

PERSONNES ÂGÉES

RECOMMANDATIONS
DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES



PRISE EN COMPTE DE LA SOUFFRANCE
PSYCHIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE :
PRÉVENTION, REPÉRAGE,
ACCOMPAGNEMENT

Anesm

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

Présentation générale	3
1. Contexte et enjeux	4
2. Le champ de la recommandation	5
3. Les objectifs de la recommandation	6
4. La recommandation, mode d'emploi	7

CHAPITRE 1

LA PRÉVENTION CONTINUE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE	9
1. Favoriser l'instauration d'un climat de confiance dès les premières rencontres	10
2. Rappeler à la personne l'importance de sa participation à son projet personnalisé	13
3. Impliquer dans l'accompagnement le(s) aidant(s), avec leur accord et celui de la personne	15
4. Favoriser la stabilité de l'accompagnement de la personne	18
5. Identifier les possibles facteurs de risque de souffrance psychique	19
6. Mobiliser les ressources et les potentialités de la personne	21
7. Informer sur les actions de prévention de la souffrance psychique	22
L'essentiel	25

CHAPITRE 2

LE REPÉRAGE PRÉCOCE DES SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE	27
1. Identifier et repérer les signes révélateurs de souffrance psychique chez la personne et le(s) aidant(s)	28
2. Partager l'analyse des signes de souffrance psychique repérés	31
3. Soutenir les professionnels dans le travail de repérage des signes de souffrance psychique	34
L'essentiel	36

CHAPITRE 3

LA PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE 37

1. Identifier les professionnels ressources en santé mentale 38
2. Mobiliser la personne dans la prise en charge de sa souffrance psychique 39
3. Renforcer la coordination et la complémentarité des actions mises en œuvre dans le parcours de soins de la personne 41
4. Adapter la prise en charge aux possibles évolutions de l'état de santé psychique de la personne et du ou des aidant(s) : aggravation, stabilité, amélioration 43

L'essentiel 45

CHAPITRE 4

LA GESTION DES SITUATIONS DE CRISE SUICIDAIRE 47

1. Organiser la gestion des moments de crise avec risque de passage à l'acte 48
2. Évaluer le degré d'urgence suicidaire, agir et alerter de façon adaptée 50
3. Soutenir les personnes ayant été confrontées directement ou non au passage à l'acte suicidaire 53

L'essentiel 56

CHAPITRE 5

CAS PRATIQUES POUR L'APPROPRIATION DE LA RECOMMANDATION 59

1. Présentation de cas pratiques 60
2. Aide à l'analyse des actions et des pratiques concernant le processus de prise en charge de la souffrance psychique 68

ANNEXES

Annexe 1 : l'essentiel pour les professionnels de l'encadrement 70

Annexe 2 : l'essentiel pour les professionnels de l'accompagnement 72

Annexe 3 : fiche de modifications de situations à domicile 74

Annexe 4 : guides, recommandations & outils thématiques 76

Annexe 5 : élaboration de la recommandation 77

Annexe 6 : l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) 81

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

1 CONTEXTE ET ENJEUX

En 1946, le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». L'OMS précise également que la santé mentale est « *un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté* ».

Le Pacte européen pour la santé mentale², auquel la France a adhéré en juin 2008, élève la santé mentale au rang des droits de l'Homme « *indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie* ». Ce texte inscrit la santé mentale des personnes âgées au chapitre des priorités.

Les pays européens⁴ distinguent donc la santé mentale « positive » (notion proche de celle du bien-être) de la santé mentale « négative » qui renvoie à la détresse psychologique (témoin d'une souffrance psychique) et aux troubles mentaux.

La souffrance psychique est, selon cette approche, « *un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie. Elle indique la présence de symptômes ne correspondant pas à des critères diagnostics de maladie et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles* ».

L'intensité de cette souffrance, sa permanence, sa durée et/ou ses conséquences peuvent néanmoins conduire à la nécessité d'une prise en charge médico-psycho-sociale.

L'avancée en âge peut être à l'origine de questionnements (sur son passé, son avenir, le sens de la vie, etc.) voire d'une souffrance existentielle, particulièrement au grand âge. C'est ce qu'illustre notamment le rapport 2013 de l'Observatoire National de la Fin de Vie⁵ qui, par l'exposé de sept parcours de fin de vie distincts, met en évidence la nécessité de prendre en considération les impacts psychiques du vieillissement et de l'approche de la fin de vie.

Malgré cela, la souffrance psychique des personnes âgées et ses différentes formes d'expression (tel le ralentissement psychomoteur, le repli sur soi, la somatisation, etc.) sont encore souvent banalisées⁶ et mises sur le compte du seul vieillissement. Pourtant, la dépression des personnes âgées est « *une pathologie et en aucun cas la conséquence d'un vieillissement normal* ».

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé de New York des 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100.

² Union européenne. (Conférence de Haut-Niveau, 12-13 juin 2008, Bruxelles). *Ensemble pour la santé mentale et le Bien-être*. Bruxelles : Commission Européenne, 2009.

³ La qualité de vie est une notion définie par l'OMS en 1993 comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ». Cette qualité de vie est un concept qui renvoie à de multiples dimensions, tant objectives que subjectives : l'état de santé physique de la personne, ses capacités fonctionnelles, ses sensations de bien-être physique, son état de santé psychologique, ou encore son statut social et son environnement relationnel. WHOQOL GROUP. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (Whoqol). Quality Life Research, 1993, n° 2, pp. 153-159.

⁴ Commission européenne de l'Union européenne et conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2006.

⁵ Observatoire National de la Fin de Vie. Fin de vie des personnes âgées. *Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France*. Rapport 2013. Paris : ONFV, 2013, 126 p.

⁶ L'analyse de la littérature médicale indique que près de la moitié des dépressions des personnes âgées ne sont pas diagnostiquées.

⁷ THOMAS P., HAZIF-THOMAS, C., Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*. 2008, pp. 141-155.

Les personnes âgées constituent par ailleurs une population vulnérable face au risque suicidaire. Selon les chiffres du CépiDc-Inserm⁸, 28 % des suicides survenus en France en 2010 ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus, soit près de 3 000 personnes. Selon les analyses épidémiologiques, près de 90 % des suicides de personnes âgées sont en lien avec un trouble psychiatrique.

Face à ces constats, il est aujourd'hui important que les orientations des politiques publiques et les pratiques professionnelles visent conjointement à « améliorer la prévention, le dépistage et les soins des troubles psychiques d'apparition courante au moment du vieillissement (troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles du sommeil...) [...] largement banalisés, sous diagnostiqués et sous traités »⁹.

L'amélioration du repérage des situations de souffrance psychique ou de dépression constitue donc un réel enjeu de santé publique permettant notamment de réduire le nombre de passages à l'acte suicidaire.

2 LE CHAMP DE LA RECOMMANDATION

La thématique de la prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée est inscrite dans le programme de travail 2013-2014 de l'Anesm, au titre de la qualité de vie.

Cette recommandation concerne les établissements et services relevant de l'article L. 312-1 alinéa 6 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Elle s'adresse aux professionnels :

- des services intervenant à domicile (Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (Spasad), Équipe spécialisée Alzheimer (ESA));
- des établissements d'hébergement pour personnes âgées, médicalisés ou non (Ehpad, Ehpa, etc.);
- des structures d'accueil temporaire (type accueil de jour);
- des Centres locaux d'information et de coordination (Clic);
- des établissements ou services à caractère expérimental, au sens de l'alinéa 12 de l'article L. 312-1 du CASF.

Elle peut aussi être valablement utilisée par les acteurs et les partenaires institutionnels et/ou opérationnels¹⁰ dans le cadre de réflexions et d'échanges, notamment avec les usagers ou leurs proches.

⁸ Le CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) est un des laboratoires de l'Inserm. Les missions essentielles du CépiDc sont la production annuelle de la statistique des causes médicales de décès en France, la diffusion des données et les études et recherches sur les causes médicales de décès. Les informations sont consultables en ligne sur le site du CépiDc: www.cepide.inserm.fr

⁹ Direction Générale de la Santé. Sous-direction de la promotion de la santé, *Vieillesse et santé mentale: un état des lieux en 2007*. Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. Paris: 2008, 36 p.

¹⁰ Par exemple, les pilotes et gestionnaires de cas des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), les professionnels des services sociaux des conseils généraux, les associations de bénévoles, etc.

Cette recommandation est à mettre en lien avec l'ensemble des recommandations de l'Anesm, et plus particulièrement :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)* ;
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)* ;
- *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)* ;
- *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012)* ;
- *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (avril 2012)* ;
- *Qualité de vie en Ehpad : volets 1 à 4 (février 2011 à novembre 2012)* ;
- *Le soutien des aidants non professionnels (2014)*.

3 LES OBJECTIFS DE LA RECOMMANDATION

La recommandation a pour objectif de donner, aux professionnels de l'accompagnement des personnes âgées, des éléments de réflexion sur les pratiques et sur les actions concernant :

- la prévention des risques de souffrance psychique ;
- la connaissance des facteurs de risque et des situations pouvant générer une souffrance psychique ;
- le repérage précoce des signes de souffrance psychique ;
- le partage d'informations relatives à la souffrance psychique repérée, effectué dans le respect de la dignité de la personne et des règles du secret professionnel et/ou médical ;
- la mise en place d'un accompagnement interdisciplinaire, coordonné et adapté à la situation de souffrance psychique repérée ;
- l'amélioration du repérage et de la gestion des situations de crise, et plus particulièrement de crise suicidaire avec risque de passage à l'acte.

POINT DE VIGILANCE

La souffrance psychique peut concerner autant la personne accompagnée que l'ensemble des aidants non professionnels¹¹.

L'aidant principal (ou les aidants principaux le cas échéant), majoritairement présent auprès de la personne (autant au domicile qu'en Ehpad), est particulièrement vulnérable face au risque de souffrance psychique.

Tout au long de la présente recommandation, la souffrance psychique dont il est question concerne **la personne et/ou le(s) aidant(s) eux-mêmes âgés** (conjoint, enfants vieillissants, etc.).

Afin de faciliter la lecture, l'expression « le(s) aidant(s) » a été retenue.

¹¹ D'après la Recommandation n° R(98)9 du Comité des ministres aux états membres relative à la dépendance : dans le secteur des personnes âgées dépendantes, la notion d'aidants non professionnels peut être définie comme « des membres de la famille, des voisins ou d'autres personnes qui prêtent des soins et font de l'accompagnement aux personnes dépendantes de façon régulière sans avoir le bénéfice d'un statut professionnel leur conférant les droits et les obligations liés à un tel statut ».

4 LA RECOMMANDATION, MODE D'EMPLOI

Cette recommandation se décline en cinq chapitres :

- La prévention continue de la souffrance psychique ;
- Le repérage précoce des signes de souffrance psychique ;
- La prise en charge interdisciplinaire de la souffrance psychique ;
- La gestion des situations de crise suicidaire ;
- Études de cas pour l'appropriation de la recommandation.

Les chapitres 1 à 4 comportent des **recommandations**, ainsi déclinées :

L'**introduction** éclaire le lecteur sur le contexte et les problématiques.

Les **enjeux et effets attendus** définissent les buts à atteindre et précisent les effets attendus pour les personnes accompagnées.

Les **déclinaisons concrètes de la recommandation** précisent les actions à mettre en œuvre.

Elles tiennent compte des spécificités d'intervention des professionnels selon le lieu de vie de la personne âgée (au domicile ou en établissement).

Les **illustrations** présentent, à titre d'exemple, quelques expériences développées localement. La vocation de ces illustrations est uniquement d'éclairer le propos. Elles n'ont pas de caractère exhaustif et ne sont pas des recommandations.

