

PERSONNES ÂGÉES

**RECOMMANDATIONS DE
BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**



FICHES-REPÈRES



INCLUSION SOCIALE

PROTECTION DE L'ENFANCE

PERSONNES HANDICAPÉES

PERSONNES ÂGÉES ✓

REPÉRAGE DES DÉFICIENCES SENSORIELLES ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES QUI EN SONT ATTEINTES DANS LES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES

VOLET RÉSIDENCES AUTONOMIE

Anesm

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

Ce document a reçu l'avis favorable du Comité d'orientation stratégique
et du Conseil scientifique de l'Anesm. Juillet 2016
Validation et décision d'adoption du directeur de l'Anesm, le 13 décembre 2016.
Décision d'adoption n° 2016-32



CES RECOMMANDATIONS
CONCERNENT
LES PROFESSIONNELS
DU SECTEUR :



PERSONNES
ÂGÉES

SOMMAIRE

PRÉSENTATION GÉNÉRALE	5
1. Le contexte des recommandations	7
2. Le champ des recommandations	9
3. Les destinataires des recommandations	12
4. Les objectifs des recommandations	14
RECOMMANDATIONS	19
1. Repérage et prévention des déficiences sensorielles	22
2. Compensation des déficiences sensorielles et adaptation des pratiques	28
3. Coordination avec les acteurs du territoire pour un accompagnement de qualité	30
4. Prise en considération des personnes atteintes de déficiences sensorielles dans la stratégie et les orientations du projet d'établissement	32
FICHES-REPÈRES	35
1. Fiches-repères « du repérage à l'accompagnement »	37
Déficience visuelle	39
Déficience auditive	44
Déficience gustative	49
Déficience olfactive	53
Déficience vestibulaire	57
Déficience tactile	61
2. Fiches-repères « savoir-être » et « savoir-faire »	65
Mémento toutes déficiences	68
Déficience visuelle	69
Déficience auditive	72
Déficience gustative et/ou olfactive	74
Déficience vestibulaire	75
Déficience tactile	76

ANNEXES	77
Annexe 1 – La personne de confiance	79
Annexe 2 – Financement des aides techniques	80
Annexe 3 – Les professionnels de la rééducation et de la réadaptation	84
Annexe 4 – Conduite des travaux	88
Glossaire	90
LISTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE L'ANESM	91

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

**1. Le contexte des
recommandations 7**

**2. Le champ des
recommandations 9**

3. Les destinataires 12

**4. Les objectifs des
recommandations 14**

1 LE CONTEXTE DES RECOMMANDATIONS

Le processus de vieillissement normal (sénescence) se traduit notamment par une diminution graduelle d'un certain nombre de capacités. Il se caractérise par une diminution de la masse maigre, une augmentation de la masse grasse et une perte progressive de poids au-delà de 70 ans¹. Le vieillissement des organes est très variable d'un individu à l'autre en fonction de multiples facteurs génétiques, environnementaux, etc.

Les manifestations du vieillissement sont nombreuses :

- changements externes (cheveux gris, peau qui plisse et s'amincit, moins de tissus musculaires, etc.);
- diminution des capacités physiques (diminution de la puissance physique, ralentissement du corps, baisse des réflexes, baisse de la coordination, troubles de l'équilibre, etc.);
- changements physiologiques;
- etc.

Enfin, au titre des changements physiologiques induits par le vieillissement, figure la diminution des capacités sensorielles :

- **la vue** : baisse de la vision accrue par une diminution de la luminosité ambiante, baisse de la sensibilité aux contrastes, diminution de la sensibilité chromatique, augmentation de la sensibilité à l'éblouissement, apparition de troubles de la vue (presbytie, astigmatisme, etc.) et développements de pathologies visuelles (cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge –[DMLA](#)–, décollement de la rétine, rétinopathie diabétique) ;
- **l'ouïe** : diminution de l'activité auditive (presbycusie), diminution de la discrimination (fréquentielle, temporelle, etc.) entraînant une dégradation de la compréhension et de l'intégration de la parole ;
- **le goût** : moins grande sensibilité des papilles gustatives ;
- **l'odorat** : moins de sensibilité aux odeurs ;
- **le toucher** : déclin de sensation tactile dû au changement vasculaire de la peau. Vitesse de conduction neurosensorielle plus lente.

Non prises en compte, ces altérations ont des conséquences sur la qualité de vie des personnes : isolement, repli sur soi, déficits et/ou troubles de la communication, dépression (pouvant mener au suicide), etc.

La diminution des capacités sensorielles accélère la survenue de la dépendance, avec une augmentation non négligeable des accidents domestiques et/ou une aggravation de la morbidité, voire même une augmentation de la mortalité. La prévention et le repérage des déficiences sensorielles et l'ensemble des réponses à y apporter constituent donc un enjeu majeur de santé publique, et ce d'autant plus lorsque l'on prend en considération l'évolution démographique de la population française.

¹ Faculté de médecine de Toulouse. *Item 54 : Le vieillissement normal ; aspects biologique, fonctionnel et relationnel. Prévention du vieillissement pathologique.* 2007. (Document électronique).

Au 1^{er} janvier 2016 en France, plus de 16 millions de personnes ont atteint l'âge de 60 ans, près de 4 millions ont au moins 80 ans et ces chiffres devraient encore considérablement augmenter dans les années à venir².

Aujourd'hui, on retrouve des mesures préventives pour retarder les effets du vieillissement dans différents plans et projets de lois. Chacun d'entre eux souligne la nécessité de mieux prendre en compte les personnes fragiles, en les plaçant non seulement au cœur des dispositifs d'accompagnement (objectif de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, renforcée par la loi sur l'accessibilité du 11 février 2005), mais aussi en mettant en place une véritable politique de prévention.

Dès 2006, le plan Solidarité Grand-Âge (2006)³ a prévu un ensemble de mesures dont une partie concernait l'axe de la recherche et de la prévention. Comme le précisait Monsieur Philippe BAS au sein de ce plan, il s'agissait de « mettre en place une politique de prévention pour corriger tous les facteurs de risque d'entrée dans la dépendance et permettre une longévité active et en bonne santé ».

En 2007, l'axe 4 du plan national « Bien Vieillir » 2007-2009⁴, relatif à la qualité de vie, décline sept mesures propres à favoriser la prévention des facteurs de risque et des pathologies, dont la prévention des déficits auditifs (4-3) et des déficits visuels (4-4). Il avait pour objectif notamment d'améliorer « la prise en charge de la surdité en tenant compte des progrès technologiques » ; il a souligné également la nécessité d'améliorer « la précocité du dépistage des déficits visuels ».

En 2008, un plan a été élaboré spécifiquement pour les personnes déficientes visuelles : le plan 2008-2011 pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la cité⁵. Ce plan a vu le jour pour tenir compte des spécificités du handicap visuel par rapport aux objectifs visés par la loi du 11 février 2005. L'enquête de la [DREES](#) réalisée en 2014⁶ insiste sur la nécessité de distinguer les troubles visuels graves non corrigibles, facteurs de situations de handicap, des défauts visuels classiques et corrigibles.

Dès 2010, ce plan a été suivi d'un plan relatif à la déficience auditive : le Plan 2010-2012 en faveur des personnes sourdes ou malentendantes. Ce plan visait à améliorer la prévention et le dépistage (par exemple, la mesure 7 pour le dépistage vers 60 ans), ainsi qu'à mieux prendre en compte la déficience auditive à tous les âges de la vie.

Le plan des maladies neuro-dégénératives 2014-2019 (qui a succédé au plan Alzheimer 2008-2012), comporte 96 mesures dont certaines sont davantage axées sur la prévention (notamment la mesure 6 : « agir sur les facteurs de risque de dégradation de l'état de santé »). Enfin, 2015, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement⁷, aborde le « bien vieillir » et « la protection des plus vulnérables ». Elle comporte trois volets : un volet Anticipation / prévention, un volet Adaptation et un volet Accompagnement.

² INSEE. *Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2016, France*. Bilan démographique 2015. (Résultats provisoires arrêtés à fin 2015). 2016. (Document électronique). Disponible sur www.insee.fr.

³ Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes Handicapées et à la Famille. *Plan solidarité – Grand Âge*. 2006. p. 34.

⁴ Plan, qui dans la droite ligne de l'OMS (Définition du Vieillissement actif – 2002) et des mesures européennes (Healthy Aging – 2006), promeut le concept du « bien vieillir ». L'axe 4 s'intitule « Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie ».

⁵ La mesure 7 du plan concerne l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées qui deviennent malvoyantes.

⁶ CALVET, L., DELANCE, P., DUFAURE, C., et al. Troubles de la vision : sept adultes sur dix portent des lunettes. Études et résultats, 2014, n°881.

2 LE CHAMP DES RECOMMANDATIONS

Les déficiences sensorielles sont fortement corrélées à l'âge. Au-delà de 60 ans, plus de 82% de personnes sont concernées par une déficience visuelle et près d'un tiers par une déficience auditive⁸. Les déficiences visuelle ou auditive sont prioritairement considérées du fait de leur importance pour l'autonomie, la communication et la sécurisation au quotidien.

Cependant, les autres déficiences (gustative et olfactive, tactile et enfin vestibulaire) concernent aussi les personnes âgées et doivent donc être prises en compte sur un plan somatique, psychologique et/ou social.

DÉFINITIONS ET PRÉVALENCE DES DÉFICIENCES SENSORIELLES

Déficiences visuelles

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la déficience visuelle se définit avec une acuité visuelle inférieure à 3/10 du meilleur œil après correction, et/ou un champ visuel inférieur à 20°.

En France, la personne est considérée aveugle lorsque sa vision est inférieure à 1/20.

Le terme de basse vision est aujourd'hui largement utilisé pour désigner les diverses catégories et formes de malvoyance relatives aux altérations d'acuité et de champ visuel.

Les principales causes de malvoyance sont le glaucome, le décollement de la rétine (champ visuel rétréci), la [DMLA](#) (vision uniquement périphérique), la cataracte (vision floue), la rétinopathie diabétique (vision parcellaire).

La déficience visuelle⁹ entraîne de multiples difficultés fonctionnelles : analyse des détails et capacités de reconnaissance/identification, appréciation des reliefs, des distances, des couleurs et contrastes, forte sensibilité à la lumière et en situation de pénombre, coordination œil/main, perte d'anticipation, fatigabilité.

Ces difficultés fonctionnelles peuvent altérer gravement l'autonomie personnelle dans l'exécution d'une ou plusieurs des activités suivantes :

- lecture et écriture, accès aux informations (vision de près et intermédiaire) ;
- soins personnels ;
- activités de la vie quotidienne (vision de près et à moyenne distance, vision de loin) ;
- communication (vision de près et à moyenne distance) ;
- appréhension de l'espace, déplacements (vision de loin), et orientation ;
- anticipation et gestion des risques ;
- poursuite d'une activité exigeant le maintien prolongé de l'attention visuelle¹⁰.

⁷ Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

⁸ INSEE. *Enquête Handicap-Santé 2008. Volet Ménages*. 2011. (Document électronique) et INSEE. *Enquête Handicap-Santé 2008. Volet Institutions*. 2011. (Document électroniques). Disponibles sur www.insee.fr.

⁹ AGIRC et ARRCO. *Déficiences sensorielles : guide pour l'adaptation des établissements médicosociaux et sanitaires en partenariats*. Paris : AGIRC-ARRCO, 2012. Disponible sur www.agircarcco-actionsociale.fr.

¹⁰ INPES, ALLAIRE, C. *Quand la malvoyance s'installe. Guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage*. Saint-Denis : INPES, 2012. Disponible sur www.inpes.sante.fr.

La prévalence du handicap visuel augmente progressivement à partir de 60 ans (5,9 % chez les personnes entre 70 et 79 ans, 14,10 % entre 80 et 89 ans, 23,1 % entre 90 et 99 ans et 33,71 % à 100 ans et plus¹¹). À noter que les pathologies visuelles du vieillissement sont pour la plupart indolores et d'évolution très progressive, rendant parfois difficile la prise de conscience objective des capacités et limites.

Déficiences auditives

Selon l'OMS, « on parle de perte d'audition lorsqu'une personne n'est pas capable d'entendre aussi bien qu'une personne ayant une audition normale, le seuil étant de 25dB ou mieux dans les deux oreilles. La perte d'audition peut être légère, moyenne, sévère ou profonde. Elle peut toucher une oreille ou les deux et entraîner des difficultés pour suivre une conversation ou entendre les sons forts »¹².

Les déficiences auditives sont particulièrement fréquentes et, selon les études, de 40 à 66 % des personnes de 75 ans et plus présentent une détérioration significative¹³.

La pathologie la plus fréquente est la presbycusie. Cette dernière correspond au vieillissement naturel de l'audition. Au-delà de cette définition, est aussi considérée comme déficience auditive une baisse de perception ne touchant que certaines fréquences pouvant provoquer une altération de l'intelligibilité, mais aussi la survenue d'acouphènes ou l'hypersensibilité auditive (hyperacusie). La personne a plutôt l'impression que ce sont les autres qui articulent mal. Cette pathologie débute vers 50-60 ans et s'aggrave progressivement, et devient vraiment problématique à partir de 70-80 ans¹⁴.

Les traitements médicamenteux sont aussi à prendre en considération dans le cadre de la déficience auditive. En effet, un certain nombre de médicaments impacte sur l'audition (on les définit comme ototoxiques). C'est un point de vigilance important puisque l'avancée en âge s'accompagne d'une prévalence des maladies chroniques et donc d'une augmentation du nombre de médicaments consommés. (Entre 50 et 64 ans, 15 % des personnes en France consomment au moins 5 médicaments par jour, ce taux passe à 18 % entre 65 et 74 ans pour atteindre les 26 % après 75 ans¹⁵.)

Enfin, il est à noter que la déficience auditive peut accélérer le déclin cognitif : selon des résultats issus de la cohorte PAQUID (inclusion de 3 670 personnes de 65 ans et plus en 1989), une perte d'audition non corrigée peut accélérer le déclin cognitif, contrairement aux sujets ayant une prothèse auditive pour lesquels il n'est apparu aucune différence de déclin cognitif¹⁶.

Enfin, plus de 400 000 personnes de 75 ans et plus souffriraient d'une double déficience auditive et visuelle.

¹¹ LAFUMA, A.-J., BREZIN, A.-P., FAGNANI, F.-L. et al. Prevalence of visual impairment in relation to the number of ophthalmologists in a given area: a nationwide approach. *Health Qual Life Outcomes*, 2006, n°4, p.34. Cités par SOLLER, V., DURAF-FOUR, P. Troubles visuels et fragilité. In : *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. Livre blanc*. (collectif). 2005. pp. 71-74. (Document électronique). Disponible sur www.fragilite.org/livreblanc.

¹² OMS. Surdité et d fici nce auditive. Aide-mémoire. 300. Mars 2015. (Document  lectronique). Disponible sur www.who.int.

¹³ La cohorte de Framingham a été cr e e en 1948. Elle était alors constitu e de 5209 individus : FRAMINGHAM HEART STUDY. *Original cohort*. (Document  lectronique). Disponible sur www.framinghamheartstudy.org. De nouveaux recrutements ayant eu lieu par la suite, en 2008, elle était compos e de 8491 sujets. Voir par exemple : Agostino (D'), R. B., VASAN, R. S., PENCINA, M. J., et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*, 2008, Vol.117, n°6, pp. 743-53.

¹⁴ BOUCCARA, D., et al. Les surdités de l'adulte. Le vieillissement de l'oreille : la presbycusie. *Revue de Gériatrie*, 2011 ; vol. 36, n°7, pp. 439-450.

¹⁵ Institut Français des seniors. *Perception et consommations de médicaments par les séniors. Enquête r alis e entre le 23 et 29 mars 2015 auprès de plus de 3 000 personnes de plus de 50 ans*. 2015. (Document  lectronique). Consultable sur leem.org.

¹⁶ AMIEVA, H., OUVREARD, C., GIULIOLI, C., ET AL. Self-Reported Hearing Loss, Hearing Aids, and Cognitive Decline in Elderly Adults: A 25-Year Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2015, Vol. 63, n°10, pp. 2099-2104.

Déficiences gustatives et olfactives

Les déficiences gustatives et olfactives sont souvent liées. « Une modification du goût au sens courant cache le plus souvent un trouble de l'olfaction qu'un trouble de la gustation¹⁷. » Les facteurs impactant le goût sont nombreux. Ils peuvent être liés notamment à des effets secondaires de médicaments, à des problèmes bucco-dentaires ou à des infections virales. Les fonctions olfactives déclinent chez l'homme à partir de la soixantaine, mais quelles qu'en soient les causes, plus de 75 % des personnes âgées de plus de 80 ans ont un déficit majeur des fonctions olfactives¹⁸.

Si la prévalence des troubles gustatifs n'est pas connue, en revanche les troubles de l'olfaction sont plus (re)connus chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie de Parkinson¹⁹ notamment.

Déficiences tactiles

Contact, pression, chaleur, froid, douleur sont les cinq sensations qui caractérisent le toucher. « Ce sens qui nous permet de percevoir les frottements, pressions, étirements et autres contacts qui s'exercent sur la peau nous sert bien sûr à identifier et à manipuler les objets qui nous entourent. Mais aussi à marcher – pour rester en équilibre, il faut sentir le sol avec ses pieds – ou encore à s'alimenter – en percevant les aliments avec sa bouche. »²⁰

Peu d'études sont réalisées concernant la prévalence de cette déficience, mais elle est plus fréquente avec l'âge, reconnue dans certaines pathologies comme la sclérose en plaques, le diabète ou peut faire suite à un accident vasculaire cérébral.

Déficiences vestibulaires

Le système vestibulaire, situé dans l'oreille interne, est l'organe du mouvement et de l'équilibre. Il a un rôle de détection des changements de positions du corps. Le système vestibulaire est sujet au vieillissement et peut être altéré par la prise de médicaments ototoxiques. Cette déficience entraîne un risque accru de chute.

¹⁷ AKENIGSBERG, P.-A., Fondation Médéric Alzheimer. Sensorialité et maladie d'Alzheimer. *Dossier thématique – Fondation Médéric Alzheimer*, 2013, n°2, 172 p.

¹⁸ KENIGSBERG, P.-A. (op. cit.) se référant au numéro de mars-avril 2013 du Journal du médecin coordonnateur.

¹⁹ ROUBY, C., et al. The Lyon Clinical Olfactory Test: Validation and Measurement of Hyposmia and Anosmia in Healthy and Diseased Populations. *International Journal of Otolaryngology*, 2011.

²⁰ BOURDET, J. Quand le toucher décline. CNRS Le Journal, 04 mars 2014. (Document électronique). Disponible sur lejournal.cnrs.fr.

ÉTUDES ET CONSTATS

Selon une étude réalisée en Suisse en 2005²¹, plus d'un résident sur deux était malvoyant selon les critères de l'OMS (acuité visuelle inférieure ou égale à 0,3). Pour autant, la plupart d'entre eux n'avaient pas été repérés comme souffrant d'un déficit.

Concernant la surdité, celle-ci conduit à un isolement contraint et est même parfois assimilée à des troubles du comportement. L'étude réalisée par Gilliver et Hickson en 2011²² rapporte que 60 % des médecins qui auraient pu orienter une personne âgée vers un spécialiste de l'audition ne l'ont pas fait au prétexte que la perte auditive est normale avec l'âge et ne nécessite pas de traitement. La double déficience visuelle et auditive est plus dramatique encore puisqu'elle prive les personnes atteintes de stratégies compensatoires.

