

PERSONNES ÂGÉES

**RECOMMANDATIONS DE
BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**



FICHES-REPÈRES



INCLUSION SOCIALE

PROTECTION DE L'ENFANCE

PERSONNES HANDICAPÉES

PERSONNES ÂGÉES ✓

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

VOLET EHPAD

Anesm

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

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



CES RECOMMANDATIONS
CONCERNENT
LES PROFESSIONNELS
DU SECTEUR :



PERSONNES
ÂGÉES

SOMMAIRE

PRÉSENTATION GÉNÉRALE	5
1. Le contexte des recommandations	7
2. Le champ des recommandations	9
3. Les destinataires des recommandations	13
4. Les objectifs des recommandations	14
RECOMMANDATIONS	19
1. Repérage et prévention des déficiences sensorielles	22
2. Compensation des déficiences sensorielles et adaptation des pratiques	29
3. Coordination avec les acteurs du territoire pour un accompagnement de qualité	32
4. Prise en considération des personnes atteintes de déficiences sensorielles dans la stratégie et les orientations du projet d'établissement	34
FICHES-REPÈRES	37
1. Fiches-repères « du repérage à l'accompagnement »	39
Déficiency visuelle	41
Déficiency auditive	46
Déficiency gustative	51
Déficiency olfactive	46
Déficiency vestibulaire	60
Déficiency tactile	64
2. Fiches-repères « savoir-être » et « savoir-faire »	69
Mémento toutes déficiences	72
Déficiency visuelle	73
Déficiency auditive	77
Déficiency gustative et/ou olfactive	79
Déficiency vestibulaire	81
Déficiency tactile	82

ANNEXES	83
Annexe 1 – La personne de confiance	85
Annexe 2 – Financement des aides techniques	86
Annexe 3 – Les professionnels de la rééducation et de la réadaptation	90
Annexe 4 – « Savoir-être » et « savoir-faire » pour limiter les troubles du comportement dans les moments forts de la journée	94
Annexe 5 – Conduite des travaux	96
Glossaire	98
 LISTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE L'ANESM	 99

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

**1. Le contexte des
recommandations 7**

**2. Le champ des
recommandations 9**

3. Les destinataires 13

**4. Les objectifs des
recommandations 14**

1 LE CONTEXTE DES RECOMMANDATIONS

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

Les manifestations du vieillissement sont nombreuses :

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

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

- **la vue** : baisse de la vision accrue par une diminution de la luminosité ambiante, baisse de la sensibilité aux contrastes, diminution de la sensibilité chromatique, augmentation de la sensibilité à l'éblouissement, apparition de troubles de la vue (presbytie, astigmatisme, etc.);
- **l'ouïe** : diminution de l'activité auditive (presbyacousie), diminution de la discrimination (fréquentielle, temporelle, etc.) entraînant une dégradation de la compréhension et de l'intégration de la parole ;
- **le goût** : moins grande sensibilité des papilles gustatives ;
- **l'odorat** : moins de sensibilité aux odeurs ;
- **le toucher** : déclin de sensation tactile dû au changement vasculaire de la peau. Vitesse de conduction neurosensorielle plus lente.

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

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

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

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

Aujourd'hui, on retrouve des mesures préventives pour retarder les effets du vieillissement dans différents plans et projets de lois. Chacun d'entre eux souligne la nécessité de mieux prendre en compte les personnes fragiles, en les plaçant non seulement au cœur des dispositifs d'accompagnement (objectif de la loi 2002-2 du 02 janvier 2002, renforcée par la loi sur l'accessibilité du 11 février 2005), mais aussi en mettant en place une véritable politique de prévention.

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

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

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

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

Le plan des maladies neuro-dégénératives 2014-2019 (qui a succédé au plan Alzheimer 2008-2012) comporte 96 mesures dont certaines sont davantage axées sur la prévention (notamment la mesure 6 : « agir sur les facteurs de risque de dégradation de l'état de santé »).

Enfin, en 2015, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement dite loi [ASV](#)⁷ aborde le « bien vieillir » et « la protection des plus vulnérables ». Elle comporte trois volets : un volet Anticipation/prévention, un volet Adaptation et un volet Accompagnement.

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

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

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

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

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

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

2 LE CHAMP DES RECOMMANDATIONS

La prévalence des déficiences sensorielles est fortement corrélée à l'âge. Au-delà de 60 ans, plus de 82 % de personnes sont concernées par une déficience visuelle et près de 1/3 par une déficience auditive⁸. Les déficiences visuelles ou auditives sont prioritairement considérées du fait de leur importance pour l'autonomie, la communication et la sécurisation au quotidien.

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

DÉFINITIONS ET PRÉVALENCE DES DÉFICIENCES SENSORIELLES

Déficiences visuelles

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

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

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

Les principales causes de malvoyance sont le glaucome, le décollement de la rétine (champ visuel rétréci, baisse d'acuité visuelle), la DMLA (atteinte de la vision centrale), la cataracte (vision floue), la rétinopathie diabétique (vision parcellaire).

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

Ces difficultés fonctionnelles peuvent altérer gravement l'autonomie de la personne dans l'exécution d'une ou plusieurs activité(s) :

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

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

⁹ AGIRC et ARRCO. *Déficiences sensorielles : guide pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires en partenariats*. Paris : AGIRC-ARRCO, 2012. Disponible sur : www.agircarro-actionssociale.fr.

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

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

Déficiences auditives

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

Les déficiences auditives sont particulièrement fréquentes et, selon les études, 40 à 66 % des personnes de 75 ans et plus présentent une détérioration significative des seuils auditifs¹³.

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

En dehors des effets de l'exposition aux bruits et aux traumatismes sonores sur l'audition, les traitements médicamenteux sont aussi à prendre en considération. C'est un point de vigilance important puisque l'avancée en âge s'accompagne d'une prévalence des maladies chroniques et donc d'une augmentation du nombre de médicaments consommés (entre 50 et 64 ans, 15 % des personnes en France consomment au moins 5 médicaments par jour, ce taux passe à 18 % entre 65 et 74 ans pour atteindre les 26 % après 75 ans¹⁵).

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

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

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

¹² OMS. *Surdité et déficience auditive. Aide-mémoire*. 300. Mars 2015. (Document électronique). Disponible sur: www.who.int/

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

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

¹⁵ Institut Français des seniors. *Perception et consommations de médicaments par les séniors. Enquêtes réalisées entre le 23 et 29 mars 2015 auprès de plus de 3000 personnes de plus de 50 ans*. 2015. (Document électronique). Consultable sur: leem.org/

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

Déficiences gustatives et olfactives

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

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

Déficiences tactiles

Contact, pression, chaleur, froid, douleur sont les cinq sensations qui caractérisent le toucher. « Ce sens qui nous permet de percevoir les frottements, pressions, étirements et autres contacts qui s'exercent sur la peau nous sert bien sûr à identifier et à manipuler les objets qui nous entourent. Mais aussi à marcher – pour rester en équilibre, il faut sentir le sol avec ses pieds – ou encore à s'alimenter en percevant les aliments avec sa bouche²⁰. »

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

Déficiences vestibulaires

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

En conclusion, l'impact des déficits sensoriels en tant qu'accélérateurs majeurs de dépendance (isolement, pertes d'autonomie, troubles cognitifs et communicationnels) est de mieux en mieux identifié. Des facteurs « aggravants » sont identifiés, comme la consommation de certains médicaments et certaines maladies neurodégénératives.

Cette considération est récente en gériatrie. Si toutes les déficiences sensorielles ne peuvent être prévenues, elles doivent toutes être repérées afin d'adapter au mieux l'accompagnement (aides techniques, savoir-faire et savoir-être, aménagement architectural). C'est tout l'enjeu de ces recommandations.

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

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

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

²⁰ BOURDET, J. Quand le toucher décline. *CNRS Le Journal*, 04 mars 2014. (Document électronique). Disponible sur : <https://lejournel.cnrs.fr/>

CE QUE MONTRENT LES ÉTUDES

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

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

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

Enfin, en juin 2016, la Fondation Médéric Alzheimer²⁴ a présenté les résultats d'une enquête concernant le sensoriel et la maladie d'Alzheimer en Ehpad²⁵. Seul 1/3 des Ehpad déclare procéder de façon systématique au repérage des troubles auditifs et visuels.

Sur l'ensemble des Ehpad ayant renseigné le nombre total de résidents et le nombre de ceux atteints de la maladie d'Alzheimer présentant des déficits visuels et auditifs, des problèmes bucco-dentaires et souffrant de dénutrition ou de troubles du comportement alimentaire (1 600 Ehpad correspondant à environ 130 000 résidents), seules 35,7 % des personnes atteintes de déficit auditif avec retentissement sur la vie quotidienne sont appareillées, alors que c'est le cas de 48,6 % des résidents ne souffrant pas de cette pathologie. Les écarts sont plus importants encore pour les problèmes bucco-dentaires non compensés (30,2 % contre 18,5 %). L'étude constate aussi que la prévalence de personnes souffrant de dénutrition et de troubles du comportement alimentaire s'élève à 28,9 % pour les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer contre 18,7 % pour les autres résidents.

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

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

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

²⁴ Fondation Médéric Alzheimer. Le sensoriel et la maladie d'Alzheimer en Ehpad. *La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, 2016, n° 42.

²⁵ Parmi les 7 440 Ehpad recensés par la Fondation en 2015, 2176 établissements ont répondu, soit un taux de participation global de 29 %.

3 LES DESTINATAIRES

Ces recommandations sont spécifiques aux Ehpad. Il s'agit d'établissements visés par le 6° du I de l'article L.312-1 du [CASF](#)²⁶. L'extraction FINESS²⁷ de janvier 2015 indique l'existence de 7512 Ehpad. Les repères qui sont fournis dans les recommandations peuvent également être un support d'échanges et de réflexions avec les personnes accueillies, leurs proches, les associations d'usagers et les autres acteurs de l'accompagnement des personnes âgées tels que :

- d'autres structures du secteur social et médico-social : les accueils temporaires (accueil de jour, accueil de jour itinérant, hébergement temporaire) ;
- les services mettant en œuvre des mesures de protection juridique et services d'aide aux tuteurs familiaux ;
- les structures et professionnels sanitaires : les filières de soins gériatriques (court séjour gériatrique, consultations et hôpital de jour gériatriques, services de soins de suite et de réadaptation, équipe mobile de gériatrie), les réseaux de santé (gérontologique, soins palliatifs, etc.), les centres hospitaliers (services de médecine, de chirurgie), les services d'urgence, les professionnels de santé médicaux (médecins généralistes, gériatres, oncologues, psychiatres, chirurgiens-dentistes, etc.) et paramédicaux concernés (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, opticiens, orthoptistes, audioprothésistes, etc.), les services et unités de soins spécialisés services de psychiatrie de secteur, etc. ;
- l'équipe médico-sociale de l'[APA](#), les assistants sociaux de secteurs ;
- les centres communaux d'action sociale ([CCAS](#))/centres intercommunaux d'action sociale ([CIAS](#)) les centres locaux d'information et de coordination ([CLIC](#)) ;
- les gestionnaires de cas des [MAIA](#)²⁸ ;
- les plateformes territoriales d'appui (PTA)²⁹ ;
- dispositifs pour les proches aidants³⁰ :
 - plateformes d'accompagnement et de répit ;
 - séjour ;
 - activités sociales, culturelles et de loisirs ;
 - rencontres entre aidants ;
 - formations ;
 - etc. ;
- les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé ([IREPS](#)) ;
- les organismes de formation universitaire, professionnelle et la formation continue du secteur social, médico-social et sanitaire ;
- les organismes habilités pour l'évaluation externe ;
- les agences régionales de santé ([ARS](#)) et les conseils départementaux dans le cadre des [CPOM](#), dispositif [PAERPA](#), etc.

²⁶ « 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ».

²⁷ FINESS assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément.

²⁸ Le dispositif MAIA est une méthode permettant l'intégration des services d'aide et de soins dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie et en situation complexe. Le dispositif est composé de gestionnaire de cas et d'un pilote. Initialement, le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des MAIA dénommait ce dispositif « maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ». En 2014, la terminologie a été revue pour tenir compte de la réalité de terrain. Le principe des dispositifs MAIA reste inchangé, mais la CNSA les a réintitulés « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ». CNSA. MAIA. Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Les cahiers pédagogiques de la CNSA. 2014.

²⁹ Les plateformes territoriales d'appui sont prévues par l'article L. 6327-2 du CSP, issu de l'article 74 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et précisées par les articles D. 6327-3 et s. du CSP, issus du Décret n°2016-919 du 04 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

³⁰ « 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. » (Article L. 113-1-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), issu de la loi ASV).

4 LES OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm constituent notamment la base légale de l'évaluation de la qualité des activités et des prestations délivrées³¹.

Les recommandations présentes ont pour objectif d'apporter des réponses aux besoins de cette population touchée par une ou des déficiences sensorielles tant en termes de prévention, de repérage que d'accompagnement. Elles fourniront aux professionnels des outils adaptés susceptibles d'améliorer le repérage des déficiences éventuelles et des repères visant aussi à adapter les prises en charge pour un mieux-être des personnes accueillies.

Par ailleurs, ces recommandations s'inscrivent dans une démarche continue de prévention et guident la réflexion et l'action pour accompagner la singularité de chaque personne accueillie.

En Ehpad, la coordination des acteurs de santé – notamment l'articulation entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur, mais aussi avec l'ensemble de tous les professionnels intervenants – devrait permettre de mieux repérer les facteurs de risque et de mieux les prévenir.

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

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

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

- la prévention et le repérage des déficiences sensorielles et leurs impacts sur les personnes suivies en amont et en aval de l'admission) ;
- l'accompagnement des personnes atteintes de déficiences sensorielles, notamment par une action sur l'environnement (aménagement de l'habitat, aides techniques, etc.) et par un accompagnement humain adapté (« savoir-être », « savoir-faire », etc.) pris en compte au titre du projet personnalisé. Ce dernier est revu en accord avec la personne, qui peut aussi être force de proposition ;
- la mise en lien des professionnels de l'accompagnement avec les services adaptés aux besoins de la personne (notamment sanitaires, paramédicaux, centres d'information et de conseils en aides techniques, associations, etc.) permettant un accompagnement optimum, pérenne et régulièrement réévalué.

³¹ Cf. Art. L312-8 du CASF « Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. »

MODE D'EMPLOI DES RECOMMANDATIONS

Elles se déclinent en 2 parties :

PREMIÈRE PARTIE

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

Les recommandations se décomposent en 4 chapitres :

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

Chaque chapitre comporte, le cas échéant :

- des points de vigilance qui attirent l'attention sur des problématiques importantes ;
- des illustrations qui sont destinées à mettre en évidence certaines spécificités liées au public accompagné, mais aussi à mettre en partage quelques expériences développées localement. Ces illustrations ont vocation à éclairer le propos. Elles n'ont pas de caractère exhaustif et ne constituent pas des recommandations. Si elles ne sont pas transférables en l'état à l'ensemble des structures sociales et médico-sociales qui accompagnent des personnes âgées souffrant de déficience sensorielle, elles peuvent néanmoins inspirer des initiatives ;
- des repères juridiques qui rappellent le cadre de la loi.

SECONDE PARTIE

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

- des fiches-repères « **Du repérage à l'accompagnement** » qui abordent les éléments essentiels à retenir pour chaque déficience sensorielle. Elles se décomposent en 4 parties : les signes d'alerte qui pourront être observés par les professionnels, les principaux facteurs de risque, les recommandations à suivre et les résultats attendus. Enfin, des outils pour compléter ce repérage ou pour aller plus loin dans la réflexion en équipe sont proposés. Ces fiches pourront être travaillées en équipe ;
- des fiches-repères « **savoir-faire** » et « **savoir-être** ». La première fiche décrit les « savoir-être » / « savoir-faire » applicables à l'ensemble des personnes accompagnées quelle que soit la déficience sensorielle, puis chaque fiche précise les attitudes à adopter en fonction de la spécificité de la déficience.

Les annexes suivantes viendront compléter ces recommandations :

- la personne de confiance et ses missions ;
- les aides financières dont peuvent bénéficier les résidents atteints de déficiences sensorielles (notamment pour l'accès aux aides techniques) et, d'autre part, les sources de financement possibles pour les établissements qui souhaitent mettre en place des projets d'accompagnement à destination des personnes atteintes de déficiences sensorielles ;
- « les professionnels de la rééducation et de la réadaptation ». Cette annexe définit les différentes professions concernées, leur mode d'exercice et la manière dont ils sont sollicités (prescription médicale ou pas) ;
- « savoir-être » et « savoir-faire » pour limiter les troubles du comportement dans les moments forts de la journée.

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

POINT DE VIGILANCE

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

- *la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (2008) ;
- *les attentes de la personne et le projet personnalisé* (2008) ;
- *ouverture de l'établissement à et sur son environnement* (2008) ;
- *l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* (2009) ;
- *le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux* (2010) ;
- *élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service* (2010) ;
- *qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement* (2011) ;
- *qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* (2011) ;
- *qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad* (2012) ;
- *qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* (2012) ;
- *l'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (2012) ;
- *prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement* (2014) ;
- *le soutien des aidants non professionnels* (2014) ;
- *l'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes* (2015) ;
- *repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées, volet Ehpad* (2016).

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

MÉTHODE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

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

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

La production des recommandations s'est appuyée sur des **groupes de travail** composés d'experts, de professionnels, d'institutions et de représentants d'usagers d'ESSMS.

