

PERSONNES ÂGÉES

FICHE-REPÈRE



LE PROJET PERSONNALISÉ :
UNE DYNAMIQUE DU PARCOURS
D'ACCOMPAGNEMENT
(VOLET RÉSIDENCES AUTONOMIE)

Anesm

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

PRÉAMBULE

RAPPEL DES GRANDS PRINCIPES DU PROJET PERSONNALISÉ

Le projet personnalisé¹ est un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie.

La vision portée par le législateur dans les différents textes insérés au Code de l'action sociale et des familles (CASF) conduit les personnes accueillies au sein des établissements sociaux et médico-sociaux à participer à leur projet d'accompagnement dans une dynamique de parcours.

Dans la majorité des situations, les personnes accueillies sont en situation de vulnérabilité lors de leur arrivée au sein de la résidence². Les membres de l'équipe doivent donc être à leur écoute pour rechercher, susciter, et accompagner cette participation afin qu'elle soit effective.

Chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet personnalisé d'accompagnement. C'est une co-construction dynamique entre la personne (et/ou son représentant légal) et les professionnels. Cela représente la meilleure réponse que peuvent apporter les professionnels face au risque d'une approche standardisée qui s'opposerait à l'objectif de personnalisation. Cette démarche est un facteur clé pour la réussite de l'élaboration du projet d'accompagnement.

Cette fiche-repère rappelle aux professionnels des principes, des repères et des modalités pratiques pour associer étroitement les personnes, étape par étape, à la construction de leur projet personnalisé, à sa mise en œuvre, et enfin à son évaluation.

¹ Terme retenu dans la recommandation Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008.

² Le personnel de la résidence autonomie est généralement composé d'un directeur, d'agents de services généraux/restauration, d'un personnel administratif/agent d'accueil/secrétaire, d'un animateur et d'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.

1. CONTEXTE, ENJEUX ET DÉFINITION

La prise en compte des attentes et des besoins de la personne dans la démarche de projet personnalisé se réfère directement à la recommandation-cadre de l'Anesm sur la bientraitance³ et s'inscrit dans le droit fil de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Le projet personnalisé vient prioritairement renforcer le droit de participation de la personne accueillie (et/ou de son représentant légal selon les situations) à l'élaboration du projet d'accompagnement qui la concerne⁴.

Le terme de « projet personnalisé » qualifie la **démarche de co-construction** du projet entre la personne accueillie (et/ou son représentant légal) et les équipes professionnelles.

Le projet personnalisé :

- témoigne explicitement de la prise en compte des attentes et des besoins de la personne (et/ou de son représentant légal) ;
- induit l'individualisation et la singularité de chaque accompagnement. Il se décline en une programmation de prestations et/ou d'activités individuelles ou collectives en cohérence avec les ressources de la résidence ;
- permet d'inclure différents volets plus spécifiques articulés entre le volet social et le volet médical⁵ ;
- tient compte du parcours de vie, du parcours de soins, du parcours d'accompagnement de la personne :
 - en amont de l'accueil,
 - tout au long de l'accueil,
 - selon les situations, lorsque l'accueil arrive à son terme quelle qu'en soit la raison ;
- associe, selon les situations et sous réserve de l'accord de la personne accueillie, les proches⁶.

Ce qu'il faut retenir

Quel que soit son lieu d'accueil, la personne a des besoins et des attentes vis-à-vis des professionnels et de la structure d'accueil. Ces attentes correspondent à ses souhaits, désirs et envies. Elles ne sont pas toujours clairement formulées. Elles peuvent être latentes, simplement ressenties, explicites ou implicites, mais **elles existent toujours**⁷. Elles peuvent aussi être différentes, complémentaires des besoins identifiés par les professionnels et les proches.

Le rôle des professionnels consiste à écouter, à entendre et/ou à aider la personne, à comprendre sa situation, à exprimer ses attentes et, si elle le désire, **construire avec elle**⁸ le cadre d'un accueil et d'un accompagnement singulier. **L'ensemble des professionnels va devoir mettre en œuvre le projet personnalisé pour proposer un accompagnement de qualité respectueux et adapté à la singularité de la personne accueillie**⁹.

³ Anesm. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint-Denis: Anesm, 2008.

⁴ Ce rappel des droits est tiré des articles L. 311-3, 3° et 7° du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Voir également l'article 4 de la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie.

⁵ Les résidences autonomie n'étant, sauf exception, pas médicalisées, les soins ne sont pas pris en charge par l'établissement. Le volet médical du projet personnalisé décline par conséquent, en fonction des souhaits et des besoins de la personne accompagnée, les modalités d'organisation des soins avec les intervenants extérieurs.

⁶ Dans ce document le terme de proche comprend aussi le proche aidant. Selon l'article L. 113-1-3 du CASF : « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. »

⁷ Y compris dans des situations extrêmes, comme en fin de vie par exemple.

⁸ C'est un droit pour la personne et non pas une obligation.

⁹ La liberté de ne participer à aucune activité au sein de la résidence peut définir le projet personnalisé.

POINT DE VIGILANCE :**Articulation entre projet personnalisé (PP) et contrat de séjour ou document individuel de prise en charge (DIPC)**

Pour rappel, le projet personnalisé et le contrat de séjour (ou à défaut, le DIPC¹⁰) sont deux modalités différentes d'engagement. Le lien entre PP et contrat de séjour (ou DIPC) est établi au travers de l'avenant au contrat de séjour qui doit préciser, dans le délai maximum de 6 mois suivant l'admission, les objectifs et les prestations adaptées à la personne, à réactualiser annuellement.

L'établissement du contrat de séjour ou du DIPC ne dispense pas d'élaborer un projet personnalisé : ce sont par ailleurs, dans un cas comme dans l'autre, des obligations pour l'établissement.

On peut aussi noter que lorsque la situation du résident l'exige, la direction peut être amenée à proposer à celui-ci une annexe à son contrat de séjour comprenant des mesures visant à assurer son intégrité physique et sa sécurité et à soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir dans la structure.

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 de la résidence) mais aussi des intervenants externes** (médecin traitant, SAAD, SSIAD, professionnels médicaux et paramédicaux libéraux, etc.). Il a pour objectif de garantir un accompagnement individualisé dans le respect des habitudes de vie et des souhaits de la personne accueillie. Il aide à définir 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 en tenant compte de ses besoins, attentes et envies. Le projet personnalisé est réévalué et adapté¹¹ dès lors que la personne accueillie (et/ou son représentant légal) le demande ou qu'un changement est observé (perte d'autonomie, diminution des activités, etc.) et *a minima* une fois par an.

¹⁰ Pour mémoire, le DIPC est établi à défaut de pouvoir établir un contrat de séjour pour le résident. Cela correspond notamment aux situations où sa capacité de discernement ne lui permet plus d'ester en justice et de signer de documents contractuels.

