



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**RECOMMANDER**  
LES BONNES PRATIQUES

---

**GUIDE**

# Services d'aide et de soins à domicile: accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénérative

Le projet personnalisé

Validé par la CSMS le 6 décembre 2018

---

# Descriptif de la publication

<b>Titre</b>	<b>Services d'aide et de soins à domicile: accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénérative</b> Le projet personnalisé
<b>Méthode de travail</b>	Consensus d'experts
<b>Objectif(s)</b>	Aider les professionnels à élaborer un projet personnalisé adapté à la situation de la personne accompagnée
<b>Cibles concernées</b>	Les professionnels des services d'aide et de soins à domicile
<b>Demandeur</b>	Autosaisine ANESM dans le cadre du Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019
<b>Promoteur(s)</b>	Haute Autorité de santé (HAS)
<b>Pilotage du projet</b>	Mme Delphine Dupré-Lévêque, Mme Christiane Jean-Bart, Mme Aylin Ayata, Mme Aïssatou Sow
<b>Recherche documentaire</b>	Mme Sophie Nevière, documentaliste Mme Sylvie Lascols, assistante documentaliste
<b>Auteurs</b>	
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site <a href="https://dpi.sante.gouv.fr">https://dpi.sante.gouv.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
<b>Validation</b>	Version du 6 décembre 2018
<b>Actualisation</b>	
<b>Autres formats</b>	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) 

Haute Autorité de santé – Service communication information  
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – décembre 2018 – ISBN :

# Sommaire

---

<b>L'adaptation du projet personnalisé aux personnes atteintes de maladie neurodégénérative</b>	<b>4</b>
<b>1. Qui est concerné ?</b>	<b>6</b>
<b>2. Les différentes étapes de l'élaboration du projet personnalisé</b>	<b>8</b>
2.1. Étape 1 : la demande initiale	8
2.2. Étape 2 : la première visite à domicile	8
2.3. Étape 3 : la co-construction du projet personnalisé	9
2.4. Étape 4 : la mise en œuvre du projet personnalisé	10
2.5. Étape 5 : le suivi, l'ajustement et la réévaluation du projet personnalisé	10
2.6. Étape 6 : l'accompagnement multiple (plusieurs intervenants)	11
2.7. Étape 7 : la fin de l'accompagnement à domicile	11
<b>3. En guise de conclusion</b>	<b>13</b>
<b>4. Résultats attendus</b>	<b>14</b>
<b>5. Pour aller plus loin</b>	<b>15</b>
<b>Table des annexes</b>	<b>16</b>
<b>Participants</b>	<b>31</b>
<b>Abréviations et acronymes</b>	<b>33</b>

# L'adaptation du projet personnalisé aux personnes atteintes de maladie neurodégénérative

Le guide va contribuer à l'identification et la priorisation des actions et attitudes à mettre en œuvre, au domicile, afin de garantir un accompagnement de qualité et adapté aux personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative en fonction du profil des personnes, de leur âge, de leur situation sociale (enfants à charge, personnes en activité, etc.) et des effets de la maladie sur leur quotidien.

## Ce qu'il faut retenir

Quels que soient son lieu de vie et son degré de dépendance, la personne a des besoins et des attentes vis-à-vis des professionnels qui l'accompagnent. Ces attentes correspondent à des souhaits, désirs et envies qui ne sont pas toujours clairement formulés. Elles peuvent être latentes, simplement ressenties, explicites ou implicites, mais elles existent toujours<sup>1</sup>. Elles peuvent aussi être différentes ou complémentaires des besoins identifiés par les professionnels et les proches.

Ces attentes sont reportées dans le projet personnalisé qui qualifie la démarche de co-construction entre la personne accompagnée et le cas échéant, le mandataire désigné et les équipes professionnelles. Il aide à définir avec la personne accompagnée et ses proches aidants, l'ensemble des actions à mettre en œuvre pour maintenir ou développer la qualité des relations sociales, limiter la perte d'autonomie ou son aggravation, compenser les situations de handicap par des aides techniques, des aides humaines, des aménagements du logement en tenant compte des routines quotidiennes, de ses besoins, attentes et envies.

Dans le cas des maladies neuro-dégénératives et pour une bonne élaboration du projet personnalisé, le service, qui va intervenir, doit connaître les effets<sup>2</sup> de ces maladies (troubles du comportement, troubles cognitifs, douleurs, isolement, etc.).

Le projet personnalisé :

- témoigne explicitement de la prise en compte des attentes et des besoins de la personne et le cas échéant le mandataire désigné ;
- induit l'individualisation et la singularité de chaque accompagnement. Il se décline en une programmation de prestations et/ou d'activités individuelles ou collectives ;
- permet d'inclure différents volets plus spécifiques articulés entre le volet social et le volet soins ;
- est un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accompagnée ;
- tient compte du projet de vie, du parcours de vie, du parcours de soins et du parcours d'accompagnement de la personne ;
- en amont de l'accompagnement ;

<sup>1</sup> Y compris dans des situations complexes comme en fin de vie par exemple.

<sup>2</sup> Les conséquences des MND sur le quotidien des personnes concernées sont traitées dans le guide [L'adaptation des pratiques d'accompagnement](#) et dans [les tableaux](#) traitant des pathologies

- tout au long de l'accompagnement ;
- selon les situations, lorsque l'accompagnement arrive à son terme quelle qu'en soit la raison.
- associe, selon les situations et sous réserve de l'accord de la personne accompagnée, les proches aidants ;
- nécessite une vigilance plus particulière dès lors que la personne accompagnée souffre de maladie neuro-dégénérative, donc chronique et évolutive.

Par sa spécificité, l'élaboration du projet personnalisé constitue un outil de coordination des actions de l'équipe d'accompagnement interne (l'ensemble de l'équipe du service à domicile) mais aussi des intervenants externes (médecin traitant, professionnels médicaux et paramédicaux libéraux, autres services intervenants, etc.). Le projet personnalisé est réévalué et adapté<sup>3</sup> dès que la personne accompagnée et le cas échéant, un mandataire désigné, le demande ou qu'un changement est observé (perte d'autonomie, diminution des activités, etc.) a minima une fois par an.

---

<sup>3</sup> Dès lors qu'un objectif est modifié, un nouvel avenant devra être rédigé.

# 1. Qui est concerné ?

Le directeur ou le responsable et le personnel d'encadrement sont garants de la démarche générale. Pour cela, il prend en compte et analyse les propositions de chaque professionnel (accompagnant éducatif et social, aide-soignant, etc.) en contact régulier avec les personnes accompagnées. L'ensemble des échanges est réalisé avec l'accord de la personne accompagnée.