Les troubles olfactifs et gustatifs impactent aussi sur la morbidité et la mortalité. En 2002-2004, une étude réalisée sur 1936 participants âgés de plus de 60 ans a montré que 441 d'entre eux souffraient d'un déficit olfactif. Plus d'une personne sur cinq qui présentait cette déficience est décédée dans les cinq années qui ont suivi le test. Les auteurs suggèrent que la qualité de la nutrition pourrait en partie corriger le risque accru de mortalité liée à la dénutrition²³.

En conclusion, si toutes les déficiences sensorielles ne peuvent pas être prévenues, elles doivent toutes être repérées afin d'adapter au mieux l'accompagnement (aides techniques, savoir-faire et savoir-être, aménagement environnemental et architectural). C'est tout l'enjeu de ces recommandations.

3 LES DESTINATAIRES

Ces recommandations sont spécifiques aux résidences autonomie avec ou sans forfait de soins courants. Il s'agit des établissements visés au III de l'article L.313-12 du CASF²⁴. Environ 2350 structures sont concernées (extraction FINESSE du 13 janvier 2015). Au sein de ces établissements, le nombre et le profil des professionnels sont très différenciés d'une structure à l'autre.

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

²¹ MOROSZLAY, S. La vision des personnes âgées en EMS. 2013. (Document électronique). Consultable sur www.basse-vision.ch.

²² GILLIVER, M., HICKSON, L. Medical practitioners' attitudes to hearing rehabilitation for older adults. *International Journal of Audiology*, 2011, vol. 50, n°12, pp. 850-856.

²³ Selon la publication de GOPINATH, B., SUE, C.-M., KIFLEY, A., MITCHELL, P. The association between olfactory impairment and total mortality in older adults. *The Journals of Gerontology - Series A - Biological Sciences and Medical Sciences*, 2012, vol. 67, n°2, pp. 204-209, présentée par VAN DEN BOSCH DE AGUILAR, P. *La perte progressive de l'odorat est un indicateur de risque accru de mortalité*. 2012. (Document électronique).

²⁴ « Sont dénommés résidences autonomie les établissements qui relèvent de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures aux seuils mentionnés au I du présent article ».

- les services d'aide et d'accompagnement à domicile ([SAAD](#)), les services de soins infirmiers à domicile ([SSIAD](#)), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile ([SPASAD](#))²⁵, les équipes spécialisées Alzheimer ([ESA](#)), les accueils temporaires (accueil de jour, hébergement temporaire), les services d'accompagnement à la vie sociale ([SAVS](#)), les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés ([SAMSAH](#)), les services portage de repas, téléassistance²⁶ ;
- les services mettant en œuvre des mesures de protection juridique et services d'aide aux tuteurs familiaux ;
- l'équipe médico-sociale de l'[APA](#), les assistants sociaux de secteurs ;
- les centres communaux d'action sociale ([CCAS](#))/centres intercommunaux d'action sociale ([CIAS](#)) ; les centres locaux d'information et de coordination gérontologique ([CLIC](#)) ;
- les Maisons de l'Autonomie, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ([MAIA](#))²⁷, les plateformes territoriales d'appui (PTA)²⁸, les coordinations territoriales d'appui ([CTA](#))²⁹ ;
- les dispositifs pour les aidants : les plateformes d'accompagnement et de répit ; d'activités sociales, culturelles et de loisirs, etc. ;
- les structures et professionnels sanitaires : les filières de soins gériatriques (court séjour gériatrique, consultations et hôpital de jour gériatriques, services de soins de suite et de réadaptation, équipe mobile de gériatrie), les réseaux de santé (gérontologique, soins palliatifs, etc.), les centres hospitaliers (services de médecine, de chirurgie), les services d'urgence, les professionnels de santé médicaux (médecins généralistes, gériatres, chirurgiens-dentistes, oncologues, psychiatres, etc.) et paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes, opticiens, audioprothésistes, infirmiers, etc.), les services et unités de soins spécialisés, services de psychiatrie de secteur, etc. ;
- les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé ([IREPS](#)) ;
- les organismes de formation universitaire, professionnelle et formation continue du secteur social, médico-social et sanitaire ;
- les organismes habilités pour l'évaluation externe ;
- les Agences Régionale de Santé ([ARS](#)) et les conseils départementaux (dispositifs [PAERPA](#), [CPOM](#), etc.) ;
- les associations de bénévoles.

²⁵ « L'article 34 permet, à titre expérimental, avec l'accord conjoint du président du conseil général et du directeur général de l'agence régionale de santé, aux SPASAD d'opter pour un mode d'organisation intégratif dans lequel les besoins, les prestations de soins et d'aide apportés aux personnes sont évalués, mis en œuvre et suivis sous la coordination d'un infirmier, pour une période de trois ans » (projet de loi adaptation de la société au vieillissement).

²⁶ Les fiches-repère et les fiches savoir-être et savoir-faire peuvent aussi être utilisées en grande partie pour sensibiliser les professionnels des services à domicile.

²⁷ Le dispositif MAIA est une méthode permettant l'intégration des services d'aide et de soins dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie et en situation complexe. Le dispositif est composé de gestionnaire de cas et d'un pilote. Initialement, le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des MAIA dénommait ce dispositif « maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ». En 2014, la terminologie a été revue pour tenir compte de la réalité de terrain. Le principe des dispositifs MAIA reste inchangé, mais la CNSA les a réintitulés « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ». CNSA. MAIA. Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Les cahiers pédagogiques de la CNSA. 2014.

²⁸ Les plateformes territoriales d'appui sont prévues dans le projet de loi du système de santé : disposition 14 de l'article du PLMSS.

²⁹ Les CTA sont les structures de coordination mises en place dans le cadre du parcours Paerpa.

4 LES OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm constituent la base légale de l'évaluation (interne et externe) de la qualité des activités et des prestations délivrées.

Les présentes recommandations ont pour objectif d'apporter des réponses aux besoins de la population touchée par une ou des déficiences sensorielles tant en termes de prévention, de repérage que d'accompagnement. Elles fourniront aux professionnels des outils adaptés susceptibles d'améliorer le repérage des déficiences éventuelles et des repères visant aussi à adapter les prises en charge pour un mieux-être des personnes accueillies. Par ailleurs, ces recommandations s'inscrivent dans une démarche continue de prévention et guident la réflexion et l'action pour accompagner la singularité de chaque personne accueillie.

En établissements non médicalisés, la coordination devra davantage s'organiser entre le médecin traitant, les professionnels de la résidence et les autres professionnels extérieurs intervenant au domicile de la personne accueillie (professionnels libéraux, services d'aide à domicile³⁰, etc.).

L'objectif est notamment de limiter, par une prise en charge globale et précoce des déficiences sensorielles, les risques d'isolement, de dépression, de dénutrition des personnes âgées accueillies. Il est également important de créer un environnement des plus favorables pour le maintien de l'autonomie et d'une bonne qualité de vie au quotidien.

L'adaptation de l'intervention auprès des personnes atteintes de déficiences sensorielles nécessite d'observer les processus de vieillissement propres à chaque individu et de proposer aux professionnels, en fonction des situations, des besoins et des attentes des personnes, des éléments d'observation, des outils qui permettront d'anticiper et de prévenir les conséquences médicales et sociales de ces déficiences.

Le repérage, la prévention et l'accompagnement des déficiences sensorielles prennent différentes formes en fonction des déficiences rencontrées (auditives, visuelles, etc.). En outre, les recommandations ont pour objectif d'indiquer aux professionnels les pratiques favorisant :

- la prévention et le repérage des déficiences sensorielles et leurs impacts sur les personnes (notamment, démarche de diagnostic et son suivi en amont et en aval de l'admission) ;
- l'accompagnement des personnes atteintes de déficiences sensorielles, notamment par une action sur l'environnement (aménagement de l'habitat, aides techniques, etc.)³¹ et par un accompagnement humain adapté (savoir-être, savoir-faire, etc.) pris en compte au titre du projet personnalisé. Elles insisteront sur les partenariats³² à développer en externe (consultations spécialisées, associations, centres experts, etc.) afin que l'ensemble des personnes accueillies bénéficie du juste accompagnement au juste moment.

Enfin, ces recommandations guideront les résidences autonomie sur la manière de prendre en compte l'ensemble des déficiences sensorielles, notamment dans leur projet d'établissement, leur projet d'animation et leur plan de formation.

³⁰ Sur ce thème, l'Anesm a publié les recommandations : Anesm. Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile. Saint-Denis : Anesm, 2016. Voir également : Anesm. *Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation*. Saint-Denis : Anesm, 2016.

³¹ Sur cette thématique particulière les établissements pourront trouver de nombreuses réponses au sein du guide : AGIRC et ARRCO. *Déficiences sensorielles : guide pour l'adaptation des établissements médicosociaux et sanitaires en partenariats*. Paris : AGIRC-ARRCO, 2012.

³² Selon l'étude de l'Uncass 2014, « 30 % des établissements ne semblent pas inscrits dans un partenariat durable et dans la vie locale. » Cf. UNCASS. *Premiers résultats relatifs aux évaluations internes des logements-foyers*. Paris : Uncass, 2014.

MODE D'EMPLOI DES RECOMMANDATIONS

Elles se déclinent en 2 parties :

PREMIÈRE PARTIE

La première partie de ce travail comporte des recommandations transversales qui sont signalées et introduites par une flèche. Les recommandations sont précédées d'une présentation des enjeux et effets attendus. Ces derniers sont destinés à éclairer les lecteurs sur le contexte et les problématiques en présence et à rappeler les buts que l'on cherche à atteindre.

Les recommandations se décomposent en 4 chapitres :

- chapitre 1 : Repérage et prévention des déficiences sensorielles ;
- chapitre 2 : Compensation des déficiences sensorielles et adaptation des pratiques ;
- chapitre 3 : Coordination avec les acteurs du territoire pour un accompagnement de qualité ;
- chapitre 4 : Prise en considération des personnes atteintes de déficiences sensorielles dans la stratégie et les orientations du projet d'établissement.

Chaque chapitre comporte, le cas échéant :

- des points de vigilance qui attirent l'attention sur des problématiques importantes ;
- 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 souffrant de déficiences sensorielles, elles peuvent néanmoins inspirer des initiatives ;
- des repères juridiques qui rappellent le cadre de la loi.

SECONDE PARTIE

La seconde partie propose des recommandations spécifiques, déclinées en **fiches-repères** :

- des fiches-repères « **du repérage à l'accompagnement** » qui illustrent les éléments essentiels à retenir pour les déficiences sensorielles. Elles se décomposent en quatre parties : les signes d'alerte qui pourront être observés par les professionnels, les principaux facteurs de risque, les recommandations à suivre et les résultats attendus. Enfin, des outils pour compléter ce repérage ou pour aller plus loin dans la réflexion en équipe sont proposés. Ces fiches pourront être travaillées en équipe ;
- des fiches-repères « **savoir-faire** » et « **savoir-être** ». La première fiche décrit les savoir-être et savoir-faire applicables à l'ensemble des personnes accompagnées quelle que soit la déficience sensorielle, puis chaque fiche précise les attitudes à adopter en fonction de la spécificité de la déficience.

Les annexes suivantes viendront compléter ces recommandations :

- la personne de confiance et ses missions ;
- les aides financières dont peuvent bénéficier les personnes accueillies atteintes de déficiences sensorielles (notamment pour l'accès aux aides techniques) et, d'autre part, les sources de financement possibles pour les établissements qui souhaitent mettre en place des projets d'accompagnement à destination des personnes atteintes de déficiences sensorielles ;
- un tableau sur les professionnels de l'éducation et de la rééducation qui définit les différents métiers concernés, leur mode d'exercice et la manière dont ils sont sollicités (prescription médicale ou pas).

Enfin, un **document d'appui** (analyse de la littérature), ainsi qu'une **bibliographie** sont, par ailleurs, disponibles sur le site de l'Anesm (www.anesm.sante.gouv.fr).

POINT DE VIGILANCE

Les présentes recommandations sont à mettre en lien avec les recommandations de l'Anesm déjà publiées, et notamment les suivantes :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (2008) ;
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (2008) ;
- *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement* (2008) ;
- *Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux* (2010) ;
- *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service* (2010) ;
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement* (2011) ;
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* (2011) ;
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad* (2012) ;
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* (2012) ;
- *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (2012) ;
- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement* (2014) ;
- *Le soutien des aidants non professionnels* (2014) ;
- *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - volet Ehpad* (2016).
- *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - volet Résidences autonomie* (2016)

Elles sont aussi à mettre en lien avec les travaux suivants :

- *Enquête relative au degré de déploiement des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie (bientraitance) dans les Ehpad* (2015) ;
- *Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation* (2016).

MÉTHODE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

Pour la production de ces recommandations, l'Anesm a retenu la méthode du consensus simple. Ces recommandations ont été élaborées sur la base :

- d'une analyse de la littérature nationale et internationale ;
- de visites sur sites.

La production des recommandations s'est appuyée sur des **groupes de travail** composés d'experts et de professionnels.

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

Finalisé, le projet de recommandations a ensuite été soumis aux instances de l'Anesm et a fait l'objet d'une décision d'adoption par le directeur de l'Anesm. Une analyse juridique du document a également été réalisée.

RECOMMANDATIONS

**1. Repérage et prévention
des déficiences sensorielles 22**

**2. Compensation des déficiences sensorielles
et adaptation des pratiques 28**

**3. Coordination avec les acteurs du territoire pour
un accompagnement de qualité 30**

**4. Prise en considération des personnes atteintes
de déficiences sensorielles dans la stratégie et les
orientations du projet d'établissement 32**

Selon les données FINESS de 2015, environ 6 % des logements-foyer³³ disposent d'un forfait soins³⁴. Ceux qui en bénéficient emploient un ou plusieurs soignants (90 % des aides-soignants et 65 % des infirmiers).

Ainsi, dans l'ensemble, que la résidence autonomie dispose ou non d'un forfait soins courants, son personnel est composé d'un directeur, d'agents de service généraux, d'un personnel administratif et d'un personnel effectuant les animations. En outre, les personnes accueillies au sein d'une résidence autonomie peuvent bénéficier des mêmes services qu'à domicile ([SSIAD](#), [SAAD](#), [SPASAD](#), [HAD](#), etc.) pour une intervention dans leur logement.

Le rôle des résidences autonomie dans la préservation de l'autonomie des personnes accueillies est renforcé par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV). Désormais, les résidences autonomie pourront bénéficier d'un forfait autonomie afin de financer des actions de prévention de la perte d'autonomie, individuelles et collectives, au profit de résidents et/ou de personnes extérieures. Le décret n°2016-696 du 27 mai 2016, relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, détermine les dépenses prises en charge par le forfait autonomie (recrutement de personnel³⁵ et/ou recours à un ou plusieurs intervenants extérieurs disposant de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie) ainsi que les conditions de son attribution.

Ce même décret définit par ailleurs :

- la liste des prestations minimales, individuelles et collectives concourant à la prévention de la perte d'autonomie (restauration, animations internes/externes, sécurité 24h/24h, actions de prévention, blanchisserie, etc.) ;
- le contenu et les modalités des transmissions aux [ARS](#) des autorisations délivrées par les conseils départementaux aux résidences autonomie ;
- les règles relatives aux publics accueillis, notamment au regard de leur degré d'autonomie. En effet, les résidences autonomie qui accueillent principalement des personnes âgées de plus de 60 ans autonomes en [GIR 5-6](#) peuvent également accueillir des personnes dépendantes ([GIR 1 à 4](#)), dans des proportions inférieures à 15 % de la capacité autorisée de [GIR 1 à 3](#) et 10 % de [GIR 1 à 2](#) à condition que le projet d'établissement le prévoit et qu'une convention de partenariat soit conclue, d'une part avec un [Ehpad](#) et, d'autre part, avec au moins l'une des catégories de praticiens de santé suivantes : un service de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins à domicile, un centre de santé, des professionnels de santé ou un établissement de santé ;
- les délais de préavis pour toute résiliation du contrat de séjour dans un établissement social et médico-social pour personnes âgées.

Ce décret répond d'autant mieux aux besoins des personnes accueillies puisque, selon l'étude réalisée par la [CNAV](#), « les préoccupations liées à la santé du résident ou à celle de son conjoint constituent un facteur décisif. Même si l'entrée des locataires dans ces établissements est assujettie à leur autonomie, la volonté de prévenir une situation difficile (anticipation du décès du conjoint, problèmes d'accessibilité) se révèle fréquente. »³⁶

³³ Ces données sont issues d'un croisement de données FINESS/CNAMTS et ne sont pas diffusées.

³⁴ Désormais, les résidences autonomie pourront bénéficier d'un forfait autonomie qui pourrait permettre à ces établissements de renforcer leurs effectifs (loi sur l'adaptation de la société au vieillissement 2015).

³⁵ Sont notamment concernés les professionnels suivants: animateur, ergothérapeute, psychomotricien et diététicien.

³⁶ CNAV. Choisir de vivre en logement-foyer, entre indépendance et collectivité. Cadr'@ge - Études, recherches et statistiques de la Cnav, 2016, n°32.

1 REPÉRAGE ET PRÉVENTION DES DÉFICIENCES SENSORIELLES

Chaque entrée en résidence autonomie doit être l'occasion pour la personne accueillie de bénéficier d'un bilan de santé complet comprenant une évaluation de ses capacités sensorielles.

Cette évaluation complète participe au projet personnalisé qui doit être réalisé dans les 3 à 6 mois suivant l'admission.

L'équipe³⁷ de la résidence autonomie, parce qu'elle est présente quotidiennement, peut repérer les changements dans le comportement et les attitudes de l'ensemble des personnes accueillies. Ces changements peuvent être le signe d'une déficience sensorielle ou de son aggravation et/ou d'une mauvaise compensation. Ce repérage passe par une vigilance au quotidien et par la connaissance des principaux signes d'alerte (Cf. fiches-repères « du repérage à l'accompagnement »). Chaque signe identifié, même s'il est isolé, doit retenir l'attention des professionnels et faire l'objet d'un signalement.

Le partage élargi des signes observés chez la personne accueillie (en concertation avec la personne et dans le respect des règles liées au secret professionnel et au partage des informations) est une étape indispensable pour un repérage plus spécifique.

Il peut se faire :

- entre le personnel et le responsable ;
- entre le responsable et les proches ou, le cas échéant, le représentant légal ou la personne de confiance³⁸ (avec l'accord de la personne) ;
- entre le responsable et les partenaires extérieurs, et notamment le médecin traitant.

Ce repérage permet de mettre en place, avec l'accord de la personne accueillie, des actions pour compenser et/ou prévenir l'aggravation de la déficience sensorielle.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS

- L'évaluation des fonctions visuelles et auditives de la personne accueillie dès son entrée en résidence autonomie (si cela n'a pas été fait lors de la pré-admission) ;
- L'évaluation des autres fonctions sensorielles dans les trois à six mois suivant l'arrivée de la personne accueillie ;
- La prise en compte, l'évaluation ou la réévaluation formelle des déficiences signalées par la personne accueillie tout au long de l'accompagnement ;
- Uniquement pour les résidences autonomie bénéficiant du forfait soins courants, l'intégration des déficiences sensorielles dans le projet personnalisé et dans le plan de soins ;
- La sensibilisation et/ou la formation de l'équipe au repérage des déficiences sensorielles ;
- La connaissance par l'équipe des principaux signes d'alerte relatifs aux déficiences ;
- La favorisation de la bienveillance ;
- Les modalités de transmission et de partage de l'information par chaque membre de l'équipe ;
- L'anticipation des risques d'isolement liés aux déficiences sensorielles ;
- La mise en place d'actions de prévention.