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

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

RECOMMANDATIONS

1. Repérage et prévention des déficiences sensorielles 22
2. Compensation des déficiences sensorielles et adaptation des pratiques 30
3. Coordination avec les acteurs du territoire pour un accompagnement de qualité 34
4. Prise en considération des personnes atteintes de déficiences sensorielles dans la stratégie et les orientations du projet d'établissement 37

Concernant les Ehpad, l'Anesm a publié de nombreux travaux : un programme « Qualité de vie » décliné en quatre volets, des recommandations spécifiquement dédiées à l'évaluation interne, d'autres dédiées à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer apparentée, des recommandations dédiées à la prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée et, plus récemment, des recommandations et des fiches-repères sur le risque de perte d'autonomie ou de son aggravation des personnes âgées en Ehpad.

Dans ces différentes recommandations, il est rappelé que :

- l'Ehpad constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, et ce quelles que soient ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie décisionnelle, difficultés d'expression, etc. ;
- les publics accueillis présentent des profils diversifiés qui comportent une dépendance avérée. En outre, au moins la moitié présente une maladie d'Alzheimer ou apparentée³².

Les Ehpad disposent d'un accompagnement médical, notamment un médecin coordonnateur dont les missions sont définies par l'article D.312-158 du [CASF](#) (Code de l'Action Sociale et des Familles). Il assure la coordination avec l'ensemble de l'équipe de l'Ehpad mais aussi avec les partenaires du secteur sanitaire extérieurs à l'Ehpad, tels les médecins traitants, les médecins spécialistes, les équipes mobiles gériatriques, etc.

³² PERRIN-HAYNES, J. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. In: DREES. Les personnes âgées en institution. *Dossiers solidarité et santé*, 2011, n° 22, pp.4-15.

1 REPÉRAGE ET PRÉVENTION DES DÉFICIENCES SENSORIELLES

Plus de 250 000 personnes intègrent un Ehpad³³ chaque année. Chaque nouvelle entrée en Ehpad doit être l'occasion pour ces nouveaux résidents de bénéficier d'une évaluation gériatrique complète et surtout de bénéficier d'une évaluation de ses capacités sensorielles.

Cette évaluation participe du projet personnalisé et impacte directement la personnalisation de l'accompagnement.

Mais l'évaluation initiale est seulement une étape de l'accompagnement. L'accompagnement est un processus continu. L'ensemble de l'équipe³⁴ de l'Ehpad, au-delà d'une écoute attentive des besoins et des attentes des personnes accompagnées, est en mesure de repérer les changements dans le comportement et les attitudes des personnes. Ils peuvent être le signe d'une déficience sensorielle ou de son aggravation et/d'une mauvaise compensation.

Cela passe par la connaissance des principaux signes d'alerte (cf. fiches-repères « Du repérage à l'accompagnement », p. 37).

Chaque signe identifié, même s'il est isolé, doit retenir l'attention des professionnels et faire l'objet d'un signalement.

Le partage formalisé des signes observés chez le résident (en concertation avec la personne et dans le respect des dispositions légales en matière de partage des informations) est une étape indispensable pour un repérage plus spécifique.

Il peut se faire :

- au sein de l'équipe ;
- avec l'accord de la personne et, si nécessaire, entre l'équipe de l'Ehpad et le proche aidant, et/ou le représentant légal, et/ou la personne de confiance ;
- entre l'établissement et les partenaires extérieurs, comme par exemple entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant.

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

³³ VOLANT S., DREES. 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Études et Résultats*, 2014, n° 899.

³⁴ L'équipe comprend l'ensemble du personnel médical et paramédical (médecin coordonnateur, IDEC, aides-soignants, IDE, aide médico-psychologique, accompagnant éducatif et social, assistant de soins en gérontologie, psychologue, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.) et non-soignant (animateurs, agents de services, personnels de restauration, agents du service technique, jardiniers, secrétaires, coiffeurs, etc.) de l'Ehpad.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS

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

POINT DE VIGILANCE

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

Les repères et principes pour l'élaboration du projet personnalisé de la personne font l'objet de recommandations de l'Anesm³⁵. Elles rappellent notamment que le projet personnalisé est une démarche dynamique, une co-construction issue d'un dialogue régulier où la participation la plus forte de la personne est recherchée. La dynamique du projet est souple et adaptée au rythme de la personne et rappelle que plus les parties prenantes sont nombreuses, plus il faut veiller à l'expression de la personne, et ce, tout au long de l'accompagnement.

→ RECOMMANDATIONS

- Évaluer³⁶ les fonctions sensorielles à l'arrivée du résident (si cela n'a pas été réalisé lors de la pré-admission) et au moment de la réévaluation du projet personnalisé (tous les ans) ou dès que nécessaire, en commençant prioritairement par l'évaluation des fonctions visuelles et auditives :
- en interrogeant la personne et son entourage³⁷ (en lien avec le médecin traitant) sur la date du dernier bilan visuel et/ou auditif;
 - en utilisant des outils/tests simples de repérage (cf. rubrique « outils » dans les fiches-repères « Du repérage à l'accompagnement »);
 - .../...

³⁵ Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

³⁶ L'évaluation est faite dans le cadre de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS), coordonnée par le médecin coordonnateur et en lien avec le médecin traitant. Y sont généralement évalués les domaines suivants : le statut nutritionnel, l'évaluation fonctionnelle (ADL, IADL mobilité équilibre et chute), les troubles cognitifs et statut émotionnel (thymie), les fonctions sensorielles (acuité visuelle et auditive), les syndromes gériatriques, l'évaluation des comorbidités, la polymédication et enfin l'évaluation de l'environnement.

³⁷ Par entourage on entend le ou les aidant(s), la famille, les proches, la personne de confiance (pour en savoir plus cf. Annexe 1), le représentant légal.

CE QUE MONTRENT LES ÉTUDES

Selon l'étude de Lemke, les troubles cognitifs et les problèmes auditifs sont généralement traités indépendamment. Rares sont les médecins ou équipes médicales qui vérifient l'audition (ou l'adaptation de l'appareillage) avant d'entamer les tests cognitifs. Or, le risque d'erreur de diagnostic est patent. Deux critères du test MMSE (mini mental state examination) concernent la compréhension du langage, lorsqu'il est demandé à la personne de répéter immédiatement trois mots ou une phrase³⁸.

En outre, seule une minorité des personnes âgées ayant une déficience auditive bénéficie d'une intervention professionnelle, car la perte d'audition est progressive et est considérée comme faisant partie du vieillissement normal. Pour les personnes atteintes de démence, la situation est aggravée par le fait que la perte auditive peut être difficile à identifier parce que les symptômes de cette déficience et ceux de la démence se chevauchent souvent³⁹.

- Si la personne accueillie est appareillée et/ou porte des prothèses (lunettes, appareil auditif, prothèses dentaires, etc.):
- vérifier l'état de l'appareillage et interroger la personne ou son entourage si un suivi est assuré par un spécialiste (cette vérification pourra être effectuée lors de l'[EGS](#));
 - s'assurer de leur bonne utilisation et de leur entretien au quotidien (est-il assuré par la personne elle-même ou un tiers ?, etc.);
 - inscrire les consignes relatives à leur entretien au sein du volet soins dans le projet personnalisé (un personnel référent pourra assurer ce suivi, cf. chapitre 2);
 - prévoir des solutions pour l'identification des différents appareillages et/ou prothèses (étiquettes, photographies, marquage, etc.).

ILLUSTRATION - PARTENARIATS AVEC DES ACTEURS DU TERRITOIRE

Un Ehpad a mis en place des partenariats avec deux opérateurs privés, l'un spécialisé dans les bilans visuels et auditifs et l'autre spécialisé dans la basse vision pour équiper l'établissement.

Grâce aux outils mis à disposition par les partenaires, les [IDE](#) de l'Ehpad sont en mesure de détecter des troubles visuels et/ou auditifs à l'entrée du résident (avec son accord et celui de sa famille). Lorsqu'un problème est décelé, le résident est ré-aiguillé vers le bon professionnel et les pratiques sont adaptées.

- Pour repérer un trouble de la fonction vestibulaire:
- échanger avec la personne si elle a chuté récemment et sur les circonstances de la chute⁴⁰;
 - l'interroger sur ses craintes concernant les chutes, les risques de chute, ou sensation de vertiges, de troubles de l'équilibre, etc.;
 - selon les besoins, un masseur-kinésithérapeute pourra être sollicité pour évaluer la fonction vestibulaire;
 - .../...

³⁸ LEMKE, U. Hearing impairment in dementia – how to reconcile two intertwined challenges in diagnostic screening, *Audiology research*, 2011, vol. 1, n° 1, pp. 58-60. Cité par KENIGSBURG, P.-A., 2013 (opp. Cit.).

³⁹ OYLER, A. The American Hearing Loss Epidemic: Few of 46 Million With Hearing Loss Seek Treatment. *The ASHA Leader*, 2012, vol. 17, pp. 5-7. Consultable sur : <http://www.asha.org>

⁴⁰ Il est toutefois important de noter que les chutes chez les personnes âgées sont le plus souvent multifactorielles.

- Pour les déficiences gustatives, olfactives et tactiles, prendre le temps de les identifier dans le cadre de l'élaboration du projet personnalisé (entre 3 et 6 mois suivant l'admission en Ehpad) :
- en interrogeant la personne :
 - sur ses goûts, habitudes alimentaires (aliments préférés ? petit-déjeuner ? collation ? aliments et plats détestés ? régime alimentaire particulier ? allergies alimentaires ?, etc.) ;
 - sur ses habitudes d'hygiène bucco-dentaire ;
 - sur ses difficultés éventuelles et/ou douleurs lorsqu'elle attrape des objets, ses douleurs au contact de certaines matières, etc. ;
 - .../...
 - si nécessaire, en échangeant, si la personne en est d'accord, avec l'aidant pour obtenir ces informations ;
 - en lui proposant des animations thématiques (tests de saveurs, reconnaissance d'odeurs usuelles, etc.) ;
 - .../...

ILLUSTRATION - ANIMATIONS THÉMATIQUES

Dans un Ehpad, des ateliers « Papilles en fête » sont mis en place tous les jours (matin et après-midi) pour travailler les sens (préparation culinaire, dégustation à l'aveugle, art-thérapie, etc.). Le matin, les ateliers sont supervisés par un animateur et l'après-midi ce sont deux aides-soignantes qui assurent l'animation. Chaque atelier regroupe une dizaine de résidents, y compris ceux de l'Unité de vie Alzheimer. C'est l'occasion pour l'équipe de détecter d'éventuels troubles sensoriels. À la fin de chaque atelier, l'équipe regarde ensemble ce que l'activité a généré chez le résident pendant et juste après l'activité.

Pour aller plus loin sur ce thème, l'Ehpad a mis en place un partenariat avec une fondation qui accompagne des jeunes et des familles vulnérables pour organiser des activités avec les résidents (jardinage, potager, jardin d'arômes, etc.) dans une ambiance intergénérationnelle.

- Intégrer, dans le volet soins du projet personnalisé du résident, un item sur ses capacités sensorielles (« vision », « audition », « goût », « odorat », « toucher », « trouble vestibulaire »). Les éléments intégrés correspondront au bilan initial de la personne et serviront de base pour suivre l'évolution ou la stabilisation de la déficience dont souffre le résident.
- Partager les résultats de l'évaluation avec les membres de l'équipe, l'entourage de la personne et toutes les personnes en contact avec elle (sous réserve de son accord).

REPÈRES JURIDIQUES

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁴¹ est venue préciser le droit au secret des informations pour toute personne prise en charge par un professionnel du secteur médico-social ou social, ou par un établissement et service social ou médico-social mentionné au I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

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

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

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

Par ailleurs, les professionnels de santé de l'ESSMS ne peuvent partager avec les autres professionnels de l'équipe en charge de la personne des informations qui la concernent qu'après l'en avoir informée. En outre, le partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, ne peut intervenir qu'après avoir recueilli le consentement préalable de la personne ou de son représentant légal.⁴²

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

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

POINT DE VIGILANCE

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

⁴¹ Le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 en application de l'article 96 de la Loi de modernisation de notre système de santé précise les conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

⁴² Le décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 précise les conditions et modalités dans lesquelles le consentement de la personne prise en charge doit être recueilli et peut être modifié ou retiré par la personne en vue du partage d'informations nécessaires à sa prise en charge entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

- Prendre en considération les observations faites par chacun des membres de l'équipe (soignant et non soignant).
- Dans la mesure du possible, inviter le personnel non-soignant à participer aux réunions d'équipe.
- Dès lors que des signes d'alerte font l'objet d'une remontée par un ou plusieurs membres de l'équipe, partager l'analyse des signes repérés⁴³ :
 - en échangeant avec la personne, son entourage, le référent formé ou en équipe le cas échéant et, selon les besoins, avec les partenaires médicaux et paramédicaux dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations;
 - en prévoyant des temps et des outils favorisant le partage d'informations;
 - en organisant les remontées d'informations (transmissions ciblées et tracées) au sein de l'équipe de l'Ehpad et, lorsque nécessaire, avec les partenaires extérieurs (médecin traitant, orthoptiste, ophtalmologiste, audioprothésiste, masseur-kinésithérapeute, etc.).

Pour prévenir l'aggravation des déficiences sensorielles repérées

- Selon les besoins (exprimés par la personne et/ou observés par les professionnels), mettre en place, en priorité, des actions correctrices au niveau individuel avec l'accord de la personne (médecin coordonnateur). Certaines déficiences peuvent être immédiatement corrigées/prévenues :
 - programmer une consultation avec le médecin traitant et, si besoin, avec un spécialiste ou dans un établissement de santé :
 - recherche de la cause du déficit sensoriel : instauration d'un nouveau traitement (effets secondaires – médecin coordonnateur, médecin traitant, pharmacien), lunettes inadaptées, appareils auditifs défectueux, .../... ;
 - soins spécifiques (par exemple, l'opération de la cataracte) ;
 - mise en place d'aides techniques (cane, déambulateur, etc.) ou d'appareillages⁴⁴ (lunettes, appareil auditif, etc. – référent, médecin traitant ou spécialiste) ;
 - propositions d'activités de stimulation sensorielle et de techniques de compensation (par exemple lecture labiale), appropriation des aides Basse vision (en lien avec un professionnel de la rééducation ou réadaptation⁴⁵) ;
 - rééducation, réadaptation ;
 - adaptation de l'espace privé (ergothérapeute) ;
 - .../...

Le résident est associé au choix des solutions proposées. L'entourage peut également être impliqué dans la recherche de solutions.

⁴³ Pour aller plus loin sur les modalités de partage de l'information, voir les recommandations de bonnes pratiques professionnels de l'Anesm. *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées*. Volet Ehpad. Saint-Denis : Anesm, 2016 (Chapitre 2).

⁴⁴ Une fiche comportant les sources de financement pour l'acquisition d'aides technique est proposée en annexe 2.

⁴⁵ Une liste des professionnels « ressources » que l'établissement peut solliciter pour ce type d'interventions est proposée en annexe 3, p.94.

- Informer les personnes accueillies et leurs proches des aides, notamment financières (cf. Annexe 2), dont ils peuvent disposer pour compenser le handicap sensoriel lorsque celui-ci nécessite un appareillage spécifique.
- Encourager les personnes à s'exprimer dès lors qu'elles ressentent une baisse de leurs facultés et/ou lorsqu'elles rencontrent des difficultés au quotidien et, si besoin, adapter leur accompagnement.
- Sensibiliser les aidants aux déficiences sensorielles et les encourager à informer les professionnels de l'Ehpad (infirmier coordinateur (IDEC), médecin coordonnateur, référent, psychologue) de tout changement observé chez la personne.

ILLUSTRATION - INFORMATION ET SENSIBILISATION DES RÉSIDENTS ET DES FAMILLES

Un Ehpad organise une fois par an une journée de détection des troubles visuels et auditifs. L'Ehpad établit des partenariats avec des opticiens et audioprothésistes afin de réaliser, dans les règles autorisées par la législation liée à la concurrence, des bilans visuels et auditifs. Les familles qui le souhaitent sont informées sur les déficiences visuelles et auditives et bénéficient de conseils sur les aides existantes pour compenser ce ou ces handicap(s) (aides financières, aides techniques adaptées, etc.). Ces conseils sont prodigués par les spécialistes présents ce jour-là et/ou par le référent formé aux déficiences sensorielles. Au-delà de cette journée, les familles peuvent prendre rendez-vous avec le référent de l'Ehpad pour d'autres informations spécifiques.

- (Ré)évaluer régulièrement les fonctions sensorielles (à la demande de la personne ou lors de la réévaluation du projet personnalisé).

2 COMPENSATION DES DÉFICIENCES SENSORIELLES ET ADAPTATION DES PRATIQUES

Le repérage des déficiences sensorielles n'a de sens que s'il est effectivement suivi d'actions d'accompagnement et de compensation, à défaut de pouvoir prévenir la déficience. Ces dernières peuvent s'appuyer sur des aides techniques, mais aussi sur des « savoir-être » et « savoir-faire » adaptés qui vont favoriser la communication entre les professionnels, les résidents et même leur entourage⁴⁶.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS

- La compensation, dans la mesure du possible, des déficiences sensorielles repérées;
- L'adaptation de l'accompagnement et de l'environnement des résidents atteints de déficience(s) sensorielle(s);
- La désignation d'un membre du personnel référent pour les questions relatives aux « déficiences sensorielles »;
- L'amélioration de la qualité de vie du résident;
- La favorisation de la bientraitance;
- La sensibilisation des proches aux modes de communication les plus adaptés.

→ RECOMMANDATIONS

→ Le « référent DS » est formé à l'utilisation des différentes aides techniques (petits appareillages) : entretien, installation, surveillance des conditions d'utilisation.

