

PERSONNES ÂGÉES

FICHE-REPÈRE



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

Anesm

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

PRÉAMBULE

RAPPEL DES GRANDS PRINCIPES DU PROJET PERSONNALISÉ

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

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

Dans la majorité des situations, les personnes accueillies sont en situation de vulnérabilité lors de leur rencontre avec l'ensemble des professionnels de l'Ehpad¹. Ces derniers doivent donc être à leur écoute pour rechercher, susciter et accompagner cette participation afin qu'elle soit effective.

Chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet personnalisé. C'est une **co-construction dynamique** entre la personne (et/ou son représentant légal²) et les professionnels. **Cela représente la meilleure réponse que peuvent apporter les professionnels face au risque d'une approche standardisée qui s'opposerait à l'objectif de personnalisation.** Cette démarche est un facteur-clé pour la réussite de l'élaboration du projet d'accompagnement.

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

¹ L'équipe comprend l'ensemble du personnel médical et paramédical (MEDEC, AS, IDE, AMP, Accompagnant éducatif et social et, le cas échéant, assistant de soins en gérontologie, psychologue, psychomotricien, masseurs kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.).

² Le représentant légal peut également être la personne de confiance dont le rôle est précisé dans l'annexe 1.

1. CONTEXTE, ENJEUX ET DÉFINITION

La prise en compte des attentes et des besoins de la personne dans la démarche du projet personnalisé se réfère directement à la recommandation-cadre³ de l'Anesm sur la Bientraitance et s'inscrit dans le droit fil de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Le projet personnalisé vient prioritairement renforcer le droit de participation de la personne accueillie (et/ou de son représentant légal selon les situations) à l'élaboration de son projet d'accompagnement⁴.

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

Le projet personnalisé :

- témoigne explicitement de la prise en compte des attentes et des besoins de la personne (et/ou de son représentant légal) ;
- induit l'individualisation et la singularité de chaque accompagnement. Il se décline en une programmation de prestations et d'activités individuelles ou collectives en cohérence avec les ressources de l'établissement et les desiderata du résident ;
- permet d'inclure différents volets plus spécifiques articulés entre le volet social et le volet médical ;
- tient compte du parcours de vie, du parcours de soins, du parcours d'accompagnement de la personne :
 - en amont de l'accueil,
 - tout au long de l'accueil,
 - lorsque l'accueil arrive à son terme, quelle qu'en soit la raison ;
- associe, selon les situations et sous réserve de l'accord de la personne accompagnée (et/ou de son représentant légal) et les proches⁵.

Ce qu'il faut retenir

Quel que soit son lieu d'accueil, la personne a des besoins et des attentes vis-à-vis des professionnels et de la structure d'accueil. Ces attentes correspondent à ses souhaits, désirs et envies. Elles ne sont pas toujours clairement formulées, elles peuvent être latentes, simplement ressenties, explicites ou implicites, mais **elles existent toujours, même quand la personne est dans l'incapacité de les exprimer.**

Elles peuvent aussi être différentes ou complémentaires des besoins identifiés par les professionnels comme par les proches.

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

³ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis: Anesm; 2008.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf

⁴ Ce rappel des droits est tiré du Code de l'action sociale et des familles (CASF), art. L. 311-3, 3° et 7° et de l'article 4 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie (CDLPA) obligatoirement jointe au livret d'accueil remis à la personne âgée lors de son admission dans l'établissement.

⁵ Dans ce document, le terme de proche comprend aussi le proche-aidant: selon l'article L. 113-1-3 du CASF: « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. »

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

Pour rappel, le projet personnalisé (PP) et le contrat de séjour (ou, à défaut, le DIPC⁶) sont deux modalités différentes d'engagements. Le lien entre PP et contrat de séjour (ou DIPC) est établi au travers de l'avenant au contrat de séjour qui doit préciser, dans le délai maximum de 6 mois* suivant l'admission, les objectifs et les prestations adaptées à la personne, à réactualiser annuellement.

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

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

**En Ehpad, il est recommandé de le réaliser dans un délai inférieur, plutôt autour de 2 mois.*

Par sa spécificité, l'élaboration du projet personnalisé constitue un outil de coordination des actions de l'équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, médecin traitant, infirmier, aide-soignant, psychologue, aide médico-psychologique, ergothérapeute, agents d'entretien, animateur, etc.). Il a pour objectif de garantir un accompagnement individualisé dans le respect, autant que possible, des habitudes de vie et des souhaits du résident. Il contribue à faciliter l'adaptation du résident. Il aide à définir l'ensemble des actions à mettre en œuvre pour préserver les capacités de la personne accueillie et maintenir la qualité des relations sociales en tenant compte de ses besoins, attentes et envies.

Le projet personnalisé est réévalué et adapté⁷ dès lors que le résident (et/ou son représentant légal, voire, le cas échéant, les proches) en fait la demande et qu'un changement est observé (aggravation de la perte d'autonomie, diminution des activités, perte de poids, etc.) et **a minima une fois par an**.

QUELQUES CHIFFRES⁸ :

Selon l'Enquête nationale Anesm Bientraitance de 2015, 84 % des Ehpad ont élaboré des projets personnalisés, mais leur réévaluation n'est pas systématique. Et seulement 34 % des Ehpad réévaluent les projets personnalisés en cas de modification des potentialités du résident.

72 % des Ehpad interrogés ont construit le projet personnalisé en co-construction avec le résident (seul ou accompagné par une personne de son entourage), alors que 16 % l'ont effectué sans le résident ou son entourage.

⁶ Pour mémoire, le DIPC est établi à défaut de pouvoir établir un contrat de séjour pour le résident. Cela correspond notamment aux situations où sa capacité de discernement ne lui permet plus d'ester en justice et de signer de documents contractuels.

⁷ Dès lors que le projet personnalisé nécessite un changement de l'accompagnement, un nouvel avenant devra être rédigé.