³⁷ Le personnel de la résidence autonomie est généralement composé d'un directeur, d'agents de service généraux/restauration, d'un personnel administratif/agent d'accueil/secrétaire, un animateur et un veilleur de nuit.

Cette équipe peut être renforcée par un personnel soignant (aides-soignants, AMP, etc.) lorsque l'établissement bénéficie d'un forfait soins courants et/ou par un personnel ayant des compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie (ergothérapeute, psychomotricien, diététicien, etc.) lorsqu'un forfait autonomie est attribué à l'établissement.

³⁸ Pour en savoir plus cf. Annexe 1

POINT DE VIGILANCE

La qualité de l'élaboration du projet personnalisé est une des garanties fortes de la qualité de l'accompagnement. En effet, cette élaboration implique la personne accueillie, ses proches mais aussi l'ensemble des partenaires (qu'ils soient du secteur sanitaire ou médico-social). C'est la formalisation de ces échanges avec et autour de la personne qui garantit le repérage d'une déficience sensorielle et sa prévention.

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.

→ RECOMMANDATIONS

- Dès l'entrée, encourager la personne accueillie à réaliser un bilan de santé global (si cela n'a pas été réalisé lors de la pré-admission) par une consultation :
- chez le médecin traitant ;
 - dans un centre d'examen de santé (bilan de santé gratuit et renouvelable tous les 2 ans dès 60 ans) ;
 - dans un centre expert en gérontologie (hôpital de jour, centre de gériatrie).

POINT DE VIGILANCE

Ce bilan pourra servir à alimenter le projet d'accompagnement de la personne accueillie (avec son accord). Ce dernier doit être réalisé au cours des 3 premiers mois suivant son entrée en résidence autonomie et peut servir de base pour suivre l'évolution de la déficience dont souffre la personne accueillie. Une attention particulière sera portée en priorité aux personnes appareillées ou bénéficiant d'aides techniques.

ILLUSTRATION - ÉVALUER LES CAPACITÉS COGNITIVES ET SENSORIELLES DE LA PERSONNE

Dans telle résidence autonomie, en amont du dossier d'inscription, les futures personnes accueillies sont invitées à une consultation de gériatrie afin d'évaluer les capacités cognitives et sensorielles dans le but de pouvoir proposer un accompagnement adapté à leurs besoins spécifiques.

³⁹ Anesm. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint-Denis: Anesm, 2008.

- Pour les résidences autonomie avec forfait soins courants, le personnel soignant (aide-soignant, infirmier diplômé d'État – IDE –) peut évaluer les fonctions visuelles et auditives de la personne accueillie :
- en l'interrogeant (en lien avec le médecin traitant) sur la date du dernier bilan visuel et/ou auditif ;
 - en prenant contact avec son médecin traitant, si la personne est d'accord, pour obtenir ces informations ;
 - en utilisant des outils/tests simples de repérage (cf. « outils » dans les fiches-repères « du repérage à l'accompagnement ») lorsque la personne montre des signes d'alerte ;
 - .../...
- Le cas échéant :
- former un personnel non soignant aux déficiences sensorielles et notamment à leur repérage (Cf. chapitre 2) ;
 - mettre en place des partenariats avec des professionnels paramédicaux ou autres professionnels libéraux (opticiens, audioprothésistes, etc.) et les mobiliser pour effectuer des bilans d'acuité visuelle et auditive.

POINT DE VIGILANCE

Selon l'étude de Lemke, les troubles cognitifs et les problèmes auditifs sont généralement traités indépendamment. Rares sont les médecins ou équipes médicales qui vérifient l'audition (ou l'adaptation de l'appareillage) avant d'entamer les tests cognitifs. Or, le risque d'erreur de diagnostic est patent. Deux critères du test MMSE (mini mental state examination) concernent la compréhension du langage, lorsqu'il est demandé à la personne de répéter immédiatement trois mots ou une phrase⁴⁰.

En outre, seule une minorité des personnes âgées ayant une déficience auditive bénéficie d'une intervention professionnelle car la perte d'audition est progressive et est considérée comme faisant partie du vieillissement normal.

- Si la personne accueillie est appareillée et/ou porte des prothèses (lunettes, appareil auditif, prothèses dentaires, etc.) :
- demander la date de la dernière consultation auprès d'un spécialiste pour savoir si un suivi régulier est assuré, le cas échéant, lui conseiller d'en consulter un pour s'assurer que l'appareillage est toujours adapté ;
 - s'assurer de la bonne utilisation et de l'entretien de l'appareillage/prothèse (est-il assuré par la personne elle-même ou par un tiers ?), sinon s'interroger sur la personne au sein de l'établissement susceptible de l'aider si nécessaire ;
 - pour les résidences autonomie bénéficiant d'un forfait soins courants, inscrire les consignes relatives à leur entretien au sein du volet soin dans le projet d'accompagnement personnalisé (un personnel formé pourra assurer ce suivi, cf. chapitre 2).

⁴⁰ LEMKE, U. Hearing impairment in dementia – how to reconcile two intertwined challenges in diagnostic screening. *Audiology research*, 2011, vol. 1, n°1, pp. 58-60. Cité par KENIGSBURG, P.-A., 2013 (opp. Cit.).

- Pour repérer un trouble de la fonction vestibulaire :
 - échanger avec la personne si elle a chuté récemment et l'interroger sur les circonstances ;
 - l'interroger sur ses craintes concernant les chutes, les risques de chute, ou sensation de vertiges, de troubles de l'équilibre, etc. ;
 - selon les besoins, encourager la personne à consulter son médecin traitant.
- Pour les déficiences gustative, olfactive et tactile, prendre le temps pour les identifier dans le cadre de l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé (entre 3 et 6 mois suivant l'admission) :
 - interroger la personne sur ses goûts, habitudes alimentaires (aliments préférés ? Petit déjeuner ? Collation ? Aliments et plats détestés ? Régime alimentaire particulier ? Allergies alimentaires ?, etc.) ;
 - encourager la personne à exprimer les difficultés rencontrées au quotidien ;
 - organiser des animations sur les sens (tests de saveurs, reconnaissance d'odeurs usuelles, etc.) ;
 - interroger la personne sur ses difficultés éventuelles lorsqu'elle attrape des objets, ses douleurs au contact de certaines matières, etc.
 - .../...

ILLUSTRATION - VISITES PONCTUELLES À LA PERSONNE

Dans une résidence autonomie, la directrice et l'agent d'entretien visitent l'intégralité des appartements tous les 6 mois. La première visite porte sur la vérification des installations électriques et la seconde sur les canalisations afin de prévenir les risques d'inondation. Avec une visite tous les 6 mois, cela permet d'observer éventuellement l'évolution de l'autonomie de la personne.

- Sensibiliser et/ou former l'équipe au repérage des déficiences sensorielles et notamment aux principales observations à signaler (signes d'alerte). Les fiches-repères « du repérage à l'accompagnement » proposées en deuxième partie du document sont un support d'échange et de formation pour le responsable d'encadrement.

POINT DE VIGILANCE

Les signes d'alerte (cf. fiches-repères « du repérage à l'accompagnement ») ne sont pas spécifiques aux déficiences sensorielles. Ils permettent à l'ensemble du personnel de signaler des comportements susceptibles de traduire un déficit sensoriel et non pas d'établir un diagnostic. Celui-ci devra se faire lors d'une consultation médicale spécialisée après avis du médecin traitant.

- Dès lors que des signes d'alerte font l'objet d'une remontée par un ou plusieurs membres de l'équipe, partager l'analyse des signes repérés⁴¹ :
 - en échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec son accord, avec son représentant légal ou la personne de confiance, son entourage et, si besoin, avec les partenaires médicaux et paramédicaux dans le respect des dispositions légales en matière d'informations ; en prévoyant des temps et des outils favorisant le partage d'informations ;
 - en organisant les remontées d'informations entre le personnel de l'établissement et les partenaires extérieurs lorsque nécessaire (médecin traitant, orthoptiste, opticien, ophtalmologiste, audioprothésiste, masseurkinésithérapeute, etc.).

⁴¹ Pour aller plus loin sur les modalités de partage de l'information, consulter les recommandations : Anesm. Partager l'analyse des signes repérés des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation. In : *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées*. Volet domicile. Saint-Denis : Anesm, 2016.

REPÈRES JURIDIQUES

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁴² est venue préciser le droit au secret des informations pour toute personne prise en charge par un professionnel du secteur médico-social ou social ou par un établissement et service social ou médico-social mentionné au I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Désormais, le partage de toute information à caractère secret concernant l'utilisateur ne peut se faire que dans le respect des règles prévues à l'article L.1110-4 du Code de la santé publique(CSP). Il est ainsi possible entre professionnels participant à la prise en charge de l'utilisateur, sous réserve de son accord express, dès lors que cet échange est strictement nécessaire à la coordination ou la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

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

Toutefois, dès lors que le partage d'informations doit intervenir entre professionnels de santé et autres catégories de professionnels, dans un sens comme dans l'autre, le professionnel qui s'apprête à procéder à ce partage doit en informer préalablement la personne accueillie ou accompagnée, en lui précisant la nature des informations dont le partage est prévu ainsi que l'identité du destinataire, ainsi que sa profession ou sa qualité au sein de l'ESSMS. Il s'agit là d'un devoir d'information et non pas d'une obligation de solliciter et d'obtenir une autorisation.

Par ailleurs, les professionnels de santé de l'ESSMS ne peuvent partager avec les autres professionnels de l'équipe en charge de la personne des informations qui la concernent qu'après l'en avoir informée. En outre, le partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins ne peut intervenir qu'après avoir recueilli le consentement préalable de la personne ou de son représentant légal.⁴³

En tout état de cause, la personne accueillie ou accompagnée est toujours libre de s'opposer au partage d'informations le concernant et il peut faire valoir son opposition à tout moment, une opposition totale étant toutefois de nature à compromettre la poursuite de son accueil de son propre chef.

Pour prévenir l'aggravation des déficiences sensorielles repérées :

- Encourager la personne accueillie à s'exprimer dès lors qu'elle ressent une baisse de ses capacités sensorielles et rechercher avec elle et, selon les besoins, avec des partenaires dont le médecin traitant, les causes associées (nouveau déficit et/ou aggravation de celui-ci) :
- instauration d'un nouveau traitement médicamenteux (effets secondaires potentiels à voir avec le médecin traitant et le pharmacien) ;
 - lunettes inadaptées ;
 - appareils auditifs défectueux ;
 - .../...

⁴² Le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 en application de l'article 96 de la Loi de modernisation de notre système de santé précise les conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

⁴³ Le décret n°2016-1349 du 10 octobre 2016 précise les conditions et modalités dans lesquelles le consentement de la personne doit être recueilli et peut être modifié ou retiré par la personne en vue du partage d'informations nécessaires à sa prise en charge entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

- Organiser, en interne ou en partenariat, des séances de sensibilisation à la perte d'autonomie et/ou animations liées au maintien de l'autonomie⁴⁴ destinées aux personnes accueillies : équilibre et prévention des chutes (animateur, personnel soignant, autre personnel formé), nutrition, risques d'isolement, etc.

ILLUSTRATION - SÉANCES DE PRÉVENTION DES CHUTES

Dans une résidence autonomie, en partenariat avec le [CLIC](#) local, des séances de prévention des chutes sont programmées une fois par an. Ces séances ont la spécificité d'être conduites par un animateur de gymnastique adaptée, mais aussi un bénévole de l'association Valentin Haüy qui assure une information sur les objets du quotidien pouvant faciliter la vie des personnes malvoyantes (téléphone à grosses touches, loupes, etc.).

- Sensibiliser les aidants aux déficiences sensorielles et les encourager à informer les professionnels de la résidence autonomie de tout changement observé chez la personne accueillie.
- L'ensemble de l'équipe est formé aux pratiques de « savoir-être » et « savoir-faire » afin de s'adapter à chacune des situations en fonction des déficiences (Cf. fiches repères « savoir-faire » et « savoir-être »).
- Selon les besoins, sensibiliser aussi les partenaires associatifs intervenant au sein de la résidence autonomie au repérage des déficiences sensorielles comme aux « savoir-être » et « savoir-faire ».

⁴⁴ Le forfait autonomie attribué sous certaines conditions aux résidences autonomie pourra permettre de financer des actions de prévention de la perte d'autonomie.

2 COMPENSATION DES DÉFICIENCES SENSORIELLES ET ADAPTATION DES PRATIQUES

Le repérage des déficiences sensorielles n'a de sens que s'il est effectivement suivi d'actions d'accompagnement et de compensation, à défaut de pouvoir être prévenu. Ces dernières peuvent s'appuyer sur des aides techniques, mais aussi sur des « savoir-être » et « savoir-faire » adaptés qui vont favoriser la communication entre les équipes, les personnes accueillies et même leurs aidants.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS

- La compensation, dans la mesure du possible, des déficiences sensorielles repérées ;
- L'adaptation de l'accompagnement et de l'environnement des personnes atteintes de déficiences sensorielles ;
- L'ajustement régulier et la prise en compte des besoins et des attentes de la personne dans son projet personnalisé ;
- L'amélioration de la qualité de vie de la personne accueillie ; Un savoir-être et un savoir-faire de l'équipe ainsi qu'une communication adaptés aux personnes accueillies en fonction de leur(s) déficience(s) ;
- La sensibilisation des proches aux modes de communication les plus adaptés ;
- La prise en compte de l'ensemble des déficiences : les risques de chute, de dénutrition, de dépression, d'isolement notamment sont réduits ;
- La réduction des risques dus à une mauvaise communication, incompréhension en lien avec une déficience sensorielle. La limitation des situations de maltraitance.

→ RECOMMANDATIONS

- Le responsable de l'établissement s'assure que l'ensemble de l'équipe est formé aux « savoir-être » et « savoir-faire » afin de s'adapter à chacune des situations en fonction des déficiences (cf. fiches-repères « savoir-être » et « savoir-faire »).
Dans les résidences autonomie disposant d'un forfait soins courants, la formation pourra être assurée par un personnel soignant.
- L'entourage peut aussi être sensibilisé à ce « savoir-faire » et « savoir-être » afin d'adapter les attitudes qui vont faciliter et/ou encourager la communication et faciliter la vie sociale.

ILLUSTRATION - PRÉVENTION DE LA PERSONNE ACCUEILLIE, DES PROFESSIONNELS ET DU VOISINAGE

Une résidence autonomie a proposé au [CLIC](#) local d'organiser dans sa salle d'animation des séances de prévention à l'attention des seniors de la commune. Ainsi, chaque année, une séance spéciale « équilibre et déficience visuelle » est animée par un animateur d'activités physiques adaptées et un bénévole représentant une association de malvoyants. Chaque année, une partie du personnel en plus des personnes accueillies et de quelques habitants du voisinage assistent à cette séance. En complément des conseils prodigués pour limiter le risque de chute et apprendre à se relever, l'ensemble des personnes présentes sont sensibilisées à différents conseils et « outillages » pour faciliter la vie des malvoyants et les aider à maintenir leur autonomie.

- Selon les besoins, les partenaires associatifs peuvent également être sensibilisés à ce « savoir-faire » et « savoir-être » afin d'adapter les attitudes qui vont faciliter et/ou encourager la communication et faciliter la vie sociale.
- Des réunions entre les différents membres de l'équipe sont organisées régulièrement afin d'échanger sur l'impact de l'accompagnement mis en place pour compenser la déficience sensorielle.
- Des réunions sont organisées par le responsable de la structure avec l'ensemble des services intervenant au sein de la résidence autonomie ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#)) dès lors que l'un de ces services accompagne une personne accueillie par la résidence autonomie. Ces échanges sont réguliers notamment lorsqu'une personne accueillie a recours à une nouvelle aide technique.
- Des outils de repérage (cf. Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation de l'Anesm) peuvent être utilisés entre les professionnels de la résidence et les services intervenant au sein de la résidence autonomie ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#)).
- La prise en compte des déficiences sensorielles est intégrée dans le projet personnalisé ; « Le projet personnalisé correspond à « une démarche de coconstruction du projet entre la personne accueillie/ accompagnée (et son représentant légal) et les équipes professionnelles »⁴⁵.

⁴⁵ Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

3 COORDINATION AVEC LES ACTEURS DU TERRITOIRE POUR UN ACCOMPAGNEMENT DE QUALITÉ

En fonction des besoins et des attentes des personnes accueillies⁴⁶, un recours aux ressources du territoire⁴⁷ peut être envisagé.

Le choix de la modalité de coopération inter-établissements à privilégier, est à apprécier au cas par cas. En tant qu'ESMS au sens de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, les organismes gestionnaires de résidences autonomie peuvent notamment conclure des conventions de coopération, être membres de Groupements de coopération sociale et médico-sociale visés à l'article L. 312-7 du Code de l'action sociale et des familles (ou des GIP ou des GIE), être membres de Groupements de coopération sanitaire visés à l'article L. 6133-1 et suivants du Code de la santé publique. Une étude spécifique doit être menée pour déterminer le degré de coopération à privilégier et les modalités de formalisation à envisager.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS

- L'accès aux partenariats établis pour l'ensemble des personnes accueillies ;
- La mise en place d'accompagnements spécifiques avec les partenaires du territoire susceptibles d'intervenir sur les déficiences sensorielles ;
- La mise en place de partenariats avec des acteurs locaux et territoriaux ;
- La mise en place d'accompagnements et d'activités spécifiques au sein de la résidence autonomie ou à l'extérieur ;
- La connaissance du fonctionnement de la résidence autonomie et de ses spécificités (profil des personnes accueillies, activités proposées, etc.) par les partenaires extérieurs.

→ RECOMMANDATIONS

- Favoriser les partenariats inter-établissements pour l'échange de bonnes pratiques et la mutualisation des ressources (résidences autonomie et/ou établissements spécialisés handicap dont établissements pour personnes sourdes, aveugles, etc.).
- Favoriser un partenariat avec la filière gériatrique locale, [Ehpad](#), [SSIAD](#), [SAAD](#), etc.

ILLUSTRATION - PARTENARIAT INTER-ÉTABLISSEMENTS

Une résidence autonomie accueillant trois personnes âgées déficientes auditives a établi un partenariat avec un établissement spécialisé dans l'accueil de personnes malentendantes. Lorsqu'elles le souhaitent et en fonction du programme, ces trois personnes participent à des activités au sein de cet établissement.

- Signer une convention avec des professionnels spécialisés dans les déficiences sensorielles (otorhinolaryngologiste, ophtalmologiste, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, etc.) mais aussi avec des gériatres ou des centres experts, services de soins de suite et de réadaptation – [SSR](#) –, etc.

⁴⁶ Anesm. *De l'accueil de la personne à son accompagnement*. Qualité de vie en Ehpad. Volet 1. Saint-Denis : Anesm, 2011.

⁴⁷ Anesm. *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

- Mobiliser les partenaires dans la recherche de solutions pour la personne accueillie (avec l'accord de la personne) :
 - informations sur les aides techniques, financières (notamment pour compenser le handicap sensoriel lorsque celui-ci nécessite un appareillage spécifique) ;
 - conseils pour l'aménagement de son logement ;
 - .../...
- Établir des partenariats avec des associations de professionnels comme par exemple l'Union française de la santé bucco-dentaire.
- Établir des partenariats avec :
 - des associations du type Valentin Haüy au service des aveugles et des malvoyants, Association Française des Diabétiques, Fédération des Aveugles de France ;
 - des clubs de cuisine, etc ;
 - .../...
- Formaliser un partenariat avec les bibliothèques sonores selon les besoins et les attentes des personnes accueillies.