ILLUSTRATION - FORMATION D'UN PERSONNEL RÉFÉRENT

Dans un Ehpad, pour aller plus loin, un membre du personnel a passé le Diplôme Universitaire Référent en Surdiécécité (double déficience visuelle et auditive) afin de mieux répondre à l'accompagnement des résidents qui se trouvent particulièrement isolés du fait de ce double handicap. Ce référent a formé une partie du personnel pour que l'accompagnement soit adapté et des aménagements architecturaux ont été programmés.

→ Le « référent DS » est en mesure d'effectuer une veille sur les aides techniques (nouveau, nouvelles technologies) : des temps sont programmés en équipe pour partager cette veille, surtout si certaines aides se révèlent plus simples d'utilisation, moins coûteuses, mieux adaptées pour certaines déficiences, etc.

→ Lorsque nécessaire, le « référent DS » accompagne le résident afin de faciliter l'acceptation de l'aide technique.

⁴⁶ Par entourage on entend le ou les aidant(s), la famille, les proches, la personne de confiance (pour en savoir plus cf. Annexe 1), le représentant légal.

- Le « référent DS » peut solliciter le psychologue afin d'accompagner le résident dans l'acceptation de la déficience et dans l'acceptation des appareillages.
- Lorsqu'un résident recourt à une nouvelle aide technique, le « référent DS » l'accompagne selon ses besoins et ses attentes afin de développer son autonomie vis-à-vis de l'aide technique : le guider à son utilisation, son installation voire même à son entretien.

ILLUSTRATION - EXEMPLES D'ACTIONS MISES EN PLACE SUITE À UNE FORMATION

Dans un Ehpad, suite à la formation Référent relais déficience sensorielle, un membre du personnel soignant et l'animateur ont développé des ateliers ludiques de stimulation visuelle et auditive, un atelier de lecture labiale, et ont revu de fond en comble les protocoles de suivi des corrections optiques et auditives.

- Le « référent DS » forme le personnel intervenant au quotidien aux aides techniques utilisées par les résidents, afin de pouvoir les accompagner, de s'assurer d'un usage correct et du bon entretien.
- En fonction des besoins, le « référent DS » échange avec la famille et le résident sur la nécessité d'un appareillage. Il peut aussi les former à leur utilisation et entretien.

ILLUSTRATION - FORMATION DES FAMILLES À L'ENTRETIEN DU PETIT APPAREILLAGE

Dans un Ehpad, l'ensemble des familles des résidents appareillés a été formé à l'entretien des prothèses auditives.

- L'ensemble des professionnels de l'Ehpad est formé au « savoir-être » et « savoir-faire » afin de s'adapter à chacune des situations en fonction des déficiences (cf. fiches-repères « savoir-être » et « savoir-faire »⁴⁷, p. 37).

ILLUSTRATION - FORMATION DU PERSONNEL

Une association spécialisée dans l'accompagnement des personnes déficientes visuelles intervient en Ehpad avec un binôme de formateurs – l'un voyant et l'autre déficient visuel – pour la formation du personnel de l'Ehpad. Lors de ces formations, une attention particulière est portée à l'encadrement des exercices de mise en situation de déficience visuelle par ce binôme de formateurs. Ce dernier apporte un exemple concret de fonctionnement en complémentarité entre deux personnes, l'une déficiente visuelle et l'autre voyante. Il permet également à chaque participant de s'exercer aux bonnes pratiques comportementales et de réduire l'appréhension de certains participants dans leur relation avec une personne déficiente visuelle, sans négliger l'apport du témoignage personnel de l'intervenant déficient visuel.

⁴⁷ Des fiches-repères « savoir-être » et « savoir-faire » sont proposées pour chaque déficience sensorielle et l'annexe 4 propose des éléments de « savoir-être » et « savoir-faire » pour limiter les troubles du comportement dans les moments forts de la journée.

- Le « référent DS » travaille, selon les cas et en fonction des besoins, les attentes de la personne en lien avec l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien afin d'aménager son environnement (cf. fiche-repère « Du repérage à l'accompagnement » spécifique à la déficience visuelle, p. 45.

POINT DE VIGILANCE

En cas de transfert en urgence ou lors d'une hospitalisation, s'assurer que le résident possède ses aides techniques (lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.), y compris à son retour en Ehpad. Ces informations doivent par ailleurs figurer dans le dossier de liaison d'urgence (DLU)⁴⁸ du résident. Ce dernier permet :

- d'améliorer la transmission des informations utiles et nécessaires au médecin intervenant en urgence pour une prise en soins optimale du résident dans l'Ehpad ou dans un service des urgences ;
- de renforcer la sécurité, la continuité et la qualité des soins lors des situations d'urgence, et d'éviter des hospitalisations inappropriées.

Toute hospitalisation (avec ou sans caractère d'urgence) doit être notifiée dans le DLU.

- Les aidants peuvent aussi être sensibilisés à ce « savoir-faire » et « savoir-être » afin d'adapter les attitudes qui vont faciliter et/ou encourager la communication et faciliter la vie sociale, l'estime de soi.

ILLUSTRATION - SENSIBILISATION AUX « SAVOIR-ÊTRE » ET « SAVOIR-FAIRE »

Dans un Ehpad, un bénévole aveugle membre d'une association partenaire intervient régulièrement (chaque semaine). Il aide et sensibilise les résidents et leurs familles, mais surtout l'équipe de l'Ehpad, désormais beaucoup plus sensible aux aménagements et aux bonnes techniques de guide et d'accompagnement des résidents atteints de déficience visuelle.

Désormais les résidents se déplacent de manière plus autonome et sécuritaire.

- La compensation d'une déficience sensorielle par la stimulation des autres sens est encouragée.
- Des réunions entre les différents membres de l'équipe (IDEC, psychologue, ergothérapeute, etc.) sous la responsabilité du médecin coordonnateur et du « référent DS » sont organisées régulièrement afin d'échanger sur l'impact de l'accompagnement mis en place pour compenser la déficience sensorielle. Seront invités à échanger : l'animateur, le personnel de restauration.
- Dans la mesure du possible, organiser des réunions pluridisciplinaires impliquant l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès du résident.
- La prise en compte des déficiences sensorielles est intégrée dans le projet personnalisé⁴⁹.

⁴⁸ Anesm, HAS. *Dossier de liaison d'urgence*. Saint-Denis: Anesm, HAS, 2015.

⁴⁹ Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint-Denis: Anesm, 2008.

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

Les Ehpad ne sont pas des lieux à part de notre société. Ces établissements qui accueillent des personnes majoritairement dépendantes disposent d'un personnel soignant mais pour autant, en fonction des besoins et des attentes des résidents⁵⁰, le recours aux ressources du territoire⁵¹ pourra être envisagé.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS

- L'identification de l'ensemble des partenaires du territoire susceptibles d'intervenir sur les déficiences sensorielles en fonction de leurs spécificités et des besoins et des attentes des résidents ;
- L'accès aux partenariats établis pour l'ensemble des résidents ;
- La mise en place d'accompagnements et d'activités spécifiques au sein de l'Ehpad ou à l'extérieur ;
- La connaissance du fonctionnement de l'Ehpad et de ses spécificités (accueil temporaire, profil des résidents, etc.) par les partenaires extérieurs.

→ RECOMMANDATIONS

- Favoriser les partenariats inter-établissements pour l'échange de bonnes pratiques et la mutualisation des ressources (Ehpad, établissements spécialisés handicap⁵², etc.).

ILLUSTRATION - PARTENARIAT AVEC UN ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ

Un Ehpad accueillant deux personnes âgées aveugles a établi un partenariat avec un établissement spécialisé dans l'accueil de personnes aveugles. Une fois par semaine, ces deux résidents participent à des activités au sein de l'établissement. En échange, l'Ehpad invite l'ensemble des résidents du centre spécialisé une fois par an lors d'un « barbecue musical ».

- Intégrer la filière gériatrique.
- Communiquer sur les actions mises en place.

ILLUSTRATION - EXEMPLE DE SUPPORT DE COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE

Un Ehpad a publié la 55^e édition de son journal interne intitulé « Le Sourire des ans », publication élaborée par des résidents et des bénévoles qui se transforment en journalistes. Il est diffusé dans la commune et par Internet aux familles. Le journal est diffusé en caractères agrandis avec une mise en page adaptée.

⁵⁰ Anesm. *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*. Saint-Denis: Anesm, 2008.

⁵¹ Anesm. *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 1. Saint-Denis: Anesm, 2011.

⁵² Établissements pour personnes sourdes, aveugles, etc.

- Établir des partenariats⁵³ afin de bénéficier régulièrement de consultations spécialisées au sein de l'Ehpad (exemple : centres spécialisés dans les déficiences sensorielles, otorhinolaryngologiste, ophtalmologistes, etc.).
- Établir des partenariats avec :
 - des associations du type Valentin Haüy au service des aveugles et des malvoyants, Association française des diabétiques, Fédération des aveugles de France, etc. ;
 - des associations de professionnels, comme par exemple l'Union française de la santé bucco-dentaire ;
 - des clubs de cuisine ;
 - des bibliothèques sonores ;
 - .../...

ILLUSTRATION - EXEMPLE DE SERVICE POUR DES RÉSIDENTS ATTEINTS DE DÉFICIENCE VISUELLE

Dans un Ehpad, les résidents empruntent régulièrement des ouvrages en caractères agrandis audio et/ou des ouvrages numériques en braille – prêtés par la bibliothèque Éole – qui s'adressent aux personnes aveugles, malvoyantes ou ne pouvant plus lire. Ces dernières étant situées dans différentes régions, il est assez facile d'en trouver une. L'inscription est gratuite sur présentation d'une carte d'invalidité (taux d'invalidité supérieur ou égal à 80 %) ou d'un certificat médical attestant l'incapacité de lire les documents imprimés après correction.

REPÈRES JURIDIQUES

La loi [ASV](#) prévoit, pour chaque département, la mise en place d'une conférence des financeurs, présidée par le président du conseil départemental, chargée d'établir, pour le territoire départemental, un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention en complément des prestations légales ou réglementaires (Décret n°2016-209 du 26 février 2016).

- Identifier les partenaires susceptibles d'apporter des aides financières selon les besoins en aides techniques, dont le conseil départemental, régional, etc. (cf. annexe 2 « Financement des aides techniques » p.90).
- Organiser une journée dédiée aux déficiences sensorielles avec l'ensemble des partenaires.

⁵³ L'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les Ehpad répond à des conditions particulières d'exercice destinées notamment à assurer l'organisation, l'information, la coordination et l'évaluation des soins. Ces conditions d'exercice sont précisées dans un contrat qui doit être conclu entre le professionnel de santé et le directeur d'établissement (cf. décret n°2010-1731 du 30 décembre 2010). Les modèles de contrats types portant sur les conditions d'intervention des médecins libéraux et des masseurs-kinésithérapeutes ont été fixés par l'Arrêté du 30 décembre 2010.

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

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

Elle permet d'adapter les orientations et la stratégie du projet d'établissement⁵⁴ en tenant compte du public accueilli.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- L'identification et la prise en compte dans le projet d'établissement des besoins et des attentes des personnes souffrant de déficiences sensorielles ;
- L'anticipation des risques liés aux déficits sensoriels ;
- L'organisation de formations afin de sensibiliser l'ensemble du personnel aux déficiences sensorielles ;
- L'intégration d'aménagements architecturaux (intérieurs et extérieurs) adaptés aux personnes atteintes de déficiences sensorielles dans le projet d'établissement.

→ RECOMMANDATIONS

- Identifier les personnes atteintes de déficiences sensorielles, leurs caractéristiques (type de déficience sensorielle, nombre de pathologies associées, y compris les maladies neurodégénératives, etc.).

POINT DE VIGILANCE

L'accompagnement des personnes à la fois atteintes de déficiences sensorielles (notamment visuelle et auditive) et de démence exige une attention particulière. Il est donc important de connaître les caractéristiques des résidents et d'en tenir compte dans le projet d'établissement pour assurer la continuité de l'accompagnement, y compris en cas de « crise ».

- Intégrer dans le volet soins du projet d'établissement les spécificités de l'accompagnement des personnes atteintes de déficiences sensorielles (missions d'information, rééducation, etc.) ainsi que les principaux besoins et attentes identifiés.

⁵⁴ Le projet d'établissement a fait l'objet des recommandations de l'Anesm. cf. Anesm. *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service*. Saint-Denis: Anesm, 2010.

- Pour les Ehpad ayant recours à un prestataire externe pour la restauration, spécifier dans le cahier des charges la nécessité d'adapter les repas aux goûts et aux besoins des résidents mais aussi en tenant compte des déficiences sensorielles.

ILLUSTRATION - ADAPTATION DES REPAS AUX BESOINS DES RÉSIDENTS

Dans un Ehpad, face à l'inadaptation des repas proposés, le directeur a invité son prestataire à partager un repas avec les résidents afin qu'il puisse prendre conscience des difficultés de ces derniers. Cette démarche a permis au prestataire d'adapter davantage les repas aux besoins et aux attentes des résidents. Il a notamment pris conscience de la nécessité de proposer des aliments aux couleurs variées et de mettre l'accent sur les saveurs. Par ailleurs, l'équipe restauration a été sensibilisée aux différentes déficiences, notamment gustatives, olfactives et visuelles.

- Préciser dans le projet d'établissement (projet de vie) les partenariats établis et/ou envisagés avec les différents acteurs du territoire (les professionnels libéraux, les spécialistes ou centres spécialisés, les structures de prévention, les associations, [CLIC](#), [CCAS](#), etc.).
- Intégrer, dans le plan de formation, un volet sur les déficiences sensorielles. Les formations sur la problématique des déficiences sensorielles sont destinées, entre autres, à mettre l'accent sur le rôle que les professionnels peuvent avoir dans leur repérage et sur les techniques de communication, « savoir-être » et « savoir-faire » (cf. fiches-repères dédiées).
- Informer le conseil de la vie sociale ([CVS](#)) des actions mises en place au sein du projet d'établissement afin d'accompagner les personnes atteintes de déficiences sensorielles.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'ACTIONS MISES EN PLACE

Dans un Ehpad, la commission des menus, qui se réunit trois fois par an, a mené une enquête de satisfaction auprès des résidents. Suite à cette enquête, des actions ont été mises en place progressivement : adaptation des couverts, organisation de repas thématiques, diversification du menu, etc.

REPÈRES JURIDIQUES

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

RECOMMANDATIONS

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

- Formaliser dans le projet d'établissement des procédures pour la remontée et la traçabilité des informations transmises ainsi que les modalités de partage permettant de les traiter de manière adéquate et déclencher les actions nécessaires.
- Adapter l'architecture et l'aménagement de l'environnement de l'Ehpad⁵⁵ en élaborant un cahier des charges précis tenant compte des besoins spécifiques des résidents au niveau des espaces de vie individuels (chambre, salle de bains, etc.) et au niveau des espaces de vie collectifs (couloirs, escaliers, ascenseurs, restaurant, salle d'animation, extérieur, etc.). Pour cela, être particulièrement vigilant sur les points suivants:
 - éclairage;
 - choix des revêtements (qui ont une incidence sur la qualité des sons);
 - choix des mobiliers et des ustensiles en privilégiant les matériaux peu sonores;
 - contraste des couleurs et textures;
 - signalétique;
 - sécurisation des espaces;
 - information écrite et sonore.

Des éléments pour adapter au mieux l'environnement de la personne (espace privé, locaux collectifs, extérieur) en fonction de la déficience sensorielle sont proposés dans la partie « recommandations » des fiches-repères « Du repérage à l'accompagnement ».

ILLUSTRATION - AMÉNAGEMENT DE L'ESPACE DE VIE COLLECTIF

Un Ehpad a sollicité un service spécialisé dans l'accompagnement des personnes déficientes visuelles pour adapter ses espaces collectifs. Suite à une expertise des lieux, des solutions ont été proposées et mises en place au sein de l'établissement : lumière/éclairages, signalétiques adaptées, renforcement des couleurs et contrastes, vidéo agrandisseur, scan audio, ascenseur à annonce vocale, bandes podotactiles d'éveil de vigilance, etc. L'ensemble de ces aménagements a été validé par une enquête sur le confort d'usage. Ces aménagements se sont avérés bénéfiques pour l'ensemble des résidents.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'ACTIONS MISES EN PLACE POUR (RE)DONNER LE PLAISIR DE MANGER

Un Ehpad met en place des actions pour (re)donner à l'ensemble de ses résidents, et notamment à ceux atteints de déficience gustative et/ou olfactive, le plaisir de manger :

- recueil des goûts, préférences et habitudes alimentaires à l'entrée en Ehpad;
- aménagement des espaces dédiés aux repas de manière conviviale (décoration de la salle et des tables par les créations des résidents, etc.);
- amélioration de la présentation des repas;
- organisation d'animations/ateliers thématiques de stimulation du goût et de l'odorat;
- organisation de repas thématiques, de repas festifs auxquels sont invités les proches.

⁵⁵ Sur cette thématique particulière les établissements pourront trouver de nombreuses réponses au sein du guide : AGIRC et ARRCO. *Déficiences sensorielles : guide pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires en partenariats*. Paris : AGIRC-ARRCO, 2012.

FICHES-REPÈRES

Du repérage à l'accompagnement

Déficiences visuelles 41

Déficiences auditives 46

Déficiences gustatives 51

Déficiences olfactives 46

Déficiences vestibulaires 60

Déficiences tactiles 64

Les fiches-repères qui suivent traitent du repérage et de l'accompagnement des personnes atteintes de déficience visuelle, auditive, gustative, olfactive, vestibulaire et tactile en Ehpad. Ces thématiques peuvent faire l'objet de réunions en équipe pluridisciplinaire. Elles constituent autant d'outils pédagogiques d'aide à la formation ou à la sensibilisation des équipes.