Les **points de vigilance** attirent l'attention sur des problématiques importantes.

Les **repères juridiques** rappellent le cadre de la loi.

L'**essentiel** des recommandations est résumé de façon synthétique à la fin de chaque chapitre.

Le document est complété par des annexes comportant :

- des fiches facilitant l'appropriation de la recommandation ;
- des références de guides, de recommandations et d'outils thématiques ;
- la méthode d'élaboration de la recommandation et la liste des personnes y ayant participé.

Une analyse de la littérature française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées, ainsi qu'une bibliographie permettent d'approfondir certaines thématiques abordées au sein de la recommandation.

L'ensemble de ces documents, ainsi que la synthèse de la recommandation sont disponibles sur le site de l'Anesm (www.anesm.sante.gouv.fr).

LA PRÉVENTION CONTINUE
DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Dans le parcours de vie d'une personne, le vieillissement peut être à l'origine de difficultés existentielles spécifiques. En outre, les « situations de rupture »¹², venant perturber ou remettre en cause un état initial, peuvent déclencher un état de détresse plus ou moins intense et durable, des difficultés d'adaptation voire une situation de crise.

Si la souffrance psychique est temporaire, elle peut être considérée comme une réaction adaptative normale ne nécessitant pas de soins spécialisés.

En revanche, lorsqu'elle devient très intense et/ou qu'elle perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble nécessitant une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée.

La perte des repères ou le sentiment d'intrusion potentiellement générés par l'entrée en Ehpad ou par la mise en place d'un soutien à domicile peuvent également être sources de souffrance psychique.

La prévention dont il est alors question concerne l'évolution possible vers une souffrance psychique durable qui impacte les capacités adaptatives de la personne.

1 FAVORISER L'INSTAURATION D'UN CLIMAT DE CONFIANCE DÈS LES PREMIÈRES RENCONTRES

La Charte des droits et libertés de la personne accueillie¹³ attire l'attention des professionnels des services et des établissements sur les moments de transition que représentent la mise en place d'un soutien à domicile ou l'entrée en établissement¹⁴.

Les professionnels sont en cela amenés à garantir aux personnes un accompagnement rassurant dès les premières rencontres¹⁵.

Concernant l'entrée en établissement, l'enquête « Bienveillance en Ehpad »¹⁶ confirme à cet égard l'importance de la qualité de la préparation et du pré-accueil.

¹² Concernant les personnes âgées, les situations de rupture les plus courantes sont : un deuil récent, une aggravation de l'état de santé ou de la dépendance, une hospitalisation, une perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, un déménagement, l'isolement, etc.

¹³ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁴ L'article 9 de la Charte des droits et libertés des personnes accueillies dispose que « les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement ».

¹⁵ Anesm. *Qualité de vie en Ehpad (volet 1). De l'accueil de la personne à l'accompagnement*. Saint-Denis : Anesm, 2011.

¹⁶ Anesm. *Bienveillance. Analyse nationale 2010*. Saint-Denis : Anesm, 2010.

Enjeux et effets attendus

- La personne et le(s) aidant(s) sont rassurés par la qualité des premières rencontres avec le service ou l'établissement et par la bonne compréhension des modalités d'intervention ou d'accueil.
- La qualité de vie ressentie par la personne et le(s) aidant(s) ainsi que l'impact psychique potentiel de la mise en place d'un soutien à domicile ou de l'entrée en établissement sont pris en considération dès l'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé¹⁷.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Pour préparer la première rencontre et afin de ne pas systématiquement les lui faire répéter, prendre connaissance des informations disponibles et partagées sur la personne, telles que :
 - le nom et les coordonnées du médecin traitant ;
 - les données administratives (régime de sécurité sociale, mutuelle, retraite, etc.) ;
 - le(s) type(s) d'aides éventuellement déjà mis(es) en place ;
 - l'existence d'une mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) ;
 - l'origine et le(s) motif(s) de la demande ;
 - .../...
- ↳ Si la personne était déjà accompagnée à domicile ou accueillie dans un établissement social, médico-social ou sanitaire, prendre contact avec les professionnels de cette structure.
- ↳ Établir la liste (par exemple à partir d'une « check-list » ou d'un document équivalent) des informations acquises sur la personne, de celles manquantes et/ou de celles à confirmer lors de la première rencontre.
- ↳ Proposer des conditions d'accueil rassurantes dès les premières rencontres avec la personne et, le cas échéant, le(s) aidant(s) en :
 - se présentant précisément (nom, prénom, métier, service de rattachement pour les intervenants à domicile, etc.) ;
 - présentant l'origine et l'objet de la demande d'intervention au domicile ;
 - présentant l'organisation du service/de l'établissement ainsi que la répartition des missions entre les professionnels (encadrement, professionnels délivrant les actes de soin ou d'aide, etc.) ;
 - prenant le temps d'expliquer de manière adaptée le livret d'accueil et/ou le règlement de fonctionnement (conditions d'accueil ou d'intervention, conditions et modalités de sortie et d'arrêt de prise en charge, etc.) ;

¹⁷ Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

- présentant les éléments pertinents du projet d'établissement et du contrat de séjour/ document individuel de prise en charge ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
 - s'assurant de la compréhension par la personne de ces modalités d'accueil ou d'intervention et en reformulant si besoin et/ou si les termes semblent trop complexes.
- ↳ Concernant les personnes prévoyant l'entrée dans un établissement, organiser autant que possible une visite de la structure voire une rencontre avec les professionnels en amont de l'entrée, afin de préparer l'arrivée et de rassurer la personne.

ILLUSTRATION

Dans un Ehpad, une visite de pré-admission est organisée au sein de l'établissement.

Cette rencontre entre la personne, ses proches, le médecin coordonnateur, l'infirmière coordonnatrice et la psychologue est l'occasion de faire connaissance avec la personne, de lui faire visiter les lieux, d'entendre son assentiment ou sa réticence au projet d'entrée. La personne peut également, si elle le souhaite, évoquer quelques aspects de son histoire, de ses projets, de ses difficultés (décès d'un proche, perte d'autonomie, isolement social, tendance dépressive, etc.).

Cet entretien se termine, avec l'accord de la personne et le cas échéant de son représentant légal, par la co-élaboration rapide d'une ébauche de projet personnalisé.

Le jour de l'entrée, l'ensemble de ces informations permet à l'équipe pluridisciplinaire de proposer un accompagnement adapté dès le premier jour, sans attendre l'obligation d'individualisation¹⁸ de la prise en charge dans les six mois et sans attendre, surtout, l'expression d'un mal-être ou l'apparition d'une situation de crise.

- ↳ Appréhender la personne dans sa globalité et dans son environnement et créer une relation de confiance durable en :
- abordant avec elle son histoire de vie, son ressenti lié au cadre de vie, etc. ;
 - s'appuyant le cas échéant sur l'environnement direct de la personne (photos, livres, objets symboliques, etc.) pour amorcer le dialogue avec elle ;
 - la questionnant sur sa perception de la situation.

¹⁸ En vertu de l'article D. 311 du CASF, l'obligation d'individualisation de la prise en charge s'impose à tout établissement ou service dans un délai de 6 mois à compter de l'admission de la personne.

2 RAPPELER À LA PERSONNE L'IMPORTANCE DE SA PARTICIPATION À SON PROJET PERSONNALISÉ

L'élaboration du projet personnalisé fait suite à une évaluation initiale et a lieu après une période d'observation pluridisciplinaire de la personne dans son environnement.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 consacre le droit donné à la personne d'exprimer ses attentes (besoin d'aide/d'assistance matérielle et/ou médicale, besoin d'aide à la vie sociale, etc.) en fonction de sa situation, de son histoire de vie et de ses besoins ressentis.

La perception par la personne de ses besoins peut être différente de l'analyse faite par les professionnels. La prise en compte de cette « auto-évaluation » dès l'accueil et lors de l'élaboration du projet personnalisé peut permettre une meilleure appropriation de l'aide par la personne.

Enjeux et effets attendus

- La démarche de réflexion autour de la personnalisation du projet et sa co-élaboration sont susceptibles de limiter le risque de souffrance psychique.
- La personnalisation du projet limite le risque de non expression de la souffrance psychique qui peut se révéler, en particulier lorsque les réponses proposées par les professionnels sont en inadéquation avec les attentes de la personne.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Repérer les éléments de l'histoire de la personne susceptibles de donner du sens aux discours, aux réponses, aux réactions, voire aux éventuels troubles psychologiques et/ou comportementaux manifestés.
- ↳ Faciliter les échanges avec la personne sur l'expression de sa perception de sa situation et de ses besoins d'accompagnement, permettant l'élaboration de son projet personnalisé en :
 - se rendant disponible dans l'écoute ;
 - diversifiant les moments et les manières pour permettre à la personne de s'exprimer ;
 - tenant compte de toutes les formes d'expression que peut utiliser la personne (verbale et non verbale) ;
 - validant, et si nécessaire en reformulant autant que de besoin, ce que la personne exprime afin de s'assurer d'une bonne compréhension.

POINT DE VIGILANCE

Lors du recueil des éléments de connaissance de la personne, les professionnels veillent à ne pas être intrusifs. Il ne s'agit pas de tout connaître de l'histoire de la personne dès la première rencontre, mais plutôt d'être à son écoute lorsqu'elle l'exprime et de respecter la graduation avec laquelle elle évoque ces informations personnelles.

- ↳ Rappeler à la personne la place première de sa parole dans les décisions qui la concernent ainsi que la possibilité de se faire assister par une personne de son choix.
- ↳ Proposer un temps d'échange avec la personne portant sur ses éventuelles appréhensions ou réticences vis-à-vis de l'accompagnement qui peut lui être proposé en :
 - identifiant avec elle si elle souhaitait cet accompagnement ;
 - vérifiant avec elle que l'accompagnement proposé est bien celui répondant le mieux à ses attentes et besoins, et à défaut en ouvrant la discussion sur les possibles réorientations ;
 - lui donnant la possibilité d'exposer clairement la manière dont elle se représente l'impact de cet accompagnement sur ses habitudes de vie.

POINT DE VIGILANCE

Le consentement de la personne doit être tant que possible recherché, même en présence de troubles cognitifs pouvant altérer sa compréhension et/ou faire fluctuer son consentement¹⁹.

- ↳ Déterminer avec la personne les informations qu'elle accepte de voir partagées par les professionnels et/ou intégrées dans son projet personnalisé, dans l'intérêt de son accompagnement et dans le respect des règles du secret professionnel.

REPÈRES JURIDIQUES

En vertu de l'article L. 311-3, alinéa 4 du CASF : « *Les professionnels intervenant dans la prise en charge de la personne sont tenus à une obligation de confidentialité concernant les informations à caractère personnel qu'ils peuvent être amenés à connaître à l'occasion de leurs fonctions* ».

Aussi tout partage d'information à caractère confidentiel entre professionnels ou à destination des tiers (et notamment des aidants) doit se faire dans le respect des règles relatives à la confidentialité et au secret professionnel.

Ces impératifs guident les professionnels dans tous leurs échanges que ce soit avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, avec les professionnels extérieurs ou encore avec les membres de la famille et les proches de la personne.

- ↳ En cas d'opposition ou d'attitude d'opposition de la personne :
 - proposer d'échanger avec elle sur les raisons d'une telle opposition ;
 - lui proposer une autre date de rencontre pour échanger sur le sujet.

¹⁹ Anesm. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

Anesm. *Qualité de vie en Ehpad (volet 1). De l'accueil de la personne à l'accompagnement*. Saint-Denis : Anesm, 2011.

Anesm. *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1). Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté*. Saint-Denis : Anesm, 2013.