⁸ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. Enquête 2015. Analyse des résultats nationaux. Saint-Denis : Anesm ; 2015.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/enquete_bientraitancepa_2015_web_mars2017_vdef.pdf

2. QUI EST CONCERNÉ ?

Le résident prioritairement (et/ou, selon les situations, son représentant légal) : la participation et l'implication la plus forte possible de la personne sont recherchées.

Les proches : en accord avec le résident, leur participation et leur implication sont recherchées afin d'aider à l'élaboration du projet personnalisé.

Le référent⁹ du projet personnalisé : le référent est l'interlocuteur privilégié mais non exclusif du résident et de ses proches. Il veille aux besoins et attentes du résident dans le cadre de cette relation singulière. Il reste attentif tout au long du parcours. Il veille aussi au confort matériel du résident (besoins vestimentaires, nécessaire de toilette etc.). Il a pour mission d'offrir à la personne accueillie un cadre rassurant de proximité.

Il assure le relais entre les équipes et les proches en permettant une fluidité du parcours du résident. Le référent¹⁰ peut être un soignant, un personnel hôtelier, une personne chargée de l'entretien, un thérapeute (ergothérapeute, psychomotricien, etc.), un animateur.

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

Le coordonnateur¹¹ des projets personnalisés : il assure la mise en œuvre du déploiement des projets personnalisés dont les référents ont la responsabilité. Il a également pour mission d'adapter l'accompagnement ou de réviser les objectifs, en déclenchant, le cas échéant, une nouvelle réunion de synthèse.

Le coordonnateur est le garant du respect des différentes échéances (de la formalisation du premier projet personnalisé aux actualisations successives). « *Le coordonnateur [...] permet d'établir un lien régulier entre les professionnels et le résident et de solliciter l'ensemble des professionnels et partenaires concernés par le projet personnalisé. Le terme de coordonnateur [...] désigne soit le cadre (directeur, médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur) garant de cette coordination, soit le professionnel à qui a été déléguée la fonction (soignant, psychologue, animateur, autre...) »¹².*

Il a pour mission de piloter les réunions de co-construction et de synthèse ainsi que les réévaluations du projet personnalisé. Il synthétise les conclusions des professionnels présents et saisit les conclusions dans le logiciel de soin et d'accompagnement.

L'ensemble des professionnels de l'Ehpad¹³ : l'ensemble de l'équipe est concerné par les projets personnalisés à tout moment de l'accompagnement (personnel soignant, personnel d'animation, hôtelier, etc.).

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

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

⁹ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis: Anesm; 2008.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf

Le référent est choisi en amont de l'arrivée à partir d'éléments recueillis dans le dossier de pré-accueil.

¹⁰ Ce rôle est préalablement défini et spécifié dans le projet d'établissement.

¹¹ Le coordonnateur peut aussi être un référent.

¹² Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Qualité de vie en Ehpad (volet 1). De l'accueil de la personne à son accompagnement. Saint-Denis: Anesm; 2011, p. 52.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_qualite-de-vie_web_2018-03-16_12-32-35_294.pdf

¹³ La désignation d'un référent n'exonère pas l'ensemble des professionnels qui interviennent autour de la personne de maintenir un lien attentif et respectueux avec elle.

REPÈRE JURIDIQUE :**Échange et partage d'informations entre professionnels****Définitions¹⁴**

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

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

Le principe

« Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils **participent tous à sa prise en charge** et que ces **informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social** » (Article L. 1110-4 du Code de la Santé Publique – CSP). Lorsqu'une personne est prise en charge par une équipe de soins au sens du CSP, les informations la concernant sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe de soins, sans nécessité de recueillir le consentement de la personne pour chacun des professionnels de santé impliqués.

Des conditions sont toutefois à respecter :

- **informer préalablement la personne concernée** de la nature des informations faisant l'objet de l'échange ou du partage d'informations et que l'identité du destinataire soit précisée en cas d'échange d'information entre professionnels de santé et professionnels du secteur social et médico-social.
- **informer la personne de son droit d'opposition** au partage d'informations la concernant.
N.B. : Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté « (...) *seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer cette personne peut dispenser le professionnel ou la personne participant à sa prise en charge de l'obligation d'information préalable. La personne concernée est toutefois informée, dès que son état le permet, de l'échange ou du partage auquel il a été procédé. Il en est fait mention dans le dossier médical* » (article R. 1110-3 du CSP¹⁵).
- **lorsqu'une personne est prise en charge par un professionnel relevant des catégories de professionnels mentionnées à l'article R. 1110-2 et ne faisant pas partie de la même équipe de soins¹⁶** : ce professionnel recueille « le consentement de la personne pour partager ces données dans le respect des conditions suivantes :
1° La personne et, le cas échéant, son représentant légal, est dûment informée, en tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels fondés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès ;
2° Le consentement préalable de la personne, ou de son représentant légal, est **recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, après qu'elle a reçu les informations prévues au 1°.** »
Même en ce cas, la personne conserve la possibilité de faire usage, à tout moment, de son droit d'opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut donc revenir sur le consentement donné ou restreindre les informations à partager.

¹⁴ Les définitions qui suivent sont rappelées dans l'annexe du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins visée au 3° de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique.

¹⁵ Article modifié par le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations.

¹⁶ « L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

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

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

3. COMMENT ET QUAND L'ÉLABORER : LES DIFFÉRENTES ÉTAPES

La démarche d'un projet personnalisé débute en amont de l'arrivée du résident et nécessite plusieurs étapes décrites ci-dessous¹⁷.