Partie 1 : Les signes d'alerte à observer : Ces signes servent de base pour le repérage par les équipes (soignantes et non-soignantes). Ils peuvent aussi guider les aidants au contact avec la personne concernée.

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

Partie 3 : Les recommandations de bonnes pratiques : Cette partie vise à guider les équipes sur les conduites à suivre⁵⁶ dès lors qu'une des problématiques est rencontrée chez une personne âgée.

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

Conseils d'utilisation :

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

La partie 3 (recommandations) est destinée à la structure. Sont déclinées l'ensemble des recommandations ainsi que les résultats attendus concernant la mise en place de ces recommandations de bonnes pratiques dès lors qu'un signalement a été fait. Dans la mesure du possible, les professionnels de l'Ehpad ou extérieurs qui peuvent intervenir sont listés.

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

⁵⁶ Attention pour les cas complexes (les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, les personnes handicapées vieillissantes, les personnes atteintes de maladies rares notamment) en fonction de l'organisation des fonctions d'appui sur votre territoire, vous vous rapprocherez des cellules territoriales d'appui (CTA), des plateformes territoriales d'appui (PTA), des MAIA, etc.

CONSEIL

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

POINT DE VIGILANCE

Certains signes peuvent être observés quelle que soit la déficience sensorielle : un changement de comportement :

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

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

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



DÉFICIENCE VISUELLE 1/5

POUR LES PROFESSIONNELS

LES SIGNES D'ALERTE

« Les signes qui doivent m'alerter »

J'observe que la personne :

- trébuche et/ou se cogne régulièrement, voire chute plus souvent ;
- marche plus lentement, se tient au mur pour marcher ;
- a réduit son périmètre de marche, voire ne sort plus ou va de moins en moins loin ;
- au cours de ses déplacements, ralentit, se crispe au bras ou s'arrête quand il y a un passage plus sombre ou au contraire plus lumineux ;
- devient maladroit/renverse ;
- se salit beaucoup, porte des vêtements tâchés sans s'en rendre compte ;
- se rase/se maquille moins bien ou plus du tout ;
- ne regarde plus la télévision ou la regarde de très près ;
- ne lit plus, n'écrit plus, ne téléphone plus ou moins ;
- se plaint de ses lunettes, ne porte plus ses lunettes ;
- se plaint de ne pas voir ;
- a une manière inhabituelle de regarder (plisse les yeux, ferme les yeux, etc.) ;
- ne fixe plus le regard de ses interlocuteurs en leur parlant ;
- ne reconnaît plus les personnes, les confond ;
- perd ses objets/ les cherche/ne les reconnaît plus ;
- se plaint de la luminosité, allume les lampes dans les pièces en permanence, quelle que soit la luminosité ;
- .../...

LES FACTEURS DE RISQUE

Bon à savoir

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

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



DÉFICIENCE VISUELLE 2/5

POUR LA STRUCTURE

RECOMMANDATIONS

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

- en vérifiant avec la personne et/ou son entourage⁵⁷ dès l'entrée en établissement (si cela n'a pas été réalisé lors de la pré-admission), puis au moins une fois par an ou en fonction des besoins :
 - la date de la dernière visite chez un ophtalmologiste ;
 - la date de la dernière vérification des verres correcteurs (ophtalmologiste, opticien) ;
 - l'acuité visuelle par des outils simples (cf. outils) (médecin traitant, médecin coordonnateur, [IDEC](#)) ;
- en observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants (cf. les signes d'alerte) ;
- en échangeant avec la personne mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage et les membres de l'équipe (aide-soignant, animateur, psychologue, etc.)⁵⁸, ainsi qu'avec son médecin traitant, sur les changements observés ;
- en s'appuyant sur le personnel référent DS qui va procéder au repérage de la déficience avec l'aide d'outils simples ;
- en introduisant un item « vision » dans le projet personnalisé.

Partager l'analyse des signes repérés

- en échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec son entourage, le référent formé et si besoin avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne (associations, bénévoles, libéraux, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations ;
- en prévoyant des temps et des outils de partage d'informations qui s'intègrent dans l'organisation de l'établissement (médecin coordonnateur, [IDEC](#), médecin traitant) ;
- en organisant les remontées d'informations (transmissions ciblées et tracées) entre les professionnels de l'établissement et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs lorsque nécessaire (orthoptiste, opticien, ophtalmologiste, etc.).

⁵⁷ Par entourage on entend : le ou les aidant(s), la famille, les proches, la personne de confiance, le représentant légal.

⁵⁸ L'équipe se compose de l'ensemble du personnel présent aux réunions de transmission notamment mais l'ensemble des autres personnels (animateurs, agents de service, personnels de restauration, jardiniers, secrétaires, coiffeurs, bénévoles, etc.) qui peuvent signaler ou être interrogés sur les changements observés.



DÉFICIENCE VISUELLE 3/5

Rechercher des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement

Niveau 1 : actions correctrices immédiates à mettre en place en priorité⁵⁹

- programmer une consultation avec le médecin traitant et, selon les besoins, avec un spécialiste de la vue (opticien, orthoptiste⁶⁰, ophtalmologiste) :
 - vérification/examen de la vision et des corrections ;
 - proposition/prescription de lunettes et/ou d'aides technique (loupes, écrans, appareils grossissants, etc.) ;
 - soins ophtalmologiques spécifiques : médicaments, opération cataracte, glaucome, etc. ;
- adapter l'éclairage de la chambre ;
- adapter le positionnement de la personne à l'activité ou au lieu ;
- adapter l'aménagement de l'espace privatif (ex. : poste de télévision placé aussi près que nécessaire, etc. – ergothérapeute) ;
- réviser le traitement médicamenteux (médecin traitant, médecin coordonnateur, pharmacien).

Niveau 2 : pas d'actions correctrices immédiates possibles

- impliquer la personne et ses aidants dans la recherche de solutions : aides techniques, adaptation de l'environnement à la déficience visuelle, soins rééducatifs (opticien, orthoptiste, ergothérapeute, associations spécialisées dans la déficience visuelle, etc.) ;
- s'appuyer sur les partenaires médicaux (médecin traitant, ophtalmologiste, etc.), paramédicaux (orthoptiste, opticien, [IDE](#), ergothérapeute, etc.), associatifs pour favoriser l'acceptation et l'utilisation des aides techniques si besoin ;
- programmer des animations adaptées pour les valoriser et éviter des situations de mise en échec (ergothérapeute, animateur, psychologue, psychomotricien, bénévoles, etc.) ;
- formaliser dans le projet personnalisé les solutions proposées, les actions mises en œuvre et les points de vigilance au regard de la spécificité de déficience visuelle ([DMLA](#), glaucome, rétinopathie diabétique, etc.) et l'inscrire dans le plan de soins.

Niveau 3 : adapter l'architecture et l'environnement

- améliorer l'éclairage des lieux collectifs (ambiant et d'appoint, détecteurs de mouvements, etc.) ;
- adapter la signalétique (taille des caractères, pictogrammes, contrastes, etc.) ;
- renforcer les contrastes à l'aide des couleurs par exemple, tant au niveau architectural que matériel (mobilier, vaisselle, etc.) ;
- aménager les espaces collectifs (rampes contrastées, mains courantes, repères tactiles, en particulier des bandes podotactiles en haut et en bas de chaque montée d'escaliers, etc.) ;
- compléter par des dispositifs sonores non intrusifs (ascenseur à annonces vocales) ;
- définir des codes couleurs des lieux facilitant les repérages ;
- intégrer un volet « architecture et environnement » dans le projet d'établissement.

⁵⁹ Les actions doivent être mises en place avec l'accord de la personne et dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations.

⁶⁰ Un premier bilan de repérage pratiqué par les orthoptistes sur prescription médicale permet d'obtenir beaucoup plus vite un rendez-vous chez un ophtalmologiste par l'intermédiaire des résultats du bilan orthoptique.



DÉFICIENCE VISUELLE 4/5

RECOMMANDATIONS *SUITE*

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

- en présentant aux professionnels les principaux facteurs de risque des déficiences visuelles et signes d'alerte ;
- en explicitant comment voit le résident et quelle adaptation d'accompagnement est nécessaire (cf. fiche-repère « savoir-être »/« savoir-faire ») ;
- en inscrivant cette thématique dans le plan de formation ou en organisant des journées d'information ;
- en formant un « personnel référent » qui transmettra son savoir-faire aux autres professionnels de l'Ehpad ;
- en mettant à leur disposition des outils simples d'aide au repérage (cf. outils) ;
- en organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, de guides d'accompagnement, voire d'aides techniques relatives aux déficiences sensorielles ;
- en inscrivant les différents plans de formation dans le projet d'établissement.

RÉSULTATS ATTENDUS

- au moment de l'admission, l'ensemble des nouveaux résidents bénéficie d'une évaluation des fonctions visuelles ;
- les déficiences visuelles sont précocement repérées ;
- l'équipe est sensibilisée et formée au repérage des signes de déficiences sensorielles ;
- un personnel référent DS est nommé au sein de l'établissement ;
- la qualité de vie du résident est maintenue ;
- l'équipe de l'Ehpad, les partenaires médicaux et paramédicaux, les associations spécialisées s'associent pour proposer les solutions les plus adaptées lorsqu'une déficience a été diagnostiquée ;
- le résident est accompagné dans sa déficience afin de pallier les risques inhérents à cette perte ;
- l'adaptation de l'accompagnement est inscrite dans le projet personnalisé ;
- le résident est invité à faire part de ses envies et choix. Il est associé au choix des solutions proposées. Celles-ci sont adaptées en fonction des pathologies associées (annexes) ;
- les professionnels, les aidants et le résident sont formés à l'utilisation des aides techniques ;
- les professionnels s'approprient les recommandations liées aux déficiences sensorielles, soutenus plus spécifiquement par le référent DS.



DÉFICIENCE VISUELLE 5/5

DES OUTILS⁶¹ POUR ALLER PLUS LOIN...

Pour le repérage d'une déficience visuelle:

- questionnaire de dépistage des problèmes de vision fonctionnelle (FVSO)⁶²;
- grille d'AMSLER.

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

- [AGIRC-ARRCO/MFAM](#). *Déficiences sensorielles: guide pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires*. 2012

Sur la thématique:

- INPES. *Quand la malvoyance s'installe: guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage*. 2012;
- INPES. *Informers les personnes aveugles ou malvoyantes. Partage d'expériences*. 2012 (<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1460>);
- institut Randstad et FAF. *Accueillir une personne déficiente visuelle: Guide à l'usage du personnel des hôpitaux et maisons de retraite*. 2012 (http://www.aveuglesdefrance.org/sites/default/files/inline-files/guide_patient_deficient_visuel2.pdf).

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

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

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

⁶² Cet outil validé est également inclus dans le kit de repérage des fragilités sensori-cognitives dénommé « AVEC » (Audition, Vision, Équilibre, Cognition) mis au point par la Société française de réflexion sensori-cognitive (SOFRESC).



DÉFICIENCE AUDITIVE 1/5

POUR LES PROFESSIONNELS

LES SIGNES D'ALERTE

« Les signes qui doivent m'alerter »

J'observe que la personne :

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

LES FACTEURS DE RISQUE

Bon à savoir

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

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



DÉFICIENCE AUDITIVE 2/5

POUR LA STRUCTURE

RECOMMANDATIONS

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

- en vérifiant avec la personne et/ou son entourage⁶³ dès l'entrée en établissement (si cela n'a pas été réalisé lors de la pré-admission), puis au moins une fois par an ou en fonction des besoins :
 - la date de la dernière visite chez un otorhinolaryngologiste ou la dernière fois que des tests d'audiométrie ont été réalisés avec et sans appareils ainsi que leur évolution ;
 - pour les personnes appareillées, la date de la dernière vérification des prothèses auditives (audioprothésistes, etc.), l'aptitude à les utiliser ;
 - l'acuité auditive par des outils simples (cf. outils) (médecin traitant, médecin coordonnateur, [IDEC](#), orthophoniste) ;
- en observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants (cf. les signes d'alerte) ;
- en échangeant avec la personne mais également, si la personne est d'accord, avec son entourage et les membres de l'équipe (aide-soignant, animateur, psychologue, etc.)⁶⁴, ainsi qu'avec son médecin traitant sur les changements observés ;
- en s'appuyant sur le personnel référent DS qui va procéder au repérage de la déficience avec l'aide d'outils simples ;
- en introduisant un item « audition » dans le projet personnalisé.

Partager l'analyse des signes repérés

- en échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec son entourage, le référent formé et si besoin avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne (associations, bénévoles, libéraux, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations ;
- en prévoyant des temps et des outils de partage d'informations qui s'intègrent dans l'organisation de l'établissement (médecin coordonnateur, [IDEC](#), médecin traitant) ;
- en organisant les remontées d'informations (transmission ciblées et tracées) entre les professionnels de l'établissement et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs lorsque nécessaire (otorhinolaryngologiste, audioprothésiste, orthophonistes, etc.).

⁶³ Par entourage on entend : le ou les aidant(s), la famille, les proches, la personne de confiance, le représentant légal.

⁶⁴ L'équipe se compose de l'ensemble du personnel présent aux réunions de transmission notamment mais aussi l'ensemble des autres professionnels de l'établissement (animateurs, agents de service, personnels de restauration, jardiniers, secrétaires, coiffeurs, bénévoles, etc.) qui peuvent signaler ou être interrogés sur les changements observés.



DÉFICIENCE AUDITIVE 3/5

RECOMMANDATIONS SUITE

Rechercher des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement

Niveau 1 : actions correctrices immédiates à mettre en place en priorité⁶⁵

- pour les personnes appareillées : vérifier les piles, l'état de fonctionnement, son adéquation avec le déficit, etc. (le référent DS) ;
- programmer une consultation avec le médecin traitant et, selon les besoins, avec un spécialiste de l'audition (otorhinolaryngologiste, audioprothésiste) :
 - vérification/examen de l'audition ;
 - vérification de la présence d'un bouchon de cérumen ou d'un corps étranger bloquant le canal auditif ;
 - vérification de l'utilisation éventuelle de médicaments ototoxiques : certains antibiotiques, diurétiques, antipaludéens, anti-inflammatoires.

Niveau 2 : pas d'actions correctrices immédiates possibles

- impliquer la personne et ses aidants dans la recherche de solutions : aides techniques, adaptation de l'environnement à la déficience auditive, soins rééducatifs (otorhinolaryngologiste, audioprothésiste, associations spécialisées dans la déficience auditive, etc.) ;
- s'appuyer sur les partenaires médicaux (médecin traitant, otorhinolaryngologiste, etc.), paramédicaux (audioprothésiste, orthophoniste, etc.) et associatifs pour favoriser l'acceptation et l'utilisation des aides techniques si besoin ;
- programmer des animations adaptées pour les valoriser et éviter des situations de mise en échec (ergothérapeute, animateur, psychologue, psychomotricien, bénévoles, etc.) ;
- formaliser dans le projet personnalisé les solutions proposées, les actions mises en œuvre et les points de vigilance au regard de la spécificité de la déficience auditive (presbyacousie, acouphènes, début d'Alzheimer, etc.).

Niveau 3 : adapter l'architecture et l'environnement

- doubler toute information sonore d'une information visuelle ;
- mettre en place des sonnettes musicales afin d'éviter les sons stridents (« bip », « dring ») facteurs d'acouphènes, voire un signal lumineux pour prévenir de l'entrée dans la chambre ;
- proposer aux résidents concernés les sous-titrages télétexte ;
- utiliser une signalétique claire (aides techniques, adaptation de l'environnement : lumière, rampes et autre supports techniques) ;
- éviter les téléviseurs dans les grands espaces ouverts ;
- installer des portes palières ou portes des locaux collectifs avec hublot (la personne pourra être prévenue visuellement) ;
- installer des revêtements absorbants (linoléum, PVC, moquettes rases), des rideaux épais sur les baies vitrées et des plafonds bas et en plâtre (phonie des matériaux : absorption des sons et limitation des résonances, isolation acoustique) ;
- équiper certains lieux sonorisés ou munis d'appareils diffusant du son (télévision, etc.) de boucle magnétique ou équivalent ;
- installer des avertisseurs d'incendie, des détecteurs de fumée et autres avertisseurs sonores pourvus de flash ;
- intégrer un volet « architecture et environnement » dans le projet d'établissement.

Veiller toutefois à ne pas calfeutrer les lieux car cela priverait les résidents des repères auditifs essentiels pour rythmer la vie. Les personnes ont besoin de repères auditifs sans pour autant voir ce qui se passe.

⁶⁵ Les actions doivent être mises en place avec l'accord de la personne et dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations.



DÉFICIENCE AUDITIVE 4/5

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

- en présentant aux professionnels les principaux facteurs de risque de déficiences auditives ;
- en explicitant la manière dont la personne déficiente auditive entend et l'adaptation d'accompagnement nécessaire (cf. fiche-repère « savoir-être »/« savoir-faire ») ;
- en inscrivant cette thématique dans le plan de formation ou en organisant des journées d'information ;
- en formant un « personnel référent » qui transmettra son savoir-faire aux autres professionnels de l'Ehpad ;
- en mettant à disposition des outils simples d'aide au repérage (cf. Outils) ;
- en organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, de guides d'accompagnement voire d'aides techniques relatives aux déficiences sensorielles ;
- en inscrivant différents plans de formation dans le projet d'établissement.