¹¹ Dès lors qu'un objectif est modifié, un nouvel avenant devra être rédigé.

2. QUI EST CONCERNÉ ?

Le directeur et le personnel d'encadrement sont garants de la démarche générale. Les propositions et analyses de chaque professionnel en contact régulier avec les personnes accueillies sont prises en compte, analysées et valorisées, quelle que soit la qualification des professionnels¹². Tous participent plus ou moins directement au projet personnalisé.

La personne accueillie (et/ou selon les situations son représentant légal) : La participation et l'implication la plus forte possible de la personne est recherchée.

Le référent¹³ du projet personnalisé : Le référent est l'interlocuteur privilégié mais non exclusif¹⁴ de la personne accueillie et ses proches. Il veille à ses besoins et attentes dans le cadre de cette relation singulière. Il reste attentif tout au long du parcours. Il a pour mission d'offrir à la personne accueillie un cadre rassurant de proximité.

Il assure, si nécessaire, le relais entre l'équipe interne, les intervenants extérieurs (SSIAD, SAAD, infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes, etc.) et les proches, garantissant ainsi la fluidité du parcours d'accompagnement. Le référent peut être la secrétaire, un personnel hôtelier, une personne chargée de l'entretien, l'animateur, le directeur, etc.

Dès l'entretien d'accueil et tout au long de l'hébergement, il participe activement à la proposition d'objectifs et l'élaboration d'actions d'accompagnement conformément aux besoins et attentes de la personne accueillie. Il veille au respect des objectifs posés et à l'évaluation des actions dans le cadre du projet personnalisé.

Le coordonnateur des projets personnalisés : il assure la mise en œuvre du déploiement des projets personnalisés dont les référents ont la responsabilité. Il organise la réunion de synthèse en amont de la validation du projet personnalisé par la personne accueillie et/ou son représentant légal et vérifie avec ces derniers que celui-ci correspond bien aux besoins et attentes de la personne. 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 personnalisé aux actualisations successives). « *Le coordonnateur [...] permet d'établir un lien régulier entre les professionnels et le résident et de solliciter l'ensemble des professionnels et partenaires concernés par le projet personnalisé. Le terme de coordonnateur [...] désigne soit le cadre (directeur [...]) garant de cette coordination, soit le professionnel à qui a été déléguée la fonction (soignant, psychologue, animateur, autre...)* »¹⁵.

Il a pour mission de piloter les réunions de co-construction et de synthèse ainsi que les réévaluations du projet personnalisé. Il synthétise les conclusions des professionnels présents.

Les bénévoles et les jeunes en service civique : ils font aussi partie de l'équipe. À ce titre, ils sont concernés par l'élaboration des projets personnalisés. Ces personnes sont souvent porteuses de nombreuses informations. Le référent et le coordonnateur des projets tiennent compte de leurs remarques et de leurs propositions éventuelles.

Les professionnels intervenant en amont ou en aval de l'entrée (médecin traitant, SAAD, SSIAD, SPASAD, CHR, SAMSAH, infirmiers, etc.) : ils sont invités aussi à transmettre tout ou une partie du projet personnalisé et/ou toutes les informations nécessaires à la continuité du parcours d'accompagnement en accord avec la personne et/ou son représentant légal, et dans le respect des règles relatives au secret professionnel.

L'ensemble des professionnels de la résidence : il participe au projet personnalisé dès qu'il détient des informations permettant d'améliorer l'accompagnement de la personne accueillie en lien avec ses besoins et attentes. Le partage d'informations doit cependant toujours respecter le cadre juridique relatif au secret professionnel.

ILLUSTRATION SUR LES RÉFÉRENTS ET LES COORDONNATEURS

Dans une résidence autonomie, l'ensemble du personnel (au nombre de 8) est référent d'au moins une des 47 personnes accueillies et au maximum 6. Le directeur et le cadre sont les deux coordonnateurs au sein de la structure et encadrent chacun 4 professionnels référents. Les référents sont choisis selon différents critères (points communs dans le parcours de vie, goûts pour certaines activités, etc.) et à la condition aussi qu'ils soient effectivement présents le jour de l'arrivée. Les critères (points communs dans le parcours de vie, goûts pour certaines activités, etc.) et à la condition aussi qu'ils soient effectivement présents le jour de l'arrivée.

¹² Professionnels en contact régulier avec les personnes : veilleur de nuit, employés des services généraux et d'entretien, agents d'accueil, animateurs, AMP ou accompagnant éducatif et social, etc.

¹³ Le référent est choisi en amont de l'arrivée à partir d'éléments recueillis dans le dossier de pré-accueil. Cf. RBPP ANESM. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, op. cit.

¹⁴ La désignation d'un référent n'exonère pas l'ensemble des professionnels qui interviennent autour de la personne de maintenir un lien attentif et respectueux avec elle.

¹⁵ Source : Anesm. *Qualité de vie en Ehpad (volet 1). De l'accueil de la personne à son accompagnement*. Saint-Denis : Anesm, 2010. p. 52.

REPÈRE JURIDIQUE :**Échange et partage d'informations entre professionnels****Définitions¹⁶**

L'échange d'informations « consiste à communiquer des informations à un ou plusieurs destinataires clairement identifiés par un émetteur connu ».

Le partage d'informations « consiste à mettre à disposition de catégories de professionnels fondés à en connaître des informations ».

Le principe

« Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils **participent tous à sa prise en charge** et que ces **informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social** » (Article L. 1110-4 du Code de la santé publique – CSP).

Lorsqu'une personne est prise en charge par une équipe de soins au sens du CSP, les informations la concernant sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe de soins, sans nécessité de recueillir le consentement de la personne pour chacun des professionnels de santé impliqués.

Des conditions toutefois à respecter:

- informer préalablement la personne concernée de la nature des informations faisant l'objet de l'échange ou du partage d'informations et que l'identité du destinataire soit précisée en cas d'échange d'informations entre professionnels de santé et professionnels du secteur social et médico-social ;
- informer la personne de son droit d'opposition au partage ou à l'échange d'informations la concernant.

NB : Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté « (...) *seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer cette personne peut dispenser le professionnel ou la personne participant à sa prise en charge de l'obligation d'information préalable. La personne concernée est toutefois informée, dès que son état le permet, de l'échange ou du partage auquel il a été procédé. Il en est fait mention dans le dossier médical* » (article R. 1110-3 du CSP¹⁷).