- ↳ Une fois l'évaluation initiale effectuée et le projet personnalisé élaboré :
 - présenter le projet à la personne et le cas échéant, au(x) aidant(s) ;
 - lui donner l'occasion d'exprimer son degré d'adhésion à l'aide proposée en réponse à ses besoins ;
 - ajuster autant que de besoin les termes du projet personnalisé pour correspondre au mieux à ses attentes.
- ↳ Inclure, dans le plan de formation des professionnels chargés du recueil d'informations, des sessions concernant :
 - les notions de déontologie et d'éthique dans la conduite d'entretien ;
 - les éventuelles nécessités de communication adaptée (notamment pour les personnes âgées souffrant de problèmes cognitifs ou sensoriels) ;
 - les connaissances générales des règles des secrets professionnels (dont le secret médical) et celles liées au partage d'informations ;
 - des informations sur les droits des personnes accompagnées (et notamment le droit pour la personne de participer à son projet) ;
 - .../...

3 IMPLIQUER DANS L'ACCOMPAGNEMENT LE(S) AIDANT(S), AVEC LEUR ACCORD ET CELUI DE LA PERSONNE

L'information et la sollicitation du ou des aidants de la personne peuvent faciliter la transition que représente la mise en place d'un soutien à domicile ou l'entrée en établissement.

Si la parole de la personne est centrale dans le choix des modalités d'accompagnement, celle du ou des aidant(s) doit autant que possible être recueillie et prise en compte, en accord avec la personne.

Enjeux et effets attendus

- Les professionnels identifient et sollicitent autant que de besoin le(s) aidant(s) de la personne tout au long de l'accompagnement.
- Le(s) aidant(s) se sent(ent) valorisé(s) et pris en compte. L'éventuelle souffrance psychique induite par la « négation » de leur rôle est limitée.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Identifier dans l'entourage de la personne : le(s) aidant(s), le cas échéant la personne exerçant la mesure de protection (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle), le mandataire de protection future ou encore la personne de confiance.
- ↳ Susciter, si elle n'est pas déjà nommée et après en avoir expliqué le rôle, la désignation de la personne de confiance.
- ↳ Recueillir les noms et les coordonnées de ces personnes et faire figurer ces informations dans le dossier de la personne afin de pouvoir les contacter si nécessaire.

REPÈRES JURIDIQUES

Le représentant légal

Les dispositions relatives au représentant légal sont mentionnées au sein des articles 425 et suivants du Code civil.

Le représentant légal désigne la personne qui exerce une mesure de protection juridique : tutelle, curatelle ou encore sauvegarde de justice. Celui-ci peut être un membre de la famille ou un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (exerçant dans un service mandataire ou à titre privé).

La personne de confiance

L'article L 1111-6 du Code de la santé publique prévoit que « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ».

Sur les questions de santé, la personne de confiance est consultée autant que nécessaire en tant qu'interlocuteur privilégié. Elle donne donc son avis pour toutes les décisions de nature médicale concernant la personne.

En revanche, la personne de confiance ne représente pas la personne, elle ne s'y substitue pas pour la prise de décision.

Concernant les personnes majeures protégées, seules les personnes sous sauvegarde de justice ou sous curatelle peuvent désigner une personne de confiance, au sens de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique.

Cependant, si une personne placée sous tutelle avait désigné une personne de confiance antérieurement à la décision mettant en place le régime de protection, le juge doit se prononcer sur le maintien ou la révocation de cette désignation.

En cas de maintien, la personne de confiance conserve un droit à être consultée pour avis sur toute question de nature médicale.

Si cette désignation a été effectuée postérieurement au jugement de tutelle, alors elle est nulle de plein droit.

Le mandataire de protection future

Créé par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007, le mandat de protection future permet à une personne (le mandant) de désigner à l'avance la ou les personnes (le mandataire) qu'elle souhaite voir être chargées de veiller sur elle et/ou sur tout ou partie de son patrimoine, pour le jour où elle ne serait plus en état, physique ou mental, de le faire seule.

- ↳ Demander à la personne et/ou à ces interlocuteurs identifiés de prévenir le service ou l'établissement en cas de changement de coordonnées ou de modification de leur situation (déménagement, impossibilité temporaire ou durable de continuer à aider la personne, etc.).

- ↳ En accord avec la personne, associer le(s) aidant(s) et le cas échéant le représentant légal ou la personne de confiance à l'élaboration du projet personnalisé en :
 - présentant également à cette/ces personne(s) les modalités d'accueil ou d'intervention ;
 - recueillant leur ressenti personnel quant aux besoins et attentes de la personne aidée ;
 - facilitant le partage de leur connaissance de la personne aidée.

ILLUSTRATION

Dans un SSIAD, la première évaluation au domicile est toujours menée par un binôme de professionnels (infirmier(e) diplômé(e) d'État et travailleur (se) social(e)), ce qui permet un regard croisé sur la situation. Le début de l'entretien a lieu en présence de la personne pour laquelle le plan d'intervention est prévu ainsi que de ses proches et/ou aidant(s).

Dans un second temps, l'un des professionnels effectue la visite du logement avec la personne aidée. Ce temps est parfois l'occasion pour chacun (aidant/aidé) d'oser dire des choses qu'il craignait d'exprimer en présence de son proche.

- ↳ Tenir compte de la place du ou des aidants lors de l'élaboration du projet personnalisé :
 - en s'informant de ce qui a déjà été fait/proposé/mis en place pour la personne aidée par ce(s) dernier(s) ;
 - en s'informant de la possession ou non par le(s) aidant(s) de la qualité de représentant légal ;
 - dans la mesure du possible, en organisant l'intervention professionnelle en coordination voire en complémentarité avec eux.
- ↳ Poser clairement les missions, rôles et limites de ce que les professionnels peuvent apporter à la personne, en complément de l'intervention du ou des aidants en :
 - s'appuyant si besoin sur des documents de référence posant le cadre d'intervention des professionnels (projet personnalisé, contrat de séjour et/ou document individuel de prise en charge, référentiels métiers, etc.) ;
 - formalisant cette organisation entre les professionnels et le(s) aidant(s).
- ↳ Proposer à la personne et à son ou ses aidant(s) d'exprimer leur avis sur la qualité de l'accompagnement et la capacité de la structure à répondre à leurs besoins en :
 - posant régulièrement la question et/ou lorsqu'un changement de comportement a été observé chez la personne ou le(s) aidant(s) ;
 - invitant la personne à répondre aux enquêtes de satisfaction ;
 - invitant la personne à participer aux différentes instances de participation collective (CVS ou autres formes de participation) ;
 - expliquant comment la prise en compte de cet avis pourra être l'occasion d'une amélioration des pratiques professionnelles²⁰.

²⁰ Anesm. *Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*. Saint-Denis: 2008.

ILLUSTRATION

Dans un SSIAD, l'encadrement prévoit chaque année le recrutement d'un(e) stagiaire pour l'administration au domicile des questionnaires de l'enquête annuelle de satisfaction. Un rendez-vous est proposé à chaque personne qui en formule la demande. Lors de ce rendez-vous (prévu au domicile, au jour et à l'heure qui conviennent le mieux à la personne), les questions sont expliquées autant que de besoin à la personne. Elles sont si besoin reformulées. Le service a constaté une nette amélioration du taux de réponse à l'enquête depuis la mise en place de cette organisation.

L'analyse des réponses recueillies permet aux responsables du service d'améliorer la qualité du service rendu.

4 FAVORISER LA STABILITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE

La mise en place d'un accompagnement stable, avec des interlocuteurs et des conditions d'accueil ou d'intervention identifiés par la personne sont autant d'éléments rassurants pour la personne et le cas échéant, le(s) aidant(s). La stabilité de l'accompagnement contribue en cela à limiter la souffrance psychique potentiellement engendrée par la mise en place de soutiens à domicile ou par une entrée en établissement.

Enjeux et effets attendus

- La personne est rassurée par la stabilité du cadre d'accueil ou d'intervention proposé.
- La personne possède de nouveaux repères et s'approprie les aides qui lui sont apportées.

RECOMMANDATIONS

- ↘ Au domicile autant qu'en établissement, adapter autant que possible les modalités de l'accompagnement aux attentes et aux souhaits de la personne en respectant notamment les rythmes, les habitudes de vie et les repères temporels.
- ↘ Informer au plus tôt la personne et le cas échéant, le(s) aidant(s), des éventuelles modifications de planning, d'équipes ou d'intervenants (liées aux périodes de vacances, aux absences des professionnels) notamment pour limiter l'anxiété potentiellement générée par la perte des repères en cas de changement d'interlocuteur (en particulier pour les intervenants à domicile).

ILLUSTRATION

Dans un SAAD, il est prévu l'intervention en alternance de deux aides à domicile lorsque la personne âgée aidée relève d'un dossier Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Ce fonctionnement évite la mise en place d'une relation « exclusive » avec la personne. Il allège la charge émotionnelle pour l'intervenant et facilite l'acceptation des temps de remplacements par la personne.

- ↳ Veiller à conserver une juste distance, particulièrement pour les interventions à domicile, dans le rapport entretenu avec la personne en :
 - évitant de susciter une relation professionnel-usager trop affective ou familière ;
 - abordant ce sujet autant que de besoin avec la personne ;
 - évoquant la situation le plus tôt possible en réunion d'équipe ou lors d'un échange avec l'encadrement.

5

IDENTIFIER LES POSSIBLES FACTEURS DE RISQUE DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

L'analyse de la littérature permet d'identifier un certain nombre de situations et d'événements de vie qui, selon le moment de leur survenue, leur intensité et leur rapidité d'installation seront des facteurs de risque de souffrance psychique.

Particulièrement, la douleur chronique, les maladies physiques (surtout lorsqu'elles entraînent une perte d'autonomie) sont des facteurs de risque de troubles psychiques, principalement de troubles anxieux ou dépressifs.

« Cette coexistence de problèmes physiques et psychiques pose problème aux professionnels des services et des établissements d'accueil et d'aide aux personnes âgées qui, s'ils possèdent des connaissances et une expertise certaine en gériatrie, ne bénéficient en revanche pas systématiquement de formations spécifiques en santé mentale²¹. »

L'identification et la prise en compte de ces facteurs de risque sont facilitées par la connaissance de la personne dans son environnement et la compréhension de ses éventuelles difficultés.

Enjeu et effet attendu

- Les événements de vie et les situations potentiellement générateurs de souffrance psychique chez les personnes âgées sont identifiés et connus des professionnels.