RÉSULTATS ATTENDUS

- au moment de l'admission, l'ensemble des nouveaux résidents bénéficie d'une évaluation des fonctions auditives ;
- les déficiences auditives sont précocement repérées ;
- l'équipe est sensibilisée et formée au repérage des signes de déficiences sensorielles ;
- un personnel référent DS est nommé au sein de l'établissement ;
- la qualité de vie du résident est maintenue ;
- l'équipe de l'Ehpad, les partenaires médicaux et paramédicaux, les associations spécialisées s'associent pour proposer les solutions les plus adaptées lorsqu'une déficience a été diagnostiquée ;
- le résident est accompagné dans sa déficience afin de palier les risques inhérents à cette perte ;
- l'adaptation de l'accompagnement est inscrite dans le projet personnalisé ;
- le résident est invité à faire part de ses envies et choix. Il est associé aux choix des appareillages proposés. Ceux-ci sont adaptés en fonction des pathologies (annexes) ;
- les professionnels, les aidants et le résident sont formés à l'utilisation des aides techniques ;
- les professionnels s'approprient les recommandations liées aux déficiences sensorielles, soutenus plus spécifiquement par le référent DS.



DÉFICIENCE AUDITIVE 5/5

DES OUTILS⁶⁶ POUR ALLER PLUS LOIN...

Pour la détection d'une déficience auditive

- questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition⁶⁷ ;
- <http://www.hein-test.fr/> ;
- <http://www.hear-it.org/fr/Test-de-l-audition>.

Pour l'équipement

- [AGIRC-ARRCO/MFAM](#). *Déficiences sensorielles : guide pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires*. 2012.

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

- recommandation [BIAP](#) CT06/13.

Pour la formation du personnel soignant

- recommandation [BIAP](#) CT06/15.

⁶⁶ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

⁶⁷ Cet outil validé est également inclus dans le kit de repérage des fragilités sensori-cognitives dénommé « AVEC » (Audition, Vision, Équilibre, Cognition) mis au point par la Société française de réflexion sensori-cognitive (SOFRESC).



DÉFICIENCE GUSTATIVE 1/5

POUR LES PROFESSIONNELS

LES SIGNES D'ALERTE

« Les signes qui doivent m'alerter »

J'observe que la personne :

- n'est plus sensible au salé, au sucré, à l'acide et à l'amer ;
- mange plus salé, plus sucré, plus épicé (recherche de saveurs prononcées) ;
- a moins d'appétit/mange moins/n'a plus de plaisir à manger ;
- perd du poids ;
- se plaint de goûts désagréables ou d'absence de goût ;
- souffre de mauvaise haleine ;
- ne veut plus se rendre en salle à manger ;
- .../...

LES FACTEURS DE RISQUE

Bon à savoir

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

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



DÉFICIENCE GUSTATIVE 2/5

POUR LA STRUCTURE

RECOMMANDATIONS

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

- en vérifiant l'état bucco-dentaire dès l'entrée en établissement (si cela n'a pas été réalisé lors de la pré-admission) puis au moins une fois par an ou en fonction des besoins (avec l'accord de la personne et/ou son entourage⁶⁸);
- en interrogeant la personne sur la date de la dernière visite chez un chirurgien-dentiste;
- en échangeant avec la personne mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage et les membres de l'équipe (médecin coordonnateur, [IDEC](#), aide-soignant, personnel de restauration, animateur, etc.)⁶⁹ ainsi qu'avec son médecin traitant et, si besoin, un chirurgien-dentiste, sur les changements observés;
- en s'appuyant sur le référent DS qui va procéder au repérage de la déficience avec l'aide d'outils simples;
- en introduisant un item « Goût » dans le projet personnalisé.

Partager l'analyse des signes repérés

- en échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec son entourage, le référent et, si besoin, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne (le référent DS, l'orthophoniste, le médecin traitant, médecin coordonnateur, [IDEC](#), libéraux, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations;
- en prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations qui s'intègrent dans l'organisation de l'établissement;
- en organisant les remontées d'informations (transmissions ciblées et tracées) entre les professionnels de l'établissement et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs lorsque nécessaire (médecin traitant, chirurgien-dentiste, orthophoniste, etc.).

⁶⁸ Par entourage on entendra: le ou les aidant(s), la famille, les proches, la personne de confiance, le représentant légal.

⁶⁹ L'équipe se compose de l'ensemble du personnel présent aux réunions de transmission notamment mais aussi l'ensemble des autres professionnels de l'établissement (animateurs, agents de service, personnels de restauration, jardiniers, secrétaires, coiffeurs, bénévoles, etc.) qui peuvent signaler ou être interrogés sur les changements observés.



DÉFICIENCE GUSTATIVE 3/5

Rechercher des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement

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

- réaliser un bilan dentaire et des soins dentaires ou buccaux (dentiste, centre de santé, centre d'examens de santé, etc.);
- si besoin, rééduquer la déglutition (médecin traitant, orthophoniste, masseur-kinésithérapeute, etc.);
- veiller à l'hygiène bucco-dentaire et entretenir les prothèses dentaires (aide-soignant, aide médico-psychologique, personnel référent DS);
- réévaluer le traitement médicamenteux (médecin traitant, médecin coordonnateur, pharmacien);
- ne pas mélanger les médicaments aux aliments;
- maintenir une bonne hydratation (proposer de l'eau, du thé, des tisanes, des jus de fruits, etc.);
- organiser des sorties au restaurant (animateur, [CVS](#), association de bénévoles, etc.);
- organiser des repas à thèmes (diététicien, animateur, personnel de restauration, personnel référent, personnel de PASA⁷¹, etc.);
- **IMPORTANT** : stimuler l'appétit de la personne (élaborer des repas répondant à ses habitudes et à ses goûts, à ses envies, adapter les textures, les saveurs, rehausser le goût des plats, varier les couleurs et les formes, etc. – diététicien, personnel de restauration, référent DS, personnel du PASA).

Niveau 2 : pas d'actions correctrices immédiates possibles

- s'appuyer sur les partenaires médicaux, paramédicaux (diététicien, orthophoniste, etc.), associatifs;
- mettre en place des animations pour stimuler les papilles gustatives, des ateliers (cuisine, dégustation, épices, etc.), jardin des senteurs, etc. (animateur ou toute personne formée sur le thème);
- organiser des animations durant la Semaine du goût (animateur, personnel de restauration, associations, etc.);
- encourager les résidents concernés à participer à la commission menus de l'établissement ([CVS](#), animateur, directeur, diététicien, etc.);
- formaliser dans le projet personnalisé les habitudes et goûts culinaires ainsi que les solutions proposées, les actions mises en œuvre et les éventuelles difficultés au regard de la déficience gustative.

Niveau 3 : adapter l'architecture et l'environnement

- aménager des espaces conviviaux dédiés aux repas servis⁷², harmoniser le plan de table, travailler la décoration, etc.;
- utiliser une vaisselle « gaie » et visuellement agréable;
- proposer un service à l'assiette, travailler sa présentation, les couleurs, etc.;
- intégrer un volet « architecture et environnement » dans le projet d'établissement.

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

⁷¹ PASA : pôle d'activités et de soins adaptés qui permet d'accueillir dans la journée les résidents de l'Ehpad (12-14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés. cf. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles Anesm. *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)*. (À paraître)

⁷² Anesm. *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 2. Saint-Denis: Anesm, 2011. p.30.



DÉFICIENCE GUSTATIVE 4/5

RECOMMANDATIONS SUITE

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

- en présentant aux professionnels les principaux facteurs de risque de déficiences gustatives et signes d'alerte;
- en inscrivant cette thématique dans le plan de formation ou en organisant des journées d'information (par exemple lors de la Semaine du goût);
- en formant un « personnel référent » qui transmettra son savoir-faire aux autres professionnels de l'Ehpad;
- en mettant à leur disposition des outils simples d'aide au repérage (cf. outils);
- en organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux déficiences sensorielles;
- en inscrivant les différents plans de formation dans le projet d'établissement.

RÉSULTATS ATTENDUS

- dès l'admission, l'ensemble des résidents bénéficie d'un bilan bucco-dentaire;
- les déficiences gustatives sont précocement repérées;
- l'équipe est sensibilisée et formée au repérage des signes de déficiences gustatives;
- un personnel référent DS est nommé au sein de l'établissement;
- la qualité de vie du résident et son appétit sont maintenus;
- le personnel soignant surveille régulièrement le poids du résident (au moins une fois par mois);
- l'équipe, les partenaires médicaux et paramédicaux, les associations spécialisées s'associent pour proposer les solutions les plus adaptées lorsqu'une déficience à été diagnostiquée;
- le résident est accompagné dans sa déficience afin de pallier les risques inhérents à cette perte;
- l'adaptation de l'accompagnement est inscrite dans le projet personnalisé;
- le résident est invité à faire part de ses envies et choix. Il est associé au choix des solutions proposées. Celles-ci sont adaptées en fonction des pathologies associées (annexes);
- les professionnels s'approprient les recommandations liées aux déficiences sensorielles, soutenus plus spécifiquement par le référent DS.



DÉFICIENCE GUSTATIVE 5/5

DES OUTILS⁷³ POUR ALLER PLUS LOIN...

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

- INPES. *Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées* (version 2015);
- INPES. *Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé des guides Nutrition à partir de 55 ans et Nutrition pour les aidants des personnes âgées*. 2006;
- [AGIRC-ARRCO/UFSBD](#)⁷⁴. *Santé bucco-dentaire : Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées*. 2014;
- SOHDEV⁷⁵. *Référentiels de prise en charge : Prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes*. 2013.

⁷³ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

⁷⁴ Union française de santé bucco-dentaire.

⁷⁵ Santé Orale, Handicap, Dépendance Et Vulnérabilité.



DÉFICIENCE OLFACTIVE 1/4

POUR LES PROFESSIONNELS

LES SIGNES D'ALERTE

« Les signes qui doivent m'alerter »

J'observe que la personne :

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

LES FACTEURS DE RISQUE

Bon à savoir

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

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



DÉFICIENCE OLFACTIVE 2/4

POUR LA STRUCTURE

RECOMMANDATIONS

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

- en vérifiant avec la personne et/ou son entourage⁷⁶ dès l'entrée en établissement, puis au moins une fois par an ou en fonction des besoins :
 - la date de la dernière visite chez un otorhinolaryngologiste ou la dernière fois que des tests d'olfactométrie ont été réalisés ;
 - l'acuité olfactive (médecin traitant, médecin coordonnateur, [IDEC](#), orthophoniste) en organisant des tests d'odeurs (reconnaissance d'odeurs usuelles : fraise, lavande, rose, vanille) dans le cadre d'ateliers ludiques ;
- en observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants (cf. les signes d'alerte) ;
- en échangeant avec la personne mais également, si la personne est d'accord, avec son entourage et les membres de l'équipe (aide-soignant, animateur, psychologue, etc.)⁷⁷, ainsi qu'avec son médecin traitant sur les changements observés ;
- en s'appuyant sur le personnel référent DS qui va procéder au repérage de la déficience à l'aide d'outils simples ;
- en introduisant un item « odorat » dans le projet personnalisé.

Partager l'analyse des signes repérés

- en échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec son entourage, le référent formé et si besoin avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne (associations, bénévoles, libéraux, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations ;
- en prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations qui s'intègrent dans l'organisation de l'établissement (médecin coordonnateur, [IDEC](#), médecin traitant) ;
- en organisant les remontées d'informations (transmissions ciblées et tracées) entre les professionnels de l'établissement et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs lorsque nécessaire (otorhinolaryngologiste, etc.).

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

⁷⁷ L'équipe se compose de l'ensemble du personnel présent aux réunions de transmission notamment mais aussi l'ensemble des autres professionnels de l'établissement (animateurs, agents de service, personnels de restauration, jardiniers, secrétaires, coiffeurs, bénévoles, etc.) qui peuvent signaler ou être interrogés sur les changements observés.



DÉFICIENCE OLFACTIVE 3/4

RECOMMANDATIONS SUITE

Rechercher des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement

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

- programmer une consultation avec le médecin traitant et, selon les besoins, avec un spécialiste de l'odorat (otorhinolaryngologiste) afin de vérifier si la personne souffre d'une perte partielle (hyposmie) ou totale de l'odorat (anosmie);
- stimuler l'odorat en diffusant des odeurs rappelant aux résidents des moments agréables de leur vie (café, mandarine, etc.);
- compenser le déficit olfactif en ajoutant des arômes à plusieurs aliments courants (légumes, viandes, potages, etc.).

Niveau 2 : pas d'actions correctrices immédiates

- impliquer la personne et ses aidants dans la recherche de solutions : aides techniques, adaptation de l'environnement à la déficience olfactive, soins rééducatifs (otorhinolaryngologiste, associations spécialisées dans la déficience olfactive, etc.);
- s'appuyer sur les partenaires médicaux (médecin traitant, otorhinolaryngologiste, etc.), paramédicaux et associatifs;
- programmer des animations adaptées pour éviter des situations de mise en échec (ergothérapeute, animateur, psychologue, psychomotricien, bénévoles, etc.);
- formaliser dans le projet personnalisé les solutions proposées, les actions mises en œuvre et les points de vigilance au regard de la spécificité de la déficience olfactive (anosmie associée à une agueusie, allergie chronique, début d'Alzheimer, etc.);
- **IMPORTANT** : en s'appuyant sur l'histoire de vie, insister au cours des échanges sur les odeurs qui ont marqué sa vie et sur les souvenirs associés afin de pouvoir travailler sur des odeurs qui vont provoquer chez le résident un plaisir immédiatement perceptible.

Niveau 3 : adapter l'architecture et l'environnement

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

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



DÉFICIENCE OLFACTIVE 4/4

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

- en présentant aux professionnels les principaux facteurs de risque de déficiences olfactives;
- en explicitant comment fonctionne l'odorat du résident et en précisant l'adaptation d'accompagnement à mettre en place (cf. fiche-repère « savoir-être » et « savoir-faire »);
- en inscrivant cette thématique dans le plan de formation ou en organisant des journées d'information;
- en formant un « personnel référent » qui transmettra son savoir-faire aux autres professionnels de l'Ehpad;
- en organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, de guide d'accompagnement voire d'aides techniques relatives aux déficiences sensorielles;
- en inscrivant différents plans de formation dans le projet d'établissement.

RÉSULTATS ATTENDUS

- les déficiences olfactives sont précocement repérées;
- l'équipe est sensibilisée et formée au repérage des signes de déficiences sensorielles;
- un personnel référent DS est nommé au sein de l'établissement;
- la qualité de vie du résident est maintenue;
- l'équipe de l'Ehpad, les partenaires médicaux et paramédicaux, les associations spécialisées s'associent pour proposer les solutions les plus adaptées lorsqu'une déficience a été diagnostiquée;
- le résident est accompagné dans sa déficience afin de pallier les risques inhérents à cette perte;
- l'adaptation de l'accompagnement est inscrite dans le projet personnalisé;
- le résident est invité à faire part de ses envies et choix. Il est associé au choix des solutions proposées. Celles-ci sont adaptées en fonction des pathologies associées (annexes);
- les professionnels, les aidants et le résident sont formés à l'utilisation des aides techniques;
- les professionnels s'approprient les recommandations liées aux déficiences sensorielles, soutenus plus spécifiquement par le référent DS.

DES OUTILS⁷⁹ POUR ALLER PLUS LOIN...

À ce jour, il n'existe pas d'outils de repérage exploitables par les établissements sociaux et médico-sociaux.

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



DÉFICIENCE VESTIBULAIRE 1/4

POUR LES PROFESSIONNELS

LES SIGNES D'ALERTE

« Les signes qui doivent m'alerter »

J'observe que la personne :

- trébuche ou se cogne régulièrement, voire chute plus souvent ;
- marche plus lentement, se déplace moins loin, voire ne sort plus ;
- a du mal à parler en marchant ;
- frotte les murs en marchant ;
- refuse de traverser les halls ou les espaces ouverts, pratique le « cabotage », marche d'un support à un autre ;
- a peur de chuter, demande à s'appuyer au bras de quelqu'un pour marcher ;
- est gênée par les changements de luminosité ;
- réalise des demi-tours de façon lente et parfois périlleuse ;
- se plaint d'avoir la tête qui tourne (ébrieuse) ;
- ressent un malaise en étant allongé dans le lit ou en se retournant lors des toilettes au lit ;
- .../...

LES FACTEURS DE RISQUE

Bon à savoir

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

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



DÉFICIENCE VESTIBULAIRE 2/4

POUR LA STRUCTURE

RECOMMANDATIONS

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

- en vérifiant avec la personne et/ou son entourage⁸⁰ dès l'entrée en établissement, puis au moins une fois par an ou en fonction des besoins :
 - la date de la dernière visite chez un otorhinolaryngologiste et un masseur-kinésithérapeute, ou la dernière fois que des tests d'équilibre ont été réalisés ;
 - l'équilibre en organisant des tests (test CTSIB avec bloc de mousse et test get up and go – médecin traitant, médecin coordonnateur, [IDEC](#), masseur-kinésithérapeute) ;
- en observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants (cf. les signes d'alerte) ;
- en échangeant avec la personne mais également, si la personne est d'accord, avec son entourage et les membres de l'équipe (aide-soignant, animateur, psychologue, etc.)⁸¹, ainsi qu'avec son médecin traitant sur les changements observés ;
- en s'appuyant sur le personnel référent DS qui va procéder au repérage de la déficience à l'aide d'outils simples ;
- en introduisant un item « vestibulaire » dans le projet personnalisé.

Partager l'analyse des signes repérés

- en échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec son entourage, le référent formé et, si besoin, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne (associations, bénévoles, libéraux, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations ;
- en prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations qui s'intègrent dans l'organisation de l'établissement (médecin coordonnateur, [IDEC](#), médecin traitant) ;
- en organisant les remontées d'informations (transmissions ciblées et tracées) entre les professionnels de l'établissement et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs lorsque nécessaire (otorhinolaryngologiste, masseur-kinésithérapeute, etc.).