Lorsqu'une personne est prise en charge par un professionnel relevant des catégories de professionnels mentionnées à l'article R. 1110-2 et ne faisant pas partie de la même équipe de soins¹⁸, le professionnel recueille « le consentement de la personne pour partager ces données dans le respect des conditions suivantes :

1° *La personne et, le cas échéant, son représentant légal, est dûment informée, en tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels fondés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès ;*

2° *Le consentement préalable de la personne, ou de son représentant légal, est **recueilli par tout moyen**, y compris de façon dématérialisée, après qu'elle a reçu les informations prévues au 1°. » (Article D. 1110-3-1 du CSP).*

Même en ce cas, la personne conserve la possibilité de faire usage, à tout moment, de son droit d'opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut donc revenir sur le consentement donné ou restreindre les informations à partager.

¹⁶ Les définitions qui suivent sont rappelées dans l'annexe de l'arrêté du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins visée au 3° de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique.

¹⁷ Article modifié par le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations.

¹⁸ « *L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui : 1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;*

2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé. » (Article 1110-12 du CSP).

3. COMMENT ET QUAND L'ÉLABORER ?

La démarche d'un projet personnalisé nécessite plusieurs étapes :

- premiers contacts et premiers recueils des attentes et des besoins de la personne accueillie ;
- analyse de la situation avec appréciation des éléments d'analyse qui semblent correspondre aux besoins et aux attentes de la personne nouvellement accueillie ;
- co-construction du projet personnalisé avec les différentes parties prenantes ;
- mise en œuvre ;
- suivi et évaluation ;
- réévaluation.

Étape 1 : premiers contacts (de la première rencontre aux 3 premiers mois qui suivent l'arrivée au sein de la résidence)

Les premiers contacts avec la personne sont déterminants. La confiance s'établit dès ces premiers moments. La personne a besoin d'être renseignée et rassurée quant à l'accompagnement qui va lui être proposé.

Le professionnel en charge de ces premiers contacts, le référent, encourage l'échange sur le parcours de la personne, son parcours de soins, etc. sans pour autant être intrusif. Ces premiers échanges peuvent avoir lieu en amont de l'arrivée et de l'installation de la personne. L'analyse en équipe des premiers échanges permet de désigner le personnel référent. Ce dernier est **obligatoirement** présent le jour de l'arrivée du nouveau résident puisqu'il en assure l'accueil. Si possible, il sera aussi présent, les deux semaines suivant ce jour de l'arrivée. Lors de cette première rencontre, le référent se présente, explique son rôle et organise si nécessaire une visite des espaces de vie de la résidence.

Les professionnels, selon les situations, prennent le temps d'échanger avec elle, mais aussi, après son accord, avec les proches (cela peut comprendre aussi des professionnels intervenant à domicile) afin de disposer des informations qui vont permettre de créer ou d'ajuster les prestations d'accompagnement : repérer les habitudes de vie, reconnaître ses compétences, son expertise, etc.

Étape 2 : appréciation des éléments d'analyse

L'objectif de cette phase est de parvenir à une analyse partagée au sein des équipes à partir des données recueillies concernant la personne. Les réunions d'équipe¹⁹, sans la présence de la personne, permettent :

- à chaque professionnel (y compris, selon les situations, les bénévoles et jeunes en service civique), 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 ;
- aux professionnels de bénéficier du même niveau d'information, de dégager des lignes directrices claires dans l'accompagnement proposé tant pour la personne accueillie que pour les professionnels ;
- selon les situations et la spécificité de certains publics accueillis (personnes jeunes en situation de handicap, personnes issues de la rue, etc.), d'analyser en équipe pluridisciplinaire (équipes internes et partenaires externes) les attentes et les besoins de la personne accueillie, l'organisation de l'accompagnement parfois conjoint (SAMSAH, CHRS, accueil de jour psychiatrique, accueil de jour, UCC, etc.) et éventuellement la mise en place de mesures adaptées pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir.

¹⁹ La réunion d'équipe est une réunion pluridisciplinaire réservée aux professionnels lors de transmissions par exemple. Elle permet de pointer les évolutions sensibles.

Étape 3 : la phase de co-construction du projet personnalisé (dans les 3 à 6 mois suivant l'entrée)

À partir de ces échanges et de cette analyse entre les différents membres de l'équipe, la personne accueillie (et/ou son représentant légal) et les professionnels accompagnants vont pouvoir construire le projet personnalisé. Pour cela, un ou plusieurs rendez-vous de préparation sont planifiés en amont de la réunion de projet personnalisé²⁰. Il est recommandé de formaliser le projet personnalisé et de tracer l'ensemble des informations recueillies lors des différentes étapes du projet. L'organisation de la co-construction du projet personnalisé se fonde sur une reconnaissance mutuelle de la personne (et/ou de son représentant légal) et des professionnels. Grâce à ces échanges, les professionnels s'appuieront sur leurs compétences, leur créativité et leurs observations ainsi que leur capacité d'écoute, pour faire émerger des propositions nouvelles, fruit de ce dialogue avec la personne.

Lorsque les propositions des personnes, ou les suggestions des professionnels, ne peuvent être mises en place au sein même de la résidence autonomie, les équipes seront amenées à chercher des réponses auprès d'autres structures ou avec d'autres dispositifs.

Il est recommandé que les professionnels recherchent ainsi toutes les réponses possibles pour être au plus près des attentes et des besoins des personnes et de leur représentant légal dans le respect des décisions judiciaires.

Il revient au professionnel accompagnant de susciter le dialogue quand la personne souhaite aborder des questions « intimes », mais hésite à le faire : par exemple sur la sexualité, ou des relations difficiles avec les proches, la vie affective, les croyances religieuses, la fin de vie, etc.

POINT DE VIGILANCE

Il est recommandé de respecter les habitudes de vie dont les manifestations ne portent préjudice ni à la personne elle-même, ni à son environnement.

Dans le cas d'habitudes de vie plus problématiques (personnes vivant dans la rue, personnes toxicomanes marginalisées...), l'expérience montre qu'en acceptant provisoirement des modes de vie ou des comportements inaccoutumés, on peut établir un premier lien susceptible par la suite de faire évoluer ces modes de vie²¹.

Il est essentiel de s'assurer que la personne accueillie reste au centre de la démarche.

Étape 4 : la mise en œuvre (dans les 3 à 6 mois suivant l'entrée)

Les échanges avec la personne accueillie, notamment sur ses attentes et besoins, les observations et remarques de l'ensemble des acteurs (proches et/ou professionnels²²) et l'étude des parcours de vie et de soins permettront de dégager des objectifs :

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

Les objectifs permettant de restaurer/maintenir l'estime de soi, d'encourager à la préservation de l'autonomie, au lien social et aux actions de prévention en santé seront clairement établis.



²⁰ Le terme de « réunion de projet personnalisé » désigne les temps d'échange réunissant le résident, un ou des représentants de l'équipe pluriprofessionnelle et éventuellement un ou des partenaires ou encore, avec l'accord de la personne, la famille et les proches.