ILLUSTRATION - PARTENARIAT CULTUREL/ PARTENARIAT AVEC DES BIBLIOTHÈQUES SONORES

Dans une résidence autonomie, les personnes accueillies empruntent des enregistrements audio d'ouvrages et/ou de revues mis à leur disposition gracieusement par les bibliothèques sonores de l'Association des Donneurs de Voix⁴⁸.

- Formaliser des partenariats avec des acteurs qui peuvent aider à trouver des financements et à mettre en place des actions de prévention ([CCAS](#), [CTA](#), [CLIC](#) local, [CODES](#), etc.).
- Identifier les partenaires susceptibles d'apporter des aides financières selon les besoins en aides techniques (cf. Tableau du financement des aides techniques en annexe).
- Ouvrir la résidence autonomie aux personnes âgées de la commune en proposant des animations (repas lors de la semaine du goût, etc.)
- Organiser une journée dédiée aux déficiences sensorielles avec l'ensemble des partenaires.
- Communiquer sur les actions mises en place auprès des personnes accueillies et des partenaires.

ILLUSTRATION - LA COMMUNICATION DANS LE JOURNAL LOCAL

Un journal local communique régulièrement les actions mises en place par la résidence autonomie du secteur. Sont mis en avant les initiatives telles que les rencontres intergénérationnelles ou encore les échanges, réguliers, organisés entre des associations de personnes malentendantes et les personnes accueillies.

⁴⁸ Ces bibliothèques étant situées dans différentes régions, il est assez facile d'en trouver une. L'inscription à ce service est gratuite et est soumise à un certificat médical attestant l'incapacité à lire les supports imprimés.

4 PRISE EN CONSIDÉRATION DES PERSONNES ATTEINTES DE DÉFICIENCES SENSORIELLES DANS LA STRATÉGIE ET LES ORIENTATIONS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

La prise en compte des besoins des personnes atteintes de déficiences sensorielles passe par la mise en place de mesures correctives et de solutions d'accompagnement individuel en lien avec le médecin traitant (aides techniques, aménagement de l'espace de vie privatif, rééducation, réadaptation, soins, etc.), mais également de solutions collectives (aménagement des lieux de vie collectifs, animations de groupe, etc.).

Elle permet d'adapter les orientations et la stratégie du projet d'établissement⁴⁹ en tenant compte du public accueilli.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS

- L'identification des personnes accueillies atteintes d'une ou plusieurs déficience(s) sensorielle(s) ;
- La prise en compte des besoins et des attentes de ces personnes dans le projet d'établissement ;
- L'anticipation des risques liés aux déficiences sensorielles ;
- L'organisation de formations pour sensibiliser l'ensemble du personnel aux déficiences sensorielles ;
- L'intégration d'aménagements architecturaux adaptés aux personnes atteintes de déficiences sensorielles dans le projet d'établissement.

→ RECOMMANDATIONS

- Identifier les personnes atteintes de déficiences sensorielles, leurs caractéristiques (type de déficience sensorielle, nombre, pathologies associées y compris les maladies neurodégénératives, etc.).
- Intégrer dans le projet d'établissement un volet sur les spécificités de l'accompagnement des personnes atteintes de déficience sensorielles (missions d'information, sensibilisation, prévention, etc.) ainsi que les principaux besoins et attentes identifiés.
- Préciser dans le projet d'établissement (projet de vie) les partenariats envisagés avec les différents acteurs du territoire (professionnels libéraux, spécialistes ou centres spécialisés, structures de prévention, associations, [CLIC](#), [CCAS](#), etc.).
- Intégrer dans le plan de formation un volet sur les déficiences sensorielles. Les formations sont destinées, entre autres, à sensibiliser le personnel sur la problématique des déficiences sensorielles en mettant l'accent sur le rôle qu'ils peuvent avoir dans leur repérage et sur les techniques de communication, « savoir-être » et « savoir-faire ».
- Informer le conseil de vie sociale (CVS) des actions mises en place au sein du projet d'établissement afin d'accompagner les personnes atteintes de déficiences sensorielles.

⁴⁹ Anesm. Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service. Saint-Denis: Anesm, 2010.

REPÈRES JURIDIQUES

L'article L.311-8 du [CASF](#) prévoit que « pour chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un projet qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée de 5 ans après consultation du Conseil de la Vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

- Formaliser dans le projet d'établissement des procédures pour la remontée et la traçabilité des informations transmises ainsi que les modalités de partage permettant de les traiter de manière adéquate et déclencher les actions nécessaires.
- Adapter l'environnement architectural de l'établissement, en tenant compte des besoins spécifiques des personnes accueillies s'agissant des espaces de vie collectifs (couloirs, escaliers, ascenseurs, restaurant, salle d'animation, extérieur, etc.).
Pour cela, être particulièrement vigilant sur les points suivants :
 - éclairage ;
 - choix des revêtements (qui ont une incidence sur la qualité des sons) ;
 - contraste des couleurs et textures ;
 - signalétique ;
 - sécurisation des espaces ;
 - information écrite et sonore.

ILLUSTRATION - MISE EN PLACE D'UN OUTIL PERSONNALISÉ

Telle résidence autonomie a mis en place un outil appelé « fiche de goût » pour recueillir les goûts et les habitudes des personnes accueillies afin d'adapter le menu à chaque personne dans la mesure du possible et satisfaire un plus grand nombre. À travers cet outil, le personnel connaît donc les souhaits des personnes âgées qui sont affichés et mis à disposition des équipes.

Par ailleurs, la commission des menus et le conseil de vie sociale sont également des instances où le personnel est attentif et prend le temps d'écouter les représentants des personnes accueillies sur leurs attentes et désirs en termes d'alimentation et leurs suggestions.

Des solutions pour adapter au mieux l'environnement de la personne accueillie (espace privé, locaux collectifs, extérieur) en fonction de sa déficience sensorielle sont proposées (cf. la partie « recommandations » des fiches-repères « du repérage à l'accompagnement »).

FICHES-REPÈRES

Du repérage à l'accompagnement

Déficiences visuelles 39

Déficiences auditives 44

Déficiences gustatives 49

Déficiences olfactives 53

Déficiences vestibulaires 57

Déficiences tactiles 61

Les fiches-repères qui suivent traitent du repérage et de l'accompagnement des personnes atteintes de déficiences visuelle, auditive, gustative, olfactive, tactile et vestibulaire en résidence autonomie. Ces thématiques peuvent faire l'objet de réunions en équipe.

Elles constituent autant d'outils pédagogiques d'aide à la formation et de sensibilisation des équipes. Elles se décomposent en 4 parties :

Partie 1 : Les signes d'alerte à observer. Ces signes servent de base pour le repérage par l'équipe. Ils peuvent aussi guider les aidants au contact avec la personne concernée ;

Partie 2 : Les facteurs de risque. Lorsqu'ils sont connus de l'équipe, ces facteurs « **bon à savoir** » peuvent être des points de vigilance par rapport aux signes d'alerte ;

Partie 3 : Les recommandations de bonnes pratiques. Cette partie vise à guider l'équipe sur les conduites à suivre⁵⁰ dès lors qu'une des problématiques est rencontrée chez une personne âgée ;

Partie 4 : Les outils pour aller plus loin. Téléchargeables gratuitement sur Internet, ils peuvent également servir de supports pédagogiques supplémentaires pour la formation.

Conseils d'utilisation :

Les parties 1 et 2 (signes d'alerte et facteurs de risque) sont les deux parties essentielles pour les professionnels intervenant régulièrement auprès de la personne accueillie. 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 au responsable de la structure. Sont déclinées l'ensemble des recommandations ainsi que les résultats attendus concernant la mise en place de ces recommandations de bonnes pratiques dès lors qu'un signalement a été fait.

La partie 4 (outils) permet au responsable de la formation/sensibilisation de télécharger sur Internet différents outils. Ils constituent 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.

⁵⁰ Attention pour les cas complexes (les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, les personnes handicapées vieillissantes, les personnes atteintes de maladies rares notamment) en fonction de l'organisation des fonctions d'appui sur votre territoire, vous vous rapprocherez des cellules territoriales d'appui (CTA), des plateformes territoriales d'appui (PTA), des MAIA, etc.

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.

POINT DE VIGILANCE

Certains signes peuvent être observés quelle que soit la déficience sensorielle :

- Un changement de comportement :
 - manifestation anxieuse, dépressive ;
 - perte de confiance, majoration du stress ;
 - baisse de l'estime de soi ;
 - plaintes diverses ;
 - isolement.
- Limitation voire arrêt des activités sociales/de loisirs et de manière plus générale des activités habituelles (besoin de l'intérêt, absence de plaisir, etc.) ;
- Baisse du plaisir, moins de désir.

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.



DÉFICIENCE VISUELLE 1/5

POUR LES PROFESSIONNELS

LES SIGNES D'ALERTE

« Les signes qui doivent m'alerter »

J'observe que la personne :

- trébuché ou se cogne régulièrement, voire chute plus souvent ;
- marche plus lentement, se tient au mur pour marcher ;
- a réduit son périmètre de marche, voire ne sort plus ou va de moins en moins loin ;
- au cours de ses déplacements, ralentit, se crispe au bras ou s'arrête quand il y a un passage plus sombre ou au contraire plus lumineux ;
- devient maladroite/renverse ;
- se salit beaucoup, porte des vêtements tachés sans s'en rendre compte ;
- perd ses objets/ les cherche/ne les reconnaît plus ;
- se rase/se maquille moins bien ou plus ;
- ne fait plus ses courses ;
- cuisine moins, voire ne cuisine plus ;
- a des produits périmés ;
- se plaint de ses lunettes, ne porte plus ses lunettes ;
- se plaint de ne pas voir ;
- se plaint de la luminosité trop forte quel qu'en soit le niveau ;
- a une manière inhabituelle de regarder (plisse les yeux, ferme les yeux, etc.) ;
- ne reconnaît plus les personnes qu'elle croise, les confond ;
- ne fixe plus le regard de ses interlocuteurs en leur parlant.
- .../...

LES FACTEURS DE RISQUE

Bon à savoir

En dehors de l'âge, d'autres facteurs de risque peuvent entraîner ou aggraver une déficience visuelle :

- non port de lunettes, corrections (lunettes) inadaptées ;
- certains médicaments ;
- certaines maladies (glaucome, [DMLA](#), diabète, cataracte, AVC, etc.) ;
- l'usage intensif d'écran (glaucome, sécheresse oculaire) ;
- le tabagisme et l'alcool ;
- l'environnement inadapté.
- .../...



DÉFICIENCE VISUELLE 2/5

POUR LA STRUCTURE

RECOMMANDATIONS

Mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier les signes de déficience visuelle

- en interrogeant la personne accueillie dès l'entrée en établissement, puis au moins une fois par an ou dès qu'un changement s'opère, sur la date de sa dernière visite chez un spécialiste (ophtalmologiste, opticien, etc.);
- en observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants (Cf. les signes d'alerte);
- en échangeant avec la personne mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage⁵¹ et les membres de l'équipe⁵² ainsi qu'avec son médecin traitant sur les changements observés;
- en introduisant un item « vision » dans le projet personnalisé.

Partager l'analyse des signes repérés

- en échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec son entourage après accord de la personne concernée et, si besoin, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), infirmière libérale, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations;
- en prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations qui s'intègrent dans l'organisation de l'établissement (cahier de liaison, fiches de transmission, etc.);
- en organisant les remontées d'informations (transmissions ciblées et tracées) entre les professionnels de l'établissement et, selon les besoins, avec l'ensemble des professionnels lorsque nécessaire (médecin traitant, orthoptiste, opticien, ophtalmologiste, etc.).

⁵¹ Par entourage on entend : le ou les aidant(s), la famille, les proches, la personne de confiance, le représentant légal.

⁵² L'équipe se compose de l'ensemble du personnel de la résidence autonomie : responsable, agent d'entretien, personnel de restauration, secrétaire, aides-soignants (en cas de forfait soins), animateurs, aide médico-psychologique, etc.



DÉFICIENCE VISUELLE 3/5

Rechercher des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement

Niveau 1 : actions correctrices immédiates à mettre en place en priorité⁵³

- encourager la personne à consulter son médecin traitant et/ou un spécialiste de la vue (opticien, orthoptiste, ophtalmologiste) ;
- proposer des lectures en gros caractères, livres audio, etc. (bibliothèques municipales, bibliothèque spécialisée Eole⁵⁴, bibliothèque numérique francophone accessible, etc.) ;
- si besoin, proposer à la personne un accompagnement dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (SAAD, aide-soignant, etc.) ;
- adapter le positionnement de la personne à l'activité ou au lieu (ex. : poste de télévision placé aussi près que nécessaire) ;
- conseiller la personne sur les possibilités d'adaptation de son domicile (éclairage, contrastes, repères visuels et tactiles, etc.).

Niveau 2 : pas d'actions correctrices immédiates possibles

- partager en équipe ses observations lors des réunions ;
- impliquer la personne et ses aidants dans la recherche de solutions : aides techniques (opticien, orthoptiste, etc.), adaptation de l'environnement à la déficience visuelle, soins rééducatifs (opticien, orthoptiste, ergothérapeute, associations spécialisées dans la déficience visuelle, etc.), etc. ;
- s'appuyer sur les partenaires médicaux (notamment le médecin traitant), paramédicaux (orthoptiste, opticien, IDE, etc.) et associatifs pour favoriser l'acceptation et l'utilisation des aides techniques si besoin ;
- formaliser dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés au regard de la spécificité de la déficience visuelle (DMLA, glaucome, rétinopathie diabétique, etc.) ;
- prévoir des animations adaptées pour valoriser les personnes accueillies et éviter des situations de mise en échec.

Niveau 3 : adapter l'architecture et l'environnement

- améliorer l'éclairage des lieux collectifs (ambiant et d'appoint, détecteurs de mouvements, etc.) ;
- adapter la signalétique (taille des caractères, pictogrammes, etc.) ;
- renforcer les contrastes à l'aide des couleurs ;
- aménager les espaces collectifs (rampes contrastées, mains courantes, repères tactiles, etc.) ;
- compléter par des dispositifs sonores non intrusifs (ascenseur à annonces vocales) ;
- définir des codes couleurs des lieux afin de faciliter la prise de repères ;
- l'inscrire dans le projet d'établissement.

⁵³ Les actions doivent être mises en place avec l'accord de la personne et dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations.

⁵⁴ Éole est un service de la médiathèque Valentin Haüy. Cette bibliothèque propose plus des livres audio et braille numérique téléchargeables sur le site (<http://eole.avh.asso.fr/>).



DÉFICIENCE VISUELLE 4/5

RECOMMANDATIONS *SUITE*

Sensibiliser et/ou former les professionnels au repérage des signes de déficience visuelle

- en présentant à l'équipe les principaux facteurs de risque de déficience visuelle et les signes d'alerte ;
- en fonction des pathologies, expliquer comment voit la personne accueillie et quelles adaptations d'accompagnement sont nécessaires (cf. fiche-repère « savoir-être » et « savoir-faire » p.69) ;
- en formalisant ces éléments dans le projet d'établissement ;
- en inscrivant cette thématique dans le plan de formation ou en organisant des journées d'information ;
- en mettant à disposition des outils simples d'aide au repérage (cf. outils) ;
- en organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, de guides d'accompagnement, voire d'aides techniques relatives aux déficiences sensorielles ;
- en inscrivant différents plans de formation dans le projet d'établissement.

RÉSULTATS ATTENDUS

- dès l'admission, l'ensemble des nouvelles personnes accueillies bénéficient d'une évaluation de leurs fonctions visuelles si cela n'a pas été réalisé lors de la pré-admission ;
- les déficiences visuelles sont précocement repérées ;
- l'équipe est sensibilisée au repérage des signes de déficiences sensorielles ;
- la qualité de vie de la personne accueillie est maintenue ;
- l'équipe de la résidence autonomie, les partenaires (médicaux et paramédicaux), les associations spécialisées s'associent pour proposer les solutions les plus adaptées lorsqu'une déficience a été diagnostiquée ;
- la personne accueillie est accompagnée dans sa déficience afin de pallier les risques inhérents à cette perte ;
- l'adaptation de l'accompagnement est inscrite dans le projet personnalisé ;
- la personne accueillie est encouragée à faire part de ses envies et choix ;
- l'équipe, la personne accueillie et les aidants sont formés à l'utilisation des aides techniques ;
- l'équipe s'approprie les recommandations liées aux déficiences visuelles.



DÉFICIENCE VISUELLE 5/5

DES OUTILS⁵⁵ POUR ALLER PLUS LOIN...

Pour le repérage d'une déficience visuelle :

- questionnaire de dépistage des problèmes de vision fonctionnelle (FVSQ) ;
- grille d'AMSLER.

Pour l'équipement et l'adaptation de l'architecture :

- [AGIRC-ARRCO](#), Guide « Déficiences sensorielles : guide pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires ».

Sur la thématique :

- INPES. *Quand la malvoyance s'installe : guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage*. 2012 ;
- INPES. *Informers les personnes aveugles ou malvoyantes. Partage d'expériences*. 2012 (<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1460>) ;
- institut Randstad et FAF. *Accueillir une personne déficiente visuelle : Guide à l'usage du personnel des hôpitaux et maisons de retraite*. 2012 (http://www.aveuglesdefrance.org/sites/default/files/article/fichiers/guide_patient_deficient_visuel.pdf).

Pour tous les renseignements et informations relatifs à la déficience visuelle :

- un centre d'appel et de conseil dédié, un numéro vert à destination des professionnels et du grand public : 0800 013 010 (service et appel gratuits du lundi au vendredi de 9h30 à 17h30).

⁵⁵ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...



DÉFICIENCE AUDITIVE 1/5

POUR LES PROFESSIONNELS

LES SIGNES D'ALERTE

« Les signes qui doivent m'alerter »

J'observe que la personne :

- me fait répéter de plus en plus lors de nos échanges ;
- répond à côté de la question ou hors sujet ;
- met le son de la télévision et/ou de la radio de plus en plus fort/n'entend plus le téléphone sonner ;
- répond mieux aux voix masculines que féminines ;
- a du mal à suivre les conversations à plusieurs ;
- ne participe plus à des activités de groupe ;
- ne vient plus au restaurant, ni aux activités ;
- se plaint du bruit et d'entendre des bruits ;
- se plaint d'entendre mais de ne pas comprendre et que ses interlocuteurs articulent mal ;
- a des troubles du langage ;
- est plus nerveuse ;
- n'entend pas toujours quand je frappe à la porte.
- .../...

LES FACTEURS DE RISQUE

Bon à savoir

En dehors de l'âge, d'autres facteurs de risque peuvent entraîner ou aggraver une déficience auditive :

- une exposition (répétée) à une intensité sonore trop élevée ;
- le tabagisme ;
- certaines maladies infectieuses contractées à l'âge adulte (méningite, rougeole, oreillons, otospongiose, infections otologiques chroniques telles que otites à répétition et otosclérose, etc.) ;
- un traumatisme crânien ;
- une blessure à l'oreille ;
- un bouchon de cérumen ;
- les médicaments ototoxiques.
- .../...



DÉFICIENCE AUDITIVE 2/5

POUR LA STRUCTURE

RECOMMANDATIONS

Mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier les signes de déficience auditive

- en interrogeant la personne accueillie dès l'entrée en établissement, puis au moins une fois par an ou dès qu'un changement s'opère, sur la date de sa dernière visite chez un spécialiste (otorhinolaryngologiste, audioprothésiste, etc.) ;
- en vérifiant, pour les personnes appareillées, la date de la dernière vérification des prothèses auditives (audioprothésistes), l'aptitude à les utiliser ;
- en observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants (cf. les signes d'alerte) ;
- en échangeant avec la personne mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage⁵⁶ et les membres de l'équipe⁵⁷ ainsi qu'avec son médecin traitant sur les changements observés ;
- en introduisant un item « audition » dans le projet personnalisé.