⁸⁰ Par entourage, on entend : le ou les aidant(s), la famille, les proches, la personne de confiance, le représentant légal.

⁸¹ L'équipe se compose de l'ensemble du personnel présent aux réunions de transmission notamment mais aussi l'ensemble des autres professionnels de l'établissement (animateurs, agents de service, personnels de restauration, jardiniers, secrétaires, coiffeurs, bénévoles, etc.) qui peuvent signaler ou être interrogés sur les changements observés.



DÉFICIENCE VESTIBULAIRE 3/4

RECOMMANDATIONS SUITE

Rechercher des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement

Niveau 1 : actions correctrices immédiates à mettre en place en priorité⁸²

- vérifier la présence d'un bouchon de cérumen ou d'un corps étranger obstruant le canal auditif;
- programmer une consultation avec le médecin traitant et, selon les besoins, avec un spécialiste de l'équilibre (otorhinolaryngologiste, masseur-kinésithérapeute, etc.):
 - test de l'équilibre;
 - vérification du traitement médicamenteux;
- prioriser les actions correctrices immédiates : marche régulière à l'extérieur, chaussures adaptées.

Niveau 2 : pas d'actions correctrices immédiates possibles

- impliquer la personne et ses aidants dans la recherche de solutions : aides techniques (canne, déambulateur, etc.), adaptation de l'environnement à la déficience vestibulaire (lumière/contraste, rampes et autre supports techniques), soins rééducatifs (masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute, associations spécialisées dans la déficience vestibulaire, etc.);
- s'appuyer sur les partenaires médicaux (médecin traitant, otorhinolaryngologiste, etc.) paramédicaux (masseur-kinésithérapeute, etc.) et associatifs pour favoriser l'acceptation des aides techniques si besoin;
- programmer des animations adaptées pour éviter des situations de mise en échec (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, animateur, psychologue, psychomotricien, bénévoles, etc.);
- formaliser dans le projet personnalisé les solutions proposées, les actions mises en œuvre et les points de vigilance au regard de la déficience vestibulaire.

Niveau 3 : adapter l'architecture et l'environnement

- installer systématiquement des rampes adaptées dans les couloirs, les escaliers, etc.;
- protéger les angles de certains meubles;
- sécuriser les allées et les chemins à l'intérieur comme à l'extérieur de l'Ehpad;
- installer des bancs;
- intégrer un volet « architecture et environnement » dans le projet d'établissement.

⁸² Les actions doivent être mises en place avec l'accord de la personne et dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations.



DÉFICIENCE VESTIBULAIRE 4/4

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

- en présentant aux professionnels les principaux facteurs de risque des déficiences vestibulaires et signes d'alerte;
- en explicitant les sensations ressenties par le résident et en précisant l'adaptation d'accompagnement à mettre en place (cf. Fiche-repère « savoir-être » et « savoir-faire »);
- en inscrivant cette thématique dans le plan de formation ou en organisant des journées d'information;
- en formant un « personnel référent » qui transmettra son savoir-faire aux autres professionnels de l'Ehpad;
- en mettant à leur disposition des outils simples d'aide au repérage (cf. Outils);
- en organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, de guides d'accompagnement, voire d'aides techniques relatives aux déficiences sensorielles;
- en inscrivant différents plans de formation dans le projet d'établissement.

RÉSULTATS ATTENDUS

- au moment de l'admission, l'ensemble des nouveaux résidents bénéficie d'une évaluation des fonctions d'équilibration;
- les déficiences vestibulaires sont précocement repérées;
- l'équipe est sensibilisée et formée dans le repérage des signes de déficiences sensorielles;
- un personnel référent DS est nommé au sein de l'établissement;
- la qualité de vie du résident est maintenue;
- l'équipe de l'Ehpad, les partenaires médicaux et paramédicaux, les associations spécialisées s'associent pour proposer les solutions les plus adaptées lorsqu'une déficience a été diagnostiquée;
- le résident est accompagné dans sa déficience afin de pallier les risques inhérents à cette perte;
- l'adaptation de l'accompagnement est inscrite dans le projet personnalisé;
- le résident est invité à faire part de ses envies et choix. Il est associé au choix des solutions proposées. Celles-ci sont adaptées en fonction des pathologies associées (annexe);
- les professionnels, les aidants et le résident sont formés à l'utilisation des aides techniques;
- les professionnels s'approprient les recommandations liées aux déficiences sensorielles, soutenus plus spécifiquement par le référent DS.

DES OUTILS⁸³ POUR ALLER PLUS LOIN...

Pour l'évaluation de l'équilibre et de la marche :

- test get up and go;
- test CTSIB avec bloc de mousse.

⁸³ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...



DÉFICIENCE TACTILE 1/4

POUR LES PROFESSIONNELS

LES SIGNES D'ALERTE

« Les signes qui doivent m'alerter »

J'observe que la personne :

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

LES FACTEURS DE RISQUE

Bon à savoir

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

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



DÉFICIENCE TACTILE 2/4

POUR LA STRUCTURE

RECOMMANDATIONS

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

- en mettant en place des tests simples de sensibilité fine des pieds et des mains et ce, dès l'arrivée du résident (avec son accord), puis au moins une fois par an ou en fonction des besoins;
- en observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants;
- en échangeant avec la personne mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage⁸⁴ et les partenaires qui l'accompagnent, dont son médecin traitant;
- en échangeant, si la personne est d'accord, avec son entourage et les membres de l'équipe (médecin coordonnateur, aide-soignant, infirmier, animateur, etc.)⁸⁵, ainsi qu'avec son médecin traitant sur les changements observés;
- en s'appuyant sur le référent DS au sein de l'Ehpad qui va procéder au repérage de la déficience avec l'aide d'outils simples;
- en introduisant un item « toucher » dans le projet personnalisé.

Partager l'analyse des signes repérés

- en échangeant avec la personne ou, le cas échéant, le représentant légal, l'entourage, la personne de confiance, le référent et, si besoin, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne (bénévoles, libéraux, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations;
- en prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations;
- en organisant les remontées d'informations (transmissions ciblées et tracées) entre les professionnels de l'établissement et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs.

⁸⁴ Par entourage on entend : le ou les aidant(s), la famille, les proches, la personne de confiance, le représentant légal.

⁸⁵ L'équipe se compose de l'ensemble du personnel présent aux réunions de transmission notamment mais aussi l'ensemble des autres professionnels de l'établissement (animateurs, agents de service, personnels de restauration, jardiniers, secrétaires, coiffeurs, bénévoles, etc.) qui peuvent signaler ou être interrogés sur les changements observés.



DÉFICIENCE TACTILE 3/4

RECOMMANDATIONS SUITE

Rechercher des actions correctrices ou des solutions d'accompagnement

Niveau 1 : actions correctrices immédiates à mettre en place en priorité⁸⁶

- orienter la personne vers un spécialiste pour diagnostiquer la déficience tactile/évaluer son niveau (médecin traitant, médecin coordonnateur, neurologue, dermatologue, otorhinolaryngologiste, « pédicure-podologue », etc.) ;
- mettre en place des exercices de stimulation sensorielle/de rééducation (ergothérapeute, animateur, etc.) ;
- mobiliser régulièrement (toutes les 2 heures) les personnes ayant une déficience tactile, alitées ou confinées au fauteuil ;
- proposer des matelas et des draps anti-escarres (médecin coordonnateur, [IDEC](#), médecin traitant, pharmacien) ;
- éviter les matières ou fibres synthétiques (ex : ustensiles de plastique, qui sont trop légers et nuisent à la manipulation⁸⁷ – Pharmacien, ergothérapeute, psychomotricien, etc.) ;
- mettre en place un appareillage si besoin (orthèse, etc.) ;
- porter des vêtements dont la matière est supportable pour la personne (éviter les vêtements irritants comme la laine par exemple) ;
- adapter la température de l'eau lors de la toilette ;
- adapter les gants utilisés lors de la toilette (gants en latex au lieu de gants en éponge le cas échéant).

Niveau 2 : pas d'actions correctrices immédiates possibles

- impliquer la personne et ses aidants dans la recherche de solutions : adaptation de l'environnement à la déficience tactile, rééducation (ergothérapeute) ;
- s'appuyer sur les partenaires médicaux, paramédicaux (ergothérapeute, psychomotricien, etc.), associatifs pour favoriser l'acceptation des aides techniques si besoin ;
- formaliser dans le projet personnalisé les solutions proposées, les éventuelles difficultés au regard de la spécificité de déficience tactile (hypoesthésie, anesthésie, dysesthésie, hyperesthésie, etc.) et les inscrire dans le plan de soins.

Niveau 3 : adapter l'architecture et l'environnement

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

⁸⁶ Les actions doivent être mises en place avec l'accord de la personne et dans le respect des règles liées au secret professionnel et au partage d'informations.

⁸⁷ Des ustensiles adaptés peuvent être achetés dans des boutiques spécialisées pour orthèses ou prothèses.



DÉFICIENCE TACTILE 4/4

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

- en sensibilisant l'ensemble de l'équipe aux principaux signes d'alerte et facteurs de risque des déficiences tactiles;
- en inscrivant cette thématique dans le plan de formation ou en organisant des journées d'informations;
- en formant spécifiquement à la déficience tactile un « personnel référent » qui transmettra son savoir-faire aux autres professionnels de l'Ehpad;
- en mettant à leur disposition des outils/tests simples d'aide au repérage (cf. outils);
- en organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, de guides d'accompagnement, voire d'aides techniques relatives aux déficiences sensorielles;
- en inscrivant les différents plans de formation dans le projet d'établissement.

RÉSULTATS ATTENDUS

- les déficiences tactiles sont précocement repérées;
- l'équipe est sensibilisée et formée au repérage des signes de déficiences sensorielles;
- un personnel référent DS est nommé au sein de l'établissement;
- la qualité de vie du résident est maintenue;
- l'équipe de l'Ehpad, les partenaires médicaux et paramédicaux, les associations spécialisées s'associent pour proposer les solutions les plus adaptées lorsqu'une déficience a été diagnostiquée;
- le résident est accompagné dans sa déficience afin de pallier les risques inhérents à cette perte;
- l'adaptation de l'accompagnement est inscrite dans le projet personnalisé;
- le résident est invité à faire part de ses envies et choix. Il est associé au choix des solutions proposées. Celles-ci sont adaptées en fonction des pathologies associées (annexes);
- les professionnels s'approprient les recommandations liées aux déficiences sensorielles, soutenus plus spécifiquement par le référent DS.

DES OUTILS⁸⁸ POUR ALLER PLUS LOIN...

Pour le repérage de la sensibilité tactile:

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

⁸⁸ L'ensemble des outils sont téléchargeables, ils servent de support à la formation, l'échange...

FICHES-REPÈRES

« savoir-être » et « savoir-faire »

Mémento toutes déficiences	72
Déficiency visuelle	73
Déficiency auditive	77
Déficiency gustative et/ou olfactive	79
Déficiency vestibulaire	81
Déficiency tactile	82

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

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

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

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

Communiquer avec une personne atteinte de déficience sensorielle peut s'avérer compliqué. Les éléments de « savoir-être » et « savoir-faire » donnent aux personnes amenées à intervenir auprès des personnes âgées atteintes de déficiences sensorielles (personnel de l'établissement, entourage⁸⁷, etc.) des conseils, des attitudes à adopter/privilégier pour un accompagnement adapté.

Ces fiches-repères tiennent compte, dans la mesure du possible, des différents espaces (espace collectif ou espace privé) et des différents moments de la journée et des activités.

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

LORS DE TOUT ÉCHANGE

- vous présenter à la personne, la saluer, annoncer l'objet de votre visite et de votre intervention (en cas d'intervention dans la chambre, frapper à la porte et attendre sa réponse avant d'entrer);
- vous identifier clairement même si elle vous connaît;
- être bien vu, éviter les contre-jours;
- vous assurer qu'elle perçoit bien que vous vous adressez à elle (vérifier qu'elle porte bien son appareil auditif et/ou ses lunettes si elle en possède);
- vous exprimer distinctement, articuler, utiliser un vocabulaire courant (sans pour autant l'infantiliser);
- parler lentement plutôt que fort;
- vous assurer qu'elle a compris vos propos en lui posant la question;
- demander son accord avant tout contact avec elle;
- discuter du déroulé de la journée (matinée ou soirée);
- proposer votre aide, ne pas faire à sa place;
- être patient et prendre le temps nécessaire;
- éviter les grands gestes;
- la prévenir avant de la quitter puis lui souhaiter une bonne journée/soirée/appétit...

Ces règles de « savoir-être » et « savoir-faire » sont applicables à l'ensemble des résidents atteints de déficiences sensorielles (quelles qu'elles soient).

Certains de ces principes généraux peuvent être appliqués à l'ensemble des résidents.

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



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE VISUELLE 1/4

ÉCHANGES DANS LES ESPACES PRIVÉS

Chambre/salle de bains : petit-déjeuner, toilette, coucher...

- se placer dans la lumière (ne pas être dos à la fenêtre) ;
- se positionner en face d'elle, veiller à un éclairage de la pièce suffisant sans qu'il ne soit éblouissant ;
- utiliser un vocabulaire imagé (ne pas craindre d'utiliser les termes tels que « voir », « regarder ») ;
- lui proposer, si elle ne les a pas encore, ses lunettes ou tout autres aides techniques habituellement utilisées (lunettes, canne, loupe, etc.) ;
- lui demander si la luminosité lui convient (si c'est le matin, lui demander si elle souhaite que l'on ouvre ou pas complètement les rideaux, que l'on augmente les lumières, etc.) ;
- annoncer et expliquer clairement les gestes qui vont être effectués, notamment avant tout contact corporel ;
- lui donner des repères : annoncer la date du jour, le temps qu'il fait, le déroulement de sa journée ou de la prochaine activité programmée ;
- lui demander ce dont elle a besoin, lui proposer votre aide si nécessaire (choix des vêtements adaptés à la saison, lecture du courrier, etc.) ;
- ranger chaque objet aux endroits habituels ;



ASTUCES

Pour que les intervenants respectent l'emplacement de chaque objet : coller une gommette, mettre des napperons avec le nom des objets, élaborer et afficher un plan de chambre, un repérage au sol du mobilier, organiser les armoires, etc. Ce travail peut être effectué avec l'aide d'un ergothérapeute.

- l'informer de tout changement dans son environnement ;
- l'informer lorsque vous la quittez, demander si elle souhaite que l'on referme la porte.

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

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



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE VISUELLE 2/4

DANS LES ESPACES COLLECTIFS

Couloir: faciliter ses déplacements

- veiller à ce que les couloirs ne soient pas encombrés avec des objets pour éviter que la personne chute, se cogne, etc. ;
- laisser les portes soit complètement ouvertes, soit complètement fermées, mais jamais partiellement ouvertes ;
- si elle souhaite être accompagnée, lui proposer de la guider ou lui demander au préalable comment elle désire être guidée ;
- si nécessaire, lui donner des explications et directions claires et précises (toujours les identifier par rapport à la personne, par exemple « à votre gauche », « devant vous »...).



ASTUCES

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

Salle de restauration

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



ASTUCES

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



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE VISUELLE 3/4

Salle d'animation/salle collective

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

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



ASTUCES

Cet accompagnement peut être réalisé par un résident qui aura été sensibilisé à cette technique d'accompagnement.

Extérieur

- selon la pathologie visuelle de la personne, veiller au port de lunettes de soleil, de casquette, de visière, de chapeau à large bords pour minimiser les phénomènes d'éblouissement;
- veiller à ce qu'elle n'ait pas oublié ses aides techniques (cane, télécommande, borne audiodescriptive, etc.);
- la situer dans son environnement, surtout lorsque vous la quittez;
- ne pas la quitter sans que l'environnement ne soit sécurisé, et seulement après avoir vérifié sa bonne compréhension de son environnement.



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE VISUELLE 4/4

PRINCIPALES PATHOLOGIES VISUELLES ET CONSÉQUENCES SUR LA VUE: ILLUSTRATIONS

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



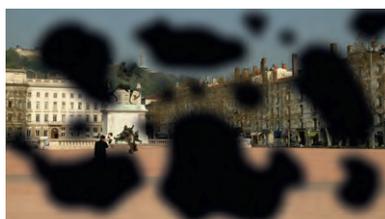
- Cataractes: la personne a une **vision floue**



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



- Rétinopathie diabétique: la personne a une **vision altérée (apparition de tâches noires)**



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

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

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



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE AUDITIVE 1/2

LORS DE TOUT ÉCHANGE

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

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



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE AUDITIVE 2/2

DANS LES ESPACES PRIVÉS

Chambre/salle de bains : petit-déjeuner, toilette, coucher...

- si nécessaire, équiper la chambre, si nécessaire, d'une sonnette à signal lumineux ou convenir d'un code spécifique;
- ne pas se placer à contre-jour/ne pas éblouir la personne en la plaçant face à une fenêtre;
- être expressif pour décrire l'environnement (par exemple : signe qu'il fait froid, très chaud, qu'il pleut, etc.);
- mettre en place des moyens de communication adaptée (carnet, ardoise, tablettes tactiles, sms, etc.);
- réduire les bruits de fond en adaptant l'environnement sonore (fermer la fenêtre, arrêter la télévision ou la radio, etc.);
- travailler avec discrétion et veiller à ne pas générer des bruits parasites lorsqu'on adresse la parole au résident.

DANS LES ESPACES COLLECTIFS

Salle de restauration, salle d'animation...