²¹ Tinland A., Fortanier C., Girard V., Laval C., Videau B., Rhenter P., et al. *Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial*. *Trials* : 24 septembre 2013, vol. 14, pp. 309. DOI 10.1186/1745-6215-14-309.

Beaudoin I. *Efficacité de l'approche logement d'abord : une revue systématique*. *Drogues, santé et société* : mars 2016, vol. 14, n° 2.

²² Dans la mesure du possible, si la personne bénéficiait d'aides de professionnels à domicile, que cette aide se poursuive ou non au sein de la résidence autonomie, des informations pourront être recueillies auprès de ces acteurs.

Étape 5 : le suivi (à partir de 6 mois suivant l'entrée)

Au fil des mois, le référent et le coordonnateur des projets seront attentifs à :

- l'adaptation du résident et son degré de satisfaction ;
- la mise en place effective du projet personnalisé, des actions, l'adéquation des attentes et des besoins ;
- la co-évaluation du projet personnalisé ;
- la possibilité voire l'encouragement de la personne à formuler de nouvelles attentes.

Le projet personnalisé est actualisé une fois par an (ou selon les changements de situation, à la demande de la personne ou des acteurs de l'accompagnement).

Étape 6 : fin de l'accompagnement

Cette étape concerne aussi bien un transfert vers un autre établissement médico-social qu'un retour à domicile ou autre, voire le décès.

4. EN GUISE DE CONCLUSION

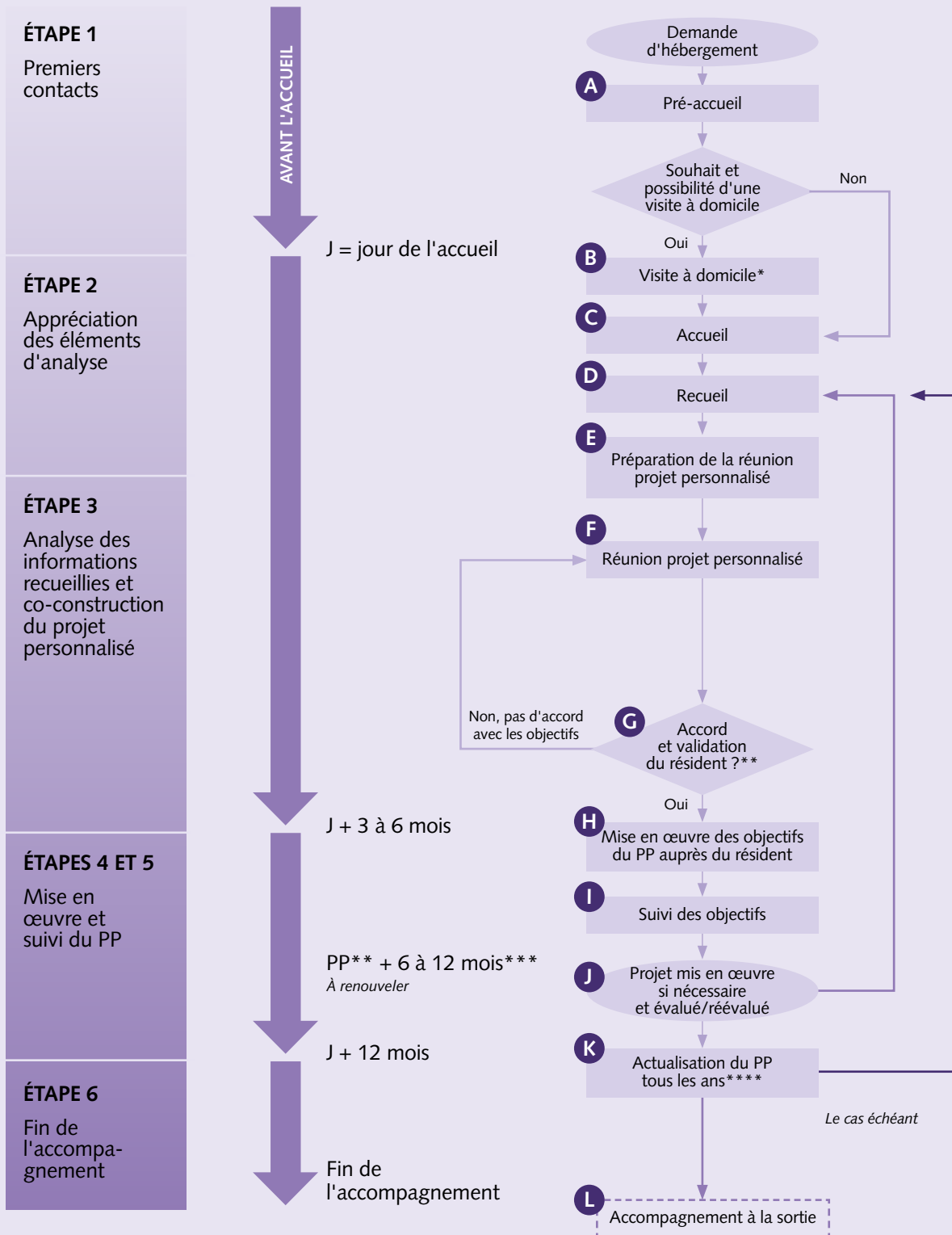
Au-delà du caractère obligatoire et de la nécessité de proposer un accompagnement singulier et de qualité, les projets personnalisés, leur élaboration et leur évaluation, permettent aux responsables d'établissement de/d' :

- améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies ;
- fédérer l'ensemble du personnel autour des attentes des personnes accueillies ;
- identifier et proposer de nouvelles actions à mettre en œuvre, en discuter avec le conseil de vie social et enfin les inscrire dans la dynamique du projet d'établissement ;
- analyser les demandes et les attentes qui n'ont pu être satisfaites, non réalisées ;
- identifier la difficulté de mise en œuvre des projets personnalisés ;
- analyser la place et le rôle des référents (qualité de vie au travail, difficultés éventuelles, etc.) ;
- renforcer la dynamique de collaboration au sein de l'équipe interdisciplinaire et les échanges entre les référents, les résidents, les professionnels et le ou les coordonnateurs des projets personnalisés.

5. RÉSULTATS ATTENDUS

- Dès l'entrée, chaque nouvel arrivant a un personnel référent choisi en fonction de critères définis.
- Chaque personnel est référent d'au moins un résident.
- Tous les professionnels sont impliqués.
- La participation active de la personne accueillie à l'élaboration de son projet personnalisé est systématiquement recherchée.
- Les besoins et attentes de la personne accueillie sont pris en considération dans le projet personnalisé et sont régulièrement réévalués et adaptés.
- Le travail en pluridisciplinarité est mis en place et implique l'ensemble du personnel.
- Le travail en pluridisciplinarité se coordonne selon les situations avec les partenaires extérieurs.
- Les actions sont mises en place et régulièrement réévaluées.
- L'amélioration continue de la qualité de vie et de l'accompagnement est effective.
- La dynamique du parcours s'inscrit dans le projet d'établissement.