Étape 1¹⁸ : Premiers contacts¹⁹ et premiers recueils²⁰ (de la première rencontre aux premiers mois qui suivent l'arrivée au sein de l'Ehpad)

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

« *Le bien-être des résidents est influencé de manière significative par la façon dont ils ont vécu leur entrée dans l'établissement. Pour les personnes qui l'ont bien vécue, les chances de se sentir bien aujourd'hui sont six fois plus élevées que pour les personnes ayant mal vécu leur entrée, toutes choses étant égales par ailleurs* »²¹.

Pour autant, d'une situation à l'autre, les conditions d'entrée en Ehpad varient. Pour certains, l'entrée est préparée ; pour d'autres, elle intervient « en urgence²² ».

Quelles que soient les conditions d'entrée en Ehpad, cette transition doit être la mieux préparée possible pour créer les conditions les plus favorables à un accompagnement de qualité.

Selon les situations (sortie d'hôpital, entrée programmée avec pré-visite à domicile et/ou pré-accueil au sein de l'établissement, connaissance du résident grâce à des séjours temporaires ou de l'accueil de jour, etc.), les conditions de recueils d'information seront très variables. Pour autant, en amont de l'entrée, l'accueil doit être préparé par l'équipe de direction de l'Ehpad et le personnel référent désigné.

Pour cette préparation à l'entrée et même pour la pré-élaboration du projet personnalisé, l'ensemble des équipes peut s'appuyer sur un document commun à tous les Ehpad dans le cadre des pré-admissions : le dossier unique de demande d'admission en Ehpad²³ (Cerfa n° 14732*01). Ce dossier comprend des informations administratives (lieu de naissance du résident, son lieu de vie, sa situation matrimoniale, nombre d'enfants, présence ou non d'une personne de confiance, le lieu de vie, etc.) et médicales (pathologies, GIR, traitements médicamenteux, etc.). Certains de ces éléments peuvent servir à désigner le référent (même ville d'habitation que le résident, connaissance de son lieu de naissance, etc.).

ILLUSTRATION

L'arrivée de M. Dupont intervient à la suite d'une hospitalisation en raison d'une chute à son domicile. Grâce au dossier médical et à un entretien avec son fils, l'équipe de l'Ehpad a appris qu'il était plombier. Selon son fils, M. Dupont faisait encore des petits travaux de tuyauterie chez ses voisins pour leur rendre service. Au vu de son histoire de vie, l'équipe a décidé que Fabrice, l'un des agents d'entretien de l'Ehpad, sera son référent. Il l'accueillera le jour de son arrivée, l'accompagnera dans sa chambre et lui présentera l'équipe. Cela a permis d'instaurer une relation de confiance et même de complicité entre M. Dupont et Fabrice.

¹⁷ Le schéma d'élaboration d'un projet personnalisé est décrit dans l'annexe 2.

¹⁸ Les différentes étapes sont détaillées dans l'annexe 3.

¹⁹ En amont de tout projet, le consentement de la personne doit être systématiquement recherché.

²⁰ Un guide d'entretien est disponible en annexe 4.

²¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Prévost J. La satisfaction des personnes âgées vivant en EHPAD et en maison de retraite en 2007. *Drees*; 2011; 18 : 28-36.

²² Prise en compte de l'urgence sociale, de l'incapacité du maintien à domicile suite à une hospitalisation, suite au décès du conjoint, de l'hospitalisation de l'aidant, etc.

²³ Ce document fait office de demande d'hébergement.

Le personnel référent désigné sera systématiquement présent le jour de l'arrivée du nouveau résident puisqu'il en assure l'accueil. Dans la mesure du possible, il sera aussi présent les deux semaines suivant ce jour de l'arrivée. Il assure les présentations auprès de l'équipe et de l'institution. Lors de cette première rencontre, l'agent référent se présente et explique son rôle et organise, si nécessaire, une visite de l'établissement. C'est également l'occasion de recueillir quelques informations essentielles sur les habitudes de vie du nouveau résident (heure du lever, ce qu'il prend à son petit-déjeuner, ses besoins d'aide à la toilette, à l'habillement, etc.) afin que l'équipe présente le premier matin participe au mieux à la personnalisation de l'accueil.

ILLUSTRATION

Mme Durant tient à prendre un petit-déjeuner composé de pain grillé avec un café et un verre de jus d'orange frais. Avec l'accord de la direction et du médecin coordonnateur, sa famille a acheté un grille-pain et un presse-agrumes pour lui permettre de continuer à faire de son petit-déjeuner un moment de plaisir.

Le professionnel référent en charge de ces premiers contacts encourage l'échange sur le parcours de vie de la personne, son parcours de soins, etc., tout en respectant son intimité et sa singularité. Les professionnels²⁴, selon les situations, prennent le temps d'échanger avec elle, mais aussi, sous réserve – le cas échéant – de l'accord de la personne accompagnée, avec les proches (cela comprend aussi, selon les situations et circonstances, des professionnels intervenants à domicile) afin de disposer des informations qui vont permettre de créer ou d'ajuster les prestations d'accompagnement : repérer les habitudes de vie, reconnaître ses compétences, son expertise, etc.

L'ensemble de ces échanges viendra alimenter le projet personnalisé, que celui-ci soit rempli par le référent²⁵ ou le coordonnateur des projets personnalisés, ou encore, selon certaines organisations, par le personnel habilité à retranscrire les informations directement dans le projet personnalisé.

Si le nouveau résident a pu bénéficier d'une pré-visite à domicile, ces premiers échanges, en amont de l'arrivée et de l'installation de la personne, peuvent permettre de désigner le personnel référent ou le coordonnateur des projets personnalisés.