## Participants à l'élaboration du projet personnalisé :

- **La personne accompagnée et le cas échéant, un mandataire désigné** : la participation et l'implication la plus forte possible de la personne sont recherchées y compris si elle est atteinte de maladie neuro-dégénérative. En outre, les environnements social et matériel sont pris en compte.
- **Le proche aidant** : en accord avec la personne accompagnée, il est invité à participer à l'élaboration du projet personnalisé et à transmettre toute information nécessaire à la mise en place d'un accompagnement de qualité et la préservation de l'autonomie. Dans le contexte des maladies neuro-dégénératives, la situation du proche aidant doit être considérée compte tenu de sa grande proximité avec la personne accompagnée<sup>4</sup> et des risques d'épuisement potentiels. Une partie du volet social lui est dédiée par la prise en compte de ses besoins et de ses attentes (repérage des risques d'épuisement, d'isolement, etc.).
- **Le référent du projet personnalisé** : il est l'interlocuteur privilégié de la personne accompagnée et, selon les situations, de son proche aidant. Le référent est le professionnel qui intervient le plus fréquemment et régulièrement auprès de la personne (accompagnant éducatif et social, aide-soignant principalement). Dans le cadre de cette relation singulière, il est attentif aux besoins, aux attentes et aux changements de situations de la personne accompagnée et de son proche aidant. Il est le garant du projet personnalisé par le respect des objectifs posés et l'évaluation des actions mises en place. Pour assurer la fluidité du parcours, il peut faire office, si nécessaire, de relais entre les intervenants extérieurs et la personne accompagnée. Toutefois, la désignation du référent du projet personnalisé n'exonère pas l'ensemble des intervenants professionnels d'entretenir un lien attentif et respectueux et d'échanger dès que nécessaire avec le référent.
- **Le coordonnateur des projets personnalisés** : il assure la mise en œuvre du déploiement des projets personnalisés dont les référents ont la responsabilité. Il les accompagne et les sensibilise à l'élaboration du projet personnalisé. Ainsi, en amont de la validation du projet personnalisé par la personne accompagnée et le cas échéant, un mandataire désigné, le coordonnateur vérifie avec eux que le projet personnalisé proposé reflète correctement les besoins et attentes de la personne. Le directeur ou le responsable de secteur peut occuper cette fonction. Il a, également, pour mission de piloter les réunions de co-construction et de synthèse<sup>5</sup> ainsi que les réévaluations du projet personnalisé. En fonction de l'évolution et des demandes, il pourra être amené à réviser les objectifs d'accompagnement en déclenchant, le cas échéant, une réunion de synthèse. Le coordonnateur est le garant du respect des différentes échéances (de la formalisation du premier projet

<sup>4</sup> On parle souvent de binôme aidant/aidé.

<sup>5</sup> Cette réunion est généralement menée par le directeur, le responsable et /ou selon les organisations des services, par l'infirmier coordonnateur, le responsable de secteur ou tout autre professionnel délégué à cette fonction.

personnalisé aux actualisations successives). « Le coordonnateur [...] permet d'établir un lien régulier entre les professionnels et la personne accompagnée et de solliciter l'ensemble des professionnels et partenaires concernés par le projet personnalisé<sup>6</sup>. »

- **Les intervenants à domicile** : l'ensemble de l'équipe est concerné par les projets personnalisés à tout moment de l'accompagnement (personnel soignant et professionnels paramédicaux, etc.). Ils sont invités à transmettre au responsable de secteur toutes les informations nécessaires à la continuité du parcours d'accompagnement en accord avec la personne accompagnée et le cas échéant, un mandataire désigné. Selon leur nature, elles seront intégrées au projet personnalisé.
- **Les bénévoles et services civiques** : ces personnes sont porteuses de nombreuses informations. Le référent tient compte de leurs remarques et de leurs propositions éventuelles.

### Point de vigilance

Pour le volet soins du projet personnalisé, les partenaires externes au service, concernés sont prioritairement :

- le médecin traitant si la personne en a un ;
- les autres professionnels de santé libéraux tels les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ;
- les ergothérapeutes, les orthophonistes, etc.
- le pharmacien habituel.

La personne de confiance<sup>7</sup> et les directives anticipées<sup>8</sup> sont mentionnées dans le volet soins

<sup>6</sup> Anesm. *Qualité de vie en Ehpad (volet 1). De l'accueil de la personne à son accompagnement*. Saint-Denis: Anesm, 2010. p.52.

<sup>7</sup> Cf. Décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

<sup>8</sup> Anesm. *Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile*. Saint-Denis : Anesm, 2017.

## 2. Les différentes étapes de l'élaboration du projet personnalisé

L'élaboration d'un projet personnalisé nécessite 7 étapes<sup>9</sup> et est continue tout au long de l'accompagnement.

### 2.1. Étape 1 : la demande initiale

**Premiers contacts/demande d'information** : le premier contact avec le service à domicile peut être pris par soit la personne, soit un proche aidant, soit un professionnel accompagnant la personne, soit une assistante sociale en sortie d'hospitalisation ou encore un interlocuteur d'un dispositif territorial de coordination<sup>10</sup> du type CLIC, PTA, etc. Quels que soient les motifs et les circonstances, le service explique dès ce premier appel, son champ d'action, de compétence ainsi que les limites de son accompagnement afin que la personne évalue si cela correspond à ses besoins et attentes.

**Deuxième contact/demande de rendez-vous** : dès lors que la personne a fait son choix en fonction de ses attentes et de ses besoins, le service réalise un entretien par téléphone qui va permettre de compléter une fiche initiale de renseignements (FIR<sup>11</sup>) et de convenir d'une date de rendez-vous. La veille, la structure s'assure du maintien du rendez-vous et de la présence ou non du proche aidant. Un courrier de confirmation du jour et de l'heure est envoyé systématiquement par la poste ou par mail selon les souhaits de la personne.

### 2.2. Étape 2 : la première visite à domicile

Elle permet, dans le respect de l'intimité de la personne et en veillant aux réactions de la personne accompagnée face aux changements, aux transitions, aux risques de perturbations et nouveautés dans son entourage, son environnement humain et matériel :

**Au professionnel d'expliquer :**

- les raisons de cette visite ;
- le rôle du service et ses limites ;
- la démarche de projet personnalisé.

**À la personne d'exprimer ses attentes et ses besoins et de donner des éléments sur :**

- son environnement social (vit seul, en couple, enfants à charge, activité professionnelle, présence d'un proche aidant, etc.) ;
- son environnement géographique (quartier, commerces, transport en commun) ;
- son environnement architectural (maison, immeuble, escalier, cuisine, salle de bain, chauffage etc...).
- ses aménagements intérieurs et les aides techniques<sup>12</sup>.

<sup>9</sup> Cf. Annexe 2 : schéma d'élaboration d'un projet personnalisé

<sup>10</sup> Plateforme territoriale d'appui (PTA), centres locaux d'information et de coordination (CLIC), etc.

<sup>11</sup> Cf. Annexe 5 : fiche initiale de renseignement (FIR)

<sup>12</sup> Ces aides techniques contribuent aussi bien au maintien de l'autonomie qu'à la limitation des accidents lors des transferts ou encore à la limitation de la douleur.

### Au proche aidant de :

- exprimer ses besoins et ses attentes<sup>13</sup>
- donner des informations sur son degré d'implication.

En s'appuyant sur différents bilans<sup>14</sup> et des évaluations préalables<sup>15</sup>, la visite à domicile permet d'identifier les principaux risques inhérents à la situation de la personne en lien avec sa pathologie. En plus des troubles du comportement et des troubles cognitifs encourus par la personne accompagnée et son proche aidant<sup>16</sup>, les maladies neuro-dégénératives peuvent engendrer de la souffrance physique (poussée en cas de sclérose en plaques) et de la souffrance psychique pouvant mener à un isolement social. Des fausses routes à répétition peuvent générer de la dénutrition et de la déshydratation tout comme des situations à risques peuvent être liées à la prise de certains médicaments<sup>17</sup>.

### Point de vigilance

- Lors de la première rencontre, si le proche aidant est présent, il convient de prendre un temps pour échanger seul à seul avec lui. Ceci est également valable pour la personne accompagnée afin qu'elle soit tout à fait libre de s'exprimer.

## 2.3. Étape 3 : la co-construction du projet personnalisé

Suite à cette première visite, le responsable de la structure va identifier le professionnel qui interviendra le plus fréquemment au domicile. Après quelques semaines d'intervention, si ce professionnel et la personne accompagnée s'entendent bien et ont établi une bonne relation, celui-ci sera désigné comme référent<sup>18</sup>.

