un protocole avec l'équipe soignante, cette aide est possible lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières d'administration ni ne nécessite un apprentissage. Sinon, l'aide à la prise de médicament peut se faire par un aide-soignant ou un infirmier et leur préparation peut se faire par un infirmier ou un pharmacien.

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES

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

CNAM-TS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COFACE	Confédération des organisations familiales de l'Union européenne
CPAM	Caisse primaire d'Assurance maladie
CSI	Centre de soins infirmiers
CSP	Code de la santé publique
CTA	Cellule territoriale d'appui
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGCIS	Direction Générale de la Compétitivité, de l'Industrie et des Services. <i>Devenue au 1^{er} septembre 2014 DGE : Direction Générale des Entreprise</i>
DMP	Dossier médical personnel
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	Équipe mobile de gériatrie
EMGE	Équipe mobile de gériatrie externe
ESA	Équipe spécialisée Alzheimer
GDS	Geriatric depression scale
GIR	Groupe iso-ressources
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé

IDE	Infirmière diplômé d'Etat
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion pour la santé
LEEM	Les entreprises du médicament
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MISAP	Mission des services à la personne
MNA	Mini Nutritional Assessment
MT	Médecin traitant
PACT	Association bâtisseurs de solidarités pour l'habitat
PCH	Prestation de compensation du handicap
PNSS	Programme national nutrition santé
PRADO	Programme d'accompagnement de retour à domicile
PTA	Plateforme territoriale d'appui
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SFGG	Société française de gériatrie et de gérontologie
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
UNCCAS	Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

ANNEXES

Annexe 1

CONDUITE DES TRAVAUX

Équipe projet de l'ANESM

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

Coordination

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

Coordination éditoriale

- Yaba BOUESSE, chargée de communication

Référents Comité d'orientation stratégique (COS) de l'Anesm

- 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 (CS) de l'Anesm

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

Analyse juridique

- Cabinet SCP GRANDJEAN-POINSOT & ASSOCIÉS, Montpellier, Hérault

Validation et adoption des recommandations. Décision d'adoption 2016-07 du 15 février 2016.

- Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm

Groupe de travail

- Marie-France BERNARD, déléguée Intervention sociale & SAP, Adessadomicile, Paris
- Sylvie BONIN-GUILLAUME, professeur Université, Praticien hospitalier en gériatrie, hôpital Sainte Marguerite, Marseille
- Catherine BOZSODI, responsable du pôle médico-social et développement de projets, Caisse autonome de la sécurité sociale dans les mines, Carmaux
- Christophe CAMBONA, responsable de département, Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), Paris
- Isabelle CROUZEL, Pilote MAIA, Association de gestion MAIA du territoire santé n° 6, Dinard
- Martine DECHAMP, présidente, Commission d'action sanitaire et sociale, Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), Paris
- Christelle DROULEZ, médecin géronto-handicap, Conseil général de la Nièvre, Nevers
- Olivier DRUNAT, médecin gériatre, chef de service, Hôpital Bretonneau, Paris
- Jean Sébastien GUITTER, infirmier coordinateur, Association Soins et Soutiens Intercantonale Erdre et Loire (ASSIEL), Ancenis
- Jean-Claude JAMOT, référent COS, génération mouvement, Saint-Georges d'Orques
- Garmenick LEBLANC, coordinatrice cellule médico-sociale, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Paris
- Marielle LERBOUR, chargée de mission développement, Union nationale ADMR, Paris
- Rémi MANGIN, chef de projet PA/PH/Aidants, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA), Paris
- Philippe METGE, directeur général de la cohésion sociale, Centre communal d'action sociale (CCAS), Royan
- Sylvie MERVILLE, gériatre, expert médical secteur personnes âgées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), Paris
- Béatrice ROLLAND, cheffe du bureau « prévention de la perte d'autonomie », DGCS, Paris
- Laurent SANDERS, anciennement adjoint au chef du bureau, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Paris - Actuellement délégué du Préfet de la Somme

Groupe de lecture

- Marie ALDEBERT, Chargée de mission en appui aux EMS APA, Caisse nationale de solidarité pour autonomie (CNSA), Paris
- Vololona ANDRIANT, responsable qualité, Fédération des Associations de l'Aide Familiale Populaire (FNAAFP/CSF), Paris
- Emmanuel CORBILLON, chef de projet, Haute autorité de santé (HAS), Paris
- Sylvain DENIS, vice président, Comité national des retraités et personnes âgées, Paris
- Jean-Philippe FLOUZAT, gériatre, conseiller médical, Agence régionale de santé Île-de-France
- Franck GUICHET, sociologue, émiCité, Montrouge
- Séverine HOUEL, infirmière, coordinatrice du CLIC
- Murielle JAMOT, déléguée nationale filières personnes âgées et domicile, direction Santé Autonomie, Croix Rouge Française, Paris
- Aurore ROCHETTE, déléguée Santé et Soins, Adessadomicile, Paris
- Caroline SELVA, Conseillère technique Autonomie et Citoyenneté des personnes âgées et des personnes handicapées, UNIOPSS, Paris
- Mireille SPITZER, Présidente, Unassi, Castelnau-Magnoac
- Eliane VANHECKE, bureau des maladies chroniques, direction générale de la santé (DGS), Paris
- Monica YUNES, directrice, Centre local d'information et de coordination (CLIC), Portes de l'Essonne
- Myriam ZMISLONY, directrice, Centre local d'information et de coordination (CLIC) du Pays Champenois

Listes des Autres contributeurs

- Association Aide à Domicile AAFP/CSF, Le Mans

Listes des structures visitées

- Association Santé Loire Vallée de l'Authion, SSIAD-ESA, Longué
- Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) - Association de maintien à domicile des personnes âgées (AMADPA), Montgeron
- SSIAD-ESA-MAIA du Grand Périgueux, Périgueux

Annexe 2

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

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

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

Ses missions

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

- La première consiste à valider ou produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, références et procédures à partir desquelles les ESSMS doivent légalement procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.
- La seconde consiste à habilitier les organismes auxquels les ESSMS doivent faire appel afin qu'ils procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité de leurs prestations notamment en vue du renouvellement de leur autorisation de fonctionnement (cf. annexe 3-10 du Code de l'action sociale et des familles).

Son fonctionnement

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

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

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

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

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

Les champs de compétences

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

Le dispositif d'évaluation

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

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

Les recommandations de l'Anesm

↘ Quarante-huit **recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr** :

Tous secteurs

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

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

Personnes âgées

- Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet domicile (2016)
- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement (2014)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (2012)
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (2012)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad (2012)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (2011)

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

Personnes handicapées

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

Protection de l'enfance

- Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2015)
- Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur (2015)
- L'évaluation interne : repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2015)
- L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance (2014)

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

Inclusion sociale

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

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

ANESM

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

www.ansm.sante.gouv.fr

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables - Juin 2016