²¹ LEBLANC, S., LEROUX, G., MALO, S., ROUX, C., *Santé mentale et personnes âgées. S'outiller pour intervenir ensemble*. Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance, Québec, 2009

RECOMMANDATIONS

- ↳ Avoir connaissance des évènements et des situations qui peuvent être déclencheurs de souffrance psychique, en particulier :
 - **des altérations de la santé physique** : annonce récente d'une maladie ou de l'aggravation d'une maladie, survenue d'une perte d'autonomie physique ou des capacités sensorielles qui altèrent les possibilités de communication, présence de douleurs chroniques peu ou pas soulagées, etc. ;
 - **des évènements de vie traumatisants** : annonce de la maladie ou du décès d'un proche, nécessité de changer de lieu de résidence et/ou d'entrer en établissement, chute(s), premiers mois de vie en établissement, etc. ;
 - **des périodes de l'année anxiogènes** : dates anniversaires d'évènements de vie douloureux, échéances potentiellement difficiles à anticiper tels que des rendez-vous médicaux, l'approche des fêtes de fin d'année ou de périodes de vacances, etc. ;
 - **des facteurs de risque liés au contexte et/ou au ressenti de la personne** : isolement ou sentiment de solitude, absence de vie sociale et/ou affective, situation de maltraitance, sentiment d'échec pour elle ou pour un proche, antécédents d'épisodes dépressifs, etc.
- ↳ Échanger avec la personne et le cas échéant le(s) aidant(s), pour déterminer si certains de ces évènements ont pu contribuer à créer la nécessité de l'accompagnement par le service ou l'entrée au sein de l'établissement.
- ↳ Identifier avec la personne et le cas échéant le(s) aidant(s) ce qui, dans le logement, limite son autonomie fonctionnelle au quotidien²², en particulier :
 - concernant l'architecture et les aspects matériels :
 - aménagement de l'espace inadapté ;
 - accès à certaines pièces du domicile devenu difficile voire impossible ;
 - extérieurs inadaptés entraînant des difficultés pour sortir du logement ;
 - manque d'équipement(s) adapté(s) à la mobilité et/ou à certains soins (lit médicalisé, lève-malade, etc.).
 - concernant l'environnement :
 - absence ou inaccessibilité des transports ;
 - attractivité extérieure limitée.
- ↳ Évaluer avec la personne et le cas échéant le(s) aidant(s), si ces aspects matériels et environnementaux engendrent une souffrance psychique.
- ↳ Conseiller de recourir à des aides techniques et/ou à des aménagements de l'environnement, sources de qualité de vie et sécurisants pour la personne.

²² Les grilles d'évaluation figurant au sein de l'« outil de repérage des risques d'accidents domestiques » élaboré par l'Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP) peuvent aider à cette identification et guider les choix de modifications à apporter.

6 MOBILISER LES RESSOURCES ET LES POTENTIALITÉS DE LA PERSONNE

Les ressources et les potentialités des personnes aidées à domicile ou accueillies en établissement constituent un ensemble de facteurs protecteurs qui, encouragés et valorisés, contribuent au maintien ou à la restauration de l'estime de soi de la personne. Leur prise en compte fait partie de ce que les services et établissements peuvent mettre en place pour prévenir la souffrance psychique.

Enjeux et effets attendus

- Les éléments qui peuvent constituer une force/une ressource/une protection sont identifiés et servent d'appui aux professionnels tout au long de leur accompagnement.
- La personne s'appuie sur ses potentialités pour dépasser les évènements et les situations qui peuvent être à l'origine de souffrance psychique.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Évaluer, en s'appuyant sur les informations disponibles ainsi que sur l'observation de la personne, les éléments favorables présents dans l'environnement et les potentialités de la personne, en particulier :
 - **l'existence d'un réseau social** : présence régulière auprès de la personne d'un cercle amical ou familial ; participation à des activités de loisirs, à la vie associative, citoyenne et/ou spirituelle, etc. ;
 - **la présence de potentialités préservées** : autonomie dans certains gestes de la vie quotidienne, capacités à faire et à exprimer des choix, etc. ;
 - **les capacités d'adaptation de la personne** : caractère optimiste, volonté de se réinvestir dans la réorganisation du quotidien, ou encore dans la mise en place de nouvelles activités, etc.
- ↳ Favoriser les situations dans lesquelles la personne peut être valorisée pour améliorer son estime de soi en :
 - sollicitant la personne sur l'expression de son désir et/ou de ses goûts ;
 - stimulant la personne sur la réalisation d'activités mettant en valeur sa créativité, ses savoirs et savoir-faire ;
 - alimentant la discussion lorsque la personne évoque des éléments positifs de son présent et/ou des souvenirs, liés à l'exercice de son ancien métier par exemple ;
 - valorisant les expériences vécues par la personne.

- ↳ Privilégier autant que possible l'autonomie fonctionnelle de la personne et intervenir de façon complémentaire en :
 - proposant systématiquement à la personne de faire ce dont elle se sent capable ;
 - laissant le temps à la personne d'accomplir le(s) geste(s) / l'activité qu'elle souhaite faire, même si cela est plus long ;
 - proposant si nécessaire l'aide du professionnel pour faciliter la finalisation d'un geste, d'une activité ou d'un soin.

7

INFORMER SUR LES ACTIONS DE PRÉVENTION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Le risque de souffrance psychique n'est pas le même selon la personne, sa situation familiale, ses pathologies, sa situation environnementale ou encore son niveau d'autonomie²³.

Par ailleurs, le rôle d'aidant peut amener à un épuisement physique ou moral pour diverses raisons : fatigue physique liée aux aides apportées à son proche, incompréhension des attitudes et comportements du proche aidé, anxiété quant à l'éventuelle progression de la pathologie, difficulté à assumer quotidiennement une dépendance nouvelle ou une altération du caractère, etc.

La souffrance de la personne aidée et celle du ou des aidant(s) sont souvent intriquées, dépendantes l'une de l'autre.

Face à ces risques identifiés, les services et établissements aident à la mise en œuvre de démarches et d'actions de prévention répondant à un besoin exprimé par la personne et le(s) aidant(s).

Enjeux et effets attendus

- La personne et le(s) aidant(s) connaissent les possibilités locales de soutien et/ou d'information et les appréhendent comme un moyen d'anticiper les situations d'épuisement et de souffrance psychique.
- Les professionnels formés sont en mesure de proposer des orientations adaptées.

²³ MANTOVANI, J. GARNUNG, M. CAYLA, F. HAHET, G. DUCHIER, J. MEMBRADO, M. *Qualité de mise en œuvre de l'APA à domicile: positionnements de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée de la qualité*. Rapport de la DREES-MIRE, Mai 2011.

RECOMMANDATIONS

- ↘ Échanger avec la personne et le(s) aidant(s) sur le risque de souffrance psychique induit par la situation de dépendance ou de fragilité en :
 - abordant directement le sujet lors des interventions ;
 - proposant des actions d'information ou de partages d'expériences entre proches aidants (par le biais des formations adressées aux aidants familiaux ou des groupes de paroles par exemple).
- ↘ Participer, avec les différents partenaires du réseau gérontologique et psychiatrique, aux actions de campagnes locales de promotion de la santé mentale des personnes âgées, de prévention du suicide, etc.
- ↘ Proposer autant que possible à la personne et le cas échéant, au(x) aidant(s), d'assister à ces temps d'information.
- ↘ Présenter à la personne et au(x) aidant(s) les possibilités de sollicitation des différents dispositifs, services, institutions existants pour :
 - obtenir des informations générales et/ou accéder à des prestations particulières (rencontre avec le Clic, avec l'équipe médico-sociale du service personnes âgées du conseil général, avec les gestionnaires de cas des MAIA, etc.) ;
 - organiser des temps de loisirs et maintenir des relations sociales significatives (inscription dans des foyers restaurants, des clubs 3^e âge, des associations d'usagers, etc.) ;
 - pallier une situation d'isolement (rencontre avec des bénévoles à domicile ou en établissement, appel à des numéros d'écoute gratuits, etc.).
- ↘ Proposer dans le livret d'accueil ou dans un document dédié un ou plusieurs numéro(s) de téléphone permettant de contacter un organisme spécialisé dans l'écoute des situations de souffrance psychique, d'isolement ou encore de non respect des droits de la personne (SOS Amitié, SOS Psychiatrie, ALMA/Habeo, défenseur des droits, personne qualifiée, etc.).
- ↘ Encourager la personne et le(s) aidant(s) à solliciter, autant que de besoin et sans attendre la situation de crise, ces structures et dispositifs locaux en :
 - les informant oralement, lors des interventions, de la présence effective des ressources locales ;
 - inscrivant les coordonnées des structures concernées et de la personne à contacter de façon lisible sur le support qui leur convient le mieux.
- ↘ Reparler avec la personne et le(s) aidant(s) de ces orientations possibles, particulièrement en cas de constat d'une modification de la situation de la personne et dès le repérage de signes de souffrance psychique.
- ↘ Si la personne semble désireuse de recourir à l'un de ces dispositifs, lui proposer de l'aider à le contacter voire de l'y accompagner.

- ↳ Proposer le recours à des soutiens pour le(s) aidant(s) en :
- sollicitant au moment le plus opportun l'expression des attentes en termes d'information, d'écoute, de conseils techniques, voire de formation ;
 - évaluant avec le(s) aidant(s) les besoins, notamment de répit ;
 - identifiant les dispositifs locaux d'aide aux aidants (groupes de parole, plateformes d'accompagnement et de répit, hébergements temporaires et accueils de jour, etc.).

ILLUSTRATION

Dans une structure proposant un accueil à la journée des personnes âgées et de leurs aidants (appelée « maison des aidants »), la coordinatrice fait part de son constat : « il est encore très difficile pour les aidants de faire la démarche de contacter la structure. Il est pour cela nécessaire que l'aidant prenne conscience du problème (autrement dit qu'il accepte que son proche, souvent conjoint ou parent, soit malade et/ou dans un besoin d'aide), et qu'il accepte l'idée qu'il n'y arrive plus tout seul ».

- ↳ Accompagner le(s) aidant(s) exprimant un souhait/un besoin de temps de répit dans les démarches en :
- assurant à la continuité de l'aide qui sera apportée à la personne sur le temps de répit ;
 - adaptant si besoin l'organisation des modalités de l'accompagnement (modification des heures de passage, des aides ou des soins effectués, etc.).

L'essentiel

FAVORISER L'INSTAURATION D'UN CLIMAT DE CONFIANCE DÈS LES PREMIÈRES RENCONTRES

- En prenant connaissance de façon anticipée des informations disponibles et partagées sur la personne.
- En établissant, en amont de la première rencontre, la liste des informations acquises sur la personne, de celles manquantes ou encore de celles à confirmer lors de l'entretien.
- En proposant des conditions d'accueil rassurantes dès les premières rencontres avec la personne.
- En appréhendant la personne dans sa globalité et en tenant compte de son environnement et de ses souhaits lors de l'évaluation initiale.

RAPPELER À LA PERSONNE L'IMPORTANCE DE SA PARTICIPATION À SON PROJET PERSONNALISÉ

- En confirmant à la personne la place première de sa parole dans les décisions qui la concernent.
- En facilitant les échanges avec la personne sur l'expression de sa perception de sa situation et de ses besoins d'accompagnement, ainsi que sur ses éventuelles appréhensions ou réticences vis-à-vis de l'accompagnement qui lui est proposé.
- En déterminant avec la personne les informations qu'elle accepte de voir partagées par les professionnels et/ou intégrées dans son projet personnalisé, dans l'intérêt de son accompagnement et dans le respect des règles du secret professionnel.

IMPLIQUER DANS L'ACCOMPAGNEMENT LE(S) AIDANT(S), AVEC LEUR ACCORD ET CELUI DE LA PERSONNE

- En s'informant de la présence ou non auprès de la personne d'un ou de plusieurs aidants, mais aussi d'un représentant légal, d'une personne de confiance, etc.
- En tenant compte des aides apportées par le(s) aidant(s) et en organisant, s'il(s) le souhaite(nt), l'intervention professionnelle en coordination voire en complémentarité avec ce(s) dernier(s).
- En associant, s'il(s) le souhaite(nt), le(s) aidant(s) à la mise en place de l'accompagnement et à l'élaboration du projet personnalisé.
- En proposant à la personne et au(x) aidant(s) d'exprimer leur avis sur la qualité de l'accompagnement et le degré de réponse aux besoins identifiés.





FAVORISER LA STABILITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE

- En adaptant les modalités de l'accompagnement aux attentes et aux souhaits de la personne, respectueuses autant que possible de ses rythmes, de ses habitudes de vie et de ses repères temporels.
- En informant au plus tôt la personne et le cas échéant, le(s) aidant(s) des éventuelles modifications de planning, d'équipe ou d'intervenant.