Lors de ses interventions, le référent<sup>19</sup> va peu à peu apprendre à connaître la personne, observer ses compétences et découvrir ce qu'elle aime et ce qu'elle fait, etc. Par la suite, le référent et le coordinateur des projets personnalisés formaliseront progressivement le projet personnalisé<sup>20</sup>.

Ce dernier tiendra compte des éventuelles difficultés dans la mise en place de l'accompagnement (l'adaptation au refus de soins, les heures de passage à respecter, etc.).

<sup>13</sup> Par exemple, les besoins et attentes du proche aidant peuvent être collectés en utilisant le Mini ZARIT© qui est un outil permettant l'évaluation de la souffrance des aidants et les risques d'épuisement. La question des aidants est traitée dans le guide [L'adaptation des pratiques d'accompagnement](#).

<sup>14</sup> Bilan gériatrique, bilan neurologique, APA, par exemple

<sup>15</sup> Si aucune évaluation préalable n'a été réalisée ou n'est disponible au moment de la visite, un professionnel préalablement formé peut procéder à l'évaluation en s'appuyant, par exemple, sur les volets A et B de l'outil SEGA© (Adaptation de la grille SEGA par Schoevaerdt and co ; 2004).

<sup>16</sup> Pour l'élaboration de cet entretien les responsables de service peuvent s'appuyer sur la grille de lecture pour repérer les risques de perte d'autonomie ou de son aggravation.

<sup>17</sup> La question du médicament au domicile est plus spécifiquement traitée dans le Guide [Le risque médicamenteux au domicile](#).

<sup>18</sup> Dans le cas contraire, en accord avec la personne, un autre référent sera désigné.

<sup>19</sup> Lorsque le référent est en difficulté face à des thématiques sensibles ou particulières (la sexualité, les relations difficiles avec les proches, la vie affective, les croyances religieuses, la fin de vie, etc.), il en réfère au responsable de structure qui recherchera comment et avec qui ou auprès de qui aborder ses questions.

<sup>20</sup> Dans la logique de co-construction, le projet personnalisé peut être complété par les éléments rapportés par les autres intervenants (médecin traitant, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute), mais aussi d'autres personnes (voisins, bénévoles).

Un peu avant les 6 premiers mois de suivi, le référent utilisera une grille de repérage de risque de perte d'autonomie<sup>21</sup> afin d'observer les éventuels changements chez la personne accompagnée ou son proche aidant.

A l'issue de cette période, le référent du projet personnalisé et le coordonnateur proposeront un projet personnalisé formalisé.

## **2.4. Étape 4 : la mise en œuvre du projet personnalisé**

Au bout des 6 mois d'accompagnement, le projet est formalisé et mis en œuvre. Il fait l'objet d'un suivi et surtout d'une évaluation. Lors de la mise en œuvre du projet personnalisé, les intervenants s'assurent que les objectifs sont respectés et sont :

- adaptés à la personne accompagnée ;
- axés sur le maintien de l'autonomie et des liens sociaux ;
- satisfaisants pour la personne accompagnée et l'ensemble de la structure.

En plus d'encourager la préservation de l'autonomie et du lien social, ces objectifs visent à restaurer ou maintenir l'estime de soi de la personne.

## **2.5. Etape 5 : le suivi, l'ajustement et la réévaluation du projet personnalisé**

Le projet personnalisé est réévalué a minima une fois par an ou à la demande de la personne accompagnée. En fonction des constats effectués et des situations, l'accompagnement peut être réadapté par la mise en place d'une intervention complémentaire.

Tout au long de l'accompagnement, le référent du projet personnalisé sera attentif :

- aux évolutions de l'état de la personne et de son environnement ;
- aux actions mises en place ;
- à la formulation de nouvelles attentes et nouveaux besoins.

En cas de décalage entre les propositions de la personne accompagnée et les possibilités offertes par les services à domicile, les équipes seront amenées à chercher des réponses auprès d'autres structures ou d'autres dispositifs. Une coordination entre différents intervenants pourra être envisagée afin d'adapter les actions des uns et des autres pour être au plus près des attentes et des besoins des personnes.

---

<sup>21</sup> Cf. Annexe 1 : l'outil de repérage des risques de perte d'autonomie est particulièrement recommandé puisqu'il observe la personne accompagnée comme son proche aidant. Il permet d'observer les évolutions dans le temps.

## 2.6. Etape 6 : l'accompagnement multiple (plusieurs intervenants)

Dès lors qu'un accompagnement multiple est nécessaire<sup>22</sup> ou souhaité par la personne, des échanges seront systématiquement formalisés entre le coordonnateur du projet personnalisé et la nouvelle structure avec l'accord de la personne.

Ces échanges permettront d'aboutir à une analyse partagée au sein des équipes et de définir, selon les situations, le rôle de chacun (qui est le référent ? Qui est le coordonnateur ?). Ils permettent également de réactualiser le projet personnalisé avec la participation de la personne accompagnée tout au long de cette dynamique.

Ces échanges permettront également :

- à chaque professionnel, quelle que soit sa fonction, d'exprimer son point de vue ;
- de distinguer dans les propos, l'exposé des faits ou des observations et l'interprétation qui peut en être faite ;
- de définir les domaines d'intervention de chacun et ses limites ;
- de définir le système de coordination, d'information et de communication ;
- aux professionnels de bénéficier du même niveau d'information ;
- de dégager des lignes directrices claires dans l'accompagnement proposé tant pour la personne accompagnée que pour les professionnels et les proches aidants.

## 2.7. Etape 7 : la fin de l'accompagnement à domicile

Quelle que soit la qualité des organisations de l'accompagnement à domicile et le type d'accompagnement, une fin d'accompagnement à domicile peut être envisagée. Cette possibilité peut être liée à l'aggravation des troubles, l'épuisement du proche aidant ou son décès et peut correspondre soit à une institutionnalisation, soit à un changement de service.

Dans le cas de l'institutionnalisation, avec l'accord de la personne, le coordonnateur du projet personnalisé prendra contact avec l'établissement pour échanger sur les organisations mises en place à domicile au regard de la pathologie neuro-dégénérative. Un point sur les besoins et les attentes de la personne accompagnée sera effectué.

En fonction des situations, il peut être proposé à la personne un nouvel accompagnement plus gradué avec l'intégration, dans un premier temps, d'un accueil temporaire ou alors une installation en résidence-autonomie ou encore de vivre au sein d'une famille d'accueil<sup>23</sup>. Ces trois situations permettent une transition avant une éventuelle entrée en Ehpad.

---

<sup>22</sup> Particulièrement fréquent et évolutif dans les cas où les personnes sont atteintes de maladies neuro-dégénératives et donc neuro-évolutives.

<sup>23</sup> L'accueil familial est une solution d'hébergement pour les personnes âgées qui ne peuvent ou ne veulent plus vivre chez elles, momentanément ou définitivement. Il s'agit d'une alternative à l'institutionnalisation. L'accueil familial est proposé par des accueillants familiaux agréés par le conseil départemental.

Comme indiqué précédemment, l'institutionnalisation n'est pas systématique dans les situations de fin d'accompagnement. En effet, les personnes peuvent mettre fin à l'accompagnement d'un service à domicile pour différentes raisons : inadéquation entre les réponses du service et les besoins et attentes de la personne accompagnée, recours à un autre service, installation chez des proches, aménagement de l'habitat avec des aides techniques, etc.