Partager l'analyse des signes repérés

- en échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec son entourage après accord de la personne concernée et, si besoin, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), infirmière libérale, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations ;
- en prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations qui s'intègrent dans l'organisation de l'établissement (cahier de liaison, fiches de transmission, etc.) ;
- en organisant les remontées d'informations (transmissions ciblées et tracées) entre les professionnels de l'établissement et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs lorsque nécessaire (médecin traitant, orthophoniste, audioprothésiste, otorhinolaryngologiste, etc.).

⁵⁶ Par entourage on entend : le ou les aidant(s), la famille, les proches, la personne de confiance, le représentant légal.

⁵⁷ L'équipe se compose de l'ensemble du personnel de la résidence autonomie : responsable, agent d'entretien, personnel de restauration, secrétaire, aides-soignants (en cas de forfait soins), animateurs, aide médico-psychologique, etc.



DÉFICIENCE AUDITIVE 3/5

RECOMMANDATIONS SUITE

Rechercher des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement

Niveau 1 : actions correctrices immédiates à mettre en place en priorité⁵⁸

- encourager la personne à consulter son médecin traitant et/ou un spécialiste de l'audition (otorhinolaryngologiste, audioprothésiste) ;
- en présence de personnel soignant :
 - vérifier la présence d'un bouchon de cérumen ou d'un corps étranger bloquant le canal auditif ;
 - pour les personnes appareillées : vérifier les piles, l'état de fonctionnement, son adéquation avec le déficit ;
- si besoin, proposer à la personne un accompagnement dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (SAAD, aide-soignant, etc.) ;
- adapter le positionnement de la personne à l'activité ou au lieu (ex. : poste de télévision placé aussi près que nécessaire) ;
- conseiller la personne sur les possibilités d'adaptation de son domicile (signal lumineux en complément de la sonnette, etc.).

Niveau 2 : pas d'actions correctrices immédiates possibles

- partager en équipe ses observations lors des réunions ;
- Impliquer la personne et son entourage dans la recherche de solutions : aides techniques (audioprothésiste, etc.), adaptation de l'environnement à la déficience auditive, soins rééducatifs (orthophoniste, associations spécialisées dans la déficience auditive, etc.) ;
- s'appuyer sur les partenaires médicaux (notamment le médecin traitant), paramédicaux (orthophoniste, audioprothésiste, ergothérapeute, infirmier, etc.) et associatifs pour favoriser l'acceptation et l'utilisation des aides techniques si besoin ;
- formaliser dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés au regard de la spécificité de la déficience auditive (presbyacousie, début d'Alzheimer, etc.).

Niveau 3 : adapter l'architecture et l'environnement

- doubler toute information sonore d'une information visuelle ;
- mise en place de sonnettes lumineuses afin d'éviter les sons stridents (« bip », « dring ») facteurs d'acouphènes ;
- installation de revêtements absorbant (linoléum, PVC, moquettes rasées), installation de rideaux épais sur les baies vitrées, etc. ;
- pour les téléviseurs, encourager l'utilisation des sous-titrages télétexte ou d'écouteurs adaptés ;
- éviter les téléviseurs au sein de grands espaces ouverts ;
- installer des portes palières ou portes des locaux collectifs avec hublot (la personne pourra être prévenue visuellement) ;
- utiliser une signalétique claire (aides techniques, adaptation de l'environnement – lumière, rampes et autre supports techniques) ;
- prévoir une phonie efficace des matériaux : absorption des sons et limitation des résonances (isolation acoustique) ;

⁵⁸ Les actions doivent être mises en place avec l'accord de la personne et dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations.



DÉFICIENCE AUDITIVE 4/5

Rechercher des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement *suite*

- prévoir des équipements spécifiques : boucles magnétiques dans les espaces partagés, amplificateurs ;
- installer des avertisseurs d'incendie, des détecteurs de fumée et autres avertisseurs sonores pourvus de voyants flashs ;
- intégrer un volet « architecture et environnement » dans le projet d'établissement.

Sensibiliser et/ou former les professionnels au repérage des signes de déficience auditive

- en présentant à l'équipe les principaux facteurs de risque de déficiences auditives et signes d'alerte ;
- en fonction des pathologies, expliquer comment entend la personne atteinte de déficience auditive et quelles adaptations d'accompagnement sont nécessaires (cf. fiche-repère « savoir-être » et « savoir-faire », p. 74) ;
- en formalisant ces éléments dans le projet d'établissement ;
- en inscrivant cette thématique dans le plan de formation ou en organisant des journées d'information ;
- en mettant à disposition des outils simples d'aide au repérage (Cf. Outils) ;
- en organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux déficiences sensorielles ;
- en inscrivant différents plans de formation dans le projet d'établissement.

RÉSULTATS ATTENDUS

- dès l'admission, l'ensemble des nouvelles personnes accueillies bénéficient d'une évaluation de leurs fonctions auditives si cela n'a pas été réalisé lors de la pré-admission ;
- les déficiences auditives sont précocement repérées ;
- l'équipe est sensibilisée au repérage des signes de déficiences sensorielles ;
- la qualité de vie de la personne accueillie est maintenue ;
- l'équipe de la résidence autonomie, les partenaires (médicaux et paramédicaux), les associations spécialisées s'associent pour proposer les solutions les plus adaptées lorsqu'une déficience a été diagnostiquée ;
- la personne accueillie est accompagnée dans sa déficience afin de pallier les risques inhérents à cette perte ;
- l'adaptation de l'accompagnement est inscrite dans le projet personnalisé ;
- la personne accueillie est encouragée à faire part de ses envies et choix ;
- l'équipe, la personne accueillie et les aidants sont formés à l'utilisation des aides techniques ;
- l'équipe s'approprie les recommandations liées aux déficiences auditives.



DÉFICIENCE AUDITIVE 5/5

DES OUTILS⁵⁹ POUR ALLER PLUS LOIN...

Pour la détection

- questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition⁶⁰.
- <http://www.hein-test.fr/>
- <http://www.hear-it.org/fr/Test-de-l-audition>

Pour l'équipement

- guide [AGIRC](#) et [ARRCO](#), « Déficiences sensorielles : guide pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires.

Pour l'évaluation de l'autonomie dans la gestion quotidienne d'un appareillage auditif

- recommandation BIAP CT06/13.

Pour la formation du personnel soignant

- recommandation BIAP CT06/15.

⁵⁹ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

⁶⁰ Cet outil validé est également inclus dans le kit de repérage des fragilités sensori-cognitives dénommé « AVEC » (Audition, Vision, Équilibre, Cognition) mis au point par la Société française de réflexion sensori-cognitive (SOFRESC).



DÉFICIENCE GUSTATIVE 1/4

POUR LES PROFESSIONNELS

LES SIGNES D'ALERTE

« Les signes qui doivent m'alerter »

J'observe que la personne :

- a moins d'appétit/mange moins/n'a plus de plaisir à manger ;
- perd du poids ;
- se plaint de goûts désagréables ou d'absence de goût ;
- souffre de mauvaise haleine ;
- ne veut plus se rendre en salle de restaurant ou y va de plus en plus rarement ;
- multiplie les intoxications alimentaires ;
- développe une appétence très forte pour les produits sucrés et salés.
- .../...

LES FACTEURS DE RISQUE

Bon à savoir

En dehors de l'âge, d'autres facteurs de risque peuvent entraîner ou aggraver une déficience gustative :

- la perte ou la baisse de l'odorat ;
- le tabagisme, la prise chronique d'alcool ;
- la dégradation de l'état bucco-dentaire, la mauvaise hygiène bucco-dentaire, les dents en mauvais état, le port d'un appareil dentaire (entretien), les aphtes, la sécheresse buccale, etc. ;
- certains médicaments dont ceux entraînant une sécheresse buccale (hyposialie) ;
- certaines maladies (diabète, cancer, maladie d'Alzheimer, Parkinson, rhinite chronique allergique, sclérose en plaques, infection ORL de type mycose notamment) ;
- la déshydratation.
- .../...



DÉFICIENCE GUSTATIVE 2/4

POUR LA STRUCTURE

RECOMMANDATIONS

Mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier les signes de déficience gustative

- en interrogeant la personne accueillie dès l'entrée en établissement, puis au moins une fois par an ou dès qu'un changement s'opère, sur la date de sa dernière visite chez un spécialiste (chirurgien-dentiste, stomatologue, otorhinolaryngologiste, etc.) ;
- en observant les évolutions sur le comportement, les attitudes, les paroles de la personne et de son entourage ;
- en échangeant avec la personne mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage et les membres de l'équipe⁶¹ ainsi qu'avec son médecin traitant sur les changements observés ;
- en introduisant un item « goût » dans le projet personnalisé.

Partager l'analyse des signes repérés

- en échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec son entourage⁶² après accord de la personne concernée et, si besoin, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), infirmière libérale, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations ;
- en prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations qui s'intègrent dans l'organisation de l'établissement (cahier de liaison, fiches de transmission, etc.) ;
- en organisant les remontées d'informations (transmissions ciblées et tracées) entre les professionnels de l'établissement et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs lorsque nécessaire (médecin traitant, otorhinolaryngologiste, dentiste, etc.).

⁶¹ L'équipe se compose de l'ensemble du personnel de la résidence autonomie : responsable, agent d'entretien, personnel de restauration, secrétaire, aides-soignants (en cas de forfait soins), animateurs, aide médico-psychologique, etc.

⁶² Par entourage on entend : le ou les aidant(s), la famille, les proches, la personne de confiance, le représentant légal.



DÉFICIENCE GUSTATIVE 3/4

Rechercher des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement

Niveau 1 : actions correctrices immédiates à mettre en place en priorité⁶³

- encourager la personne à consulter son médecin traitant et/ou son chirurgien-dentiste (un rendez-vous peut aussi être pris dans un centre d'examen de santé) ;
- selon les besoins, l'encourager à réaliser des soins dentaires ou buccaux (mycose – chirurgien-dentiste, etc.) ;
- voir avec elle comment améliorer son hygiène bucco-dentaire et mieux entretenir les prothèses dentaires ;
- l'encourager à boire régulièrement pour maintenir une bonne hydratation (proposer de l'eau, des tisanes, etc.) ;
- encourager la personne à manger régulièrement en salle de restauration (équipe de la résidence) ;
- l'encourager à partager ses repas avec un membre de sa famille ;
- organiser des repas à thèmes (soirée italienne, américaine, etc.) ;
- **IMPORTANT** : stimuler l'appétit de la personne en proposant des repas répondant à ses habitudes et à ses goûts et en adaptant les textures, les saveurs, en rehaussant le goût des plats, en variant les couleurs et les formes, etc. (équipe de restauration, responsable).

Niveau 2 : pas d'actions correctrices immédiates possibles

- partager en équipe ses observations lors des réunions ;
- s'appuyer sur les partenaires médicaux, paramédicaux (médecin traitant, diététicien, etc.), associatifs pour adapter l'alimentation aux besoins nutritionnels essentiels si la résidence autonomie dispose du forfait soins courants ;
- mettre en place des animations pour stimuler les papilles gustatives, des ateliers (cuisine, dégustation, épices, etc.), jardin des senteurs, etc. (bénévole, animateur ou toute personne formée sur le thème) ;
- organiser des animations durant la Semaine du goût (animateurs, personnel de restauration, associations, etc.) ;
- encourager les personnes accueillies concernées à participer à la commission des menus de l'établissement (CVS, animateur, directeur, etc.).

Niveau 3 : adapter l'architecture et l'environnement

- aménager des espaces conviviaux dédiés aux repas⁶⁴, harmoniser le plan de table, travailler la décoration, etc. ;
- utiliser une vaisselle « gaie » et visuellement agréable ;
- proposer un service à l'assiette, travailler sa présentation, les couleurs, etc. ;
- intégrer un volet « architecture et environnement » dans le projet d'établissement.

⁶³ Les actions doivent être mises en place avec l'accord de la personne et dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations.

⁶⁴ Anesm. *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 2. Saint-Denis : Anesm, 2011. p. 30.



DÉFICIENCE GUSTATIVE 4/4

RECOMMANDATIONS *SUITE*

Sensibiliser et/ou former les professionnels au repérage des signes de déficience gustative

- en présentant aux professionnels les principaux facteurs de risque des déficiences gustatives et signes d'alerte ;
- en formalisant ces éléments dans le projet d'établissement ;
- en inscrivant cette thématique dans le plan de formation ou en organisant des journées d'information (par exemple lors de la semaine du goût) ;
- en mettant à disposition des outils simples d'aide au repérage (Cf. Outils) ;
- en organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux déficiences sensorielles ;
- en inscrivant les différents plans de formation dans le projet d'établissement.

RÉSULTATS ATTENDUS

- dès l'admission, l'ensemble des nouvelles personnes accueillies bénéficient d'un bilan buccodentaire si cela n'a pas été réalisé lors de la pré-admission ;
- les déficiences gustatives sont précocement repérées ;
- l'équipe est sensibilisée et formée dans le repérage des signes de déficiences gustatives ;
- la qualité de vie de la personne accueillie et son appétit sont maintenus ;
- l'équipe de la résidence autonomie, les partenaires médicaux et paramédicaux, les associations spécialisées s'associent pour proposer les solutions les plus adaptées lorsqu'une déficience a été diagnostiquée ;
- la personne accueillie est accompagnée dans sa déficience afin de pallier les risques inhérents à cette perte ;
- l'adaptation de l'accompagnement est inscrite dans le projet personnalisé ;
- la personne accueillie est invitée à faire part de ses envies et choix. Elle est associée au choix des solutions proposées. Celles-ci sont adaptées en fonction des pathologies associées (annexes).

DES OUTILS⁶⁵ POUR ALLER PLUS LOIN...

Sur la nutrition et la santé bucco-dentaire des personnes âgées

- 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 ;
- [AGIRC-ARRCO/UFSBD](#)⁶⁶. Santé bucco-dentaire : *Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées*. 2014 ;
- SOHDEV⁶⁷ : *Référentiels de prise en charge : Prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes*. 2013.

⁶⁵ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

⁶⁶ Union française de santé bucco-dentaire.

⁶⁷ Santé Orale, Handicap, Dépendance Et Vulnérabilité.



DÉFICIENCE OLFACTIVE 1/4

POUR LES PROFESSIONNELS

LES SIGNES D'ALERTE

« Les signes qui doivent m'alerter »

J'observe que la personne :

- ne distingue pas les odeurs (désagréables ou pas) ;
- a moins d'appétit (si la déficience olfactive est associée à une perte de goût) ;
- perd du poids.
- .../...

LES FACTEURS DE RISQUE

Bon à savoir

En dehors de l'âge, d'autres facteurs de risque peuvent entraîner ou aggraver une déficience olfactive :

- tabagisme ;
- traumatisme crânien ;
- rhinites allergiques chroniques ;
- radiothérapie anticancéreuse ;
- maladies neurodégénératives (Parkinson, Alzheimer, etc.) ;
- présence d'une tumeur.
- .../...



DÉFICIENCE OLFACTIVE 2/4

POUR LA STRUCTURE

RECOMMANDATIONS

Mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier les signes de déficience olfactive

- en organisant des tests d'odeur (reconnaissance d'odeurs usuelles : fraise, lavande, rose, vanille) dans le cadre d'ateliers ludiques (associations, bénévoles) ;
- en observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne accueillie et de ses aidants ;
- en échangeant, si la personne accueillie est d'accord, avec son entourage et les membres de l'équipe⁶⁸ (médecin coordonnateur, aide-soignant, infirmier, personnel de restauration, etc.), ainsi qu'avec son médecin traitant sur les changements observés.

Partager l'analyse des signes repérés

- en échangeant avec la personne accueillie ou, le cas échéant, avec son entourage⁶⁹ après accord de la personne concernée et, si besoin, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne accueillie ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), infirmière libérale, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations ;
- en prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations qui s'intègrent dans l'organisation de l'établissement (cahier de liaison, fiches de transmission, etc.) ;
- en organisant les remontées d'informations (transmissions ciblées et tracées) entre les professionnels de l'établissement et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs lorsque nécessaire (médecin traitant, orthoptiste, opticien, ophtalmologiste, etc.).

⁶⁸ L'équipe se compose de l'ensemble du personnel de la résidence autonomie : responsable, agent d'entretien, personnel de restauration, secrétaire, aides-soignants (en cas de forfait soins), animateurs, aide médico-psychologique, etc.

⁶⁹ Par entourage on entend : le ou les aidant(s), la famille, les proches, la personne de confiance, le représentant légal.



DÉFICIENCE OLFACTIVE 3/4

Rechercher des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement

Niveau 1 : actions correctrices immédiates à mettre en place en priorité⁷⁰

- stimuler l'odorat en diffusant des odeurs agréables rappelant aux personnes accueillies des moments agréables de leur vie (café, mandarine, etc.) ;
- compenser le déficit olfactif en ajoutant des arômes à plusieurs aliments de régime courant (légumes, viandes, potages, etc.). À voir avec le personnel de restauration, les aidants.

Niveau 2 : pas d'actions correctrices immédiates

- partager en équipe ses observations lors des réunions ;
- impliquer la personne accueillie et ses aidants dans la recherche de solutions ;
- s'appuyer sur les partenaires médicaux (notamment le médecin traitant), paramédicaux (orthopiste, opticien, ergothérapeute, IDE, etc.) et associatifs pour favoriser l'acceptation et l'utilisation des aides techniques si besoin ;
- formaliser dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés au regard de la spécificité de la déficience olfactive (allergie, début d'Alzheimer, etc.) ;
- prévoir des animations adaptées pour valoriser les personnes accueillies et éviter des situations de mise en échec.

Niveau 3 : adapter l'architecture et l'environnement

- à proximité des espaces de restauration, proposer des tableaux et/ou des affiches, des photos d'aliments associés à des odeurs agréables (photos d'un gâteau au chocolat encore chaud et fondant, poulet rôti, fruits frais, etc.) ;
- dans les couloirs, des cadres et/ou des photos de bouquets de fleurs, etc. ;
- des bouquets de fleurs naturelles ;
- intégrer un volet « architecture et environnement » dans le projet d'établissement.

Sensibiliser et/ou former les professionnels au repérage des signes de déficience olfactive

- en présentant aux professionnels les principaux facteurs de risque de déficiences olfactives ;
- en formalisant ces éléments dans le projet d'établissement ;
- en inscrivant cette thématique dans le plan de formation ;
- en organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la déficience olfactive.

⁷⁰ Les actions doivent être mises en place avec l'accord de la personne et dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations.



DÉFICIENCE OLFACTIVE 4/4

RÉSULTATS ATTENDUS

- dès l'admission, l'ensemble des nouvelles personnes accueillies bénéficient d'un bilan buccodentaire ;
- les déficiences olfactives sont précocement repérées ;
- l'équipe est sensibilisée au repérage des signes de déficiences olfactives ;
- la qualité de vie de la personne accueillie est maintenue ;
- l'équipe de la résidence autonomie, les partenaires (médicaux et paramédicaux), les associations spécialisées s'associent pour proposer les solutions les plus adaptées lorsqu'une déficience a été diagnostiquée ;
- la personne accueillie est accompagnée dans sa déficience afin de pallier les risques inhérents à cette perte ;
- l'adaptation de l'accompagnement est inscrite dans le projet personnalisé ;
- la personne accueillie est encouragée à faire part de ses envies et choix ;
- l'équipe s'approprie les recommandations liées aux déficiences olfactives.

DES OUTILS⁷¹ POUR ALLER PLUS LOIN...