IDENTIFIER LES POSSIBLES FACTEURS DE RISQUE DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

- En ayant connaissance des situations et des événements de vie souvent générateurs de souffrance psychique chez les personnes âgées.
- En échangeant avec la personne et le cas échéant, le(s) aidant(s) pour déterminer si certains de ces événements ont été à l'origine d'une souffrance psychique et/ou de la mise en place de l'accompagnement.

MOBILISER LES RESSOURCES ET LES POTENTIALITÉS DE LA PERSONNE

- En évaluant les facteurs favorables présents dans l'environnement et les potentialités de la personne.
- En favorisant les situations dans lesquelles l'autonomie de la personne et la valorisation de son estime d'elle-même peuvent être améliorées.
- En privilégiant autant que possible l'autonomie fonctionnelle de la personne et en intervenant de façon complémentaire dans la réalisation ou la finalisation de certains gestes/activités.

INFORMER SUR LES ACTIONS DE PRÉVENTION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

- En échangeant avec la personne et le cas échéant, le(s) aidant(s) sur les risques de souffrance psychique induits par la situation de dépendance ou de fragilité.
- En présentant à la personne et le cas échéant le(s) aidant(s), les possibles recours à des aides extérieures pour un soutien, des conseils, une écoute, l'organisation de temps de loisirs ou de répit, etc.
- En encourageant la personne et le cas échéant le(s) aidant(s), à solliciter autant que de besoin et sans attendre la situation de crise, les structures et dispositifs locaux proposant des actions de prévention.
- En proposant le recours à des soutiens pour le(s) aidant(s), au regard des attentes et besoins exprimés par ce(s) dernier(s).
- En accompagnant si besoin le(s) aidant(s) qui expriment un souhait/un besoin de temps de répit dans les démarches.

LE REPÉRAGE PRÉCOCE DES SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

La pluralité des causes de souffrance psychique est un élément clé de compréhension des difficultés de repérage qui peuvent se poser aux professionnels des services et établissements, ce d'autant que cette souffrance, qui concerne l'intimité des personnes, peut s'exprimer de diverses façons.

Chez les personnes âgées, il est estimé que deux tiers des plaintes liées à la dépression ont une expression somatique, véritable masque d'un état dépressif²⁴.

Les professionnels des services et établissements sont en première ligne pour repérer la manifestation des signes de souffrance psychique. Ce travail d'observation requiert des qualités humaines (le savoir-être), des connaissances (les savoirs) et des compétences professionnelles (le savoir-faire).

Le repérage est l'étape préalable à l'accompagnement des personnes en situation de souffrance psychique vers une consultation chez leur médecin traitant et/ou vers la mise en place d'aides, de soins ou de traitements adaptés.

POINT DE VIGILANCE

Repérer une personne en souffrance psychique ne revient pas à faire le diagnostic de la maladie dépressive. Ce diagnostic incombe au médecin.

Le repérage dont il est question correspond bien au repérage précoce d'un état de mal-être, identifiable quel que soit le professionnel.

1 IDENTIFIER ET REPÉRER LES SIGNES RÉVÉLATEURS DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE CHEZ LA PERSONNE ET LE(S) AIDANT(S)

L'expression de la souffrance peut être différente selon les personnes. Elle peut être verbalisée lors d'un échange où la personne évoque clairement sa souffrance, mais elle peut aussi s'exprimer différemment au travers d'une somatisation, d'un repli sur soi ou encore d'une baisse d'investissement dans son apparence physique.

Quelles qu'elles soient, ces manifestations forment un « faisceau d'indices » qui éveille l'attention des professionnels et elles peuvent avoir une fonction d'appel au secours/de demande de protection.

Au-delà d'une écoute attentive, l'observation de la personne dans son environnement et l'attention portée à ce qui s'est modifié sont les fondements de la démarche de repérage entreprise par les professionnels.

²⁴ ALLAZ, A-F, *Dimensions psychologiques de la douleur chronique chez la personne âgée*. Psychol NeuroPsychiatr Vieil, vol 4, n° 2, juin 2006.

Enjeux et effets attendus

- Les différentes formes d'expression de la souffrance psychique (verbales ou non verbales) sont identifiées par les professionnels.
- La souffrance psychique exprimée par la personne et le cas échéant, le(s) aidant(s) est entendue et prise en compte par les professionnels.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Observer avec la personne et le cas échéant le(s) aidant(s), les évolutions de son attitude, notamment dans :
 - **son rapport à elle-même** : dégradation de l'image corporelle, de l'hygiène et/ou de l'apparence, refus d'alimentation ou perte d'appétit, arrêt d'un régime alimentaire conseillé (en cas de diabète ou de cholestérol par exemple, etc.) ;
 - **son rapport aux autres** : repli sur soi, mutisme, apathie, instabilité de l'humeur, irritabilité, agressivité, désintérêt dans l'échange, démotivation, baisse ou arrêt d'activités, pessimisme par rapport à l'avenir, etc. ;
 - **son rapport aux soins** : oppositions aux soins, mauvaise observance d'un traitement (sur ou sous consommation médicamenteuse entraînant des risques pour sa santé et aussi des risques de chutes, etc.) ;
 - **son rapport aux aspects matériels** : désinvestissement d'objets personnels et/ou symboliques, désintérêt de la gestion financière, etc. ;
 - **son rapport aux activités quotidiennes** : négligences dans l'entretien du logement, diminution des sorties extérieures, ralentissement net de l'activité, etc.

ILLUSTRATION

Un responsable de service à domicile explique que « certaines personnes âgées expriment leur mal-être au travers de leur corps et l'observation d'une personne âgée permet parfois de comprendre beaucoup de ses états d'âme. L'angoisse par exemple peut se lire sur le visage d'une personne, ainsi que dans ses gestes ou au travers d'une inhabituelle agitation. Il s'agit alors de bien connaître la personne afin de pouvoir repérer ce qui fait changement dans l'attitude, la posture, la façon d'être. Bien souvent, les professionnels remarquent que les personnes disent "j'ai mal", là où en réalité elles pensent "je suis mal" ».

- ↳ Être particulièrement attentifs aux évolutions de comportements et/ou aux évènements pouvant être considérés comme des mises en danger voire des équivalents suicidaires²⁵ conscients ou inconscients, de la personne et le cas échéant, du ou des aidant(s).

²⁵ L'équivalent suicidaire peut être défini comme une « conduite dangereuse souvent répétitive, exprimant dans le registre symbolique un désir de mort, mais dont le sujet dénie le risque et la finalité ».

JUILLET P., *Dictionnaire de psychiatrie*. Conseil International de la Langue Française, Paris 2000.

POINT DE VIGILANCE

Par exemple, une chute, même sans conséquences physiques, n'est pas un évènement de vie anodin.

L'observation, sur le court et le moyen terme, des réactions possibles de la personne après une chute (perte de confiance grandissante, diminution des activités, anxiété accrue face à l'isolement, etc.) peut permettre d'identifier si la chute a été le déclencheur et/ou le révélateur d'une souffrance psychique.

- ↳ En cas de recours multiples aux services des urgences (demandes fréquentes d'hospitalisation pour crise d'angoisse, sentiment de gêne respiratoire, etc.), considérer ces demandes répétées et potentiellement inappropriées comme autant de signaux d'alerte de souffrance psychique.
- ↳ Questionner avec la personne et le cas échéant le(s) aidant(s), le sens de ces actes (pourquoi un tel appel au secours? Pourquoi à ce moment là?, etc.) et si nécessaire solliciter le médecin traitant.
- ↳ Observer avec la même attention les évolutions de l'attitude du ou des aidant(s) dans :
 - **le rapport à soi-même**: négligences vis-à-vis de sa propre personne, dévalorisation de soi, dénutrition, etc.;
 - **le rapport à la personne aidée**: emprise progressive, ou à l'inverse évolution vers le désintérêt ou le mépris de la personne, manifestations de colère, d'agressivité, de résignation, etc.;
 - **le rapport aux autres**: arrêt d'une activité/d'un loisir personnel, perte de lien progressive avec l'entourage, refus de l'aide proposée par l'entourage amical ou familial, etc.;
 - **le rapport aux soins**: moindre recours aux soins, mauvaise observance ou arrêt d'un traitement, etc.;
 - **le rapport aux aspects matériels**: négligences dans l'entretien du logement, désintérêt pour des objets personnels et/ou symboliques, de la gestion financière, etc.
- ↳ Partager avec la personne et le cas échéant, le(s) aidant(s) les observations effectuées en :
 - leur proposant d'exprimer leur(s) ressenti(s) personnel(s);
 - s'appuyant si besoin sur la fiche de la HAS « *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires?* »²⁶ qui propose en annexe une grille d'observation des changements constatés;
 - re-proposant ultérieurement d'en discuter en cas de refus, si besoin avec un autre interlocuteur.

²⁶ HAS. *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires?* Saint-Denis: 2013. Cette fiche propose en annexe un exemple de grille d'observation à destination des professionnels de services à domicile (SAAD notamment).

2 PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE REPÉRÉS

La formalisation du partage de ce qui a été repéré (transmissions orales ou écrites, analyses partagées en équipe, etc.) permet une prise en compte rapide et coordonnée de la souffrance psychique par les professionnels du service ou de l'établissement.

Les transmissions permettent de structurer le partage d'informations sur un problème ou un évènement non habituel qui se pose et dont la communication se fait dans l'intérêt de la personne.

La qualité et l'efficacité des transmissions dépendent notamment de la connaissance par les professionnels des destinataires (professionnel encadrant, médecin coordonnateur, responsable de secteur, infirmier coordonnateur, etc.) et des modalités de transmission.

REPÈRES JURIDIQUES

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 consacre le droit pour toute personne à la confidentialité des informations qui la concernent.

Par ailleurs, en dehors du partage d'informations réglementé par l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, la personne accueillie (ou son représentant légal), est seule habilitée à autoriser le partage d'informations à caractère confidentiel qui la concernent.

Elle conserve à l'inverse la possibilité de s'opposer au partage d'une information confidentielle.

La personne est ainsi impliquée, dans la mesure de ses potentialités et de sa volonté, dans l'analyse des signes de souffrance qu'elle exprime.

Enjeux et effets attendus

- Le professionnel ne reste pas seul avec ce qu'il a observé ; l'analyse est faite avec la personne et en équipe.
- Le droit à la confidentialité des informations concernant la personne est garanti.
- Une prise en charge adaptée est envisagée en accord avec la personne et le cas échéant, le(s) aidant(s).

RECOMMANDATIONS

- ↳ Échanger avec la personne, puis en équipe, sur les changements observés dans l'attitude de la personne et/ou du ou des aidant(s) en :
 - s'interrogeant sur le sens éventuel de ces changements (que peuvent-ils signifier?) ;
 - les replaçant dans leur contexte (pourquoi apparaissent-ils aujourd'hui?) ;
 - informant la personne sur les possibilités d'échanges d'informations sur la situation de souffrance repérée avec l'encadrement et/ou le reste de l'équipe, dans son intérêt et dans le respect des règles du secret professionnel.