### **Point de vigilance sur les différentes situations**

- Il convient de distinguer les situations simples, pouvant être résolues par un échange téléphonique entre les différents intervenants, des situations complexes. En effet, la coordination de plusieurs intervenants tels que les services de l'hospitalisation à domicile (HAD) nécessite une planification rigoureuse des différents intervenants.

### 3. En guise de conclusion

Au-delà du caractère obligatoire et de la nécessité de proposer un accompagnement individualisé et de qualité, le projet personnalisé est un outil au service des responsables de services d'aide et de soins à domicile pour :

- améliorer l'accompagnement des personnes accompagnées ;
- prendre en compte leur singularité ;
- améliorer le soutien aux proches aidants ;
- fédérer l'ensemble des intervenants autour du projet qui répond aux besoins et aux attentes des personnes accompagnées et de leurs proches aidants ;
- identifier et proposer de nouvelles actions à mettre en œuvre ;
- inscrire ces actions dans la dynamique du [projet de service](#) ;
- renforcer la dynamique de collaboration au sein de l'équipe ou des équipes transdisciplinaires.

Il permet également de réfléchir à des axes d'amélioration en :

- analysant les demandes et les attentes qui n'ont pu être satisfaites ;
- identifiant les freins à la mise en œuvre des projets personnalisés.

## 4. Résultats attendus

- Dès le début de l'accompagnement, chaque personne accompagnée a un professionnel référent ;
- Tous les professionnels sont impliqués ;
- La participation active de la personne accompagnée et le cas échéant, un mandataire désigné, à l'élaboration de son projet personnalisé est systématiquement recherchée ;
- Les besoins et attentes de la personne accompagnée sont régulièrement réévalués et adaptés en sollicitant les ressources nécessaires ;
- La coordination des différents professionnels est adaptée aux besoins et attentes de la personne ;
- Le choix de vie de la personne est respecté (maintien au domicile, etc.) ;
- Les besoins et attentes du proche aidant sont régulièrement réévalués et adaptés
- Les risques d'épuisement du proche aidant sont repérés et pris en compte ;
- Le proche aidant peut être considéré comme un partenaire dans l'accompagnement ;
- Les risques inhérents aux maladies neuro-dégénératives sont prévenus et les accompagnements anticipés ;
- L'organisation des interventions est adaptée ;
- L'amélioration continue de la qualité de vie et de l'accompagnement est effective.

## 5. Pour aller plus loin

- HAS. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Saint-Denis : 2018
- Anesm. Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap. Saint-Denis : 2018
- Anesm. Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile. Saint-Denis : Anesm, 2017
- Anesm. Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile. Saint-Denis : 2016
- Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008
- Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : 2008.

# Table des annexes

---

Annexe 1.	Outil de repérage de la perte d'autonomie ou de son aggravation	17
Annexe 2.	Schéma d'élaboration d'un projet personnalisé	18
Annexe 3.	Guide d'élaboration du projet personnalisé	19
Annexe 4.	La procédure détaillée de l'élaboration du projet personnalisé	23
Annexe 5.	Fiche initiale de renseignement (FIR) et son mode d'emploi	27

# Annexe 1. Outil<sup>24</sup> de repérage de la perte d'autonomie ou de son aggravation

PARTIE RÉSERVÉE AU RESPONSABLE DE SECTEUR OU DE STRUCTURE

Repérage pour  PERSONNE ACCOMPAGNÉE  PROCHE AIDANT

**Contact pris auprès**

Personne accompagnée Mme/M .....

Intervenant Mme/M .....

Enfant Mme/M .....

Proche aidant Mme/M .....

*Lien avec la personne accompagnée* .....

Médecin traitant Dr .....

Autre Mme/M .....

*Lien avec la personne accompagnée* .....

Action(s) / Aide(s)	Proposée(s)	Acceptée(s)	Mise(s) en place
<input type="checkbox"/> Augmentation des heures/modification du plan d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Changement des horaires de passage des intervenants (soignants, AVS, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Instauration de services de soins (infirmiers, kiné, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Portage des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aide technique (lève-malade, canne, déambulateur, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Adaptation du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Téléassistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre, préciser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires .....

**Impact sur le projet personnalisé**

Aucun

Vigilance

Réajustement

Demande d'APA  Initiale

Révision

Dossier traité le ..... / ..... / .....

4 Anesm\_Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation

**OUTIL DE REPÉRAGE DES RISQUES DE PERTE D'AUTONOMIE OU DE SON AGGRAVATION<sup>1</sup>**

À REMPLIR EN DEHORS DE L'URGENCE<sup>2</sup>

Personne accompagnée n°XXXX<sup>3</sup> .....

Âge ..... ans

Outil de repérage complété par .....

Fonction .....

En date du ..... / ..... / .....

Outil de repérage transmis le ..... / ..... / .....

La personne accompagnée a consenti, de façon éclairée, à être évaluée à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres .....

Le proche aidant a consenti, de façon éclairée, à être évalué à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres .....

1 Attention : avant toute utilisation de l'outil, les organismes gestionnaires doivent s'acquitter de leurs obligations relatives au traitement de données personnelles, notamment concernant les droits d'accès, d'opposition et de rectification des personnes visées en application de la Loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978.  
2 Urgence = état de santé qui se dégrade brutalement, ou absence soudaine de l'aidant professionnel ou familial. En cas d'urgence, appeler le Samu Centre 15 (numéro d'urgence : 15).  
3 Afin de garantir la sécurité des données personnelles recueillies, le professionnel met en place un système permettant que des tiers ne puissent pas identifier les personnes concernées. Le numéro de la personne peut correspondre, par exemple, au numéro du dossier de la personne.

1

**MON INTERVENTION AU DOMICILE DE LA PERSONNE**

J'interviens chez la personne pour faire / l'aider à faire	Cochez si OUI	Cochez si l'intervention devient plus difficile ou impossible
Le lever / le coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La toilette / l'habillement / le déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La préparation / la prise de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ménage / le repassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les sorties / les courses / les RDV extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aide à la prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**LES MODIFICATIONS DE L'ENVIRONNEMENT HABITUEL DE LA PERSONNE**

L'environnement habituel de la personne accompagnée a été modifié suite à	Cochez si OUI
La diminution des relations familiales et/ou des proches de la personne (séparation, hospitalisation, maladie, décès, etc.)	<input type="checkbox"/>
La diminution des relations avec l'extérieur (moins de sorties, moins de loisirs, moins de contact avec les amis, les voisins, les clubs, etc.)	<input type="checkbox"/>
L'arrêt/dysfonctionnement des passages d'intervenants à domicile (IDE, kiné, etc.)	<input type="checkbox"/>
L'arrêt/dysfonctionnement des passages du service de portage des repas	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser : .....	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires éventuels .....