À ce jour, il n'existe pas d'outils exploitables dans les structures sociales et médico-sociales relatives aux déficiences olfactives.

⁷¹ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...



DÉFICIENCE VESTIBULAIRE 1/4

POUR LES PROFESSIONNELS

LES SIGNES D'ALERTE

« Les signes qui doivent m'alerter »

J'observe que la personne :

- trébucher ou se cogner régulièrement, voire chute plus souvent ;
- marche plus lentement, a réduit son périmètre ;
- a du mal à parler en marchant. Cela lui est difficile voire impossible (talking or walking) ;
- frotte les murs en marchant ;
- refuse de traverser les halls ou les espaces ouverts, pratique le « cabotage », marche d'un support à un autre ;
- a peur de chuter, demande un bras secourable pour marcher ;
- est gênée par les changements de luminosité ;
- réalise des demi-tours de façon lente et parfois périlleuse ;
- ne sort plus ;
- se plaint d'avoir la tête qui tourne (ébrieuse).
- .../...

LES FACTEURS DE RISQUE

Bon à savoir

En dehors de l'âge, d'autres facteurs de risque peuvent entraîner ou aggraver une déficience vestibulaire :

- sédentarité ;
- isolement, vivre en espace clos ;
- utilisation de certains médicaments ;
- occurrence de certaines maladies de l'oreille interne, vertige de position (VPPB), risque cardiovasculaire, HTA, diabète ;
- antécédents de chutes.
- .../...



DÉFICIENCE VESTIBULAIRE 2/4

POUR LA STRUCTURE

RECOMMANDATIONS

Mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier les signes de déficience vestibulaire

- en interrogeant la personne accueillie dès l'entrée en établissement, puis au moins une fois par an ou dès qu'un changement s'opère, sur la date de sa dernière visite chez un spécialiste (otorhinolaryngologiste, masseur-kinésithérapeute, etc.) ;
- en observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne accueillie et de ses aidants (Cf. Les signes d'alerte) ;
- en échangeant avec la personne mais aussi, si la personne accueillie est d'accord, avec son entourage⁷² et les membres de l'équipe⁷³ ainsi qu'avec son médecin traitant sur les changements observés ;
- en introduisant un item « vestibulaire » dans le projet personnalisé.

Partager l'analyse des signes repérés

- en échangeant avec la personne accueillie ou, le cas échéant, avec son entourage après accord de la personne concernée et, si besoin, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne accueillie ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), infirmière libérale, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations ;
- en prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations qui s'intègrent dans l'organisation de l'établissement (cahier de liaison, fiches de transmission, etc.) ;
- en organisant les remontées d'informations (transmissions ciblées et tracées) entre les professionnels de l'établissement et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs lorsque nécessaire (médecin traitant, otorhinolaryngologiste, etc.).

⁷² Par entourage on entend : le ou les aidant(s), la famille, les proches, la personne de confiance, le représentant légal.

⁷³ Elle se compose de l'ensemble du personnel de la résidence autonomie : responsable, agent d'entretien, personnel de restauration, secrétaire, aides-soignants (en cas de forfaits soins), animateurs, aide médico-psychologique, etc.



DÉFICIENCE VESTIBULAIRE 3/4

Rechercher des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement

Niveau 1 : actions correctrices immédiates à mettre en place en priorité⁷⁴

- encourager la personne accueillie à consulter son médecin traitant et/ou un spécialiste de l'équilibre (otorhinolaryngologiste, masseur-kinésithérapeute) ;
- si besoin, proposer à la personne accueillie un accompagnement dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (SAAD, aide-soignant, etc.) ;
- conseiller la personne accueillie sur les possibilités d'adaptation de son domicile (poignées, déambulateurs, etc.) ;
- encourager les sorties régulières à l'extérieur de la résidence autonomie ;
- pour éviter à la personne accueillie de se pencher et afin de ramasser les objets tombés au sol, lui suggérer l'achat d'une pince à long manche.

Niveau 2 : pas d'actions correctrices immédiates possibles

- partager en équipe ses observations lors des réunions ;
- impliquer la personne accueillie et ses aidants dans la recherche de solutions : aides techniques (cannes, déambulateurs, etc.), adaptation de l'environnement à la déficience vestibulaire, soins rééducatifs (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, associations spécialisées dans la déficience vestibulaire, etc.) ;
- s'appuyer sur les partenaires médicaux (notamment le médecin traitant, l'otorhinolaryngologiste, paramédicaux, IDE, etc.) et associatifs pour favoriser l'acceptation et l'utilisation des aides techniques si besoin ;
- formaliser dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés au regard de la spécificité de la déficience vestibulaire ;
- prévoir des animations adaptées pour valoriser les personnes accueillies et éviter des situations de mise en échec.

Niveau 3 : adapter l'architecture et l'environnement

- installation systématique de rampes adaptées ;
- protection sur les angles de certains meubles ;
- sécurisation des allées et chemins au sein de la résidence autonomie ;
- installation de bancs ;
- intégrer un volet « architecture et environnement » dans le projet d'établissement.

⁷⁴ Les actions doivent être mises en place avec l'accord de la personne et dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations.



DÉFICIENCE VESTIBULAIRE 4/4

Sensibiliser et/ou former les professionnels au repérage des signes de déficience vestibulaire

- en présentant aux professionnels les principaux facteurs de risque de déficiences vestibulaires et signes d'alerte ;
- en formalisant ces éléments dans le projet d'établissement ;
- en inscrivant cette thématique dans le plan de formation ;
- en mettant à leur disposition des outils simples d'aide au repérage ;
- en organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, de guides d'accompagnement, voire d'aides techniques relatives aux déficiences sensorielles.

RÉSULTATS ATTENDUS

- en présentant à l'équipe les principaux facteurs de risque de déficiences vestibulaires et les signes d'alerte ;
- en fonction des pathologies, expliquer ce que ressent la personne accueillie et quelles adaptations d'accompagnement sont nécessaires (cf. fiche-repère « savoir-être » et « savoir-faire », p. 76) ;
- en formalisant ces éléments dans le projet d'établissement ;
- l'adaptation de l'accompagnement est inscrite dans le projet personnalisé ;
- en inscrivant cette thématique dans le plan de formation ou en organisant des journées d'information ;
- en mettant à disposition des outils simples d'aide au repérage (Cf. Outils) ;
- en organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, de guides d'accompagnement, voire d'aides techniques relatives aux déficiences vestibulaires ;
- en inscrivant différents plans de formation dans le projet d'établissement.

DES OUTILS⁷⁵ POUR ALLER PLUS LOIN...

- *Guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage*, INPES.

⁷⁵ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...



DÉFICIENCE TACTILE 1/4

POUR LES PROFESSIONNELS

LES SIGNES D'ALERTE

« Les signes qui doivent m'alerter »

J'observe que la personne :

- se blesse, se brûle et ne s'en aperçoit pas ou réagit fortement (mains, pieds ou tout autre partie du corps) ;
- ressent moins/fortement les sensations de chaleur et/ou de froid ;
- a de plus en plus de mal à accomplir des gestes du quotidien (écrire, attraper, identifier la texture d'un objet, boutonner ses habits, etc.) ;
- arrête les activités manuelles (peinture, couture, etc.) ;
- présente une rougeur ou des picotements de peau à un point d'appui.
- .../...

LES FACTEURS DE RISQUE

Bon à savoir

En dehors de l'âge, d'autres facteurs de risque peuvent entraîner ou aggraver une déficience tactile :

- absence de stimulation (contacts, toucher) ;
- certains médicaments, chimiothérapie ;
- certaines maladies d'origine neurologique, musculaire, ostéo-articulaire ou cutanée (diabète, AVC, sclérose en plaque, arthrite, problèmes circulatoires, troubles musculosquelettiques, Parkinson, eczéma, zona, psoriasis, etc.).
- .../...



DÉFICIENCE TACTILE 2/4

POUR LA STRUCTURE

RECOMMANDATIONS

Mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier les signes de déficience tactile

- en observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants (cf. les signes d'alerte) ;
- en échangeant avec la personne accueillie mais aussi, si la personne accueillie est d'accord, avec son entourage⁷⁶ et les membres de l'équipe⁷⁷ ainsi qu'avec son médecin traitant sur les changements observés ;
- en mettant en place des tests simples de sensibilité fine des pieds et des mains et ce, dès l'arrivée de la personne accueillie, puis au moins une fois par an ou lorsqu'un changement s'opère ;
- en introduisant un item « toucher » dans le projet personnalisé.

Partager l'analyse des signes repérés

- en échangeant avec la personne accueillie ou, le cas échéant, avec son entourage après accord de la personne concernée et, si besoin, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne accueillie ([SAAD](#), [SSIAD](#), [SPASAD](#), infirmière libérale, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations ;
- en prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations qui s'intègrent dans l'organisation de l'établissement (cahier de liaison, fiches de transmission, etc.) ;
- en organisant les remontées d'informations (transmissions ciblées et tracées) entre les professionnels de l'établissement et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs lorsque nécessaire (médecin traitant, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.).

⁷⁶ Par entourage on entend : le ou les aidant(s), la famille, les proches, la personne de confiance, le représentant légal.

⁷⁷ L'équipe se compose de l'ensemble du personnel de la résidence autonomie : responsable, agent d'entretien, personnel de restauration, secrétaire, aides-soignants (en cas de forfait soins), animateurs, aide médicopsychologique, etc.



DÉFICIENCE TACTILE 3/4

Rechercher des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement

Niveau 1 : actions correctrices immédiates à mettre en place en priorité⁷⁸

- encourager la personne accueillie à consulter son médecin traitant et/ou un spécialiste pour évaluer le niveau de la déficience tactile (dermatologue, neurologue, etc.) ;
- si besoin, proposer à la personne accueillie un accompagnement dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (SAAD, aide-soignant, etc.).

Niveau 2 : pas d'actions correctrices immédiates possibles

- encourager et accompagner la personne accueillie et son entourage dans la recherche de solutions : adaptation de l'environnement à la déficience tactile, rééducation (ergothérapeute).

Niveau 3 : adapter l'architecture et l'environnement

- varier les textures de l'environnement (tissus rugueux sur les rampes d'escaliers, fauteuils, coussins recouverts de cuir, de laine, de coton, de soie, robinetterie munie de mitigeur thermostatique, etc.) ;
- intégrer un volet « architecture et environnement » dans le projet d'établissement.

Sensibiliser et/ou former les professionnels au repérage des signes de déficience tactile

- en présentant à l'équipe les principaux facteurs de risque de déficience tactile et les signes d'alerte ;
- en fonction des pathologies, expliquer les sensations de la personne accueillie et quelles adaptations d'accompagnement sont nécessaires (cf. fiche-repère « savoir-être » et « savoir-faire », p. 72) ;
- en formalisant ces éléments dans le projet d'établissement ;
- en inscrivant cette thématique dans le plan de formation ou en organisant des journées d'information ;
- en mettant à disposition des outils simples d'aide au repérage (cf. Outils) ;
- en organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, de guides d'accompagnement, voire d'aides techniques relatives aux déficiences tactiles ;
- en inscrivant différents plans de formation dans le projet d'établissement.

⁷⁸ Les actions doivent être mises en place avec l'accord de la personne et dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations.



DÉFICIENCE TACTILE 4/4

RÉSULTATS ATTENDUS

- les déficiences tactiles sont précocement repérées ;
- l'équipe est sensibilisée au repérage des signes de déficiences sensorielles ;
- la qualité de vie de la personne accueillie est maintenue ;
- l'équipe de la résidence autonomie, les partenaires (médicaux et paramédicaux), les associations spécialisées s'associent pour proposer les solutions les plus adaptées lorsqu'une déficience a été diagnostiquée ;
- la personne accueillie est accompagnée dans sa déficience afin de pallier les risques inhérents à cette perte ;
- l'adaptation de l'accompagnement est inscrite dans le projet personnalisé ;
- la personne accueillie est encouragée à faire part de ses envies et choix ;
- l'équipe, la personne accueillie et les aidants sont formés à l'utilisation des aides techniques.

DES OUTILS⁷⁹ POUR ALLER PLUS LOIN...

Pour le repérage de la sensibilité tactile

- test du monofilament 10 g (Semmes-Weinstein 5,07) ;
- tests utilisant des surfaces aux textures connues, caractérisées et graduées. À défaut, fabriquer pour un critère de texture donné (fibreuse, relief, glissant-collant, piquant) des surfaces graduées permettant d'évaluer un déficit et d'apprécier une dégradation/amélioration au court du temps.

⁷⁹ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

FICHES-REPÈRES

« savoir-être » et « savoir-faire »

Mémento toutes déficiences	68
Déficiences visuelles	69
Déficiences auditives	72
Déficiences gustative et/ou olfactive	74
Déficiences vestibulaires	75
Déficiences tactiles	76

Les fiches-repères qui suivent indiquent les attitudes à observer en fonction de la déficience dont une personne est atteinte. Au préalable, un mémento « savoir-être » et « savoir faire » « toutes déficiences » a été élaboré. Il constitue un socle commun d'attitudes et de comportements à adopter en toutes circonstances.

En effet, en dehors des spécificités propres à l'altération de chaque sens, une personne atteinte de déficiences sensorielles peut rencontrer :

- une altération de la communication ;
- une altération des relations sociales (isolement, repli sur soi, diminution du bien-être et de l'estime de soi associé à un risque dépressif, etc.) ;
- des difficultés dans l'accomplissement d'actes simples de la vie quotidienne (...).

Ces risques sont d'autant plus importants qu'ils concernent une population déjà fragilisée physiquement, psychologiquement ou socialement, et sont susceptibles d'aggraver la perte d'autonomie.

Communiquer avec une personne atteinte de déficiences sensorielles peut s'avérer compliqué. Aussi, les éléments de « savoir-être et savoir-faire » donnent aux personnes amenées à intervenir auprès des personnes âgées atteintes de déficiences sensorielles (personnel de l'établissement, aidant, intervenant extérieur, etc.) des conseils, des attitudes à adopter/privilégier pour un accompagnement adéquat des personnes accueillies.

Ces fiches-repères tiennent compte plus particulièrement des échanges et des rencontres dans le logement de la personne accueillie et dans les espaces de vie collectifs, à différents moments de la journée et selon les activités.

MÉMENTO : « SAVOIR-ÊTRE » ET « SAVOIR-FAIRE » « TOUTES DÉFICIENCES »

LORS DE TOUT ÉCHANGE

- s'identifier clairement face à la personne accueillie, même si elle vous connaît ;
- dans la mesure du possible, s'assurer qu'elle perçoit bien qu'on s'adresse à elle ;
- dans la mesure du possible, s'assurer qu'elle est équipée de ses aides techniques pour la journée (lunettes, cannes, déambulateur, prothèse dentaire, aide auditive, etc.) ;
- s'exprimer distinctement, articuler, utiliser un vocabulaire courant (sans pour autant l'infantiliser) ;
- s'assurer qu'elle a compris vos propos en lui posant la question ;
- demander son accord avant tout contact avec elle ;
- discuter du déroulé de la journée (matinée ou soirée) ;
- être patient et prendre le temps nécessaire ;
- éviter les grands gestes ;
- la prévenir avant de la quitter puis lui souhaiter une bonne journée/soirée/appétit... ;
- lui proposer son aide ;
- lors de tout échange, veiller à se placer en face de la personne accueillie de manière à ce que le visage soit visible ;
- lui demander si elle a besoin d'aide pour se déplacer ;
- avoir un visage le plus expressif possible ;
- faciliter les déplacements de la personne :
 - en veillant au bon éclairage des espaces (couloirs, escaliers, etc.) ;
 - en s'assurant que les couloirs ne soient pas encombrés avec des objets pour éviter que la personne chute, se cogne, etc. ;
- proposer plusieurs emplacements à la personne jusqu'à ce qu'elle valide celui où elle ressent le plus de confort par rapport à sa déficience ;
- veiller à la convivialité des repas et activités (sourires, paroles et gestes attentionnés, etc.).

Ces règles de « savoir-être » et « savoir-faire » sont applicables à l'ensemble des personnes accueillies atteintes de déficiences sensorielles (quelle qu'elle soit). Certains de ces principes généraux peuvent être appliqués à l'ensemble des personnes accueillies.

Pour chaque déficience sensorielle (visuelle, auditive, tactile, vestibulaire, gustative et olfactive), des éléments de « savoir-être » et « savoir-faire » spécifiques sont proposés ci-après.



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE VISUELLE 1/3

ÉCHANGES DANS LES ESPACES PRIVÉS

Logement : petit-déjeuner, toilette, coucher⁸⁰...

- se placer dans la lumière (ne pas être dos à la fenêtre) lorsque vous vous adressez à elle ;
- se positionner en face d'elle, veiller à un éclairage suffisant de la pièce sans qu'il soit éblouissant ;
- utiliser un vocabulaire imagé (ne pas craindre d'utiliser les termes tels que « voir », « regarder ») ;
- s'assurer que la personne accueillie est équipée de ses aides techniques habituelles pour la journée (lunettes, canne, loupe, etc.) ;
- lui donner des repères : annoncer la date du jour, le temps qu'il fait, le déroulement de la journée ou de la prochaine activité au programme ;
- l'informer de tout changement dans les espaces collectifs (signalétique, etc.) ;
- ne pas déplacer les objets ou, le cas échéant, les remettre en place après le passage.

La personne ayant une déficience visuelle ne peut pas toujours percevoir les éléments de communication non verbale (par exemple : les gestes, la posture, l'expression faciale, les mimiques).

L'absence de l'acuité visuelle rend plus réceptif au ton de la voix, au vocabulaire utilisé et au contact physique.

ÉCHANGES DANS LES ESPACES COLLECTIFS

Couloir : faciliter ses déplacements

- veiller à ce que les couloirs ne soient pas encombrés avec des objets pour éviter que la personne chute, se cogne, etc. ;
- si elle souhaite être accompagnée, lui proposer de la guider ou lui demander au préalable comment elle désire être guidée ;
- si nécessaire, donner à la personne accueillie des explications et directions claires et précises par rapport à elle (spécifier « à votre gauche », « devant vous » plutôt que « par là », « ici », « là-bas »).



ASTUCES

Le choix d'une signalétique adaptée (panneaux et affichage lisible, taille des caractères, couleur contrastée, pictogrammes, logos, signalétique sonore, etc.) facilitera les déplacements et permettra une plus grande autonomie.

⁸⁰ Les résidences autonomie disposant d'un forfait soins courants sont également concernées par ces interventions au sein des espaces privatifs dès lors que la personne accueillie nécessite un accompagnement spécifique.



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE VISUELLE 2/3

DANS LES ESPACES COLLECTIFS

Salle de restauration

- en amont, lire le menu, nommer les plats ;
- proposer votre aide pour lire le menu ;
- être vigilant sur le choix de la table et de la place assise (ex. : veiller à ce que la personne ne soit pas placée face à la fenêtre ou à la lumière) ;
- lui décrire les personnes présentes autour d'elle si elle le souhaite ;
- veiller à ne pas encombrer inutilement la table ou le plateau ;
- préciser l'emplacement des différents plats/ustensiles sur la table et aliments dans l'assiette. À chaque repas, veiller à toujours garder le même « rituel » et chaque chose à la même place ;
- proposer :
 - de servir séparément les légumes et la viande, si la personne le souhaite ;
 - de couper la viande, servir la boisson, etc. ;
 - l'ouverture des opercules, capsules, etc. ;
 - une serviette de protection pour limiter le risque de salissure ;
- prévenir en cas d'assiette chaude.