ILLUSTRATION

Dans un Ehpad, les arrivées sont systématiquement programmées le mardi, mercredi ou jeudi à 14h30. Le personnel référent désigné accompagne le résident – et le proche s'il est présent – dans sa chambre. Le résident en profite pour faire un tour de l'établissement (salle à manger, salle d'animation, etc.). Dans la chambre, un présent est systématiquement déposé sur la table, avec une lettre personnalisée au nom du résident. Le référent montre la chambre, le fonctionnement de la sonnette et aide à ranger les affaires personnelles du résident, si celui-ci le souhaite. Le référent reste le temps nécessaire pour expliquer son rôle tout au long de l'accompagnement. Il voit avec le nouveau résident si celui-ci veut dîner en salle à manger ou en chambre. Il va aussi l'interroger sur ses habitudes de vie, son heure de lever, ses habitudes au petit-déjeuner, ses besoins d'aide (toilette, habillement). À l'issue de cet échange, il va le noter dans le dossier individuel afin que les équipes du matin soient informées des attentes du nouveau résident. Après le goûter, c'est l'équipe de soins qui intervient pour mieux connaître le parcours médical, les traitements, etc.



²⁴ La recherche d'informations relatives aux habitudes de vie, aux attentes, est continue dans le temps, notamment de manière implicite, informelle dans les échanges avec le résident et son entourage. Cette recherche incombe à l'ensemble des professionnels de l'établissement et est à tracer dans le dossier du résident. Elle permettra d'adapter, de préciser le projet de la personne.

²⁵ Certains référents sont moins à l'aise pour inscrire directement dans le logiciel, le coordonnateur assure donc cette retranscription.

Étape 2 : Appréciation des éléments d'analyse

Les différents éléments recueillis auprès des nouveaux résidents font l'objet d'échanges lors des réunions d'équipe, sans la présence du résident. Ces réunions pluridisciplinaires²⁶ permettent :

- à chaque professionnel (y compris, selon les situations, les bénévoles et jeunes en service civique), quelle que soit sa fonction, d'exprimer son point de vue ;
- de distinguer, dans les propos, l'exposé des faits ou des observations et l'interprétation plus subjective qui peut en être faite ;
- aux professionnels de bénéficier du même niveau d'information et de dégager des lignes directrices claires dans l'accompagnement proposé tant pour le résident que pour les professionnels et les proches ;
- d'analyser en équipe pluridisciplinaire, après l'évaluation des besoins par le médecin coordonnateur, la mise en place de mesures adaptées pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir, le cas échéant.

L'objectif de cette étape est de parvenir à une analyse partagée au sein des équipes et de préparer la réunion de projet personnalisé²⁷.

Étape 3 : La phase de co-construction du projet personnalisé (dans les 2 à 3 mois suivant l'entrée)

À partir de ces échanges et rencontres régulières avec le résident²⁸ et de cette analyse entre les différents membres de l'équipe, les professionnels vont construire le projet personnalisé. Pour cela, un ou plusieurs rendez-vous de préparation entre les différents professionnels en contact avec le résident sont planifiés en amont de la réunion de projet personnalisé. Il est recommandé de formaliser le projet personnalisé et de tracer l'ensemble des informations recueillies lors des différentes étapes du projet.

L'organisation de la co-construction du projet personnalisé se fonde sur une reconnaissance mutuelle de la personne et/ou de son représentant légal et des professionnels. Grâce à ces échanges, les professionnels s'appuieront sur leurs compétences, leur créativité, leurs observations et leur capacité d'écoute, pour faire émerger des propositions nouvelles, fruit de ce dialogue avec la personne.

Lorsque les attentes, les besoins et les propositions des personnes, ou les suggestions des professionnels, ne peuvent être mis en place au sein même de l'Ehpad, les équipes seront amenées à chercher des réponses auprès d'autres structures ou auprès d'autres dispositifs. Il est recommandé que les professionnels recherchent ainsi toutes les réponses possibles pour être au plus près des attentes et des besoins des personnes et de leur représentant légal dans le respect des décisions judiciaires.

Lorsque le référent est en difficulté face à des thématiques sensibles ou particulières (par exemple, la sexualité, les relations difficiles avec les proches, la vie affective, les croyances religieuses, la fin de vie, etc.), il peut faire appel à des membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Étape 4 : La mise en œuvre (dans les 3 à 5 mois suivant l'entrée)

Une fois le projet personnalisé formalisé, l'équipe de l'Ehpad le met en œuvre et le coordonnateur des projets personnalisés s'assure que les objectifs dégagés sont :

- adaptés aux situations des personnes ;
- concrets, de manière à ancrer le projet personnalisé dans la vie de la personne ;
- axés sur le maintien de l'autonomie et des liens sociaux.

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

²⁶ Le terme de réunion de projet personnalisé désigne les temps d'échange réunissant le résident, un ou des représentants de l'équipe pluriprofessionnelle et éventuellement un ou des partenaires, ou encore, avec l'accord de la personne, la famille et les proches. Afin de ne pas surcharger les équipes professionnelles de réunions institutionnelles supplémentaires, il est recommandé d'intégrer les réunions de synthèse aux réunions pluridisciplinaires hebdomadaires. Ainsi, seuls les professionnels en lien avec les projets personnalisés des résidents prévus, y compris le référent désigné ou le coordonnateur des projets personnalisés, doivent y participer avec le médecin coordonnateur. Cela évite donc de monopoliser toute l'équipe soignante.

²⁷ Le terme de « réunion de projet personnalisé » désigne les temps d'échange réunissant le résident, un ou des représentants de l'équipe pluriprofessionnelle et éventuellement la famille et un ou des partenaires.

²⁸ Selon les situations, le résident et/ou le représentant légal et/ou, selon les situations et sous réserve de l'accord du résident, le proche.

Étape 5 : Le suivi et l'actualisation (à partir de 4 à 5 mois suivant l'entrée)

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

- la mise en place effective du projet personnalisé ;
- la co-évaluation du projet personnalisé, des actions mises en place, de l'adéquation des attentes et des besoins ;
- la satisfaction du résident ;
- l'incitation du résident à formuler de nouvelles attentes.