- ↳ Expliquer à la personne l'utilité du partage des informations nécessaires à la prise en charge de sa souffrance psychique et organiser avec elle les modalités de partage dans le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge.
- ↳ Assurer la pluridisciplinarité des réflexions en :
 - mettant en place des temps d'échanges entre les professionnels du service ou de l'établissement pour aborder les situations de souffrance psychique constatées ou suspectées ;
 - valorisant l'importance des observations faites par les professionnels de l'accompagnement quotidien tel que le personnel soignant en établissement, les aides à domicile ou auxiliaires de vie sociale, les aides-soignantes, etc. ;
 - considérant également la parole des personnes extérieures au service, ayant un contact régulier avec la personne et le(s) aidant(s) tels que les tuteurs, curateurs ou mandataires de mesure de protection, les bénévoles, les voisins, les amis, le facteur, le coiffeur, le personnel d'entretien, etc., susceptibles d'informer sur des changements observés dans l'attitude de la personne.
- ↳ Lors des transmissions orales concernant des situations de souffrance repérées :
 - consulter au préalable le cahier de liaison (ou tout outil équivalent) de la personne concernée ;
 - transcrire dans le dossier de la personne les éléments communiqués ;
 - donner également toute leur importance aux transmissions effectuées sur des temps informels (moments de pauses, temps de relèves entre les équipes, etc.).

POINT DE VIGILANCE

La transmission orale peut être la plus adaptée à une situation particulièrement préoccupante ou d'urgence. Elle peut, dans ces situations, être celle choisie en première intention et ainsi favoriser la réactivité de l'équipe.

- ↳ Veiller à la qualité de la traçabilité de l'observation de signes de souffrance psychique par les professionnels en :
 - mettant en place des outils de transmissions écrits (cahier de liaison à domicile et dossier du résident en Ehpad ; outils utilisés et partagés entre les professionnels) ;
 - ne transmettant que les informations nécessaires, mentionnant des éléments objectifs et ne portant aucun jugement de valeur ou sur les choix de la personne.

ILLUSTRATION

Dans un service d'aide et de soins, la psychologue effectue régulièrement une analyse lexicale des mots et des expressions employés par les professionnels lors des transmissions écrites.

Ce travail a permis de mettre en avant plusieurs axes d'amélioration : par exemple, les écrits sur l'état psychique concernaient peu l'état émotionnel de la personne, mais relevaient régulièrement de termes relatifs à un diagnostic médical pourtant non posé. L'usage excessif de la ponctuation (points d'interrogation, surlignage, point d'exclamation, mots entre guillemets, etc.) avait également été relevé, ainsi que de nombreux propos relevant d'appréciations subjectives, voire de jugements de valeurs. Cette analyse régulière des cahiers de transmissions permet une réflexion continue sur l'amélioration de la qualité des écrits, et a donné lieu à des actions de formation aux transmissions écrites pour l'ensemble du personnel d'intervention.

Toujours dans l'optique d'améliorer la qualité des transmissions écrites, un classeur de transmissions ciblées a été mis en place pour le SAAD, ainsi que des classeurs de transmissions « Aide et Soins » lorsque le SSIAD et le SAAD interviennent auprès de la même personne.

- ↳ Organiser rapidement un temps de réflexions, même bref, au regard d'une situation posant question et/ou inquiétante identifiée comme telle par les professionnels.
- ↳ Adapter les modalités de cette réflexion partagée (rendez-vous téléphonique avec le médecin traitant, réunion interdisciplinaire, supervision, séance d'analyse des pratiques professionnelles, etc.) à la complexité de la situation.
- ↳ Valoriser le travail de repérage effectué en informant le professionnel ayant signalé une situation de souffrance psychique des suites données à cette transmission dans le respect des règles du secret professionnel.

ILLUSTRATION

Dans un service d'aide et de soins, un courrier est transmis par le responsable du service au professionnel ayant fait un signalement de situation de souffrance psychique. Ce courrier est une forme d'accusé de réception du signalement effectué, mais aussi l'occasion de valoriser le travail d'observation et l'initiative de transmission de l'information effectués par le professionnel. Dans le respect des règles du secret professionnel et/ou médical, ce courrier indique également les suites ayant été données au signalement.

- ↳ Évaluer en équipe :
 - les actions mises et/ou à mettre en place en interne afin de contribuer à l'atténuation de la souffrance constatée ;
 - les limites d'action/du champ de compétence du service ou de l'établissement et les situations nécessitant un travail en réseau, notamment avec l'aide du médecin traitant.

3 SOUTENIR LES PROFESSIONNELS DANS LE TRAVAIL DE REPÉRAGE DES SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Le soutien des professionnels participe à l'amélioration des pratiques, ainsi qu'à la prévention de l'épuisement des professionnels.

Les établissements et services ont la responsabilité de donner les moyens aux professionnels de reconnaître les situations déstabilisantes sur le plan psychique, d'en repérer les symptômes et les manifestations les plus courantes, d'avoir des outils pour évaluer leur gravité et de connaître quelques pistes d'actions pour y faire face avec la personne.

Enjeux et effets attendus

- Les professionnels bénéficient de temps d'information/de formation nécessaires et suffisants relatifs à la notion de souffrance psychique et à la reconnaissance de ses « symptômes ».
- Quels que soient leur métier, leur qualification et les modalités d'intervention auprès de la personne, les professionnels se sentent en mesure d'observer, d'entendre et de transmettre les informations relatives à la souffrance psychique exprimée par la personne.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Sensibiliser régulièrement les professionnels, y compris ceux travaillant la nuit, à la notion de souffrance psychique, aux pathologies dépressives et/ou au risque suicidaire, notamment en :
 - évoquant ces sujets au moment de l'accueil/lors de la prise de fonction des professionnels ;
 - prévoyant la présentation de focus thématiques sur ces sujets par exemple lors de réunions de service ;
 - organisant des temps de réflexions partagées sur les pratiques à partir notamment de situations particulières ;
 - dédiant une partie du projet de service/d'établissement à ces problématiques.
- ↳ Inscrire la thématique de la souffrance psychique, des pathologies dépressives et du risque suicidaire chez la personne âgée dans le plan de formation des professionnels.
- ↳ Encadrer l'utilisation éventuelle des outils/échelles d'évaluation/grilles d'aide au repérage de la souffrance psychique (telle que l'échelle de Zarit²⁷ pour le repérage de la souffrance de l'aidant) ou de la dépression telle que l'échelle de dépression gériatrique (GDS) en :
 - choisissant un ou plusieurs outil(s) commun(s) à l'ensemble des professionnels ;

²⁷ HAS. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*, Saint Denis : 2011.

La Haute Autorité de Santé évoque dans cette recommandation de bonnes pratiques professionnelles « la fatigue de l'aidant témoignant d'un vécu d'épuisement, d'une souffrance verbalisée ou repérable, qu'il est possible d'évaluer sur une échelle analogique ou avec une échelle de type Zarit (éventuellement forme simplifiée) »

- formant les professionnels aux contenus et aux conditions de leur utilisation (à quoi sert cette grille? Qui la remplit? Quand est-elle remplie? Quelle(s) suite(s) donner aux résultats obtenus? Etc.);
- identifiant un référent au sein du service, en mesure de relayer/mettre à jour l'information relative à l'utilisation de ces outils.

POINT DE VIGILANCE

Ces outils sont des documents qui peuvent aider les professionnels dans leur repérage ou dans la transcription écrite de ce qui a été repéré. Ils n'ont pas vocation à permettre aux professionnels de poser des diagnostics médicaux.

La présentation à la personne de l'outil utilisé et de l'intérêt de son utilisation est un préalable important et rassurant pour la personne.

Si des outils de repérage, de dépistage ou de suivi sont utilisés, il convient de s'assurer que ces derniers sont validés en France, pour la population âgée.

- ↳ Organiser la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (Anesm, HAS, etc.) et des outils (type MobiQual²⁸) apportant une aide au repérage en:
 - mettant ces outils à disposition des professionnels;
 - proposant la désignation d'un professionnel dédié au sein du service ou de l'établissement, en charge de mener une veille active et de relayer les informations sur la mise à jour de ces outils;
 - proposant si besoin un temps d'échange en équipe sur le contenu et l'utilisation de ces outils.
- ↳ Organiser régulièrement des temps d'échanges (réunions collectives et/ou entretiens individuels) dédiés à l'expression des professionnels sur leurs éventuelles difficultés rencontrées dans:
 - l'utilisation des outils de repérage mis à leur disposition;
 - le repérage des signes de souffrance psychique.

²⁸ L'« Outil Dépression » proposé par le programme MobiQual peut plus particulièrement être utilisé. Cet outil est décliné en deux versions, selon le lieu de vie de la personne (établissement ou domicile).

L'essentiel

IDENTIFIER ET REPÉRER LES SIGNES RÉVÉLATEURS DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE CHEZ LA PERSONNE ET LE(S) AIDANT(S)

- En observant les évolutions dans les attitudes, gestes et paroles de la personne ainsi que du ou des aidant(s).
- En étant particulièrement attentif aux évolutions de comportements et/ou aux événements qui peuvent être considérés comme des mises en danger voire des équivalents suicidaires conscients ou inconscients, de la personne et/ou du ou des aidant(s).

PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne puis en équipe sur les changements observés dans l'attitude de la personne et/ou du ou des aidant(s).
- En assurant la pluridisciplinarité des réflexions par une prise en compte à importance égale des observations transmises par toutes personnes (professionnelles ou non professionnelles) dès lors que ces dernières ont un contact régulier avec la personne aidée.
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques au partage d'informations concernant la personne en souffrance.

SOUTENIR LES PROFESSIONNELS DANS LE TRAVAIL DE REPÉRAGE DES SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

- En sensibilisant régulièrement les professionnels, y compris ceux travaillant la nuit, à la notion de souffrance psychique et à l'observation de ses manifestations possibles.
- En incluant, au sein du projet d'établissement ou de service, un volet concernant la prise en compte de la souffrance psychique et du risque suicidaire des personnes âgées.
- En encadrant l'éventuelle utilisation par les professionnels d'outils d'aide au repérage ou à l'analyse de ce qui a été repéré (grilles, échelles, recommandations de pratiques professionnelles, etc.).
- En organisant régulièrement des temps d'échanges (réunions collectives et/ou entretiens individuels) dédiés à l'expression des professionnels sur leurs éventuelles difficultés liées au repérage des situations de souffrance psychique.

LA PRISE EN CHARGE
INTERDISCIPLINAIRE DE LA
SOUFFRANCE PSYCHIQUE

La prise en charge interdisciplinaire de la souffrance psychique d'une personne suppose la sollicitation de professionnels qui ont une expertise sur cette souffrance spécifique (médecin traitant, psychiatre, psychologue, etc.) et qui peuvent faire un diagnostic.

Elle implique donc autant les professionnels médico-sociaux et sociaux²⁹ que ceux du secteur sanitaire.

La diversité de composition des équipes entre les établissements et les services, entre les types de services, voire entre structures du même type implique une hétérogénéité du niveau de mise en œuvre, en interne, de cette analyse interdisciplinaire.

1 IDENTIFIER LES PROFESSIONNELS RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE

La qualité de la prise en charge dépend notamment de l'interaction existante entre la personne, le(s) aidant(s) et l'ensemble des professionnels, mais aussi de leur entente sur les objectifs et sur la manière de les atteindre.

Elle suppose donc une identification réciproque préalable et une bonne communication entre les différents intervenants dans le respect des exigences inhérentes au secret professionnel.

Enjeux et effets attendus

- Les professionnels du service ou de l'établissement ont connaissance des possibilités d'orientation de la personne vers des structures ou dispositifs relais, particulièrement ceux du domaine de la santé mentale.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Établir une liste régulièrement mise à jour des personnes ressources ou des structures locales compétentes pour la prise en charge de la souffrance psychique, notamment :
 - les équipes mobiles gériatriques et psycho-gériatriques ;
 - les psychiatres et psychologues ;
 - les centres médico-psychologiques ;
 - les centres de consultation mémoire ;
 - les centres d'examens de santé ;
 - les gestionnaires de cas au sein des MAIA ;
 - les réseaux de soins en gériatrie ;

²⁹ CORDIER, A., *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages »*. Ministère de la santé et des affaires sociales, Paris : 2013.