Annexe 1 : Schéma d'élaboration d'un projet personnalisé



*À titre exceptionnel, la visite à domicile peut être réalisée avant la visite de pré-accueil.

** Le souhait de ne participer à aucune activité exprimé par la personne accueillie peut également définir son projet personnalisé.

***Les principales caractéristiques du PP (objectifs et prestations notamment) sont contractualisées dans l'avenant au contrat de séjour (à faire dans un délai de 6 mois maximum suivant l'arrivée de la personne accueillie).

**** Reprendre l'étape D dès que nécessaire et au moins annuellement (tous les 6 mois pour les personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés).

Annexe 2 : La procédure détaillée de l'élaboration du projet personnalisé

N°	Étapes	Sous-étapes (correspondance avec le schéma de l'annexe 1)	Objectifs	Acteurs	Actions	Outils	Délais
1	Premiers contacts	<p>Pré-accueil A</p> <ul style="list-style-type: none"> Comprendre les motivations du futur résident. Recueillir des informations sociales et médicales minimales nécessaires à l'adaptation de l'accompagnement. Établir une relation de confiance en répondant à toutes les questions et être disponibles dans l'échange. Conseiller si nécessaire sur le mobilier, les objets que le futur résident peut emmener. Faire visiter l'établissement et si possible un appartement. Connaître l'ensemble des services qui interviennent (ou pas) auprès de la personne en amont de l'entrée à la résidence (qui, quand, quels objectifs, etc.). <p>Visite à domicile B</p> <ul style="list-style-type: none"> Apprendre à connaître, découvrir la personne dans son environnement familial. Cibler l'accompagnement et les besoins liés au changement de domicile. Établir une relation de confiance en répondant à toutes les questions et être disponible dans l'échange. Conseiller si nécessaire sur le mobilier, les objets à privilégier. Identifier le professionnel qui sera le référent (à partir des éléments recueillis). 	<p>Directeur, médecin traitant, gériatre, futur résident, personnel d'accueil, services à domicile.</p> <p>Professionnels choisis au regard des conclusions de la rencontre de pré-accueil et en fonction de leur aisance à réaliser un entretien de qualité en s'appuyant sur le guide d'entretien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Collecter les informations indispensables au dossier mais aussi de petits éléments de biographie. Recueillir l'avis de la personne accueillie concernant l'organisation d'une visite à domicile. Saisir (retranscrire) les informations recueillies dans le dossier du futur résident. Imprimer le recueil et organiser une réunion d'équipe a minima 4 jours avant l'accueil du résident (et après réalisation de la visite à domicile le cas échéant). <p>NB : Si le délai entre l'accueil et la visite de pré-accueil est inférieur à 4 jours l'impression et le partage d'information utile à son accueil sont faits au plus tard le jour de l'accueil.</p> <p>Prendre un RDV avec le futur résident pour réaliser la visite à domicile.</p>	<p>Dossier d'accueil</p> <p>Procédure d'admission, dossier d'accueil (bilan médical + dossier administratif + éléments biographiques)</p> <p>Guide d'entretien</p>	<p>En amont de l'entrée</p>	

<p>1</p>	<p>Premiers contacts</p>	<p>Accueil C</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place dans le meilleur délai possible un accueil personnalisé. Adapter au plus vite l'accompagnement aux besoins et aux attentes exprimées par le nouveau résident. Répondre aux questions et interrogations du résident. Rassurer le nouvel arrivant. Rencontrer ou échanger l'ensemble des professionnels extérieurs qui accompagnent les résidents (SAAD, SPASAD, SSIAD etc.). Impliquer des membres du CVS. 	<ul style="list-style-type: none"> Le référent. Ensemble des professionnels de la résidence. Les professionnels du domicile. Selon les situations et avec l'accord de la personne, les proches. 	<ul style="list-style-type: none"> Le référent est le premier à assurer le contact et se charge de récolter les premières informations sur le volet social. Il explique ce qu'est le PP et ses objectifs. De plus le jour J : il fait visiter l'établissement et présente l'équipe de l'établissement. Il présente le nouvel arrivant aux autres résidents. Il l'accompagne à son appartement, fait un état des lieux et montre les différentes installations. Si nécessaire, il aide le nouveau résident à porter ses bagages et à ranger. Il lui demande où il souhaite manger selon les possibilités de la résidence. Un résident membre du CVS complète les informations et l'accueil. 	<p>Procédure d'entrée</p>	<p>Selon les délais spécifiés dans la procédure</p>
	<p>Recueil D</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rencontrer régulièrement le résident et mesurer son degré d'adaptation. Tenir compte des observations du personnel qui vont contribuer à rendre plus effectif le contenu du PP. Construire un PP en mode projet en attendant sa validation avec la personne. Répondre aux besoins et aux attentes du résident. Le guider dans les possibilités d'activités et de rencontres ou sorties au sein de la résidence comme en dehors. Encourager les échanges entre tous les intervenants, dans le respect des règles relatives au secret professionnel. 	<p>Ensemble de l'équipe avec le référent et le coordonnateur</p>	<ul style="list-style-type: none"> Compléter à des moments choisis le projet personnalisé. Rencontrer le résident et/ou son représentant légal à des moments choisis. Saisir dans le dossier les informations recueillies lors des rencontres avec le résident et/ou sa famille et à partir des remontées d'informations des professionnels (par le référent). Échanger, avec l'accord du résident, avec les proches. 	<p>Support d'échange (à définir en interne)</p> <p>Guide d'entretien PP</p> <p>Dossier du résident</p>	<p>Au plus tard une semaine avant la réunion de concertation des professionnels concernant le PP du nouvel arrivant</p>

Annexe 2 : La procédure détaillée de l'élaboration du projet personnalisé (suite)