Le projet personnalisé est actualisé au moins une fois par an et/ou, selon les changements de situation, à la demande de la personne (et/ou de son représentant légal), des proches ou des professionnels.

Étape 6 : Fin de l'accompagnement

Cette étape concerne le décès du résident²⁹, mais aussi un transfert vers un autre établissement médico-social, voire un retour à domicile.

4. EN GUISE DE CONCLUSION

Au-delà du caractère obligatoire et de la nécessité de répondre aux attentes et besoins de chaque résident et de proposer un accompagnement singulier et de qualité, les projets personnalisés permettent aux responsables d'établissement de :

- identifier et proposer de nouvelles actions à mettre en œuvre, échanger avec le Conseil de vie sociale et enfin les inscrire dans la dynamique du projet d'établissement ;
- garantir un accompagnement de qualité axé sur l'individualisation et le respect de la personne ;
- analyser les demandes et les attentes qui n'ont pu être satisfaites/non réalisées ;
- analyser la place et le rôle des référents ;
- renforcer la dynamique de collaboration au sein de l'équipe interdisciplinaire et les échanges entre les référents, les résidents, les professionnels et le ou les coordonnateur(s) des projets personnalisés ;
- identifier les difficultés de mise en œuvre des projets personnalisés ;
- observer les évolutions des personnes accueillies.

5. RÉSULTATS ATTENDUS

- Dès l'entrée, chaque nouvel arrivant a un personnel référent choisi en fonction notamment de points communs.
- La participation active du résident à l'élaboration de son projet personnalisé est systématiquement recherchée.
- Les besoins et attentes du résident sont pris en considération dans son projet personnalisé et sont régulièrement réévalués et adaptés.
- Le travail en pluridisciplinarité est mis en place et implique l'ensemble du personnel.
- Les actions sont mises en place et sont régulièrement réévaluées.
- La satisfaction du résident est régulièrement interrogée.
- L'amélioration continue de la qualité de vie et de l'accompagnement est effective.
- La dynamique du parcours s'inscrit dans le projet d'établissement.

²⁹ Pour aller plus loin : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Accompagner la fin de vie des personnes âgées en Ehpad. Saint-Denis La Plaine : Anesm ; 2017.
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833689/fr/accompagner-la-fin-de-vie-des-personnes-agees-en-ehpad

ANNEXES

Annexe 1 : La personne de confiance

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.

La personne de confiance peut être un proche, un parent ou le médecin traitant.

La désignation se fait par écrit et est cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

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'utilisateur, 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 ».

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 :

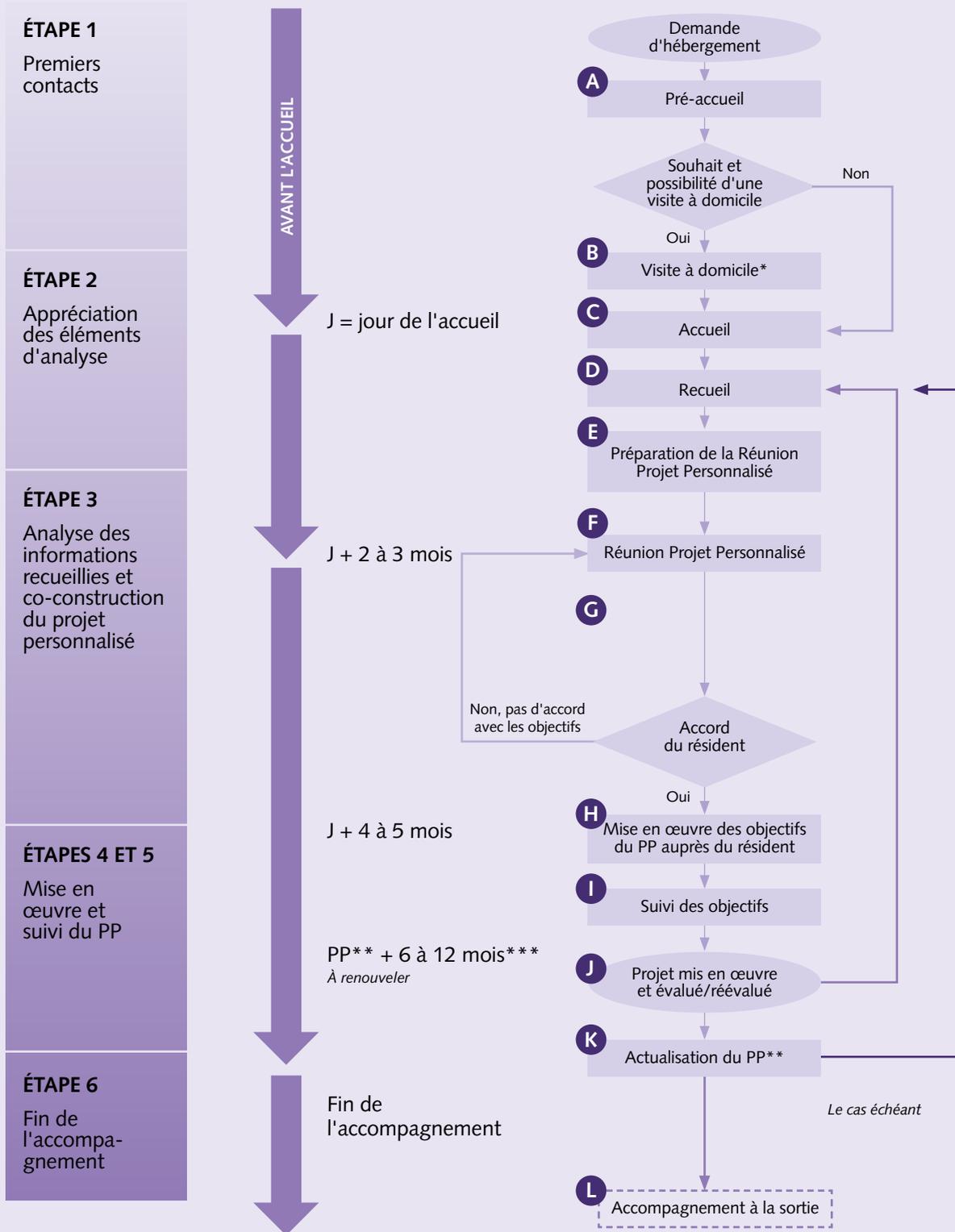
- de donner son avis et d'être consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits ;
- le cas échéant, d'accompagner l'utilisateur lors de la réalisation de l'entretien préalable à la signature du contrat de séjour prévu à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles ;
- consentir aux échanges d'informations ou s'y opposer lorsque la personne concernée est hors d'état de le faire (art. L. 113-3 CASF) ;
- le cas échéant, accompagner l'utilisateur lors de la réalisation de l'entretien préalable à la signature du contrat de séjour prévu à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (art. L. 311-4, D. 311-0-4 CASF) ;