- proposer la version papier du menu du jour;
- être vigilant sur le choix de la table et de la place assise (ex : ne pas placer la personne face à la fenêtre ou à la lumière) afin qu'elle puisse bien voir les visages;
- attirer l'attention de la personne avant de lui parler (lui faire un signe);
- prendre l'habitude de vous tourner de son côté et parler distinctement, chacun à son tour, lors du service;
- organiser l'expression/la prise de parole de chacun lors de la communication en groupe (expliquer aux voisins de table la nécessité de parler chacun à leur tour);
- prévenir les autres résidents des difficultés d'audition afin qu'elles y soient attentives.

PRINCIPALES PATHOLOGIES AUDITIVES ET CONSÉQUENCES SUR L'OUÏE : ILLUSTRATIONS

- La **presbyacousie** : la personne entend moins bien les sons aigus émis à faible intensité. Elle ressent une impression de sons brouillés.
- Les **acouphènes** : la personne perçoit des sons aigus et graves, ressentis comme intra-crâniens (dans la tête) ou intra-auriculaires (dans l'oreille), d'un seul ou des deux côtés.



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE GUSTATIVE ET/OU OLFACTIVE 1/2



DANS LES ESPACES PRIVÉS ET COLLECTIFS

Chambre/salle de bains : toilette, entretien...

- (sur)veiller à l'état bucco-dentaire et à l'utilisation de matériel adapté aux besoins (brosse à dents souples, brossages et nettoyage des prothèses, etc.);
- lors de la toilette, échanger avec la personne sur l'odeur du produit de toilette utilisé et lui spécifier que c'est parfumé et agréable (par exemple, en le posant sur le gant de toilette, ne pas hésiter à dire qu'il sent bon ou lui spécifier le parfum.

La personne ayant une déficience olfactive et/ou gustative peut se retrouver en situation d'échec si on lui propose d'emblée de sentir des odeurs qu'elle ne reconnaît plus.

Repas (petit-déjeuner, déjeuner, dîner)

- veiller à ce que la personne porte sa (ses) prothèse(s) dentaire(s);
- proposer un repas répondant au mieux à ses goûts et adapté à sa capacité de mastication;
- en amont, rappeler le menu et faire un lien avec ses goûts culinaires ou souvenirs (lui demander par exemple comment elle cuisinait tel aliment, avec quoi elle aimait le manger, etc.);
- proposer une table soignée (jolies assiettes, jolis verres, bouquets de fleurs, etc.) et jouer entre les coloris de la vaisselle et des aliments (favoriser les contrastes);
- pour les personnes atteintes de démences, privilégier les couleurs unies et la vaisselle sans décoration;
- s'agissant du plat lui-même : tout mettre en œuvre pour une présentation à l'assiette soignée;
- proposer 2 desserts si la personne avait tendance à préférer le sucré;
- ajouter si nécessaire des épices, des exhausteurs de goût;
- proposer chaque plat les uns après les autres;
- veiller à la convivialité de ce moment (sourires, paroles et gestes attentionnés, etc.) et à la bonne entente des personnes qui se retrouvent autour de la table.



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE GUSTATIVE ET/OU OLFACTIVE 2/2



Collation

- proposer un goûter aux multiples couleurs et saveurs (des fruits, des gâteaux, etc.);
- insister sur la présentation.



ASTUCES

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



ASTUCES

Pour réintroduire la notion de plaisir et de manger au quotidien :

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



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE VESTIBULAIRE

LORS DE TOUT ÉCHANGE

- attirer l'attention de la personne avant de lui parler;
- se mettre à sa hauteur pour lui parler;
- prendre le temps de lui parler sans la brusquer;
- ne pas lui parler pendant qu'elle marche.

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

DANS LES ESPACES PRIVÉS

Chambre/salle de bains : petit-déjeuner, toilette, coucher...

- s'assurer que la personne est équipée de ses aides techniques pour la journée (lunettes, canne, etc.);
- ne pas encombrer l'espace mais s'assurer que la personne puisse s'appuyer sur différents supports pour ne pas chuter;
- accompagner son lever (lit, chaise, etc.);
- aider la personne à trouver la position – debout ou assise – qui lui permet de se sentir sécurisée;
- s'assurer que les accessoires sont à portée de main pour éviter qu'elle ne se penche;
- encourager la personne à sortir régulièrement de sa chambre (pas forcément dehors) et l'accompagner si nécessaire dans le jardin et/ou la cour de l'établissement;
- prendre contact avec la personne sans la surprendre.

DANS LES ESPACES COLLECTIFS

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

- veiller à ce que les couloirs ne soient pas encombrés avec des objets pouvant entraîner des chutes;
- laisser les portes soit complètement ouvertes, soit complètement fermées, mais jamais partiellement ouvertes;
- s'assurer que la personne a ses aides techniques (cane, déambulateur, etc.);
- être vigilant sur le choix de la place assise (ex: ne pas placer la personne face à la fenêtre ou à la lumière);
- faire en sorte que la personne ne se lève pas trop rapidement (chaises avec accoudoirs);
- si besoin, aider la personne au moment de s'asseoir et de se lever et attendre qu'elle se sente stabilisée;
- encourager la personne à sortir régulièrement de sa chambre;
- l'accompagner si nécessaire dans le jardin ou la cour de l'établissement;
- éviter les lieux où il y a foule.



FACE À UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICIENCE TACTILE

ÉCHANGE DANS LES ESPACES PRIVÉS

Chambre/salle de bains : petit-déjeuner, toilette, coucher...

- avant tout contact avec la personne, lui demander son accord ;
- identifier le degré de réceptivité de la personne en fonction notamment de son hypo et/ou hypersensibilité ;
- proposer votre aide pour accomplir certaines tâches simples (s'habiller, boutonner ses vêtements, écrire, marcher, attraper un objet, etc.) ;
- si la personne est alitée, la mobiliser fréquemment (au moins toutes les 2 heures, ou plus si nécessaire) et s'assurer que sa peau ne présente pas de rougeurs ou de plaies.

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

Couloir/Extérieur/Salle d'animation/Salle de restauration

- lui demander si elle a besoin d'aide pour se déplacer ;
- veiller au port de chaussures adaptées pour réduire le risque de chute ;
- proposer votre aide pour l'accomplissement de tâches qui semblent être difficiles, comme par exemple attraper les couverts, porter le verre à sa bouche, etc. ;
- pour les repas, proposer des couverts adaptés pour préserver une autonomie maximale.

Le toucher est particulièrement important pour une personne atteinte d'une autre déficience sensorielle, par exemple visuelle ou auditive. C'est le moyen de maintenir le contact avec son environnement.

ANNEXES

**1. La personne
de confiance 85**

**2. Financement des aides
techniques 86**

**3. Les professionnels
de la rééducation et de
la réadaptation 90**

**4. « Savoir-être » et
« savoir-faire » pour limiter les
troubles du comportement dans les
moments forts de la journée 94**

5. Conduite des travaux 96

5. Glossaire 98

1 LA PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance a d'abord été consacrée par l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique, issu de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé. Son rôle a été renforcé par les lois n°2005-310 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Puis la loi du 28 décembre 2015 dite « [ASV](#) », comme la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, ont décliné le dispositif de la personne de confiance sanitaire dans le secteur social et médico-social. La désignation de la personne de confiance, y-compris celle spécifique au secteur médico-social, se fait dans les conditions de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique. Ainsi, la personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

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

Le rôle de la personne de confiance est double :

- *accompagner l'usager, à sa demande, dans ses démarches et assister aux consultations médicales pour l'aider dans ses décisions;*
- *recevoir l'information et être consultée si la personne qui l'a désignée est hors d'état de s'exprimer, afin qu'elle rende compte de la volonté de la personne. Cela ne signifie pas que la personne de confiance se substitue au patient mais que les médecins se doivent de recueillir son témoignage et de l'informer, à cette fin, sur l'état de santé avant tout acte ou traitement. En particulier dans les phases avancées ou terminales d'une affection grave ou incurable, où le témoignage de la personne de confiance prévaut sur tout autre témoignage non médical, à l'exclusion d'éventuelles « directives anticipées ».*

1.2 LA PERSONNE DE CONFIANCE SPÉCIFIQUE AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

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

Cette personne de confiance a pour missions :

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

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

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

2 FINANCEMENT DES AIDES TECHNIQUES

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

Il convient de différencier les aides techniques listées dans cette fiche et les dispositifs prévus dans le cadre du forfait soin.

REPÈRES JURIDIQUES

Le tarif d'un Ehpad comporte 3 volets (art. L.314-2 et R.314 -158 du [CASF](#)) :

- le tarif « hébergement » relatif à la fourniture du gîte et du couvert et non liée à l'état de dépendance du résident (art. R.314-159 du [CASF](#)) ;
- le tarif « dépendance » relatif au matériel, l'assistance et la surveillance nécessaires à l'accueil de la personne dans le cadre de sa perte d'autonomie (art. R.314-160 du [CASF](#)) ;
- le tarif « soins » relatif aux prestations médicales et paramédicales (art. R.314-161 du [CASF](#)) nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents (art. L.314-9 du [CASF](#)). Ce tarif est entièrement pris en charge par l'assurance maladie.

Les prestations paramédicales correspondent à leur dépendance et les indemnités des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes participant aux réunions de la commission de coordination gériatrique (art. R.314-161 et R.314-162 du [CASF](#)) sont couvertes par le tarif « soins ». En sont notamment exclus : les soins conservateurs, chirurgicaux et de prothèse dentaire, les honoraires des médecins spécialistes libéraux et les transports sanitaires (art. R.314-168 du [CASF](#)).

Lors de la signature de la convention tripartite, les Ehpad peuvent choisir un tarif « soins » partiel ou global. Le premier prend en charge le salaire du médecin coordonnateur et les actes des infirmiers libéraux. Le second intègre, en plus, la rémunération des médecins généralistes libéraux ou des auxiliaires médicaux libéraux, certains examens de biologie et de radiologie et certains médicaments (art. R.314-167 du [CASF](#)).

Si l'Ehpad a opté pour une pharmacie à usage intérieur (PUI), les médicaments sont inclus.

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

SITUATION SANS AIDE SPÉCIFIQUE POUR TOUS

Assurance maladie et mutuelle

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

AIDES FINANCIÈRES POUR LES AIDES TECHNIQUES POUR LES RÉSIDENTS EN EHPAD

MDPH

- **La Prestation de compensation du handicap (PCH)**
Cette aide s'adresse à toute personne jusqu'à 60 ans et à toute personne âgée de 60 à 75 ans si elle répondait aux critères d'attribution avant ses 60 ans. Après 75 ans, un primo-demandeur ne peut plus solliciter l'attribution de la *PCH* mais doit demander le bénéfice de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (*APA*) auprès du Conseil départemental.
- **Le Fonds départemental de la compensation (FDC)** peut accorder une aide financière ponctuelle aux personnes handicapées pour le restant de frais non pris en charge après attribution de la prestation de compensation du handicap (*PCH*). Il s'adresse essentiellement aux personnes âgées de moins de 60 ans, avec une possibilité d'élargissement aux personnes de plus de 60 ans selon les cas. Il est soumis aux ressources de la personne.

La prestation de compensation du handicap et le fonds départemental de la compensation prévoient des financements pour :

- l'acquisition de certaines aides techniques (fauteuil roulant, lève-personne, plage braille, audioprothèse, etc.);
- assurer l'entretien d'un chien d'assistance ou d'un chien guide d'aveugle.

Assurance-Maladie

- **Aides extra-légales de l'assurance maladie via le service social**
Cette prestation concerne les dépenses de santé restant à charge avec ou sans les remboursements légaux et complémentaires.
- **CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire)**
La CMU-C donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Cela inclut des forfaits de prise en charge pour les soins dentaires, les lunettes, les prothèses auditives, les prothèses dentaires, les dispositifs médicaux (cannes, matériel médical, etc.) dans la limite des conditions et tarifs fixés pour la CMU-C.
- **ACS (Aide au paiement d'une complémentaire santé)**
L'ACS est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. Elle donne droit, durant un an, à une aide financière pour payer votre contrat de complémentaire santé. Il existe 3 niveaux de garantie prévoyant chacun la prise en charge du ticket modérateur à 100 % (exceptés pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %), du forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie et **des lunettes, prothèses dentaires, orthodontie et audioprothèses selon des taux modulés en fonction du contrat choisi.**

Mutuelles

- **Aides exceptionnelles de la complémentaire santé via un fonds social via l'action sociale**
Ce fonds est utilisé pour aider les adhérents, sous conditions de ressources, dans des aspects non pris en compte par leur contrat santé. L'adhérent doit contacter directement sa mutuelle. Le fonds social peut permettre de régler le reste-à-charge non pris en charge par la sécurité sociale ni par le contrat santé de la complémentaire santé pour l'acquisition de dispositifs médicaux onéreux.

Caisses de retraite

- **Aides exceptionnelles des caisses de retraite via un fonds social**
Ce fonds permet d'aider les personnes confrontées à des soins médicaux, dont des aides techniques importantes à régler. La demande doit être effectuée directement auprès de la caisse de retraite concernée.

Les associations d'aide aux déficients sensoriels

- **Les associations représentant les usagers peuvent mettre en place des actions et des aides diverses :**
 - des aides directes (cours de Braille, prêt financier sur le Fonds de Solidarité selon les associations, etc.) ;
 - des aides aux remplissages de dossier pour des demandes d'aides financières ;
 - prêt d'aides techniques avant achat.

CICAT

- **Les centres d'information sur les aides techniques (CICAT) permettent, dans quelques villes, d'essayer différents types de matériel où des professionnels délivrent des conseils gratuitement.**

Centre d'expertise sur les aides techniques

- **Les centres d'expertise nationaux sur les aides techniques sont des lieux de recherche et d'innovation, de formation, d'information, de test, d'évaluations d'usage, de conseils et de démonstration de matériel pour les aides à la mobilité, à la stimulation cognitive, aux technologies de l'information et de la communication pour la compensation, l'autonomie et la santé.**

AIDES FINANCIÈRES POUR LES AIDES TECHNIQUES

Sources d'information

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

AIDES FINANCIÈRES POUR LES AIDES TECHNIQUES POUR LES EHPAD

Fondations

- Via les appels à projets (Fondation Bruneau pour les MARPA ou encore la Fondation de France).

ARS

- Pour la création, la transformation ou l'extension d'établissements ou services sociaux et médico-sociaux dès lors qu'il est fait appel à des financements publics.
- Un calendrier prévisionnel et indicatif informe les opérateurs des appels à projets lancés par l'Agence Régionale de Santé ([ARS](#)), ou conjointement par l'[ARS](#) et les départements franciliens.
- La publication de l'avis d'appel à projets et de son cahier des charges lance la procédure.

3 LES PROFESSIONNELS DE LA RÉÉDUCATION ET DE LA RÉADAPTATION

Définition profession	Mode d'exercice	Prescription (oui-non)
« Le masseur-kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes fixés par décret, notamment à des fins de rééducation sur prescription médicale, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Il intervient également dans le domaine sportif et en thalassothérapie. » ⁸⁹	Libéral ou salarié.	Oui
« Le psychomotricien fonde son intervention sur le mouvement, l'action et la communication verbale et non verbale ainsi que sur les émotions. Il évalue et traite les fonctions mises en jeu dans la psychomotricité du patient et les troubles du développement psychomoteur. La psychomotricité se situe à l'interface des dimensions corporelles et psychologiques. » ⁹⁰	Libéral ou salarié.	Oui
« L' ergothérapeute prend en charge le patient dès lors qu'un problème de santé limite ses possibilités d'effectuer ses soins personnels, de se déplacer ou de communiquer. Ainsi l'ergothérapeute étudie, conçoit et aménage l'environnement du patient pour le rendre accessible, de façon à maintenir les activités du quotidien en toute sécurité. » ⁹¹ « Il prend en compte ce que vous faisiez habituellement, ce que vous pouvez faire et ce que vous souhaitez faire dans votre vie quotidienne. Par son expertise dans l'analyse des tâches, il vous aide à améliorer votre capacité d'agir et valorise vos savoir-faire. Il vous propose d'agir sur votre environnement pour faciliter votre quotidien et améliorer votre cadre de vie. » ⁹²	L'ergothérapeute exerce dans les centres hospitaliers, en milieu psychiatrique, dans des centres de rééducation, des établissements de convalescence ou de retraite, des centres médico-sociaux et foyers de vie, au sein d'associations de soins et de maintien à domicile, dans des maisons de matériel médical, etc. Il se déplace au domicile des personnes afin d'évaluer les situations de handicap et proposer des solutions. Il exerce en secteur extra-institutionnel avec un statut d'indépendant.	Oui

⁸⁹ ROCHUT, J., DREES. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et Résultats*, 2014, n° 895.

⁹⁰ ROCHUT, J., DREES. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et Résultats*, 2014, n° 895.

⁹¹ ROCHUT, J., DREES. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et Résultats*, 2014, n° 895.

⁹² INPES, ALLAIRE, C. *Quand la malvoyance s'installe. Guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage*. Saint-Denis : INPES, 2012.

Définition profession	Mode d'exercice	Prescription (oui-non)
<p>« L'orthophoniste prévient et prend en charge, sur prescription médicale, les troubles de la communication écrite et orale. Il est amené, à ce titre, à s'occuper des malentendants auxquels il apprend à lire et à parler sur les lèvres, des enfants souffrant de retards d'expression ou de troubles comme le bégaiement ou ayant des difficultés d'apprentissage de la lecture, de l'orthographe, de l'écriture ou du langage mathématique. Il soigne également des adultes ayant des troubles de la voix ou étant privés de leurs facultés d'expression ou de compréhension. »⁹³</p>	Libéral ou salarié.	Oui
<p>« L'orthoptiste est un spécialiste du dépistage des troubles et de la rééducation visuelle (strabisme, défaut de convergence, etc.). Ce professionnel effectue des bilans afin d'évaluer les capacités visuelles du patient. Il peut réaliser une estimation de la puissance du défaut optique à corriger par le médecin. À travers des exercices, il apprend au patient à mieux faire travailler ses yeux et atténue les gênes et douleurs ressenties. »⁹⁴</p> <p>« L'orthoptiste vous permet de réorganiser vos possibilités visuelles en adoptant l'attitude corporelle la plus confortable possible. Il recherche avec vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'éclairage adapté à vos besoins ; • la maîtrise d'une nouvelle façon de voir et la capacité à orienter votre regard ; • le contrôle visuel du geste ; • la gestion de votre vision fine par des exercices pour la lecture. <p>Le choix de l'aide optique se fera en lien avec l'opticien. »⁹⁵</p>	Le métier d'orthoptiste s'exerce aussi bien à l'hôpital, en clinique ou en ville.	Oui

⁹³ ROCHUT, J., DREES. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et Résultats*, 2014, n° 895.