**LES CHANGEMENTS OBSERVÉS**

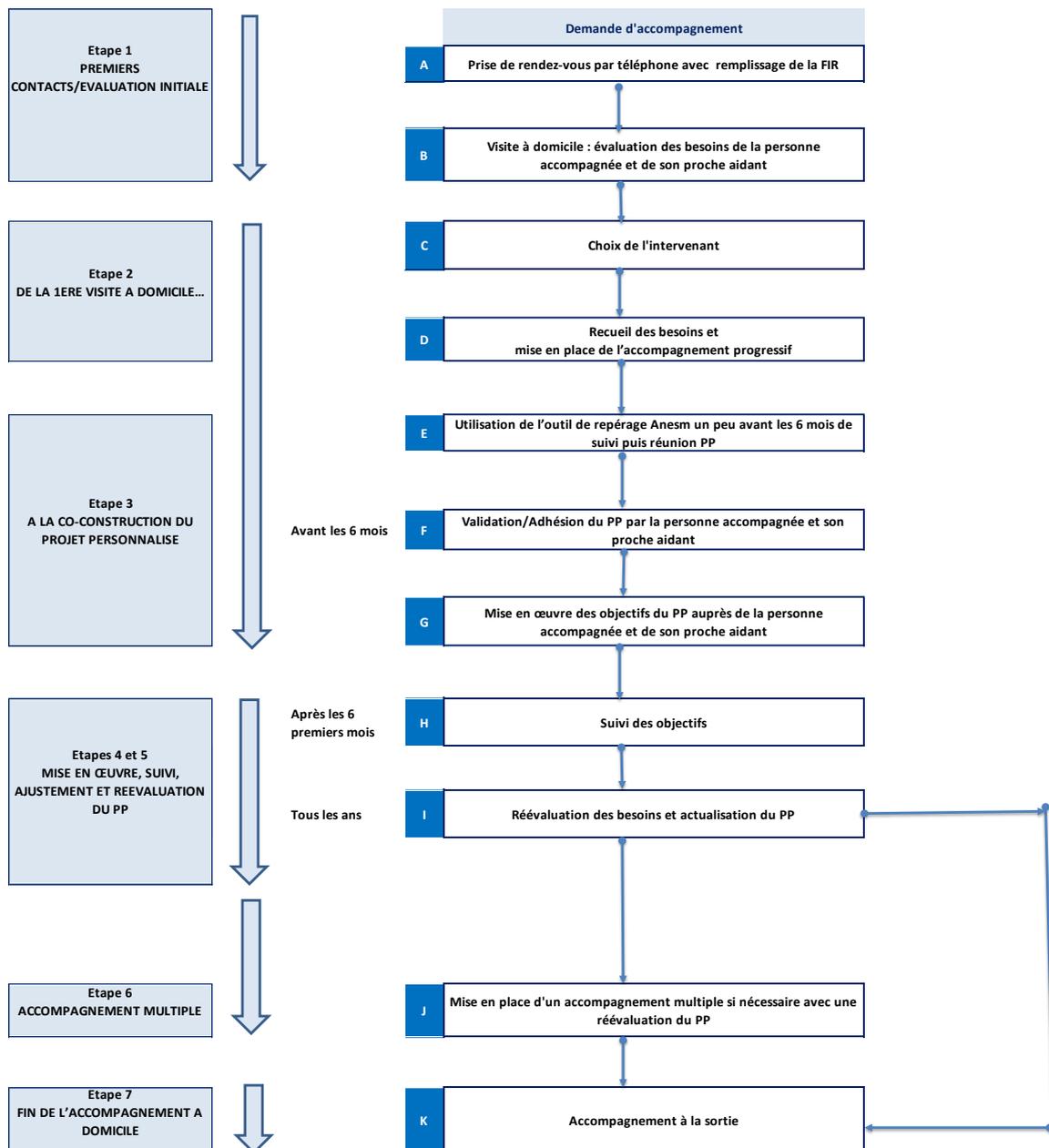
J'observe que la personne accompagnée / son aidant a plus de difficultés à	Cochez si OUI pour la personne	Cochez si OUI pour le proche aidant
Faire sa toilette / s'habiller / se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone, le téléviseur, l'ordinateur, la tablette, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer dans son logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer dans son quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses finances et l'administratif (payer chez les commerçants, gérer son budget, les factures, le courrier, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'observe que la personne accompagnée / son proche aidant	Cochez si OUI pour la personne	Cochez si OUI pour son proche aidant
Chute plus souvent / a chuté / a du mal à tenir en équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange moins / a maigri / s'hydrate moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'a plus la même hygiène (change rarement de vêtements, ne se lave plus, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plaint beaucoup (de sa santé, de sa mémoire, de son sommeil, de voir moins bien, de moins entendre, de solitude, de manque d'argent, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A plus de douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sent plus fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble plus triste, exprime moins d'envie ou n'a plus envie de rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A peur / Se sent angoissé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est plus agressif (ve) / Se sent persécuté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A plus de mal à accepter / commence à refuser mon intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consomme plus d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne connaît plus les jours / Me reconnaît plus difficilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oublie parfois mes passages / ceux des autres professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'ouvre plus les volets / vit dans le noir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>24</sup> Outil disponible dans Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile. Anesm, (2016).

## Annexe 2. Schéma d'élaboration d'un projet personnalisé

À chaque étape, l'accord de la personne est indispensable.



### Annexe 3. Guide d'élaboration du projet personnalisé

Le projet personnalisé (PP) est construit à partir de l'ensemble des rencontres et des échanges avec la personne accompagnée (et selon les situations, avec son proche aidant). Il a pour objectif de recueillir les ressentis, les envies, les besoins et attentes en lien avec son parcours de vie, son parcours de soins, son environnement social, amical, familial, etc. Il implique l'ensemble des professionnels de la structure.

#### Avant d'arriver chez la personne

Planifier le premier rendez-vous (RDV) au créneau horaire convenu avec la personne lors de l'échange téléphonique. Les informations de la FIR constituent un préalable à l'entretien au domicile.

L'heure du rendez-vous doit tenir compte des contraintes de la personne : dans le cas d'une personne atteinte de la maladie de Parkinson, il faut éviter les rendez-vous coïncidant avec la prise des médicaments (prise à heure fixe).

Reconfirmer la veille afin de vérifier l'heure du rendez-vous et lui préciser les personnes présentes. Lui demander si elle sera seule ou accompagnée d'un proche aidant.

#### Points de vigilance

- ➔ L'entretien est, en priorité, organisé avec la personne accompagnée elle-même. En cas d'impossibilité et sous réserve de son accord, son proche aidant est sollicité.
- ➔ S'assurer que la case « Courrier et appel de confirmation » de la FIR (la veille du rendez-vous) est bien cochée, en particulier si l'appelant n'est pas la personne qui va procéder à la visite.

#### Entretien à domicile (1 à 2 heures)

##### Rappel des grands principes

Prévenir la personne accompagnée que les informations recueillies ont pour objectif d'apprendre à mieux la connaître et de proposer un accompagnement qui répond à ses besoins et ses attentes.

Préciser que les informations seront retranscrites et partagées en équipe dans le respect des règles relatives au secret professionnel<sup>25</sup> si la personne y consent.

#### Guide type d'entretien pour l'élaboration d'un projet personnalisé

##### 1. Guide d'entretien avec la personne accompagnée

Ce guide a vocation à être un support à l'entretien. Il n'est en aucun cas un questionnaire à renseigner de manière exhaustive. En revanche, il permet de se présenter et de présenter le service.

<sup>25</sup> « Les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L. 1110-4, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :

1° des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;

2° du périmètre de leurs missions. »

L'entretien peut être entamé avec une phrase introductive : « *Nous nous retrouvons aujourd'hui pour faire connaissance avec vous, pour voir ce que nous pouvons mettre en place avec vous pour répondre à vos attentes et faire en sorte que nous puissions vous accompagner le mieux possible* ».

Il peut être poursuivi avec des questions sur l'organisation de la journée et des activités de la personne ainsi que ses goûts :

« *Dites-moi comment vous organisez vos journées.* »

Cette question permettra l'obtention d'informations sur les activités de la personne ainsi que les aides à mettre en place : matin, midi, après-midi et soir.