N°	Étapes	Sous-étapes (correspondance avec le schéma de l'annexe 1)	Objectifs	Acteurs	Actions	Outils	Délais
2	Appréciation des éléments d'analyse	Préparation de la réunion projet personnalisé E	<ul style="list-style-type: none"> Dans le respect du cadre légal du secret professionnel, partager tous les échanges et observations des personnels qui vont contribuer à rendre plus performant le contenu du PP notamment si le résident bénéficie d'accompagnement de services externes tels SAAD, SSIAD, etc. Encourager les échanges entre tous les intervenants dans le respect du cadre juridique du secret professionnel. Élaborer une ébauche du PP en attendant sa validation avec le résident lui-même. Définir le projet d'accompagnement personnalisé du résident lors de réunions interdisciplinaires. 	Référent, coordonnateur et le reste de l'équipe en contact avec le résident	<ul style="list-style-type: none"> Consulter et compléter les éléments mis à disposition. Élaborer une synthèse du projet personnalisé. 	Dossier du résident	Une semaine avant la réunion PP
3	Co-construction du PP et signature de l'avenant du contrat de séjour du résident	Réunion projet personnalisé F Accord et validation du résident G	Élaborer le projet personnalisé Obtenir l'accord du résident après lui avoir soumis le PP	Résident, et/ou représentant légal, référent et coordonnateur de projet Direction, référent et résident	<ul style="list-style-type: none"> Proposer au résident les objectifs identifiés lors de la réunion de préparation du projet personnalisé (réfèrent du projet personnalisé) Prendre en considération l'avis du résident et ajuster les objectifs en fonction de ses commentaires 	Projet personnalisé	Pendant la réunion

4	<p>Mise en œuvre des objectifs identifiés</p>	<p>Mise en œuvre des objectifs du projet personnalisé H</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre les objectifs et les actions définies dans le PP. Impliquer tous les professionnels (internes ou externes à la résidence) à l'effectivité de l'accompagnement proposé. 	<p>Ensemble des professionnels internes ou externes à la résidence (dont les bénévoles et les jeunes en service civique).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la mise en œuvre du déploiement du projet personnalisé Accompagner le résident sur l'ensemble des items identifiés 	<p>Projet personnalisé</p>	<p>Dans les 3 à 6 mois suivant l'entrée</p>
5	<p>Suivi et évaluation du projet personnalisé</p>	<p>Suivi des objectifs I</p>	<ul style="list-style-type: none"> Garantir la meilleure qualité de vie du résident (vie sociale, autonomie, etc.) ; Identifier les éventuels écarts en vue d'adapter l'accompagnement ou de réviser les objectifs. 	<p>Référent en lien nécessaire avec les autres professionnels intervenants ou bénévoles.</p>	<p>Faire régulièrement le point sur les besoins et les attentes du résident en tenant compte de l'évolution de son parcours de vie (social, santé, etc.).</p>	<p>Réunions trimestrielles d'équipe (à adapter en fonction de la situation)</p>	<p>À partir de 4 mois suivant l'entrée</p>
<p>Évaluation et réévaluation du PP</p>	<p>J</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les éventuels écarts. 	<p>Coordonnateur de projet et référent.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Faire un bilan de la période écoulée avec le résident. Selon les situations, encourager le résident à faire un bilan médical. 			
<p>K</p>	<p>Actualisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> Adapter et réajuster, le cas échéant l'accompagnement ou réviser les objectifs en accord avec le résident. Se coordonner avec d'autres services ou établissements selon les besoins et les attentes du résident. 	<p>Référent, coordonnateur et le reste de l'équipe en contact avec le résident.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mettre à jour les objectifs. Solliciter et échanger selon les situations avec les ou des partenaires externes. 			

Annexe 2 : La procédure détaillée de l'élaboration du projet personnalisé (suite)

N°	Étapes	Sous-étapes (correspondance avec le schéma de l'annexe 1)	Objectifs	Acteurs	Actions	Outils	Délais
6	Fin de l'accompagnement	<p>Accompagner tout transfert vers un autre établissement médico-social, un retour à domicile ou autre.</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurer la continuité du parcours²³ de la personne. Vérifier que le nouvel établissement d'accueil correspond aux besoins et aux attentes du résident. Préparer la sortie. Accompagner le résident à une visite préalable. Recueillir son accord. Accompagner le résident et ses proches pour le déménagement. 	<ul style="list-style-type: none"> Équipe pluridisciplinaire interne et externe Si possible, un ou plusieurs professionnels intervenant dans la structure/établissement où le résident va être nouvellement accueilli. 	<ul style="list-style-type: none"> Définir les éléments à transmettre aux nouveaux accueillants. Anticiper et l'accompagner sur le futur lieu de vie. S'assurer, après le départ du résident, que la transition se passe bien. Informers, avec l'accord de la personne, les autres résidents. 	<p>Procédure de sortie par professionnels, éléments du dossier</p> <p>Le PP</p>	<p>Au plus tard 1 mois avant la sortie temporaire ou définitive</p>	
		<p>Accompagner à la fin de vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> Selon les circonstances recueillir les souhaits liés à la fin de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> Les réseaux soins palliatifs, HAD, réseaux oncologie, SSIAD, etc. Les professionnels de santé libéraux, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Contacter les équipes susceptibles de garantir le meilleur accompagnement. Se coordonner entre les équipes internes et externes avec l'accord du résident. 		<p>Dès qu'un résident est en situation de fin de vie au sein de la résidence</p>	

²³ Le résident peut désirer changer de lieu de vie ou la résidence n'est plus adaptée aux besoins de la personne. Selon les études, les résidents quittant leur établissement pour un motif autre que le décès s'orientent vers un Ehpad.

Annexe 3: Guide d'entretien projet personnalisé

GUIDE D'ENTRETIEN PROJET PERSONNALISÉ

Le projet personnalisé (PP) est construit à partir de l'ensemble des rencontres avec le résident, dans l'objectif de recueillir ses ressentis, ses envies, ses demandes, en lien avec son parcours de vie, son parcours résidentiel, son parcours de soins, son environnement social, amical, familial, etc. Ces rencontres vont guider le projet que la résidence autonomie va pouvoir mettre en place pour garantir un accompagnement de qualité de tous les résidents. Il implique l'ensemble du personnel de la résidence.

C'est donc à partir de l'ensemble des éléments recueillis auprès du résident lors des différents échanges que le projet personnalisé se construit et prend sens pour le résident comme pour les professionnels. Et c'est bien ce qui doit être précisé en amont des échanges avec le résident.