- accompagner l'usager dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions (art. L. 311-5-1 CASF);
- 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 CASF).

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 8 jours au moins avant l'entretien mentionné au 5^e 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.

Annexe 2 : Schéma d'élaboration d'un projet personnalisé



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

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

*** Reprendre l'étape 4 dès que nécessaire et au moins annuellement (tous les 6 mois pour les personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés).

Annexe 3 : La procédure détaillée de l'élaboration du projet personnalisé

N°	Étapes	Sous-étapes (correspondance avec le schéma de l'annexe 1)	Objectifs	Acteurs	Actions	Outils	Délais
1	Premiers contacts	Pré-accueil A	<ul style="list-style-type: none"> Comprendre les motivations du futur résident (recherche de consentement) ; Recueillir les informations sociales et médicales minimales nécessaires à l'adaptation de l'accompagnement ; Recueillir quelques habitudes de vie et les attentes ; Établir une relation de confiance en répondant à toutes les questions et être disponible dans l'échange ; Conseiller si nécessaire sur le mobilier, les objets que le futur résident peut amener ; Faire visiter l'établissement et si possible une chambre ; Connaître l'ensemble des services qui interviennent (ou pas) auprès de la personne en amont de l'entrée à l'Ehpad (qui ? quand ? quels objectifs ? etc.). 	<p>Directeur, médecin coordonnateur, médecin traitant, gériatre ou médecin de la structure.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Collecter les informations indispensables au dossier mais aussi les petits éléments de biographie ; Recueillir l'avis du futur résident concernant l'organisation d'une visite à domicile... Imprimer si besoin le recueil et organiser une réunion d'équipe a minima 4 jours avant l'accueil du résident (et après réalisation de la visite à domicile, le cas échéant). N.B. : Si le délai entre l'accueil et la visite de pré-admission est inférieur à 4 jours, l'impression et le partage d'information utile à son accueil sont faits au plus tard le jour de l'accueil. 	<p>Formulaire Cerfa</p>	<p>De la première rencontre aux premiers mois qui suivent l'arrivée du résident</p>
					<p>Saisir (retranscrire) les informations recueillies dans le dossier du futur résident.</p>	<p>Procédure d'admission, dossier d'accueil (bilan médical + dossier administratif + élément biographique</p>	

Annexe 3 : La procédure détaillée de l'élaboration du projet personnalisé (suite)

N°	Étapes	Sous-étapes (correspondance avec le schéma de l'annexe 1)	Objectifs	Acteurs	Actions	Outils	Délais
1	Premiers contacts	<p>Visite à domicile B</p> <ul style="list-style-type: none"> Présenter au futur résident le fonctionnement de l'Ehpad, la composition de l'équipe, les activités proposées, les partenariats extérieurs, les possibilités, etc. ; Répondre à toutes les interrogations et questions du futur résident et de ses proches ; Pré-identifier le professionnel référent à partir des premières informations recueillies. 	<p>Services à domicile pour recueil des données, des membres de l'équipe de l'Ehpad, le coordonnateur.</p>	<p>Imprimer le recueil et organiser une réunion d'équipe a minima 4 jours avant l'accueil du résident (et après réalisation de la visite à domicile le cas échéant)</p>	<p>Guide d'entretien d'accueil</p>	De la première rencontre aux premiers mois qui suivent l'arrivée du résident	
			<p>Le coordonnateur.</p>	<p>Le référent est le premier à assurer le contact et se charge de récolter les premières informations sur le volet social. Il explique au résident ce qu'est le projet personnalisé. Il lui fait visiter l'établissement et lui présente l'équipe de l'établissement. Il présente le nouvel arrivant aux autres résidents.</p>	<p>Support d'échange à définir en interne</p>		
		<p>Accueil C</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un accueil personnalisé ; Aider à l'installation ; Adapter l'accompagnement dès l'accueil du résident dans l'établissement ; Répondre aux questions et interrogations du résident ; Rassurer le nouvel arrivant ; Impliquer des membres du CVS. 	<p>Le référent.</p>	<p>Le référent/er et/ou Idec et/ou cadre de santé et/ou Medec prennent le relais pour le volet médical.</p>	<p>Dossier médical</p>		