« *Quelles sont vos principales activités chaque jour ?* »

Ne pas hésiter à mentionner des exemples de réponses attendues : regarder telle émission de télévision, lire les journaux, écrire, faire la vaisselle, faire le ménage, préparer le repas, rendre visite à votre voisine, activité de bénévolat, etc.

« *Pour vos courses, comment vous organisez-vous ?* »

Et de là, peuvent découler des questions sur les thématiques suivantes :

Vous vous déplacez seul(e), accompagnée, en voiture, avec une aide, un enfant, livraison, etc.

Quel est votre ou quels sont vos plats préférés ?

- goûts alimentaires (et dégoûts) ;
- habitudes alimentaires ;
- habitudes en matière de consommation d'alcool : apéritif, vin, etc. ;
- horaires des repas, avec qui ;
- régime suivi.
- Y a-t-il des habitudes que vous aimeriez changer (arrêt du tabac, diminution de l'alcool, du sucre, des gâteaux, charcuterie, etc.) ?
- .../...

« *Avez-vous des besoins particuliers liés à l'état de santé ?* » (Matériel, surveillance spécifique, déficit sensoriel, perte de poids, risque de chute, etc.)

De là peuvent découler les thématiques suivantes :

- l'aide à la toilette, l'habillage, les problèmes de sommeil, les problèmes d'audition, de vue, pour préparer les médicaments<sup>26</sup>, les douleurs, etc. ;
- les problèmes liés à l'habitat (chambre à l'étage, salle de bains mal adaptée, problème de micro-ondes, 3e étage sans ascenseur, pas de commerce à proximité, etc.) ;
- .../...

« *Ce que vous aimeriez plus particulièrement pour améliorer votre quotidien* » *aller faire des courses mais besoin d'aide, jouer aux cartes, aller au cinéma, ne plus manger seule, faire des voyages, aller faire un séjour à la mer, apprendre à utiliser un ordinateur, voir plus de monde, aménager ma salle de bains, etc. ?*

---

<sup>26</sup> Les questionnements dédiés à la personne accompagnée et le médicament dans le guide [Le risque médicamenteux au domicile](#).

## 2. Guide d'entretien avec le proche aidant

« *Quelles sont les circonstances qui font que vous avez choisi notre service ?* »

Les raisons du recours au service (isolement, sentiment de solitude, fatigue, besoin de répit, besoin d'être soutenu, besoin de s'occuper d'un enfant ou d'un autre parent, contrainte professionnelle, déménagement, etc.) ?

Des craintes par rapport à l'accompagnement à domicile, à notre service ? (attentes et besoins du proche aidant) ?

« *Comment organisez-vous votre aide (accompagnement) ?* »

Présence quotidienne ou pas, en complément de l'infirmière, du portage de repas, plutôt aide au coucher, à la toilette, aux courses, aide aux transports, factures, etc.

Ce qui est agréable ? Ce qui vous est supportable ? Ce qui vous est insupportable ?

Qu'est-ce qui vous fatigue le plus ?

### Points de vigilance

- Dans le volet aidant du PP, doivent figurer les besoins et les attentes spécifiques du proche aidant.
- Tout comme pour la personne accompagnée, un peu avant les 6 mois d'accompagnement et en amont de la visite de validation du projet personnalisé, l'outil de repérage pourra être utilisé.
- Un peu avant les 6 mois d'accompagnement (entre 5 et 6 mois) et en amont de la visite de validation du projet personnalisé, il est nécessaire de faire un bilan avec l'outil de repérage.

### Conseils d'utilisation<sup>27</sup>

« *L'outil est complété dès qu'un changement est repéré et/ou tous les 6 mois en repérage intermédiaire en amont de la réévaluation du projet personnalisé (qui pour rappel a lieu tous les ans). Cette périodicité permet d'observer des changements perceptibles davantage dans le temps (nombre de sorties extérieures, perte de poids, etc.)* ».

À l'issue de l'entretien, si le professionnel choisi par le responsable de secteur convient, il deviendra le référent de la personne accompagnée. Il sera donc chargé de transmettre les éléments qui vont alimenter le projet personnalisé.

Il est prévu un délai de 6 mois pour élaborer et valider le projet personnalisé.

### Réactualisation du PP avant 1 an

<sup>27</sup> Extrait de la notice d'utilisation de l'outil de repérage publié dans Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile. Anesm (2016).

Un an après le début de l'accompagnement, il convient de procéder à une visite à domicile pour s'assurer de l'adéquation entre les attentes de la personne accompagnée et la satisfaction du service mis en place.

En fonction de l'aggravation ou de l'amélioration de l'état de santé de la personne accompagnée ou de l'épuisement du proche aidant, procéder à un réajustement de l'accompagnement et du projet personnalisé.

Exemple de question à poser à la personne accompagnée et à son proche aidant : « *Nous nous retrouvons aujourd'hui pour que vous puissiez nous dire comment vous vous sentez dans l'accompagnement, et afin que nous puissions faire le point sur vos attentes, vos envies, etc.* ».

## Annexe 4. La procédure détaillée de l'élaboration du projet personnalisé

N° Étapes	Sous-étapes <sup>28</sup>	Objectifs	Acteurs	Actions	Outils	Délais
1. <b>Premiers contacts/ évaluation initiale</b>	Prise de rendez-vous avec remplissage de la FIR (A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Collecter les informations indispensables au dossier, mais aussi de petits éléments de biographie</li> <li>– Obtenir l'accord de la personne pour l'organisation d'une visite à domicile</li> <li>– Comprendre les motivations de la future personne accompagnée</li> <li>– Recueillir des informations sociales et médicales strictement nécessaires à l'accompagnement tout en respectant l'intimité de la personne</li> <li>– Indiquer la liste des documents nécessaires</li> </ul> <p>Établir une relation de confiance en répondant à toutes les questions et être disponible dans l'échange</p> <p>Organiser une rencontre avec la personne chez elle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Connaître l'ensemble des services qui interviennent auprès de la personne (qui, quand, quels objectifs, etc. ?)</li> </ul>	Proche aidant, responsable de secteur, future personne accompagnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Compléter la FIR</li> <li>– Proposer des créneaux de visite à domicile</li> <li>– Collecter les informations indispensables au dossier, mais aussi de petits éléments de biographie</li> <li>– Recueillir l'avis de la personne accompagnée concernant l'organisation d'une visite à domicile</li> <li>– Saisir (retranscrire) les informations recueillies dans le dossier de la personne</li> <li>– Identifier le moyen de communication à privilégier avec la personne</li> <li>– Imprimer le recueil et organiser une réunion d'équipe a minima 4 jours avant la mise en place de l'accompagnement (et après réalisation de la visite à domicile le cas échéant)</li> </ul>	Fiche initiale de renseignement (Cf. FIR en annexe 5)	Avant la visite à domicile