- les centres d'accueil de jour ;
 - les plateformes d'accueil et de répit ;
 - .../...
- ↳ Élaborer et mettre à disposition des professionnels une fiche régulièrement actualisée :
- mentionnant notamment les noms et les coordonnées des principaux professionnels identifiés ;
 - précisant le rôle et les missions de chacun ;
 - mentionnant, dans la mesure du possible, le nom d'une personne contact au sein de chaque structure.
- ↳ Établir avec ces personnes, services ou structures des relations de partenariat (conventions, procédures de travail connues des professionnels et régulièrement mises à jour, etc.)

2 MOBILISER LA PERSONNE DANS LA PRISE EN CHARGE DE SA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

La parole de la personne est centrale dans l'organisation des accompagnements et/ou des soins mis en place pour la prise en charge de sa souffrance psychique.

Si l'organisation de la prise en charge de la souffrance incombe aux professionnels qui l'accompagnent, le recueil de la parole de la personne et de ses souhaits reste, lorsqu'il est possible, indispensable.

L'article L. 311-3 alinéa 3 du CASF prévoit en ce sens que, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, il est assuré à la personne « *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. À défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché* »³⁰.

Enjeux et effets attendus

- L'expression des choix de la personne relatifs à la prise en charge de sa souffrance psychique est favorisée.
- La personne et le cas échéant le(s) aidant(s), connaissent les ressources auxquelles ils peuvent faire appel.

³⁰ Dans le même ordre d'idée, il peut être fait référence à l'article 2 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie relatif au droit à une prise en charge adaptée, ainsi que l'article de cette même Charte relatif au principe de libre choix. Le principe de libre choix de la personne est par ailleurs consacré à l'article L. 311-3, alinéa 2 du CASF.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Présenter dans le livret d'accueil du service ou de l'établissement les différents réseaux et services identifiés, notamment ceux avec lesquels la structure a établi des conventions.
- ↳ Compléter l'information par une communication orale à la personne et le cas échéant(s) le(s) aidant(s) sur l'existence du réseau local de professionnels ressources, spécifique à la santé mentale en :
 - expliquant si besoin le rôle/le champ de compétences de chacun ;
 - transmettant, s'ils le souhaitent, leurs coordonnées ;
 - aidant, si nécessaire, à la prise de contact avec les partenaires identifiés.
- ↳ Accorder une place centrale à la parole de la personne dans le choix de la prise en charge de sa souffrance en :
 - apportant les informations nécessaires permettant à la personne de faire un choix éclairé ;
 - envisageant avec la personne les différentes possibilités de prise en charge ;
 - sollicitant l'accord de la personne et le cas échéant celui du ou des aidants avant toute orientation ;
 - expliquant les possibilités de faire évoluer la situation vers un mieux-être.
- ↳ Lorsqu'un refus d'orientation, de mise en place d'un accompagnement spécifique ou de renoncement en cours d'accompagnement est exprimé par la personne, échanger avec elle et le cas échéant le(s) aidant(s) afin d'en comprendre les raisons. Cette analyse tient compte notamment :
 - des spécificités de la personne (état de santé et notamment présence ou non de troubles cognitifs) ;
 - du contexte dans lequel il est exprimé (à quel moment ? en présence de qui ?, etc.).
- ↳ En cas de refus persistant :
 - laisser le temps à la personne d'analyser la situation et d'évaluer les potentiels risques encourus en raison du refus ;
 - proposer à la personne d'en reparler ultérieurement ;
 - proposer également un changement d'interlocuteur au sein du service ou de l'établissement.

3 RENFORCER LA COORDINATION ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES ACTIONS MISES EN ŒUVRE DANS LE PARCOURS DE SOINS DE LA PERSONNE

La coordination s'effectue à plusieurs niveaux : en interne (entre professionnels d'un même établissement ou service) ; en externe (avec les partenaires et l'entourage qui aident la personne) ; en relais (avec la structure qui a précédé ou celle qui succédera)³¹.

Au niveau des acteurs, la coordination comprend l'interaction et la communication entre la personne, le(s) aidant(s) et les professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux³².

Le médecin traitant est le pivot de cette action coordonnée ; il est au centre du parcours de soins de la personne et le cas échéant du ou des aidant(s). Il intervient en collaboration avec les professionnels des services et des établissements qui, en lien régulier avec la personne, sont en mesure de signaler tout nouveau symptôme ou toute aggravation de l'état de la personne.

La cohérence et la continuité de l'accompagnement de la personne en souffrance supposent un partage régulier d'informations entre les professionnels. Les échanges d'informations sont ciblés et adaptés au(x) professionnel(s) destinataire(s).

Enjeux et effets attendus

- La personne souffrante est au cœur d'un réseau de professionnels intervenant, chacun dans sa spécialité, de façon complémentaire et coordonnée.
- Le parcours de soins de la personne en souffrance psychique est construit avec la personne.

RECOMMANDATIONS

- ↘ Solliciter le médecin traitant de la personne afin que ce dernier pose un diagnostic médical, organise une éventuelle prise en charge médico-psycho-sociale voire propose à la personne le recours à des soins psychiatriques ou psycho-gériatriques.
- ↘ Organiser avec les partenaires identifiés, le partage d'informations et l'analyse interdisciplinaire de la situation de souffrance repérée en :
 - s'assurant du consentement préalable de la personne au partage d'informations ;
 - mettant en place un protocole et des outils de transmission de l'information adaptés entre les services et les structures (cahier de liaison sur le lieu de vie de la personne, fiches navettes, réunions régulières donnant lieu à des comptes-rendus, etc.) ;
 - s'assurant de la bonne appropriation des outils de communication par les professionnels de tous les services concernés.
- ↘ Inscrire dans le dossier de la personne les modalités de la prise en charge de sa souffrance psychique, ainsi que les professionnels impliqués.

³¹ Anesm. *Évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes*. Saint-Denis 2012.

³² INPES, *Rapport Recherche qualitative exploratoire Handicaps-Incapacités-Santé et Aide pour l'Autonomie (RHISAA)*, Vol 1, Paris : 2010.

- ↳ Formaliser, le cas échéant, cet accompagnement interdisciplinaire au sein d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS) élaboré sur la base du modèle proposé par la Haute Autorité de Santé³³.
- ↳ Si la personne est orientée vers des structures extérieures pour la prise en charge de sa souffrance psychique, s'assurer de la bonne circulation des informations entre les services et les professionnels tout en respectant la vie privée de la personne et les règles du secret professionnel.
- ↳ Déterminer avec la personne et le cas échéant le(s) aidant(s), et en coordination avec l'ensemble des professionnels impliqués, le rôle, les possibilités et les limites d'action de chacun dans la prise en charge de la souffrance psychique de la personne, en ce qui concerne notamment :
 - l'observance des traitements prescrits ;
 - la gestion des rendez-vous médicaux ou paramédicaux programmés et l'organisation des transports pour se rendre aux différents rendez-vous (consultations médicales et/ou psychologiques, etc.) ;
 - .../...
- ↳ Favoriser la cohérence des interventions des différents professionnels dans la prise en charge de la souffrance psychique de la personne en :
 - prenant soin de tenir à jour le cahier de liaison au domicile de la personne ;
 - s'assurant d'une utilisation coordonnée de cet outil de liaison ;
 - tenant compte de la possibilité pour toute personne présente au domicile (la personne elle-même, ses proches, d'autres professionnels, etc.) de prendre connaissance de son contenu.
- ↳ Anticiper la continuité de la prise en charge de la souffrance de la personne et/ou du ou des aidant(s) dans les moments de transition de son parcours, particulièrement lors des entrées et sorties d'hospitalisation en :
 - considérant l'hospitalisation comme un évènement de vie particulièrement anxiogène pour la personne ;
 - menant une réflexion, avec le médecin traitant, sur l'opportunité d'une hospitalisation à domicile (HAD), y compris en Ehpad, ou encore d'une solution d'accueil temporaire ;
 - rassurant la personne sur la continuité des soins qui lui seront apportés pendant et après son hospitalisation ;
 - transmettant à l'équipe hospitalière les informations nécessaires à la bonne prise en charge de la souffrance psychique de la personne, dans le respect des règles du secret professionnel et/ou médical ;
 - élaborant avec la personne, le(s) aidant(s) et les professionnels soignants ou non, un projet de retour à domicile tenant compte des fragilités psychiques de la personne (recours aux services ou programmes facilitant le retour au domicile, mise en place d'une télé assistance, soutien ponctuel renforcé, etc.).

³³ Ce modèle de PPS proposé par la HAS, disponible via le lien suivant : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638460/fr/plan-personnalise-de-sante-pps
Ce modèle est un support qui peut être adapté par les professionnels pour tenir compte des spécificités de leur démarche.

ILLUSTRATION

Dans un SSIAD, un « livret d'accompagnement à domicile » est mis en place pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce livret est transmis aux intervenants remplaçants, ainsi qu'aux hôpitaux, voire aux Ehpad lors d'hospitalisation ou d'entrée en structure d'hébergement. Rempli par l'aide à domicile et la personne aidée, en présence de la psychologue du service, ce livret inclut la synthèse des principales informations concernant la personne aidée, ses habitudes de vie (alimentation, sommeil, loisirs, etc.) et le maillage de son réseau amical et/ou familial.

Il est un outil de liaison utile à la continuité des soins et de l'accompagnement proposé à la personne, quelles que soient les étapes de son parcours et de ses lieux d'accueil.

4 ADAPTER LA PRISE EN CHARGE AUX POSSIBLES ÉVOLUTIONS DE L'ÉTAT DE SANTÉ PSYCHIQUE DE LA PERSONNE ET DU OU DES AIDANT(S) : AGGRAVATION, STABILITÉ, AMÉLIORATION

Les potentialités physiques et psychiques ainsi que l'état de santé (en particulier psychologique) des personnes âgées varient de façon non linéaire.

L'analyse faite à un moment donné et ayant abouti à la mise en place d'aides spécifiques ainsi que le protocole de prise en charge de la souffrance psychique nécessitent une réévaluation régulière effectuée par les professionnels, à domicile comme en établissement.

Chaque nouvelle évaluation interdisciplinaire permet d'adapter la prise en charge de la souffrance (pertinence du maintien d'un éventuel suivi psychologique, pertinence d'un maintien à domicile au regard de l'évolution de la situation, etc.) à ces fluctuations (dans le sens d'une amélioration ou dégradation) de l'état de la personne.

Enjeux et effets attendus

- L'attention des professionnels portée à l'état de santé psychique de la personne est continue.
- La prise en charge de la souffrance de la personne est adaptée à l'évolution, positive ou négative, de son état de santé psychique.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Échanger régulièrement avec la personne et le cas échéant le(s) aidant(s) sur son :
 - vécu de l'évolution de sa situation (ressenti d'une dégradation, d'une amélioration ou d'une stabilité, etc.);
 - avis relatif à l'organisation de la prise en charge de sa souffrance ;
 - analyse relative aux effets ressentis des aides et/ou des soins qui lui sont apportés.