2	Appréciation des éléments d'analyse	Recueil D	<ul style="list-style-type: none"> Échanger autour des observations du personnel qui vont contribuer à prendre plus performant le contenu du pp. Encourager, dans le respect des règles relatives au secret professionnel, les échanges entre tous les intervenants. Construire un PP en mode projet en attendant sa validation avec le résident lui-même. 	Ensemble de l'équipe avec le référent et le coordonnateur.	Consulter et compléter les éléments mis à disposition dans le dossier PP.	Support d'échange (à définir en interne) Guide d'entretien PP Dossier du résident	Au plus tard une semaine avant la réunion de concertation des professionnels concernant le PP du nouvel arrivant.
3	Phase de co-construction du PP et signature avenant du contrat de séjour du résident	Préparation de la réunion Projet personnalisé E	<ul style="list-style-type: none"> Partager, dans le respect des règles relatives au secret professionnel, tous les échanges et observations des personnels qui vont contribuer à rendre plus performant le contenu du PP, notamment si le résident bénéficiait d'accompagnement de services externes tels que SAAD, SSIAD, etc. ; Définir le projet d'accompagnement personnalisé du résident lors de réunions interdisciplinaires ; Rédiger une ébauche écrite du projet personnalisé en attendant sa validation avec le résident lui-même ; Encourager, dans le respect des règles relatives au secret professionnel, les échanges entre tous les intervenants. 	Référent, coordonnateur et le reste de l'équipe en contact avec le résident ; Ensemble des participants à la réunion PP.	Élaborer une synthèse du projet personnalisé	Projet personnalisé	2 à 3 mois suivant l'entrée du résident

Annexe 3 : La procédure détaillée de l'élaboration du projet personnalisé (suite)

N°	Étapes	Sous-étapes (correspondance avec le schéma de l'annexe 1)	Objectifs	Acteurs	Actions	Outils	Délais
3	Phase de co-construction du PP et signature avenant du contrat de séjour du résident	Réunion Projet personnalisé F	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation du projet personnalisé. 	Résident, et/ou proche et/ou représentant légal, référent et coordonnateur des projets.	Proposer au résident les objectifs identifiés lors de la réunion de préparation du PP (réfèrent du PP) ; Prendre en considération l'avis du résident et ajuster les objectifs en fonction de ses commentaires.	Projet personnalisé	2 à 3 mois suivant l'entrée du résident
		Accord du résident G	<ul style="list-style-type: none"> Obtenir l'accord de la personne après lui avoir soumis le PP. 	Direction, référent et résident.			
4	Mise en œuvre des objectifs identifiés	Mise en œuvre des objectifs du projet personnalisé H	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre les objectifs et les actions définies dans le PP ; Impliquer tous les professionnels (internes ou externes à la résidence) à l'effectivité de l'accompagnement proposé. 	Ensemble des professionnels internes ou externes à la résidence (dont les bénévoles et les jeunes en service civique).	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la mise en œuvre du déploiement du projet personnalisé ; Accompagner le résident sur l'ensemble des items identifiés. 	Projet personnalisé	Dans les 3 à 5 mois suivant l'entrée
			<ul style="list-style-type: none"> Impliquer tous les professionnels (internes ou externes à la résidence) à l'effectivité de l'accompagnement proposé 				
5	Suivi et évaluation du projet personnalisé	Suivi des objectifs I	<ul style="list-style-type: none"> Garantir la meilleure qualité de vie au résident (vie sociale, autonomie, etc.) ; Identifier les éventuels écarts en vue d'adapter l'accompagnement ou de réviser les objectifs. 	Référent en lien nécessaire avec les autres professionnels intervenant ou bénévoles.	<ul style="list-style-type: none"> Faire régulièrement le point avec le résident sur ses besoins et ses attentes en tenant compte de l'évolution de son parcours de vie (social, santé, etc.) ; Faire un bilan de la période écoulée avec le résident. 	Réunions trimestrielles d'équipe (à adapter en fonction de la situation).	À partir de 4 mois suivant l'entrée
			<ul style="list-style-type: none"> Identifier les éventuels écarts. 	Coordonnateur des projets.			

5	Suivi et évaluation du projet personnalisé	Actualisation K	<ul style="list-style-type: none"> Adapter, le cas échéant, l'accompagnement ou réviser les objectifs ; Se coordonner avec d'autres services ou établissements selon les besoins et les attentes du résident. 	Référent, coordonnateur et le reste de l'équipe en contact avec le résident.	<ul style="list-style-type: none"> Mettre à jour les objectifs, actions et modalités d'évaluation ; Solliciter et échanger, selon les situations, avec les ou des partenaires externes. 		
6	Fin de l'accompagnement	Accompagnement à la sortie L	<ul style="list-style-type: none"> Accompagner tout transfert vers un autre établissement médico-social, un retour à domicile ou autre ; Assurer la continuité du parcours de la personne ; Vérifier que le nouvel établissement d'accueil correspond aux besoins et aux attentes du résident ; Préparer la sortie ; Accompagner le résident à une visite préalable ; Recueillir son accord ; Accompagner le résident et ses proches pour le déménagement. 	<p>Équipe pluridisciplinaire interne et externe ;</p> <p>Si possible, un ou plusieurs professionnels intervenant dans la structure/ l'établissement où le résident va être nouvellement accueilli.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Définir les éléments à transmettre aux nouveaux accueillants ; Anticiper et accompagner le résident sur son futur lieu de vie ; S'assurer, après le départ du résident, que la transition se passe bien ; Informers, avec l'accord de la personne, les autres résidents. 	<p>Procédure de sortie par professionnel, éléments du dossier ;</p> <p>Le PP.</p> <p>Au plus tard 1 mois avant la sortie temporaire ou définitive.</p>	<p>Dès qu'un résident est en situation de fin de vie au sein de l'Ehpad.</p>

Annexe 4: Guide d'entretien projet personnalisé

GUIDE D'ENTRETIEN PROJET PERSONNALISÉ

Guide d'entretien pour le projet personnalisé lors du recueil des données habitudes et histoire de vie (volet social)

RAPPEL

En amont de tout entretien, grâce au dossier unique de demande d'admission, le référent détient déjà un certain nombre d'informations (lieu de naissance et d'habitation, la situation familiale, le nombre d'enfants, la présence ou non d'un représentant légal, etc.) qui permettront d'amorcer le premier entretien.