A - Les grands principes de l'entretien en vue de l'élaboration du PP

- 1. Planifier des rendez-vous (RDV) en amont de la réunion PP (au cours des 3 premiers mois suivant l'entrée) sur un créneau horaire et dans un lieu (son appartement, jardin de la résidence, petit salon, etc.) choisi par le résident.
- 2. Prévenir le résident que les informations recueillies ont pour objectif d'apprendre à mieux le connaître, à améliorer les possibilités d'accompagnement et à cerner ses besoins. Les informations seront retranscrites et partagées en équipe dans le respect des règles relatives au secret professionnel. Ces échanges sont réalisés après information préalable et, le cas échéant, consentement préalable au partage de la part du résident.
- 3. Ne surtout pas chercher à recueillir en une seule fois tous les éléments nécessaires au PP. Organiser plutôt plusieurs RDV (par exemple, 3 RDV à 15 jours d'écart). Cela permet de sonder le degré d'acclimatation du nouveau résident et d'échanger sur les possibilités qu'offre ce nouvel espace de vie à la fois au sein de la résidence comme en dehors.
- 4. Privilégier autant que possible une ambiance conviviale (rencontre autour d'un café... ou tout autre moyen au service de la convivialité).
- 5. Ne pas prendre de notes écrites, dans la mesure du possible, afin de privilégier l'écoute et de ne pas « stresser » le nouveau résident, et de privilégier l'expression libre du résident.
- 6. Être dans une position d'écoute et accueillir la parole du résident. Utiliser les techniques de reformulation, d'exploration si nécessaire.
- 7. La trame de recueil reste un guide et doit être adaptée à chaque personne. Respecter ainsi le résident dans son intimité et son choix de ne pas vouloir aborder certains points.
- 8. Savoir accepter que le résident n'ait pas de demande ou ne veuille pas les communiquer au moment de l'un des entretiens ou au référent initialement choisi.

L'entretien est en priorité organisé avec le résident lui-même. En cas d'impossibilité et sous réserve de son accord, son environnement familial et amical est sollicité, et en parallèle les professionnels le côtoyant.

Propositions de phrases d'introduction de l'entretien

Lors du recueil en vue du 1^{er} PP

« Nous nous retrouvons aujourd'hui pour faire mieux 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. »

Lors du recueil en vue des réactualisations du PP

« Nous nous retrouvons aujourd'hui pour que vous puissiez nous dire comment vous vous sentez dans l'établissement, et afin que nous puissions faire le point sur vos attentes, vos envies, etc. »



B - Guide type d'entretien pour l'élaboration d'un projet personnalisé

Ce guide a vocation à être une aide comme support à l'entretien. Il n'est en aucun cas un questionnaire à renseigner de manière exhaustive.

En amont de l'arrivée ou au moment de l'arrivée, quelques jours après l'accueil (en phase de pré-accueil beaucoup d'items auront déjà pu être pré-remplis par l'ensemble de l'équipe et transmis en version écrite au référent.

Partie 1. Parcours et histoire de vie**Bonjour, ..., j'ai lu dans votre dossier que vous êtes né à ... ?**

Et de là peuvent découler les thématiques suivantes :

- conjoint, enfants, parents, famille (bilan des relations, des visites, échanges téléphoniques- téléphone portable, mails, Fréquence des rencontres) ;
- les amis (fréquence et forme des rencontres) ;
- la vie professionnelle (professions, lieu, etc.) ;
- les activités culturelles et loisirs que la personne accueillie apprécie ;
- les événements de vie marquants, heureux, les plus belles périodes de vie ;
- .../...

Quelles sont les circonstances qui font que vous avez choisi notre résidence ?

Et de là peuvent découler les thématiques suivantes :

- les raisons de l'accueil dans cet établissement : isolement, sentiment de solitude, dépendance du conjoint, inadap-
tation de l'habitat ? ;
- l'existence ou pas d'appréhension concernant l'accueil.

Avez-vous des besoins particuliers liés à l'état de santé ? (Matériel, surveillance spécifique, déficit sensoriel, etc.)

De là peuvent découler les thématiques suivantes :

- l'aide à la toilette, l'habillement, les problèmes de sommeil, les problèmes d'audition, de vue, etc. ;
- des souhaits de continuer le suivi de santé avec les mêmes praticiens (médecins, kinésithérapeutes, aides à domicile, etc.) ;
- .../...

Quel est (sont) votre (ou vos) plat(s) préféré(s) ?

Et de là peuvent découler les thématiques suivantes :

- 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.) ;
- .../...

Pour vos courses, vous vous organisez comment ?

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

Quelles sont vos principales activités chaque jour ?

Faire des courses, regarder telle émission de TV, lire les journaux, écrire, rendre visite à votre voisin(e), activité de bénévolat, etc.

Ce que vous préférez, ce que vous aimeriez ?

Aller faire des courses mais besoin d'aide, jouer aux cartes, aller au cinéma, ne plus manger seul(e), faire des voyages, aller faire un séjour à la mer, apprendre à utiliser un ordinateur, etc.

Votre budget

Vous avez l'habitude de le gérer seul(e) ? Quelqu'un vous aide (impôts, wfactures, etc.).

Partie 2. Vie au sein de l'établissement - Souhaits et possibilités

Vous êtes arrivé(e) il y a X jours au sein de la résidence, que pensez-vous de ? Comment vous sentez-vous ? Et selon vous, que pourrait-on améliorer ?

- Relations avec les autres résidents de l'établissement
- Relations avec les professionnels de l'établissement
- Rencontres/relations avec votre famille, vos amis
- Repas (pour ceux qui ont testé au moins une fois)
- Décoration de la résidence
- Entretien des lieux communs de l'établissement
- Votre appartement, vos meubles
- Vos habitudes de sorties (promenades, courses...), seul(e), accompagné(e), etc.
- Activités proposées dans l'établissement
- Activités à l'extérieur
- Votre participation aux décisions prises pour améliorer la vie dans l'établissement ? (participation aux CVS, groupes d'expression...)
- Moyens de communication actuellement en votre possession
- Moyens de communication avec les autres personnes de l'établissement, avec vos proches, etc.
- Informations reçues
- Qu'est-ce qui vous plaît ? Qu'est-ce qui vous manque ?
-/....

Exemple de PP

M. Dupont, divorcé, 65 ans, maladie de Parkinson, est né à Lille, a travaillé à Paris principalement mais aussi 3 ans à Tahiti, période qu'il a beaucoup appréciée dans sa vie. A 2 enfants et un petit-fils. A fait beaucoup de tennis et est désormais assez dépendant. Est au moment de sa retraite dans la ville de ... qui était le berceau familial de sa femme dont il a divorcé depuis peu.

Est arrivé le 15 octobre à la résidence. Ne pouvait plus sortir de chez lui à cause d'une habitation avec des marches.

M. Dupont a un bon réseau d'amis avec qui il échange encore par mail, téléphone portable. Il aime regarder la TV, se faire livrer les repas, manger parfois avec ses enfants lorsqu'ils viennent le voir. Ne cuisine pas.

Il a une aide à domicile tous les matins et tous les soirs pour le ménage et l'aide à l'habillage et la toilette.

Se déplace mais a de plus en plus besoin de son fauteuil roulant. Il n'ose plus conduire sa voiture.

Il a un fils à Paris et sa fille et son petit-fils dans la ville. Ils font tous les deux du tennis aussi. Il est très fier de ça.



B - Guide type d'entretien pour l'élaboration d'un projet personnalisé (suite)

À partir de là, le référent choisi est la secrétaire d'accueil de la résidence qui joue au tennis et qui a fréquenté le même club que sa fille.