ASTUCES

- *écrire et distribuer le menu en gros caractères (pour les personnes qui ont encore des capacités visuelles) ;*
- *définir un code permanent valable à tous les repas (ex : la viande à 6h, les légumes à 3h) ;*
- *utiliser par exemple la technique de l'horloge pour situer les différents objets qui se trouvent sur la table et les aliments dans l'assiette ;*
- *jouer sur les contrastes entre le set et l'assiette, le plateau et la table ;*
- *privilégier des verres de couleur ou avec motifs ;*
- *Favoriser les rebords d'assiettes et couverts adaptés.*

Salle d'animation/salle collective

- proposer à la personne accueillie de l'accompagner : si elle souhaite être accompagnée, lui demander au préalable comment elle préfère être guidée ;
- veiller à un bon éclairage et proposer plusieurs emplacements à la personne accueillie jusqu'à ce qu'elle valide celui où elle ressent le plus de confort par rapport à sa déficience.
- si la personne accueillie le souhaite :
 - la renseigner sur les personnes autour d'elle ;
 - selon les cas, décrire à la personne ce qui est présenté (spectacle, décor, etc.) ;
- lorsqu'il y a un goûter, lui décrire ce qui est proposé et lui demander son choix. La réorienter vers sa chambre à la fin de l'animation.

Ne jamais laisser la personne debout, seule, au milieu d'une pièce.



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE VISUELLE 3/3

PRINCIPALES PATHOLOGIES VISUELLES ET CONSÉQUENCES SUR LA VUE : ILLUSTRATIONS

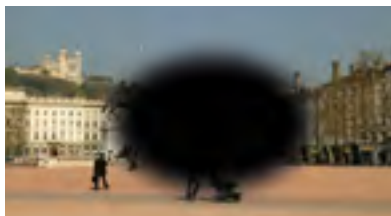
→ Rétinopathie pigmentaire, glaucomes : la personne a un **champ visuel rétréci** ou une **vision tubulaire**



→ Cataractes : la personne a une **vision floue**



→ **DMLA** : la personne a une **vision uniquement périphérique**



→ Rétinopathie diabétique : la personne a une **vision altérée (avec tâches)**



Comprendre ce que les personnes déficientes visuelles sont en mesure de voir permet de mieux appréhender les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien.

Pour cela, ne pas hésiter à poser des questions simples à la personne concernée (« pouvez-vous m'expliquer comment vous voyez ? », « qu'est-ce que vous voyez ? », « est-ce que vous voyez ce support à cet emplacement ? », etc.).

L'utilisation d'un support peut faciliter cet échange.



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE AUDITIVE 1/2

LORS DE TOUT ÉCHANGE

- attirer l'attention de la personne avant de lui parler ;
- s'adresser face à la personne pour lui parler ;
- s'assurer que la pièce est bien éclairée ;
- si la personne est appareillée, vérifier qu'elle porte son appareil et qu'il fonctionne correctement ;
- annoncer le sujet de la conversation avant d'entamer une conversation ;
- si la personne entend mal d'une oreille, s'exprimer du côté où elle entend le mieux, sinon regarder la personne et se mettre face à elle pour lui parler et rester dans son champ visuel ;
- faire des pauses en parlant ;
- s'exprimer distinctement et en articulant (éviter les mots à consonance identique pour la presbycusie) ;
- utiliser des phrases courtes ;
- répéter, reformuler votre phrase, formuler une seule question à la fois ;
- adapter votre manière de parler (se mettre au rythme de la personne) ;
- s'assurer qu'elle a bien compris en lui demandant de reformuler elle-même le propos ;
- avoir un visage le plus expressif possible, s'aider des mains ;
- être patient et prendre le temps nécessaire ;
- écrire si besoin, notamment les noms propres et les nombres ;
- ne pas lui parler d'une autre pièce ;
- ne pas crier.

ÉCHANGES DANS LES ESPACES PRIVÉS

Logement : petit-déjeuner, toilette, coucher⁸¹...

- attirer l'attention de la personne accueillie avant de lui parler ;
- si la personne accueillie est appareillée, vérifier qu'elle porte son appareil et qu'il fonctionne correctement ;
- si la personne accueillie entend mal d'une oreille, s'exprimer de préférence du côté de l'oreille fonctionnant bien ;
- annoncer le sujet de la conversation avant de commencer un dialogue ;
- avoir un visage le plus expressif possible, s'aider des mains ;
- ne pas lui parler d'une autre pièce ;
- ne pas crier ;
- s'adresser face à la personne accueillie pour lui parler ;
- s'assurer que la pièce est bien éclairée ;

⁸¹ Les résidences autonomie disposant d'un forfait soins courants sont également concernées par ces interventions au sein des espaces privatifs dès lors que la personne accueillie nécessite un accompagnement spécifique.



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE AUDITIVE 2/2

Logement : petit-déjeuner, toilette, coucher⁸¹ ...

- faire des pauses en parlant ;
- s'exprimer distinctement et en articulant (éviter les mots à consonance identique pour la presbyacousie) ;
- utiliser des phrases courtes ;
- répéter, reformuler votre phrase, formuler une seule question à la fois ;
- adapter votre manière de parler (se mettre au rythme de la personne) ;
- s'assurer qu'elle a bien compris ;
- ne pas se placer à contre jour/ne pas éblouir la personne en se plaçant devant une fenêtre ou le soleil dans le dos à l'extérieur ;
- montrer du doigt, être expressif pour décrire l'environnement (par exemple : signe qu'il fait froid, très chaud, qu'il pleut, etc.) ;
- mettre en place des moyens d'écriture (carnet, ardoise, tablettes tactiles, sms, etc.) pour les personnes atteintes de problèmes auditifs conséquents ;
- toujours avoir de quoi écrire ;
- écrire, si besoin, notamment les noms propres et les nombres ;
- réduire les bruits de fond en adaptant l'environnement sonore (fermer la fenêtre, arrêter la télévision ou la radio, etc.) ;
- travailler avec discrétion et porter attention à ne pas générer de bruits parasites lorsqu'on adresse la parole à la personne accueillie en effectuant son travail.

La personne ayant une déficience auditive ne peut pas toujours percevoir les éléments de communication verbale, d'où une attention particulière à prêter aux moments où elle perd le fil de la conversation. En outre, ne pas oublier qu'une personne malentendante a des difficultés qui ne se voient pas et qu'elle n'a pas perdu l'usage de la parole.

Salle de restauration

- donner la version papier du menu ;
- être vigilant sur le choix de la table et de la place assise (ex. : ne pas placer la personne face à la fenêtre ou à la lumière) afin qu'elle puisse bien voir les visages ;
- attirer l'attention de la personne accueillie avant de lui parler (signe de la main) ;
- prendre l'habitude de vous tourner de son côté et parler distinctement, chacun à son tour, lors du service ;
- organiser l'expression de chacun lors de la communication en groupe (expliquer aux voisins de table la nécessité de parler chacun à leur tour) ;
- expliciter à toutes les personnes qui sont en contact les caractéristiques de la déficience auditive.



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE GUSTATIVE ET/OU OLFACTIVE



DANS LES ESPACES COLLECTIFS

Salle de restauration

- veiller à ce que la personne accueillie porte sa (ses) prothèse(s) dentaire(s) ;
- lorsqu'elle vient en salle, proposer un repas répondant au mieux à ses goûts et adapté à sa capacité de mastication ;
- en amont, rappeler le menu et faire un lien avec les goûts culinaires ou souvenirs de la personne accueillie (lui demander par exemple comment elle cuisinait tel aliment, avec quoi elle aimait le manger, etc.) ;
- proposer une table soignée (jolies assiettes, jolis verres, bouquets de fleurs, etc.) et jouer entre les coloris de la vaisselle et des aliments ;
- s'agissant du plat lui-même : assurer une présentation soignée à l'assiette ;
- proposer deux desserts si la personne accueillie a tendance à préférer le sucré ;
- ajouter si nécessaire des épices, des exhausteurs de goût ;
- proposer chaque plat les uns après les autres ;
- veiller à la convivialité de ce moment (sourires, paroles et gestes attentionnés, etc.) et à la bonne entente des personnes qui se retrouvent autour de la table ;
- proposer un goûter aux multiples couleurs, saveurs (des fruits, des gâteaux, etc.) ;
- insister sur la présentation.

Inciter la personne à boire régulièrement en lui proposant des boissons variées en respectant ses goûts (eau plate ou gazeuse, thé, tisane, jus de fruits, etc.) afin de maintenir une bonne hydratation.



ASTUCES

Pour réintroduire la notion de plaisir et de manger au quotidien

- échanger dès que possible sur le menu de la semaine avec la personne ;
- ouvrir la discussion sur les plats :
 - « vous en cuisinez chez vous, vous les préparez comment ? » ;
 - « vous aviez l'occasion d'en manger souvent ? » ;
 - etc.
- proposer dans la matinée ou la journée de participer à des activités du type :
 - atelier culinaire ;
 - atelier saveur du monde ;
 - atelier création « Mes recettes préférées » ou « Les vraies recettes de grands-mères » qui pourront faire l'objet d'un fascicule élaboré avec les personnes accueillies et/ou leurs aidants et distribué à l'ensemble des familles et des professionnels intervenant ;
- encourager la personne à se souvenir et décrire des odeurs antérieures agréables qu'elle appréciait ;
- encourager la pratique d'une activité physique quotidienne en impliquant les aidants (stimuler l'appétit) et des associations spécifiques (Siel Bleu par exemple).



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE VESTIBULAIRE

DANS LES ESPACES COLLECTIFS

Couloir, salle de restauration, salle d'animation

- ne pas parler à la personne accueillie pendant qu'elle marche ;
- attirer l'attention de la personne accueillie avant de lui parler ;
- se mettre à sa hauteur pour lui parler ;
- prendre le temps de lui parler sans la brusquer ;
- veiller à ce que les couloirs ne soient pas encombrés avec des objets pouvant entraîner des chutes ;
- laisser les portes complètement ouvertes ou fermées mais jamais partiellement ouvertes ;
- s'assurer que la personne accueillie a ses aides techniques (cane, déambulateur, etc.) ;
- être vigilant sur le choix de la place assise (ex. : ne pas placer la personne face à la fenêtre ou à la lumière, la placer à l'endroit habituel) ;
- faire en sorte que la personne accueillie ne se lève pas trop rapidement ;
- si besoin, aider la personne accueillie au moment de s'asseoir et de se lever et attendre qu'elle se sente stabilisée ;
- encourager la personne accueillie à sortir régulièrement de sa chambre ;
- l'accompagner si nécessaire dans le jardin ou la cour de l'établissement ;
- ne pas encombrer l'espace mais veiller à ce que la personne accueillie puisse s'appuyer sur différents supports pour ne pas chuter ;
- aider la personne accueillie à trouver la position, debout ou assise, où elle se sent le plus sécurisée ;
- s'assurer que les accessoires sont à portée de main pour éviter qu'elle se penche ;
- encourager la personne accueillie à sortir.

La personne ayant une déficience vestibulaire ressent souvent des vertiges ainsi que des troubles de la vision, de l'équilibre ou de la mobilité.



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE TACTILE

DANS LES ESPACES COLLECTIFS

Couloir, salle de restauration, salle d'animation...

- proposer votre aide pour accomplir certaines tâches simples (écrire, marcher, attraper un objet, etc.) ;
- au moment du repas : proposer des couverts adaptés, prévenir lorsque le repas est chaud ou froid.

Une personne atteinte de déficience tactile peut avoir une diminution ou une exacerbation de sa sensibilité à la douleur, à la température (chaud ou froid) et à la pression. Il est important d'être attentif aux réactions que la personne peut avoir lors de tout contact avec elle.

ANNEXES

**1. La personne
de confiance 79**

**2. Financement des aides
techniques 80**

**3. Les professionnels
de la rééducation et de
la réadaptation 84**

4. Conduite des travaux 88

Glossaire 90

1 LA PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance a d'abord été consacrée par l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique, issu de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé. Son rôle a été renforcé par les lois n°2005-310 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Puis la loi du 28 décembre 2015 dite « [ASV](#) », comme la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, ont décliné le dispositif de la personne de confiance sanitaire dans le secteur social et médico-social.

La désignation de la personne de confiance, y-compris celle spécifique au secteur médico-social, se fait dans les conditions de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique. Ainsi, la personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

1.1 LE RÔLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE AU SENS DE L'ARTICLE L. 1111-6 DU [CSP](#)

Le rôle de la personne de confiance est double :

- accompagner l'usager, à sa demande, dans ses démarches et assister aux consultations médicales pour l'aider dans ses décisions ;
- recevoir l'information et être consultée si la personne qui l'a désignée est hors d'état de s'exprimer, afin qu'elle rende compte de la volonté de la personne. Cela ne signifie pas que la personne de confiance se substitue au patient mais que les médecins se doivent de recueillir son témoignage 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 le témoignage de la personne de confiance prévaut sur tout autre témoignage non médical, à l'exclusion d'éventuelles « directives anticipées ».

1.2 LA PERSONNE DE CONFIANCE SPÉCIFIQUE AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

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 missions :

- consentir aux échanges d'information ou s'y opposer lorsque la personne concernée est hors d'état de le faire (art. L. 113-3 [CASEF](#)) ;
- le cas échéant, accompagner l'usager lors de la réalisation de l'entretien préalable à la signature du contrat de séjour prévu à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (art. L. 311-4, D. 311-0-4 [CASEF](#)) ;
- accompagner l'usager dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions (art. L. 311-5-1 [CASEF](#)) ;
- accompagner dans le cadre de la mise en place d'un projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies (art. D. 312-155-0 [CASEF](#)).

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

Par ailleurs, l'article D. 311-0-4 du Code de l'action sociale et des familles (issu du décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016) précise les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance dans le secteur médico social. Il dispose ainsi que huit jours au moins avant l'entretien mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 311-4, le directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui informe la personne accueillie et, le cas échéant, son représentant légal, qu'elle peut désigner une personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1. À cet effet, il lui remet, ainsi que, le cas échéant, à son représentant légal, une notice d'information établie conformément au modèle fixé en annexe 4-10, avec des explications orales adaptées à son degré de compréhension. Il veille à la compréhension de celles-ci par la personne accueillie.

2 FINANCEMENT DES AIDES TECHNIQUES

L'objectif de ces fiches est de synthétiser l'ensemble des aides financières existantes, toutes sources confondues, qui permettent l'acquisition d'une aide technique.

REPÈRES JURIDIQUES

Extrait du [CASF](#) :

Art. R. 233-7. Les équipements et aides techniques individuelles mentionnés au 1° de l'article L. 233-1 sont tout équipement, instrument, dispositif, système technique ou logiciel adapté ou spécialement conçu pour prévenir ou compenser une limitation d'activité, destiné à une personne âgée de 60 ans et plus.

Ils doivent contribuer :

- 1° À maintenir ou améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne, la participation à la vie sociale, les liens avec l'entourage ou la sécurité de la personne ;
- 2° À faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne ;
- 3° À favoriser ou accompagner le maintien ou le retour à domicile.

La recherche de financement additionnel n'est nécessaire que si le matériel est plus onéreux que le remboursement prévu par les différents dispositifs listés ci-dessous ou si l'aide technique n'est pas inscrite sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables par l'assurance maladie ([LPPR](#)).

SITUATION SANS AIDE SPÉCIFIQUE POUR TOUS

Assurance maladie et mutuelle

- Les aides techniques sont remboursées à hauteur du taux fixé par la *Liste des Produits et Prestations Remboursables par l'assurance-maladie ([LPPR](#))* à condition qu'elles soient mentionnées dans la [LPPR](#). La prescription médicale, les devis et une demande d'entente préalable doivent être fournis à votre caisse de Sécurité sociale pour la prise en charge de la partie légale remboursée. Le montant du remboursement correspond à une somme forfaitaire.
- La mutuelle remboursera les sommes non prises en charge par l'assurance maladie.
- **Cette situation vaut pour toutes les personnes.**
- **Pour les personnes en [ALD](#) (Affection Longue Durée), il est prévu une prise en charge à 100 % des soins et, le cas échéant, de certaines aides techniques si elles figurent sur la [LPPR](#).**

AIDES FINANCIÈRES POUR LES AIDES TECHNIQUES POUR LES PERSONNES EN RÉSIDENCES AUTONOMIE

MDPH

- **Prestation de compensation du handicap (PCH) : pour les personnes de 60 à 75 ans si elles peuvent justifier d'une reconnaissance de handicap avant l'âge de 60 ans.**
- Aide technique : pour l'acquisition de fauteuil roulant, plage braille, audioprothèse, télé agrandisseurs ou de loupes (sur préconisation de l'opticien) et sur évaluation d'une conseillère en gérontologie ou d'un ergothérapeute.
- Aides pour l'aménagement du domicile (adaptation d'une salle de bains, rampes d'accès, élargissement des portes, etc.) ou les surcoûts de transport (trajets réguliers chez un médecin).
- Dépenses exceptionnelles : frais d'installation d'une aide technique.
- Aide animalière : pour assurer l'entretien d'un chien d'assistance ou d'un chien guide d'aveugle.
- **Fonds départemental de compensation (FDC) : essentiellement pour les personnes âgées de moins de 60 ans, mais il existe une possibilité d'élargissement aux personnes de 60 ans et plus.**

CPAM

- **Aides extra-légales de l'assurance maladie**
Cette prestation concerne les dépenses de santé restant à charge avec ou sans les remboursements légaux et complémentaires.
- **CMU-C**
La CMU-C donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire de tous les soins remboursables par l'assurance maladie (consultation, médicaments, hospitalisation, etc.).
De plus, la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge pour les soins dentaires, les lunettes (1 paire par an), les dispositifs médicaux (cannes, pansements, matériel médical, etc.) et les prothèses auditives dans la limite des tarifs fixés par la CMU-C.

Mutuelles

- **Aides de la complémentaire santé via un fonds social**
La personne doit contacter directement sa mutuelle.
Les complémentaires santé régies par le Code de la mutualité disposent d'un fonds d'action sociale. Ce fonds est utilisé pour aider les adhérents, sous conditions de ressources, dans des aspects non pris en compte par leur contrat santé.
Chaque complémentaire santé a sa propre politique en matière d'action sociale.
Une commission d'action sociale se réunit et étudie les demandes des adhérents. Le fonds d'action sociale peut venir ponctuellement aider un adhérent.
Voici quelques exemples d'aides exceptionnelles qui peuvent être accordées ponctuellement par une complémentaire santé à un adhérent confronté à une situation de perte d'autonomie :
 - aide pour payer le reste-à-charge non pris en charge par la sécurité sociale ni par le contrat santé de la complémentaire santé pour l'acquisition de dispositifs médicaux onéreux ;
 - prise en charge de la cotisation à la complémentaire.

AIDES FINANCIÈRES POUR LES AIDES TECHNIQUES

Caisses de retraite

- **Aides des caisses de retraite via un fonds social**

La personne doit contacter directement sa caisse de retraite, mais les caisses de retraite peuvent intervenir dans l'amélioration du logement afin de le rendre plus confortable et plus adapté.

Différentes interventions sont possibles :

- conseil en aménagement du logement ;
- financement de travaux d'isolation thermique ;
- financement d'aides techniques : barres d'appui, marches antidérapantes, etc. ;
- financement de travaux d'adaptation ;
- accord de prêts.

Les associations d'aide aux déficients sensoriels

- **Les actions et les aides qui peuvent être mises en place :**

- des aides directes (cours de braille, prêt financier sur le Fonds de Solidarité selon les associations, etc.) ;
- aide aux personnes pour le dépôt de dossier de demande d'aides financières ;
- prêt d'aides techniques avant achat.