Les rencontres favorisent l'écoute, le respect et l'empathie afin de mettre en confiance le résident et/ou son proche. Elles ont lieu en plusieurs fois pour faciliter l'échange, mesurer le degré d'adaptation du résident et mieux comprendre ses besoins et attentes. Les rencontres sont planifiées en fonction des activités du résident et ont lieu, de préférence, dans la chambre, espace intime du résident, si ce dernier est d'accord. Les rencontres entre le résident, le référent et son proche (si tel est le souhait du résident) ont pour objectif de recueillir ses ressentis, ses attentes et son vécu au sein de son nouveau lieu de vie.

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

- 1. Planifier **des temps d'échanges** en amont de la réunion PP (au cours des deux premiers mois suivant l'entrée) sur des créneaux horaires et dans un lieu choisis par le résident.
- 2. Prévenir le résident que les informations recueillies ont pour objectif d'apprendre à mieux le connaître, d'améliorer les possibilités d'accompagnement et de cerner ses besoins. Les informations seront retranscrites et partagées en équipe dans le respect des règles relatives au secret professionnel. Ces échanges sont réalisés après information préalable et, le cas échéant, consentement préalable au partage de la part de la personne accompagnée (et/ou de son représentant légal).
- 3. Ne surtout pas chercher à recueillir en une seule fois tous les éléments nécessaires³⁰ au PP. Organiser plutôt plusieurs temps d'échanges (par exemple, une fois par semaine). Cela permet d'évaluer le degré d'acclimatation du nouveau résident et d'échanger sur les possibilités qu'offre ce nouvel espace de vie à la fois au sein de la structure comme en dehors.
- 4. Privilégier autant que possible une ambiance conviviale (rencontre autour d'un café, etc., ou tout autre moyen au service de la convivialité).
- 5. Ne pas prendre de notes écrites, dans la mesure du possible, afin de privilégier l'écoute, de ne pas « stresser » le nouvel arrivant et de privilégier l'expression libre du résident.
- 6. Être dans une position d'écoute et accueillir la parole du résident. Utiliser les techniques de reformulation, si nécessaire.
- 7. La trame de recueil reste un guide et doit être adaptée à chaque personne. Respecter ainsi le résident dans son intimité et son choix de ne pas vouloir aborder certains points.
- 8. Savoir accepter que le résident n'ait pas de demande ou ne veuille pas les communiquer au moment de l'un des entretiens ou au référent initialement choisi.

Du premier jour de l'accueil à la signature de l'avenant précisant les prestations et les objectifs adaptés à la personne, le référent va s'entretenir un certain nombre de fois lors de moments calmes et privilégiés avec le résident.

Dès ce premier entretien, il va échanger sur quelques-unes de ses habitudes de vie, notamment sur son heure de lever et sur ce qu'il a l'habitude de prendre au petit-déjeuner. Il peut d'ailleurs d'ores et déjà échanger sur son plat préféré.

³⁰ Anticiper le recueil d'information et l'inscrire dans la durée afin pour ne pas contraindre le résident en situation d'interrogatoire.

Le lendemain ou surlendemain, le référent va recueillir de nouvelles informations :

- à partir du menu de la semaine, il va pouvoir identifier les préférences alimentaires du résident ;
- à partir du programme d'animations, il va apprendre à connaître ses goûts (aime les jeux de cartes, le foot à la TV, la couture, la musique, les chanteurs, la cuisine, l'écriture, etc.) ;
- à partir de la décoration de la chambre (ou de l'absence de décoration), des photos, il va pouvoir échanger sur les loisirs, la famille, les amis ;
- le référent pourra aussi s'appuyer sur l'actualité pour aborder nombre de thèmes :
 - décès d'une personnalité pour échanger avec le résident sur ses souhaits de fin de vie,
 - périodes électorales pour échanger sur ses droits civiques,
 - championnats du monde pour échanger sur les activités sportives ou physiques adaptées, etc.

CONDUITE DES TRAVAUX

ÉQUIPE PROJET DE L'ANESM

- Delphine DUPRE-LEVEQUE, responsable de secteur « personnes âgées »
- Aylin AYATA, chef de projet
- Manuella IGOUT, stagiaire
- Éliane CALDAS, assistante coordination de projet

ANALYSE JURIDIQUE

- Maître Marion PUISSANT, Montpellier

VALIDATION ET ADOPTION DE LA FICHE-REPÈRE

GROUPE DE TRAVAIL

- BENNANI Dounia
- BOUCHE Jacques
- DENIS Sylvain
- CHAUSSARD Caroline
- FAURE Agathe
- GRANDIN Christophe
- GIRARD Johan
- LAHLAL Sabrina
- LIQUIER Juliette
- MAUBOURGUET Nathalie
- WOLF Louise

GROUPE DE LECTURE

- BONIN-GUILLAUME Sylvie
- FLOUZAT Jean-Philippe
- LAUXERROIS Sandrine
- LAVY Laurence
- MOLLARD-PALACIOS Judith
- PRIOUL Christine
- REYNAUD-LEVY Odile
- SPANIER Gilles
- TILLARD Stéphane
- VEROT Paul

GLOSSAIRE

AES: Accompagnant éducatif et social

ARS: Agence régionale de santé

AS: Aide-soignant

CASF: Code l'action sociale et des familles

CTA: Coordination territoriale d'appui

CVS: Conseil de la vie sociale

DIPC: Document individuel de prise en charge

DREES: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD: Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GIR: Groupe iso-ressources

GMP: GIR moyen pondéré

HAD: Hospitalisation à domicile

IDE: Infirmier diplômé d'État

IDEC: Infirmier coordinateur

MAIA: Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MEDEC: Médecin coordonnateur

MT: Médecin traitant

PP: Projet personnalisé

PTA: Plateformes territoriales d'appui

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

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

SPASAD: Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SSIAD: Service de soins infirmiers à domicile

ANESM

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

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Août 2018