<sup>28</sup> Correspondance avec le schéma de l'annexe 2

N° Étapes	Sous-étapes <sup>28</sup>	Objectifs	Acteurs	Actions	Outils	Délais
	Visite à domicile et évaluation des besoins de la personne accompagnée et de son aidant (B)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rendez-vous confirmé</li> <li>– Apprendre à connaître, découvrir la personne dans son environnement familial</li> <li>– Cibler les besoins et les attentes de la personne</li> <li>– Établir une relation de confiance en répondant à toutes les questions et être disponible dans l'échange</li> </ul>	Responsable de secteur qui intervient	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prendre un temps pour échanger avec l'aidant sans la personne accompagnée</li> <li>– Être vigilant sur les maladies neurodégénératives</li> <li>– Identifier si besoin d'aides ou d'évaluations complémentaires (ex. : problèmes de gestion <a href="#">des médicaments</a>, utilisation d'un pilulier)</li> </ul>	FIR Guide d'entretien Procédure d'admission, dossier d'accueil (bilan médical + dossier administratif + élément biographique)	
2. De la première visite à domicile...	Choix de l'intervenant (C)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identifier le professionnel qui sera le référent (à partir des éléments recueillis)</li> </ul>	Responsable de secteur/ intervenant à domicile	<ul style="list-style-type: none"> <li>– À partir des éléments de vie de la personne accompagnée, de ses besoins et attentes exprimés lors de la première visite, le responsable de secteur choisit la personne la plus adaptée</li> </ul>	Dossier de la personne accompagnée	
	Recueil des besoins et mise en place de l'accompagnement progressif (D)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Selon les besoins, sensibiliser à la prévention des risques en donnant des conseils sur l'aménagement de l'habitat (retrait des tapis pour prévenir les chutes, etc.) dans la limite des compétences professionnelles et demander si la personne bénéficie d'aides techniques (piluliers connectés, lève-malade, etc.)</li> <li>– Tenir compte des observations des professionnels qui contribuent à alimenter le contenu du PP</li> <li>– Préparer et co-construire le PP</li> <li>– Répondre aux besoins et aux attentes de la personne et de son proche aidant</li> <li>– Dans le respect du cadre légal du secret professionnel et avec l'accord de la personne, encourager et partager tous les échanges et observations des professionnels qui vont contribuer à rendre plus</li> </ul>	Ensemble de l'équipe avec le référent, le coordonnateur et l'ensemble des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Compléter à des moments choisis le projet personnalisé</li> <li>– Rencontrer la personne accompagnée, et, le cas échéant, un mandataire désigné, à des moments choisis</li> <li>– Saisir dans le dossier les informations recueillies lors des rencontres avec la personne ou sa famille et à partir des remontées d'informations des professionnels (par le référent)</li> <li>– Échanger, avec l'accord de la personne accompagnée, avec les proches</li> <li>– Consulter et compléter les éléments mis à disposition</li> <li>– Élaborer une synthèse du PP</li> </ul>	Support d'échange (à définir en interne) Guide d'entretien PP Dossier de la personne accompagnée Cahier de liaison	Au plus tard une semaine avant la réunion de concertation des professionnels concernant le PP de la personne accompagnée.

N° Étapes	Sous-étapes <sup>28</sup>	Objectifs	Acteurs	Actions	Outils	Délais
		<p>performant le contenu du PP, notamment si la personne bénéficie de l'intervention d'autres services d'aide et d'accompagnement au domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Définir le projet d'accompagnement personnalisé de la personne accompagnée lors de réunions interdisciplinaires</li> </ul>				
<b>3. À la co-construction du PP</b>	Utilisation de l'outil de repérage (E)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Utiliser l'outil pour noter tout changement ou évolution dans le comportement ou l'environnement de la personne accompagnée</li> <li>– Rechercher les directives anticipées</li> <li>– Élaborer le projet personnalisé, qui sera évalué avec l'outil de repérage avant la fin des 6 mois de suivi</li> </ul>	<p>Personne accompagnée, référent et coordonnateur de projet</p> <p>Professionnel de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Remplir l'outil</li> <li>– Proposer à la personne accompagnée les objectifs identifiés lors de la réunion de préparation du projet personnalisé (référent du projet personnalisé)</li> <li>– Prendre en considération son avis et ajuster les objectifs en fonction de ses commentaires</li> <li>– Prendre en considération ses directives anticipées</li> </ul>	<p>PP</p> <p>Outil de repérage</p> <p>Outil de directives anticipées</p>	Avant les 6 mois
	Adhésion de la personne accompagnée (F)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Obtenir l'accord de la personne accompagnée après lui avoir soumis le PP</li> </ul>	<p>Responsable de secteur</p> <p>Référent et personne accompagnée</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Faire valider le projet personnalisé</li> </ul>	Projet personnalisé	
<b>4. Mise en œuvre du PP</b>	Mise en œuvre des objectifs du projet personnalisé (G)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mettre en œuvre les objectifs et les actions définis dans le PP</li> <li>– Impliquer tous les professionnels intervenant au domicile à l'effectivité de l'accompagnement proposé</li> </ul>	Ensemble des professionnels d'aide et d'accompagnement à domicile	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Assurer la mise en œuvre du déploiement du projet personnalisé</li> <li>– Accompagner la personne sur l'ensemble des items identifiés</li> </ul>	Projet personnalisé	Dans les 6 mois suivant l'accompagnement
<b>5 Suivi, ajustement et</b>	Suivi des objectifs (H)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Garantir la meilleure qualité de vie de la personne accompagnée (vie sociale, autonomie, etc.)</li> <li>– Identifier les éventuels écarts en vue d'adapter l'accompagnement ou de réviser les objectifs</li> </ul>	Référent en lien nécessaire avec les autres professionnels intervenants ou bénévoles	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Faire régulièrement le point sur les besoins et les attentes de la personne en tenant compte de l'évolution de son parcours de vie (social, santé, etc.)</li> </ul>	Réunions trimestrielles d'équipe (à adapter en	Tous les ans et à partir de 4 mois suivant la mise en place de

N° Étapes	Sous-étapes <sup>28</sup>	Objectifs	Acteurs	Actions	Outils	Délais
réévaluation du PP	Réévaluation des besoins d'actualisation (I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adapter et réajuster, le cas échéant, l'accompagnement ou réviser les objectifs en accord avec la personne accompagnée</li> <li>– Se coordonner avec d'autres services ou établissements selon ses besoins et ses attentes</li> </ul>	Référent, coordonnateur et le reste de l'équipe en contact avec la personne accompagnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mettre à jour les objectifs</li> <li>– Solliciter et échanger selon les situations avec les autres services ou des partenaires externes</li> </ul>	fonction de la situation)	l'accompagnement
6 Accompagnement multiple	Accompagnement multiple (J)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Se coordonner avec l'ensemble des intervenants au domicile</li> <li>– Formaliser les échanges</li> </ul>	<p>Équipe pluridisciplinaire interne et externe</p> <p>Si possible, un ou plusieurs professionnels des structures intervenant chez la personne accompagnée</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Définir les éléments à transmettre à tous les intervenants</li> </ul>	Le PP Le cahier de liaison	
7. Fin de l'accompagnement	Accompagnement à la sortie (K)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Accompagner tout transfert vers un autre établissement médico-social ou autre</li> <li>– Assurer la continuité du parcours<sup>29</sup> de la personne</li> <li>– Vérifier que le nouvel établissement d'accueil corresponde aux besoins et aux attentes de la personne</li> <li>– Préparer la fin de l'intervention</li> <li>– Accompagner la personne à une visite préalable</li> <li>– Recueillir son accord</li> </ul>	<p>Équipe pluridisciplinaire interne et externe</p> <p>Si possible, un ou plusieurs professionnels intervenant dans la structure/établissement où la personne va être nouvellement accueillie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Définir les éléments à transmettre aux nouveaux accueillants</li> <li>– Anticiper et accompagner la personne sur le futur lieu de vie</li> <li>– S'assurer, après le départ de la personne, que la transition se passe bien</li> </ul>	<p>Procédure de sortie par professionnel, éléments du dossier</p> <p>Le PP Le cahier de liaison</p>	Au plus tard 1 mois avant la sortie temporaire ou définitive

<sup>29</sup> La personne accompagnée peut changer de service si elle estime que l'accompagnement n'est plus adapté à ses besoins.