Est venu pour ne pas être seul, par peur d'un problème de chute, pour pouvoir sortir tout en préservant l'intimité de son domicile pour recevoir ses amis et ses enfants. Il aimait beaucoup sortir et surtout aller au cinéma.

M. Dupont apprécie les repas au restaurant où il prend son temps. Il descend en salle en s'aidant des rampes. Il aime passer du temps derrière son ordinateur. Il aime faire des recherches sur le Net sur différents thèmes. Il regarde aussi beaucoup le sport à la TV.

Objectif d'accompagnement PP

Tout mettre en œuvre avec le kiné et le médecin traitant pour le maintien de l'autonomie de M. Dupont au sein de la résidence. Notamment tout mettre en œuvre pour qu'il puisse en toute sécurité rejoindre la salle à manger sans utiliser son fauteuil roulant.

Organiser l'accompagnement des sorties au cinéma qui est à proximité de la résidence mais aussi l'informer dès qu'une séance sera programmée en interne.

Programmer des soirées sport sur la grande TV les soirs des grands matchs ! (Plusieurs résidents et résidentes suivent ces événements).

Mettre en place une séance « voyage à Tahiti » avec l'animatrice à partir d'un film documentaire accompagné d'une dégustation de spécialités locales.

CONDUITE DES TRAVAUX

Équipe projet de l'ANESM :

- Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE, responsable secteur « Personnes âgées »
- Marlène HUNET, chef de projet
- Aïssatou SOW, chef de projet
- Sophie NEVIÈRE, documentaliste
- Éliane CALDAS, assistante du service pratiques professionnelles
- Aylin AYATA, chef de projet

Analyse juridique

- Maître Marion PUISSANT, Montpellier, Hérault

Validation et adoption des recommandations

- Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm

Participants aux groupes de travail

- Marion BOUSQUET, Élève Directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) – Stagiaire à la DGCS, Paris
- Agathe FAURE, Adjointe à la Direction de l'autonomie et à la coordination des parcours de vie, FEHAP, Paris
- Géraldine GOBET-BOILLON, Directrice, Résidence autonomie « Les Cèdres », CCAS, Besançon
- Suzanne GOUEFFIC, Résidente à la Résidence autonomie « Marcel Bou », Les Lilas
- Laurence LAVY, Cheffe du bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées, ministère des Solidarités et de la Santé, Paris
- Gaby LUTROT, Président du CVS de la résidence autonomie « Renon », Vincennes
- Murielle MARTINAT, Directrice, Résidence autonomie « La Rose d'Or », CCAS, Rouillé
- Guy MBOKO, Expert médical gériatrie, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), Paris
- Christophe PASQUET, Directeur, Résidence autonomie « André Leroux », Paris
- Marion RENAUX, Directrice adjointe, Association « Les Charmettes », Lambersart
- Michel RITTER, membre actif du réseau inter CVS 95, Président du CVS de la résidence autonomie « Gabriel Dangien », Eaubonne
- Anne-Bérénice SIMZAC, Adjointe au responsable du pôle soutien à la recherche et à l'innovation, Fondation Médéric Alzheimer, Paris
- Mylène TANDA, Chargée de mission, CNAV, Paris
- Patrice TONT, animateur socio-éducatif, « Résidence autonomie de la Cour », Athis-Mons
- Claude TZAUD, Présidente du CVS de la Résidence autonomie « Marcel Bou », Les Lilas
- Catherine VOGNE, Directrice, Résidence autonomie « Jean-Bossière », CCAS, Montbeliard
- Olivia WERMUTH, Référent qualité ESMS, Conseil départemental du Val-d'Oise, Cergy-Pontoise

Participants au groupe de lecture

- Myriam BEITONE, Directrice Résidence Les Iris, Association Les Jardins de Raphèle, Raphèle-les-Arles
- Jean-Christophe BILLOU, Responsable de la Fédération nationale des Marpa, CCMSA, Bobigny
- Bruno CHABROL, Chargé de mission "logement adapté et financement de l'accompagnement social", ministère de la Cohésion des territoires, La Défense
- Delphine COOPMAN, Adjointe de direction, Résidence « Clairbois », Omég'Age Gestion, Wasquehal
- Charlotte DOUBOVETZKY, chargée de mission Vieillesse-Précarité, le Relais Ozanam, Voiron
- Stéphanie DOUCHET, Directrice, Résidence Autonomie « Les Jardins de Noisy », CCAS, Noisy-le-Roi



- Déborah ENSMINGER, Juriste, Chargée de mission, FNADEPA, Paris
- Jean-Philippe FLOUZAT, Conseiller médical gériatrie, direction de l'autonomie, ARS Île-de-France, Paris
- Pascale FONTAINE, Responsable multisites - Résidence LOUISE MICHEL et JEAN MACÉ, Mutualité Retraite, Nantes
- Jerry GAUVIN, Directeur du pôle Adultes Handicapés Dépendants, Association Frédéric Levavasseur, Île de la Réunion
- Roland GIRAUD, président de l'ANDASS, Conseil Départemental Pas-de-Calais, Arras
- Nathalie GREBIL, Chargée de mission, Unité des personnes âgées et des personnes vulnérables, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France, Saint-Maurice
- Patricia LARHER, Directrice, Résidence autonomie Renaissance, CCAS, La Celle Saint-Cloud
- Sandrine MENNESSON, Ergothérapeute diplômée d'État, activité libérale, Coulon

Structures visitées et personnes rencontrées

- Didier JOLIVET, Adjoint à la chef du Service pour la vie à domicile, Chargé de la mission locative et sociale des résidences autonomes, CAS-VP, PARIS
- Charlotte DEBACKERE, Chargée de mission Santé – Migrants – Emploi, Fédération des acteurs de la solidarité, Paris
- Marion QUACH-HONG, Chargée de mission Santé et Études, Fédération des acteurs de la solidarité, Paris
- Fatiha BOUAKIL, Responsable de la résidence Saint-Éloi, 75012 PARIS (Fatiha BOUAKIL, responsable)
- Cécile GARCIA, Responsable, Résidence La Quintinie-Procession, Paris

Entretiens téléphoniques

- Apolline DARREYE, Directrice adjointe du Pôle Rosa Luxembourg, CAS-VP, Paris
- Caroline TRENDON, Chargée de mission Interface entre les secteurs Urgence/Insertion et les personnes âgées, SIAO 44, Nantes

GLOSSAIRE

AMP : aide médico-psychologique

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CSP : Code de la santé publique

CVS : conseil de la vie sociale

DIPC : document individuel de prise en charge

HAD : hospitalisation à domicile

PP : projet personnalisé

RBPP : recommandations de bonnes pratiques professionnelles

SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

UCC : unité cognitivo-comportementale

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.has-sante.fr

Mars 2018