APA

- L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile dans le cadre du plan d'aide personnalisé est attribuée aux personnes âgées d'au moins 60 ans qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne, mais elle peut aussi financer toute aide technique, qu'elle soit ou non déjà partiellement prise en charge par l'assurance maladie.
- Le montant de l'allocation est fixé en fonction :
 - du plan d'aide déterminé selon les besoins de la personne dans la limite d'un tarif lui-même fonction du degré de perte d'autonomie ;
 - du niveau de participation de la personne elle-même, qui varie selon ses ressources.

Centre d'expertise sur les aides techniques

- Les centres d'expertise nationaux sur les aides techniques sont des lieux de recherche et d'innovation, de formation, d'information, de test, d'évaluation d'usage, de conseil et de démonstration de matériel pour les aides à la mobilité, à la stimulation cognitive, aux technologies de l'information et de la communication pour la compensation, l'autonomie et la santé :
 - pour les aides à la mobilité, le Ceremh ;
 - pour les aides à la stimulation cognitive, le CEN Stimco ;
 - pour les technologies de l'information et les nouvelles technologies, le CENTICH (Centre d'Expertise National des Technologies de l'Information et de la Communication pour l'autonomie).

Sources d'information

- Site de la [MDPH](http://www.mdph.fr/) : <http://www.mdph.fr/>
- Pour les [CLIC](#) et les [CCAS](#) : voir avec la mairie
- Liste des produits et prestations remboursables par l'assurance-maladie : <http://www.codage.ext.cnamts.fr/>
- Montant des remboursements des prothèses optiques et audition : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/optique-et-audition/>
- Site de la CMU-C mentionnant les conditions d'obtention : <http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>
- Site de l'[ACS](#) mentionnant les conditions d'obtention : <http://www.info-ac.s.fr/>
- Informations sur [PCH](#) : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers-droits-despersonnes-handicapees-veillissantes>
- Carte des réseaux de gérontologie : <http://www.reseaux-gerontologiques.fr/>
- Quelques associations :
<http://www.avh.asso.fr/>
<http://www.aveuglesdefrance.org/>
<http://www.oreilleetvie.org/l-association/>
<http://www.france-acouphenes.org>
- Quelques centres d'expertise :
<http://www.certam-avh.com/>
<http://ceremh.org/>
<http://censtimco.org/>
<http://www.centich.fr/>
- Les [CICAT](#) :
<https://informations.handicap.fr/carte-france-cicat.php>
<https://www.cramif.fr/handicap/handicap-aides-techniques-cicat-ESCAVIE.asp>
- La [CNSA](#) : <http://www.cnsa.fr/>

AIDES FINANCIÈRES POUR LES AMÉNAGEMENTS POUR LES RÉSIDENCES AUTONOMIE

Fondations

- Via les appels à projets (JM Bruneau ou encore la Fondation de France, Agrica, les banques, etc.).

Conseils départementaux

- Pour la création, la transformation ou l'extension d'établissements ou services sociaux et médico-sociaux dès lors qu'il est fait appel à des financements publics.

3 LES PROFESSIONNELS DE LA RÉÉDUCATION ET DE LA RÉADAPTATION

Définition profession	Mode d'exercice	Prescription (oui-non)
« Le masseur-kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes fixés par décret, notamment à des fins de rééducation sur prescription médicale, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Il intervient également dans le domaine sportif et en thalassothérapie ⁸² . »	Libéral ou salarié.	Oui
« Le psychomotricien fonde son intervention sur le mouvement, l'action et la communication verbale et non verbale ainsi que sur les émotions. Il évalue et traite les fonctions mises en jeu dans la psychomotricité du patient et les troubles du développement psychomoteur. La psychomotricité se situe à l'interface des dimensions corporelles et psychologiques. » ⁸³	Libéral ou salarié.	Oui
« L' ergothérapeute prend en charge le patient dès lors qu'un problème de santé limite ses possibilités d'effectuer ses soins personnels, de se déplacer ou de communiquer. Ainsi l'ergothérapeute étudie, conçoit et aménage l'environnement du patient pour le rendre accessible, de façon à maintenir les activités du quotidien en toute sécurité. » ⁸⁴ « Il prend en compte ce que vous faisiez habituellement, ce que vous pouvez faire et ce que vous souhaitez faire dans votre vie quotidienne. Par son expertise dans l'analyse des tâches, il vous aide à améliorer votre capacité d'agir et valorise vos savoir-faire. Il vous propose d'agir sur votre environnement pour faciliter votre quotidien et améliorer votre cadre de vie. » ⁸⁵	L'ergothérapeute exerce dans les centres hospitaliers, en milieu psychiatrique, dans des centres de rééducation, des établissements de convalescence ou de retraite, des centres médico-sociaux et foyers de vie, au sein d'associations de soins et de maintien à domicile, dans des maisons de matériel médical, etc. Il se déplace au domicile des personnes afin d'évaluer les situations de handicap et proposer des solutions. Il exerce en secteur extra-institutionnel avec un statut d'indépendant.	Oui

⁸² ROCHUT, J., DREES. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et Résultats*, 2014, n°895.

⁸³ ROCHUT, J., DREES. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et Résultats*, 2014, n°895.

⁸⁴ ROCHUT, J., DREES. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et Résultats*, 2014, n°895.

⁸⁵ INPES, ALLAIRE, C. Quand la malvoyance s'installe. *Guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage*. Saint-Denis : INPES, 2012.

Définition profession	Mode d'exercice	Prescription (oui-non)
<p>« L'orthophoniste prévient et prend en charge, sur prescription médicale, les troubles de la communication écrite et orale. Il est amené, à ce titre, à s'occuper des malentendants auxquels il apprend à lire et à parler sur les lèvres, des enfants souffrant de retards d'expression ou de troubles comme le bégaiement ou ayant des difficultés d'apprentissage de la lecture, de l'orthographe, de l'écriture ou du langage mathématique. Il soigne également des adultes ayant des troubles de la voix ou étant privés de leurs facultés d'expression ou de compréhension. »⁸⁶</p>	Libéral ou salarié.	Oui
<p>« L'orthoptiste est un spécialiste du dépistage des troubles et de la rééducation visuelle (strabisme, défaut de convergence, etc.). Ce professionnel effectue des bilans afin d'évaluer les capacités visuelles du patient. Il peut réaliser une estimation de la puissance du défaut optique à corriger par le médecin. À travers des exercices, il apprend au patient à mieux faire travailler ses yeux et atténue les gênes et douleurs ressenties. »⁸⁷</p> <p>« L'orthoptiste vous permet de réorganiser vos possibilités visuelles en adoptant l'attitude corporelle la plus confortable possible. Il recherche avec vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'éclairage adapté à vos besoins ; • la maîtrise d'une nouvelle façon de voir et la capacité à orienter votre regard ; • le contrôle visuel du geste ; • la gestion de votre vision fine par des exercices pour la lecture. <p>Le choix de l'aide optique se fera en lien avec l'opticien. »⁸⁸</p>	Le métier d'orthoptiste s'exerce à l'hôpital, en clinique ou en ville.	Oui

⁸⁶ ROCHUT, J., DREES. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et Résultats*, 2014, n°895.

⁸⁷ ROCHUT, J., DREES. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et Résultats*, 2014, n°895.

⁸⁸ INPES, ALLAIRE, C. *Quand la malvoyance s'installe. Guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage*. Saint-Denis : INPES, 2012.

LES PROFESSIONNELS DE LA RÉÉDUCATION ET DE LA RÉADAPTATION *SUITE*

Définition profession	Mode d'exercice	Prescription (oui-non)
<p>« L'audioprothésiste évalue les capacités auditives des patients et les corrige. Pour cela, il conçoit, adapte des prothèses auditives sur mesure et procède à l'appareillage des patients déficients de l'ouïe. Afin de concevoir l'appareillage, l'audioprothésiste doit évaluer la gêne subie ou ressentie par le patient. Pour ce faire, il reçoit le patient au cours d'un entretien permettant de déterminer précisément la perception de son trouble auditif. Ensuite, il réalise l'évaluation audiologique du patient : pour cela, le patient est installé dans une pièce insonorisée et porte un casque sur les oreilles. L'audioprothésiste établit alors le bilan à l'aide d'appareils spécialisés. Après une période d'adaptation, l'audioprothésiste est amené à revoir son patient régulièrement afin de contrôler son appareillage et de vérifier l'évolution de son audition. Il assure l'ensemble des fonctions indispensables à la commercialisation des audioprothèses : recherche de fournisseurs, achat des produits, vente des produits et des services associés. Il gère également l'accompagnement des patients dans la délivrance des produits, leur adaptation et les démarches de prise en charge de leur appareillage.⁸⁹ »</p>	<p>Il exerce en hôpital, en clinique ou en cabinet de ville.</p>	<p>Non mais les aides auditives oui.</p>
<p>Le psychologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réalise des actions d'analyse, d'évaluation psychologique et de conseil, selon les besoins des personnes afin de leur apporter un soutien ou une aide psychologique ; • peut réaliser des bilans psychologiques ; • peut mener des actions selon des médiations thérapeutiques spécifiques (art thérapie, musicothérapie, etc.) ; • peut mettre en place un suivi psychothérapeutique selon des orientations particulières (psychanalytiques, comportementalistes, etc.). <p>Il existe une association de Langue Française des Psychologues spécialisés pour Personnes Handicapées Visuelles⁹⁰.</p>	<p>Libéral ou salarié.</p>	<p>Non</p>

⁸⁹ Ministère des Affaires sociales et de la santé. *Fiche métier : audioprothésiste*. 2012. (Document électronique). Consultable sur : <[www. http://social-sante.gouv.fr](http://social-sante.gouv.fr)>.

⁹⁰ Association de Langue Française des Psychologues Spécialisés pour Personnes Handicapées Visuelles (ALFPHV).

Définition profession	Mode d'exercice	Prescription (oui-non)
« Le rôle de l' instructeur de locomotion est de répondre aux difficultés de déplacement en s'adressant à la globalité de la personne déficiente visuelle, prenant en compte son vécu et ses capacités. Pour cela, il va transmettre des techniques assurant un déplacement en sécurité, tout en s'appuyant sur le développement du potentiel multi-sensoriel et cognitif de la personne. » ⁹¹ L'instructeur de locomotion propose une prise en charge individuelle, et parfois un travail de groupe complémentaire.	Il travaille avec des adultes (centres de rééducation, services ambulatoires, centres de formation professionnelle, associations, etc.) ou avec des enfants (institutions spécialisées, services d'aide à l'intégration scolaire, etc.), en libéral ou salarié.	Oui
« Le rôle de l' instructeur en AVJ (Autonomie de la Vie Journalière) est de permettre aux personnes déficientes visuelles de retrouver un maximum d'autonomie dans tous les gestes quotidiens (manger avec aisance, préparer un repas, gérer le linge, téléphoner, écrire, effectuer des achats, etc.). L'accompagnement en AVJ est basé sur le développement des potentiels sensoriels, gestuels et cognitifs, sur l'appropriation de techniques spécifiques, l'utilisation d'aides techniques et l'adaptation de l'environnement. » ⁹²	- Établissements spécialisés pour enfants et adolescents, - Services d'accompagnement pour enfants (SAFEF , SAAAS , etc.) et adultes (SAMSAH , SAVS , SAEDV , etc.), - Services de soins, de suite et de réadaptation, Structures pour personnes âgées, etc. » ⁹³ .	
« Le diététicien contribue à assurer la qualité des aliments et des préparations alimentaires, l'équilibre nutritionnel, l'établissement de régimes sur prescription médicale et le respect des règles d'hygiène. Le travail du diététicien varie en fonction de la structure dans laquelle il exerce. À l'hôpital, il travaille en collaboration avec des médecins nutritionnistes et suit le malade de son admission à sa sortie. En cabinet libéral, il reçoit les patients que lui envoient les médecins et soigne les troubles de la nutrition. Ce métier peut aussi s'exercer dans d'autres secteurs : restauration collective, industrie agroalimentaire, etc. » ⁹⁴	Libéral ou salarié.	Non
« Le pédicure-podologue est un professionnel de santé qui soigne toutes les affections de la peau et des ongles du pied. Sur prescription médicale, il conçoit et fabrique également les semelles orthopédiques pour compenser les malformations du pied et pratique des exercices de rééducation post-opératoire. » ⁹⁵	L'immense majorité des pédicures-podologues – environ 98 % d'entre eux – exerce en ville.	Oui, pour les semelles orthopédiques et pour les soins de pieds chez le diabétique.
Animateur sportif en activité physique et adapté	Libéral ou salarié.	Non

⁹¹ Fédération des Aveugles de France (FAF).

⁹² Ibid.

⁹³ Définition disponible sur le site de l'Association des instructeurs pour l'Autonomie dans la Vie Journalière des personnes Déficientes Visuelles (AVJADV).

⁹⁴ ROCHUT, J., DREES. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et Résultats*, 2014, n°895.

⁹⁵ ROCHUT, J., DREES. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et Résultats*, 2014, n°895.

4 CONDUITE DES TRAVAUX

ÉQUIPE PROJET

- Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE, responsable secteur « personnes âgées »
- Aylin AYATA, chef de projet
- Aïssatou SOW, chef de projet
- Sophie LE BRIS, cheffe du service pratiques professionnelles (jusqu'à avril 2016)
- Patricia MARIE, documentaliste
- Aline MÉTAIS, responsable projet Évaluation interne
- Éliane CALDAS, assistante, service pratiques professionnelles (jusqu'à avril 2016)
- Nagette JOUSSE, assistante Coordination de projets

COORDINATION ÉDITORIALE

- Yaba BOUESSE, chargée de communication
- Adrien GIRAULT, chargé de communication

RÉFÉRENT COMITÉ D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

- Jean-Claude JAMOT
- Isabelle BARGES

RÉFÉRENTS CONSEIL SCIENTIFIQUE

- Claude JEANDEL
- Jean-Marie ROBINE

ANALYSE JURIDIQUE

- Maître Olivier Poinot, Montpellier, Hérault

VALIDATION ET ADOPTION DES RECOMMANDATIONS

- Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm

GROUPE DE TRAVAIL

- Didier ARMAINGAUD, directeur médical, qualité et réglementation, groupe Korian, Paris
- Maurice BECCARI, directeur général, FISAF, Carbon-Blanc
- Moustafa BENSAFI, directeur de recherche, CNRS, Université Lyon 1, Lyon
- Alain BÉRARD, directeur adjoint, Fondation Médéric Alzheimer (FMA), Paris
- Éric BLIN, masseur-kinésithérapeute, Enghien
- Isabelle BOUILLE-AMBROSINI, chargée de mission PA/MND, DGOS, Paris
- Daniel DUPLEIX, opticien spécialisé, Saint-hilaire de Beauvoir
- Michèle DRIOUX, retraitée, membre du COS (Anesm), administrative UNAFAM, Paris
- Agathe FAURE, conseillère santé sociale, FEHAP, Paris
- Bernadette FOREST, attachée direction, pôle projets associatifs, AREFO-ARPAD
- Yvette GIACCARDI, gériatre, membre de la FFAMCO

- Françoise GOBLED, représentante usager, Fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles (FNAPAEF)
- Sylvie HERVÉ, directrice de la recherche, de l'innovation et de la formation, Mutualité française Anjou Mayenne, Angers
- Marie-Agnès KOZA, infirmière, Hôpital Simone Veil, Montmorency
- Sylvie MERVILLE, gériatre, CNSA, Paris
- Christian RENARD, audioprothésiste, Lille
- Séverine ROLLAND, psychologue clinicienne, Ehpad Villa Jeanne d'Arc (Montmorency) et Ehpad CCAS EDF/GDF (Andilly)
- Albert SCEMAMA, chef de projet, HAS

GRUPE DE LECTURE

- Jean-Christophe BILLOU, responsable, Fédération nationale des MARPA
- Amandine DESCAMPS, UNCCAS, Paris
- Didier FUCHS, directeur, association Bartischgut
- Murielle JAMOT, directrice des métiers sanitaires, sociaux et médico-sociaux, Croix-Rouge Française, Paris
- Stéphane LAURENT, audioprothésiste, représentant du Collège national d'audioprothèse (CNA), Paris
- Béatrice LE BAIL, présidente ARIBA, administratrice ARRADV
- Laura LÉVÊQUE, chargée de mission, Fédération nationale des MARPA
- Françoise MAGNA, inspectrice pédagogique et technique des établissements de jeunes aveugles, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris
- Danièle POISSENOT, inspectrice pédagogique et technique des établissements de jeunes aveugles, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris
- Chloé SAULNIER, chargé de mission médico-sociale et qualité, générations mutualistes
- Laurence SISMAN, directrice, résidence autonomie Valentin Haüy, Paris
- Fabrice TAMPIGNY, chargé de mission développement des actions de formation et de sensibilisation à la déficience visuelle, Paris

LISTES DES STRUCTURES VISITÉES

- Résidence service AREFO « Les Jardins Mirabeau », 44 rue Balard 75015 Paris
- Logement-foyer AREFO « Hélène Moutet », 2 voie de la résidence Hélène Moutet, 95330 Domont
- Résidence « Les Primevères », 23 Route de Gigny, 21200 Beaune
- Résidence « Les Ursulines », 27 Avenue des Ursulines, 78300 Poissy

RENCONTRE OU ENTRETIENS AVEC DES PERSONNES RESSOURCES

- Cécile DELAMARRE, Professeur des Universités, Mulhouse
- Marcel CREST, directeur de recherche, CNRS, Marseille

GLOSSAIRE

ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
AGIRC	Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres
ALD	Affection longue durée
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARRCO	Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des Salariés
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CICAT	Centre d'information et de Conseil sur les Aides Techniques
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODES	Comité Départemental d'Education pour la santé
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CSP	Code de la Santé Publique
CTA	Cellule Territoriale d'Appui
DMLA	Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESA	Équipe Spécialisée Alzheimer
FDC	Fonds Départemental de la Compensation
GIR	Groupe Iso-Ressources
HAS	Haute Autorité de Santé
HAD	Hospitalisation À Domicile
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IREPS	Instance Régionale d'Éducation et de Promotion pour la Santé
LPPR	Liste des Produits et Prestations Remboursables par l'Assurance Maladie
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des Services d'Aide et de Soins dans le Champ de l'Autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAERPA	Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
SAAAS	Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à la Scolarisation
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAEDV	Service d'Accompagnement à l'Emploi des Déficients Visuels
SAFEP	Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation



LISTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE L'ANESM

54 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. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile* (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).
- *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 déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet Ehpad* (2016).
- *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet résidences autonomie* (2016).
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet résidences autonomie* (2016).
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Ehpad* (2016).
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile* (2016).
- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et 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

- *« Les comportements-problèmes » : Prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés* (2016).
- *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMPSP)* (2015).
- *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 (2016).*
- *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 (2016).*
- *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

- *Évaluation interne : repères pour les établissements et services relevant du secteur de l'inclusion sociale (2016).*
- *La prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (2016).*
- *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 (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).*

LES ENQUÊTES

- *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.*

LES GUIDES

- *Guide « ESSMS : valorisez les résultats de vos évaluations » (2016).*
- *Guide d'aide à la contractualisation (2014).*

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

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Anesm est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002. Installée en mai 2007, l'Agence a succédé au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

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).

L'AGENCE, UN ACTEUR NATIONAL

L'Anesm est ainsi un acteur public national du dispositif administratif de décision de renouvellement des autorisations de fonctionnement par les autorités compétentes (Agences régionales de santé, conseils généraux, etc.). Elle concourt directement, par ses missions, à la réalisation de ce processus.

ANESM

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

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables sur
www.anesm.sante.gouv.fr

Janvier 2017