## Annexe 5. Fiche initiale de renseignement (FIR) et son mode d'emploi

**Conditions d'utilisation :** cette fiche est uniquement destinée aux professionnels exerçant au sein de la structure. Elle ne peut être transmise que par messagerie sécurisée ou tout autre moyen garantissant la confidentialité des informations contenues.<sup>30</sup>

LOGO Structure	Fiche de réception d'une demande
	Formulaire

Date : / /201...

Modalités de contact :  Appel sortant     Appel entrant     Courrier     E-mail

Interlocuteur :     La personne elle-même     Aidant

APA (service)     MDPH     Professionnel de santé

Gestionnaire de cas MAIA     CTA/PTA/CLIC/M2A

Structure sociale ou médico-sociale

Autre, précisez :.....

Nom et prénom de l'appelant :  
.....

Numéro de dossier : .....

Qualité de l'appelant :  Conjoint     Enfant     Parent     Petit-enfant

Ami/voisin     Autre, précisez :.....

Tél. :..... E-mail :.....

### Personne concernée

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse de résidence : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Email : .....

Date de naissance : .../.../..... Lieu : ..... Sexe :  H     F

Vit seul(e)     Vit en couple     Vit avec une autre personne

Qu'est-ce qui motive votre appel au sein de notre service ?

- Isolement     Sentiment de solitude     Chute
- Problème de mémoire     Besoin de rassurer les enfants

<sup>30</sup> Conformément à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique.

Autre : .....

*Situation de la personne, évaluation de ses besoins et attentes*

Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien ?

### Situation générale

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aide humaine      | <input type="checkbox"/> Aide technique               | <input type="checkbox"/> Adaptation du logement |
| <input type="checkbox"/> Loisirs, vacances | <input type="checkbox"/> Vie sociale et relationnelle |   |
| <input type="checkbox"/> Loisirs, vacances | <input type="checkbox"/> Vie sociale et relationnelle |   |

### Déplacements

- Déplacement dans le domicile  Utilisation des transports  
 Déplacement dans le quartier

### Quotidien

- Lever, coucher  S'habiller, se déshabiller  Soins d'hygiène  Préparer et prendre les traitements médicamenteux  
 Manger  Faire les courses  Préparer les repas  
 Utiliser le téléphone, le téléviseur, l'ordinateur, la tablette, etc.

### Démarches

- Gérer le budget  Ouvrir et maintenir des droits  
 Faire des démarches administratives  Prendre et suivre des rendez-vous

### À ce jour, qui vous aide ?

- Le conjoint  Un enfant  Un autre membre de la famille  
 Un ami, un proche  Un voisin  
 Une femme de ménage  Un service de portage de repas  Un service de téléassistance  
 Accompagnant éducatif et social :  Emploi direct : .....  Service :  
.....  
 Autres intervenants (service social, SSIAD, libéraux, etc.) :  
.....  
 Je ne reçois aucune aide

Logement : proposition de visite à domicile

Repréciser l'adresse et les modalités d'accès pour se rendre à domicile.

Consignes d'accès

Nom : ..... Code : ..... Interphone : .....

- Maison                       Appartement                       Rdc  
 Étage : .....                       Ascenseur                       N° escalier : .....

Suite donnée à la demande

- Courrier de confirmation de rendez-vous envoyé le : .....
- À la personne                       Par la poste                       Par mail  
 À son aidant                       Par la poste                       Par mail  
 Autre : .....  Par la poste                       Par mail
- Rendez-vous proposé le : .....  Au domicile     Au service  
Avec : .....
- Autre : .....

La veille du rendez-vous

Courrier et appel de confirmation

## Mode d'emploi de la fiche initiale de renseignements (FIR)

La fiche initiale de renseignements (FIR) correspond à une check-list qui va permettre aux services d'aide et d'accompagnement à domicile de collecter les renseignements servant à préparer la 1<sup>re</sup> visite à domicile (réalisée par le responsable de secteur).

Il s'agit d'un document interne qui est complété lors du premier contact entre la structure d'accompagnement et la personne souhaitant la mise en place d'un accompagnement.

Ce contact peut être pris par la personne elle-même, un proche aidant de la personne, un ami, les services de l'APA, etc.

Les informations de la FIR vont contribuer à cerner les besoins de la personne et à identifier si la structure est en mesure d'y répondre.

Si oui, la fiche est complétée par la personne qui réceptionne l'appel (personnel administratif ou autre) et qui coche les items correspondant à la situation de la personne.

La FIR est divisée en plusieurs rubriques :

- informations générales ;
- motivations pour la mise en place d'un accompagnement à domicile ;
- situation de la personne ;
- informations sur l'accès au logement ;
- suite à donner à l'issue de ce premier contact ;
- confirmation du rendez-vous.

La confirmation du rendez-vous est indispensable : la veille de la première visite au domicile, il est impératif de contacter la personne pour confirmer l'heure du rendez-vous, l'adresse et le nombre d'interlocuteurs. Cocher la case garantit cette confirmation.

# Participants

---

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture

## Groupe de travail

Cécile Beaujard, adjoint de direction /chef de service  
Barka Belguendouz, infirmière libérale  
Corinne Bernier, responsable Qualité  
Christelle Cohen-Jonathan, psychomotricienne  
Isabelle Coleau, infirmière libérale/SSIAD  
Céline Esbens, ergothérapeute SAMSAH et SAVS  
Monique Garçon, aidante  
Chloé Lacroix, infirmière (hospitalisation à domicile)  
Cyrille Lesenne, pilote MAIA  
Marcelle Naeck-Dorffer, gouvernante en Ehpad  
Caroline Olejnik, psychologue clinicienne SAMSAH et SAVS

## Groupe de lecture

Lise Aumont, chargée de mission qualité et développement. ADMR  
Caroline Baclet- Roussel, psychologue clinicienne spécialisée  
Michel Begues, ingénieur social et aidant  
Catherine Bigaignon, directrice Qualité. Groupe Colisée  
Mathilde Campargue, infirmière coordonnatrice  
François Dalet, directeur formation. Doctegestion  
Fatima Douakha, psychologue clinicienne  
Dominique Lefebvre, aide-soignante SSIAD  
Françoise Lize, infirmière coordinatrice SSIAD  
Véronique Mastin, chargée de mission. Direction de l'Offre de Service et d'Aide à l'Autonomie. Département du Nord  
Guillaume Mombet, psychologue clinicien dans un SSIAD avec ESA  
Eve Moussault, ergothérapeute SAMSAH  
Catherine Petit, ergothérapeute  
Monique Pozzi, présidente de l'association ADAFMI/UNA  
Amélie Saragoni, responsable ESPRAD – SAMSAH  
Anne-Sophie Schutz, responsable qualité (AFAD)  
Martine Tanguy, cadre supérieur socio-éducatif  
Célia Valero, conseillère Santé – Social « Personnes Agées au domicile ». FEHAP

## Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

## Equipe projet

Mme Christiane Jean-Bart, cheffe de service à partir de mars 2019

Mme Aylin Ayata, cheffe de projet

Mme Delphine Dupré-Lévêque, cheffe de service jusqu'en mars 2019

Mme Nagette Jousse, assistante

Mme Aïssatou Sow, cheffe de projet

Mme Sylvie Lascols, assistante documentaliste

Mme Sophie Nevière, documentaliste

# Abréviations et acronymes

---

EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESA	équipes spécialisées Alzheimer
FIR	fiche individuelle de renseignement
PMND	Plan Maladies Neuro-dégénératives
PP	projet personnalisé
SAAD	services d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH	services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	services d'accompagnement à la vie sociale
SPASAD	services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD	services de soins infirmiers à domicile

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