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

⁹⁵ INPES, ALLAIRE, C. *Quand la malvoyance s'installe. Guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage*. Saint-Denis : INPES, 2012.

LES PROFESSIONNELS DE LA RÉÉDUCATION ET DE LA RÉADAPTATION

Définition profession	Mode d'exercice	Prescription (oui-non)
<p>« L'audioprothésiste évalue les capacités auditives des patients et les corrige. Pour cela, il conçoit, adapte des prothèses auditives sur mesure et procède à l'appareillage des patients déficients de l'ouïe.</p> <p>Afin de concevoir l'appareillage, l'audioprothésiste doit évaluer la gêne subie ou ressentie par le patient. Pour ce faire, il reçoit le patient au cours d'un entretien permettant de déterminer précisément la perception de son trouble auditif. Ensuite, il réalise l'évaluation audiologique du patient: pour cela, le patient est installé dans une pièce insonorisée et porte un casque sur les oreilles. L'audioprothésiste établit alors le bilan à l'aide d'appareils spécialisés.</p> <p>Après une période d'adaptation, l'audioprothésiste est amené à revoir son patient régulièrement afin de contrôler son appareillage et de vérifier l'évolution de son audition.</p> <p>Il assure l'ensemble des fonctions indispensables à la commercialisation des audioprothèses: recherche de fournisseurs, achat des produits, vente des produits et des services associés. Il gère également l'accompagnement des patients dans la délivrance des produits, leur adaptation et les démarches de prise en charge de leur appareillage.»⁹⁶</p>	<p>Il exerce en hôpital, en clinique ou en cabinet de ville.</p>	<p>Oui, pour les aides auditives</p>
<p>Le psychologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réalise des actions d'analyse, d'évaluation psychologique et de conseil selon les besoins des personnes afin de leur apporter un soutien ou une aide psychologique ; • peut réaliser des bilans psychologiques ; • peut mener des actions selon des médiations thérapeutiques spécifiques (art thérapie, musicothérapie, etc.) ; • peut mettre en place un suivi psychothérapeutique selon des orientations particulières (psychanalytiques, comportementalistes, etc.). <p>Il existe une association de Langue Française des Psychologues spécialisés pour Personnes Handicapées Visuelles⁹⁷.</p>	<p>Libéral ou salarié.</p>	<p>Non</p>

⁹⁶ Ministère des Affaires sociales et de la santé. *Fiche métier: audioprothésiste*. 2012. (Document électronique). Consultable sur: <www. http://social-sante.gouv.fr>.

⁹⁷ Association de Langue Française des Psychologues Spécialisés pour Personnes Handicapées Visuelles (ALFPHV).

Définition profession	Mode d'exercice	Prescription (oui-non)
« Le rôle de l' instructeur de locomotion est de répondre aux difficultés de déplacement en s'adressant à la globalité de la personne déficiente visuelle, prenant en compte son vécu et ses capacités. Pour cela, il va transmettre des techniques assurant un déplacement en sécurité, tout en s'appuyant sur le développement du potentiel multi-sensoriel et cognitif de la personne. » ⁹⁸ L'instructeur de locomotion propose une prise en charge individuelle, et parfois un travail de groupe complémentaire.	Il travaille avec des adultes (centres de rééducation, services ambulatoires, centres de formation professionnelle, associations, etc.) ou avec des enfants (institutions spécialisées, services d'aide à l'intégration scolaire, etc.), en libéral ou salarié.	Oui
« Le rôle de l' instructeur en AVJ (Autonomie de la Vie Journalière) est de permettre aux personnes déficientes visuelles de retrouver un maximum d'autonomie dans tous les gestes quotidiens (manger avec aisance, préparer un repas, gérer le linge, téléphoner, écrire, effectuer des achats, etc.). L'accompagnement en AVJ est basé sur le développement des potentiels sensoriels, gestuels et cognitifs, sur l'appropriation de techniques spécifiques, l'utilisation d'aides techniques et l'adaptation de l'environnement. » ⁹⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Établissements spécialisés pour enfants et adolescents; • Services d'accompagnement pour enfants (<i>SAFEF, SAAAS, etc.</i>) et adultes (<i>SAMSAH, SAVS, SAEDV, etc.</i>); • Services de soins, de suite et de réadaptation, structures pour personnes âgées, etc. »¹⁰⁰. 	
« Le diététicien contribue à assurer la qualité des aliments et des préparations alimentaires, l'équilibre nutritionnel, l'établissement de régimes sur prescription médicale et le respect des règles d'hygiène. Le travail du diététicien varie en fonction de la structure dans laquelle il exerce. À l'hôpital, il travaille en collaboration avec des médecins nutritionnistes et suit le malade de son admission à sa sortie. En cabinet libéral, il reçoit les patients que lui envoient les médecins et soigne les troubles de la nutrition. Ce métier peut aussi s'exercer dans d'autres secteurs : restauration collective, industrie agroalimentaire, etc. » ¹⁰¹	Libéral ou salarié.	Non
« Le pédicure-podologue est un professionnel de santé qui soigne toutes les affections de la peau et des ongles du pied. Sur prescription médicale, il conçoit et fabrique également les semelles orthopédiques pour compenser les malformations du pied et pratique des exercices de rééducation post-opératoire. » ¹⁰²	L'immense majorité des pédicures-podologues – environ 98 % d'entre eux – exerce en ville.	Oui, pour les semelles orthopédiques et pour les soins de pieds chez le diabétique
Animateur sportif en activité physique et adaptée.	Libéral ou salarié.	Non

⁹⁸ Fédération des Aveugles de France (FAF).

⁹⁹ Fédération des Aveugles de France (FAF).

¹⁰⁰ Définition disponible sur le site de l'Association des instructeurs pour l'Autonomie dans la Vie Journalière des personnes Déficientes Visuelles (AVJADV).

¹⁰¹ ROCHUT, J., DREES. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et Résultats*, 2014, n° 895.

¹⁰² ROCHUT, J., DREES. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et Résultats*, 2014, n° 895.

4 «SAVOIR-ÊTRE» ET «SAVOIR-FAIRE» POUR LIMITER LES TROUBLES DU COMPORTEMENT DANS LES MOMENTS FORTS DE LA JOURNÉE¹⁰³

Réveil/petit-déjeuner

- se présenter;
- souhaiter une bonne journée;
- respecter le rythme du résident autant que possible;
- éviter d'être brutal et de parler fort;
- ne pas générer une ambiance d'« urgence ».

Toilette

- prévenir le résident que le moment de la toilette va arriver;
- choisir le type de toilette adapté au résident;
- lui demander son accord;
- privilégier l'autonomie du résident;
- éviter d'être intrusif;
- assurer l'intimité de la personne (porte fermée par exemple);
- essayer de décaler les soins autant que possible en cas de refus;
- être doux dans ses gestes et sa voix;
- expliquer au résident ce qui va être fait au fur et à mesure;
- négocier les soins;
- discuter avec le résident pendant la toilette.

Coucher

- générer une ambiance calme et rassurante avant le coucher;
- favoriser les discussions pendant la mise au lit;
- respecter l'heure d'endormissement de la personne;
- adapter la qualité de la protection de manière à réduire le nombre de changes la nuit;
- respecter l'heure de la prise du traitement;
- ne pas réveiller systématiquement.

¹⁰³ Inspiré de: Deudon A, Maubourguet N, Leone E, Gervais X, Brocker P, Carcaillon L, Riff S, Lavallart B, Robert P. *Non pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes*, International journal of Geriatric psychiatry, 2009.

Nuit

- réduire le niveau sonore (appel sonore, nettoyage, etc.);
- orienter dans le temps;
- rassurer, calmer par une voix douce;
- utiliser le contact, le toucher;
- veiller au calme des lieux;
- n'utiliser que les veilleuses lors des changes.

Repas

- respecter le choix du résident de manger en groupe, seul ou dans sa chambre (quand cela est possible);
- vérifier la température de la nourriture;
- privilégier l'autonomie ou l'entraide entre les résidents en proposant un accompagnement en cas de besoin;
- créer une ambiance calme;
- éviter la brutalité dans les gestes;
- donner des responsabilités au résident selon ses capacités (valorisation);
- respecter le rythme du résident dans sa prise du repas;
- connaître les goûts et dégoûts;
- s'asseoir à la même hauteur que le résident durant la prise du repas;
- nommer les plats;
- ne présenter qu'un plat à la fois;
- enchaîner les plats;
- adapter la texture des aliments aux capacités du résident;
- adapter les ustensiles et couverts aux capacités du résident.

Visite

- proposer un lieu calme pour les visites;
- privilégier la communication entre soignants et familles;
- donner des conseils aux visiteurs;
- informer les visiteurs de l'importance de leur venue et des possibles conséquences;
- annoncer la venue de quelqu'un au résident (si possible);
- prendre le relais auprès du résident pendant quelques minutes après le départ du visiteur.

Éviter les visites pendant les repas ou les moments intimes du résident.

5 CONDUITE DES TRAVAUX

ÉQUIPE PROJET DE L'ANESM

- Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE, responsable projet « Personnes âgées »
- Aylin AYATA, chef de projet
- Aïssatou SOW, chef de projet
- Patricia MARIE, documentaliste
- Aline MÉTAIS, responsable projet Évaluation interne
- Éliane CALDAS, assistante, service pratiques professionnelles (jusqu'en mars 2016)
- Nageette JOUSSE, assistante coordination de projets, service pratiques professionnelles

COORDINATION

- Sophie LE BRIS, cheffe du service pratiques professionnelles (jusqu'en mai 2016)

COORDINATION ÉDITORIALE

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

RÉFÉRENT COMITÉ D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

- Isabelle BARGES, directrice qualité de vie, représentant de la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa), présidente de la section personnes âgées du COS
- Jean-Claude JAMOT, retraité, médecin honoraire, Génération Mouvement « Les Aînés ruraux », vice-président de la section personnes âgées du COS

RÉFÉRENTS CONSEIL SCIENTIFIQUE

- Claude JEANDEL, praticien hospitalier-coordonnateur, département gériatrie, CHRU de Montpellier
- Jean-Marie ROBINE, démographe et épidémiologiste, directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

ANALYSE JURIDIQUE

- Cabinet GRANDJEAN, Poinot et Associés

VALIDATION ET ADOPTION DES RECOMMANDATIONS

- Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm

GROUPE DE TRAVAIL

- Didier ARMAINGAUD, directeur médical, qualité et réglementation, groupe Korian, Paris
- Maurice BECCARI, directeur général, FISAF, Carbon-Blanc
- Moustafa BENSAFI, directeur de recherche, CNRS, Université Lyon 1, Lyon
- Alain BÉRARD, directeur adjoint, Fondation Médéric Alzheimer (FMA), Paris

- Éric BLIN, masseur-kinésithérapeute, Enghien
- Daniel DUPLEIX, opticien spécialisé, Saint-Hilaire-de-Beauvoir
- Michèle DRIOUX, retraitée, membre du COS (Anesm), administrative UNAFAM, Paris
- Agathe FAURE, conseillère santé sociale, FEHAP, Paris
- Bernadette FOREST, attachée direction, pôle projets associatifs, AREFO-ARPAD
- Yvette GIACCARDI, gériatre, membre de la FFAMCO
- Françoise GOBLED, représentante usager, Fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles (FNAPAEF)
- Sylvie HERVÉ, directrice de la recherche, de l'innovation et de la formation, Mutualité française Anjou Mayenne, Angers
- Marie-Agnès KOZA, infirmière, Hôpital Simone Veil, Montmorency
- Sylvie MERVILLE, gériatre, CNSA, Paris
- Christian RENARD, audioprothésiste, Lille
- Séverine ROLLAND, psychologue clinicienne, Ehpad Villa Jeanne d'Arc (Montmorency) et Ehpad CCAS EDF/GDF (Andilly)

GRUPE DE LECTURE

- Laurence DELANNOY, orthoptiste libéral, représentant URPS Orthoptistes IDF, Saint-Maur-Des-Fossés
- Sylvain DENIS, vice président, Comité national des retraités et personnes âgées, Paris
- Didier FUCHS, directeur, association Bartischgut
- Luis GODINHO, président, Syndicat national des audioprothésistes - UNSAF, Paris
- Philippe GOURGON, médecin coordonnateur, Résidence Saint Joseph, Louveciennes
- Murielle JAMOT, Directrice des métiers sanitaires, sociaux et médico-sociaux, Croix-Rouge Française, Paris
- Stéphane LAURENT, audioprothésiste, représentant du Collège national d'audioprothèse (CNA), Paris
- Béatrice LE BAIL, présidente ARIBA, administratrice ARRADV
- Françoise MAGNA, Inspectrice pédagogique et technique des établissements de jeunes aveugles, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris
- Jacques RASTOUL, représentant des usagers, Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA91)
- Danièle POISSENOT, Inspectrice pédagogique et technique des établissements de jeunes aveugles, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris
- Fabrice TAMPIGNY, responsable du développement des actions de sensibilisation à la déficience visuelle, Association Valentin Haüy, Paris
- Paul VÉROT, représentant, Association des directeurs au service des personnes âgées (ADPA) au COS (Anesm)

RENCONTRES OU ENTRETIENS AVEC DES PERSONNES RESSOURCES

- Marie-Ange BUENO, professeur des université, Mulhouse
- Cécile DELAMARRE, chercheur, Fourmies
- Marcel CREST, directeur de recherche, CNRS, Marseille

GLOSSAIRE

ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection longue durée
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARRCO	Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement
AVC	Accident vasculaire cérébral
BIAP	Bureau International d'Audiophonologie
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CICAT	Centre d'information et de Conseil sur les Aides Techniques
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSP	Code de la Santé Publique
CVS	Conseil de vie sociale
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EGS	Évaluation Gériatrique Standardisée
FDC	Fonds départemental de la compensation
FVSQ	Functional Vision Screening Questionnaire (dit en France Questionnaire de dépistage des problèmes de vision fonctionnelle)
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IDEC	Infirmier Diplômé d'État Coordinateur
IREPS	Instance Régionale d'Éducation et de Promotion pour la Santé
LPPR	Liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MFAM	Mutualité française Anjou Mayenne
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAERPA	Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
SAAAS	Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à la Scolarisation
SAEDV	Structure d'Accompagnement des Elèves Déficients Visuels
SAFEP	Services d'accompagnement pour enfants
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale



LISTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE L'ANESM

54 recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr

TOUS SECTEURS

- *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (2015).*
- *Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile (2015).*
- *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance (2014).*
- *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (2012).*
- *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (2012).*
- *Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (2010).*
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (2010).*
- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (2009).*
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (2009).*
- *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles (2009).*
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (2008).*
- *Ouverture de l'établissement (2008).*
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé (2008).*
- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (2008).*

- *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents: prévention et réponses* (2008).
- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées* (2008).
- *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles* (2008).

PERSONNES ÂGÉES

- *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet Ehpad* (2016).
- *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet résidences autonomie* (2016).
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet résidences autonomie* (2016).
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Ehpad* (2016).
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile* (2016).
- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée: prévention, repérage et accompagnement* (2014).
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4): L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* (2012).
- *L'évaluation interne: repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (2012).
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 3): La vie sociale des résidents en Ehpad* (2012).
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 2): Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* (2011).
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1): De l'accueil de la personne à son accompagnement* (2011).
- *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* (2009).

PERSONNES HANDICAPÉES

- *« Les comportements-problèmes »: Prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés* (2016).
- *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques* (2016).
- *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMPSP)* (2015).
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) – « Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement »* (2014).
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – La vie quotidienne, sociale, la culture et les loisirs* (2013).
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) – Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté* (2013).
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée* (2013).
- *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat* (2013).
- *Autisme et autres TED: interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent* (2012).
- *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Sessad* (2011).
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement* (2010).

PROTECTION DE L'ENFANCE

- *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives* (2016).
- *Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur* (2016).
- *L'évaluation interne: repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives* (2015).
- *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance* (2014).
- *L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure* (2013).
- *Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance* (2011).
- *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement* (2010).

INCLUSION SOCIALE

- *Évaluation interne: repères pour les établissements et services relevant du secteur de l'inclusion sociale* (2016).
- *La prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale* (2016).
- *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)* (2015).
- *La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile* (2014).
- *Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312.1 du code de l'action sociale et des familles* (2012).
- *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie* (2010).
- *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* (2008).

LES ENQUÊTES

- *Quatre enquêtes nationales relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.*
- *Un rapport d'étude sur la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recueil des pratiques et témoignages des acteurs.*
- *Trois rapports d'analyse nationale concernant l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en Ehpad et la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.*
- *Un rapport d'analyse nationale concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé.*
- *Un rapport d'analyse nationale concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile.*

LES GUIDES

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

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

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

SES MISSIONS

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

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

L'AGENCE, UN ACTEUR NATIONAL

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

ANESM

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

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

Janvier 2017