- ↳ Évaluer les possibles évolutions liées au contexte et à l'environnement de la personne et le cas échéant du/de(s) aidant(s), notamment en :
 - étant attentif à l'apparition de nouveaux facteurs de risque de souffrance psychique ;
 - tenant compte des effets possibles de la disparition de facteurs protecteurs.
- ↳ Organiser des temps (ou s'appuyer sur des temps existants) de réflexions partagées et d'analyse des effets constatés de l'aide apportée à la personne sur son mieux-être ou non.
- ↳ Organiser en interne et avec les partenaires extérieurs (médicaux, sociaux et/ou médico-sociaux) un suivi de l'accompagnement mis en place autour de la personne en souffrance (sous forme notamment de réunions, de visioconférence, d'appels téléphoniques, etc.).
- ↳ Déterminer les modalités d'organisation et le contenu des réunions de suivi ou de synthèse en :
 - précisant la fréquence de ces réunions (à intervalles réguliers et/ou lors de changements majeurs observés, etc.) ;
 - s'accordant sur la désignation d'un service responsable de l'organisation (lieu de la réunion, professionnels conviés, etc.) ;
 - fixant des objectifs de réunion (partager des points de vigilances, évoquer des modifications observées de l'état de la personne, échanger autour de nouveaux besoins et attentes, etc.) ;
 - organisant des temps de réflexion collective au sein du service ou de l'établissement, réunissant l'ensemble des remarques et des observations des professionnels concernés par le suivi de la personne.
- ↳ Formaliser la mise à jour du projet de prise en charge de la souffrance psychique dans le dossier de la personne.

L'essentiel

IDENTIFIER LES PROFESSIONNELS RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE

- En établissant une liste des personnes ressources ou des structures locales compétentes pour la prise en charge de la souffrance psychique.
- En favorisant avec les partenaires identifiés des relations de partenariats voire des conventions.

MOBILISER LA PERSONNE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

- En informant la personne et le cas échéant le(s) aidant(s), de l'existence d'un réseau local de professionnels ressources, spécialisés dans le domaine de la santé mentale.
- En accordant une place centrale à la parole de la personne dans le choix de la prise en charge de sa souffrance psychique.
- En prenant le temps avec la personne d'analyser et de comprendre les raisons de son éventuel refus face à la prise en charge de sa souffrance psychique qui peut lui être proposée.

RENFORCER LA COORDINATION ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES ACTIONS MISES EN ŒUVRE DANS LE PARCOURS DE SOINS DE LA PERSONNE

- En sollicitant le médecin traitant de la personne afin que ce dernier pose un diagnostic médical et/ou propose la mise en place d'une prise en charge médico-psycho-sociale.
- En organisant avec les partenaires identifiés le partage d'informations et l'analyse interdisciplinaire de la situation de souffrance psychique de la personne.
- En déterminant le rôle, les missions, les possibilités et les limites d'action de chaque professionnel impliqué dans la prise en charge de la souffrance psychique de la personne.
- En favorisant la communication régulière entre les professionnels impliqués pour permettre la cohérence des interventions de chacun.
- En anticipant la continuité de la prise en charge de la souffrance psychique de la personne et le cas échéant du ou des aidant(s), dans les moments de transition du parcours, particulièrement lors des entrées et sorties d'hospitalisation.





ADAPTER LA PRISE EN CHARGE AUX POSSIBLES ÉVOLUTIONS DE L'ÉTAT DE SANTÉ PSYCHIQUE DE LA PERSONNE ET DU OU DES AIDANT(S): AGGRAVATION, STABILITÉ, AMÉLIORATION

- En échangeant régulièrement avec la personne et le cas échéant le(s) aidant(s) sur son vécu de l'évolution de sa souffrance psychique ainsi que sur son avis relatif à la prise en charge qui a été proposée.
- En évaluant régulièrement les possibles évolutions liées au contexte de vie et à l'environnement de la personne la personne et le cas échéant du/de(s) aidant(s) (apparition de facteurs de risque, disparition de facteurs protecteurs, etc.).
- En organisant des rencontres avec les professionnels impliqués dans la prise en charge de la souffrance de la personne, à fréquence régulière et/ou lorsque des évolutions (vers une aggravation aussi bien que vers une amélioration) de la santé psychique de la personne sont constatées.

LA GESTION DES SITUATIONS DE CRISE SUICIDAIRE

La crise suicidaire est une crise psychique déclenchée par un facteur précipitant et marquée par des idées suicidaires de plus en plus envahissantes face à un sentiment d'impasse³⁴. Elle est souvent le résultat de l'intrication de facteurs de risque individuels, familiaux et psycho-sociaux.

La personne en crise est submergée par ses émotions, le suicide apparaît rapidement ou progressivement comme le seul moyen, et la mort la seule issue pour que se termine cet état de souffrance.

Avec une fréquence plus élevée que chez l'adulte jeune, les troubles psychiatriques et particulièrement la dépression sont fortement associés au geste suicidaire des personnes âgées.

Chez les personnes âgées, le désespoir, le vécu d'isolement, l'existence de conflit avec ses proches, la mauvaise condition physique, la précarité financière ou encore les situations de rupture (déménagement, deuil, disparition d'un animal domestique, etc.) peuvent également favoriser le risque suicidaire³⁵.

Les analyses épidémiologiques témoignent d'une utilisation plus fréquente par les personnes âgées de moyens de suicide violents (pendaison, utilisation d'une arme à feu, noyade, etc.), ce qui est une des explications d'un nombre élevé de suicides aboutis³⁶.

Dans 70 % des cas les suicides de personnes âgées ont lieu à domicile. Dans les établissements d'hébergement, le risque de suicide est accru dans la première année qui suit l'entrée de la personne.

POINT DE VIGILANCE

Pour certaines personnes âgées, le passage à l'acte a lieu très peu de temps après la survenue de l'élément déclencheur. La rapide dégradation de l'état de la personne laisse alors peu d'opportunités d'observation des signes suicidaires. Ces états d'urgence soudains s'avèrent difficiles à diagnostiquer et à prévenir³⁷.

1 ORGANISER LA GESTION DES MOMENTS DE CRISE AVEC RISQUE DE PASSAGE À L'ACTE

Le risque suicidaire est une estimation, une probabilité à plus ou moins long terme qu'une personne réalise un geste suicidaire. L'évaluation du risque suicidaire tient compte du vécu de la personne, de son histoire de vie, des pertes subies, de son état de santé psychique ou encore des éventuelles tentatives de suicide antérieures.

³⁴ VAN HEERINGEN, C., MARUSIC, A., *Understanding the suicidal brain*, The British Journal of Psychiatry, 2003.

³⁵ Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées (CNBD) *Prévention du suicide chez les personnes âgées*, Paris, 2013.

³⁶ Le rapport précité du CNBD, précise en ce sens que les suicides sont particulièrement aboutis chez les hommes très âgés de l'ordre de 1 sur 1,2. Le ratio est de 1 sur 3,3 pour les femmes.

³⁷ PELEGE, P. *Le suicide des personnes âgées*, article de l'ouvrage de JEANNE, Y., Vieillir handicapé, pp 233-236, ERES Toulouse: 2011.

L'organisation par le service ou l'établissement de la gestion des situations de crise doit être anticipée par l'encadrement et nécessaire, pour être efficace, d'être connue de l'ensemble des professionnels.

Le programme national d'action contre le suicide³⁸ préconise en ce sens un « *développement des pratiques de prévention et de postvention* » du passage à l'acte suicidaire notamment via une incitation à « *prendre en compte dans le projet d'établissement des services et établissements sociaux et médico-sociaux la question de la prévention du suicide* ».

Enjeux et effets attendus

- Les principales conduites à tenir face à une personne en situation de crise suicidaire sont formalisées et connues des professionnels.
- Des décisions adaptées à l'état de crise de la personne sont prises.
- Les conséquences de cette situation de crise sur la personne et/ou ses proches sont autant que possible diminuées.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Sensibiliser les professionnels à la distinction, difficile mais nécessaire, entre l'expression par une personne âgée de propos en rapport avec la mort et la formulation d'idées suicidaires.

POINT DE VIGILANCE

Les préoccupations liées à la mort peuvent être un sujet très fréquemment abordé par les personnes âgées. Si ces propos restent isolés, ils ne traduisent pas systématiquement une réelle volonté de se donner la mort mais plutôt une préoccupation sur la fin de leur vie.

- ↳ Identifier en amont les personnes ressources, en interne ou en externe, qui pourront aider à l'évaluation de la situation et/ou prendre le relais de la gestion de la crise, et notamment :
 - le médecin référent et/ou spécialiste ;
 - une personne « sentinelle » présente au sein du service ou de l'établissement et identifiée comme référente sur les questions liées au risque suicidaire et au suicide ;
 - les numéros d'urgence ;
 - les professionnels du secteur psychiatrique ou psycho-gériatrique.
- ↳ Élaborer des protocoles d'urgence adaptés à la diversité des situations :
 - en cas d'urgence suicidaire ;
 - en cas de décès par suicide (à intégrer dans le protocole décès).

³⁸ Ministère de la solidarité et de la cohésion sociale. *Programme national d'action contre le suicide - 2011-2014*. Paris : 2011.

- ↳ Mentionner au sein de ces protocoles :
 - les coordonnées des personnes à prévenir : l'encadrement et/ou la direction du service, les premiers secours, la personne de confiance, le médecin traitant, la police, etc. ;
 - la répartition des rôles en cas de crise : qui doit être appelé en premier ? Qui appelle ? Que faire en cas d'absence de réponse ?, etc. ;
 - les conduites à tenir : quels sont les gestes et les paroles à privilégier en attendant l'arrivée des secours et/ou du médecin et/ou de la police pour le constat médico-légal ? Quelles sont les règles de confidentialité à respecter ?, etc. ;
 - le plan de communication interne (vis-à-vis du personnel, des autres résidents) et externe (vis-à-vis des proches, des bénévoles, de la presse, etc.).
- ↳ Expliciter ces protocoles auprès de tous les professionnels :
 - collectivement lors de réunions d'équipe ou individuellement lors d'entretiens ;
 - aux professionnels intervenant la nuit ;
 - aux nouveaux arrivants lors de leur prise de poste.
- ↳ S'assurer de la mise à disposition effective de ces protocoles auprès de tous les professionnels ainsi que de leur mise à jour régulière.
- ↳ Proposer aux professionnels l'utilisation d'outils d'aide au repérage et à l'évaluation du risque suicidaire (par exemple à l'aide de questionnaires spécifiques).
- ↳ Encadrer l'utilisation de ces outils d'aide au repérage en :
 - formant les professionnels à leur utilisation ;
 - aidant les professionnels à l'analyse des résultats obtenus ;
 - laissant aux professionnels l'opportunité d'exprimer leurs difficultés liées à l'utilisation de ces outils, sur des temps de réunions collectives ou en entretien individuel.

2 ÉVALUER LE DEGRÉ D'URGENCE SUICIDAIRE, AGIR ET ALERTER DE FAÇON ADAPTÉE

L'urgence suicidaire correspond à la possibilité qu'une personne ayant des idées suicidaires passe à l'acte durant les 24 ou 48 h à venir. Il s'agit d'un état de crise à un moment donné, d'une situation particulièrement instable qui peut varier de jour en jour, voire d'heure en heure.

Plusieurs éléments sont à prendre en compte dans l'appréciation du degré d'urgence : les facteurs d'urgence témoins de l'imminence d'un geste (intensité, temporalité, lieu et modalités de l'acte suicidaire envisagés) et les facteurs de dangerosité comme l'accessibilité et la létalité³⁹ du moyen envisagé.

³⁹ ELNOUR AA., HARRISON J., *Lethality of suicide methods*. Injury Prevention, 2008, vol.14, pp39-45.

Lorsque l'on parle de létalité des moyens, on réfère généralement à leur capacité d'entraîner la mort, et selon l'étude d'Elnour et Harisson, la probabilité de causer la mort de chacune des méthodes de suicide se répartit comme suit : Arme à feu 90 %, Pendaison/asphyxie 83 %, Noyade 80 %, Saut devant un objet en mouvement 79 %, Gaz et leur émanations 62 %, Saut d'un lieu élevé 60 %, Accident de véhicule 32 %, Instruments tranchants 3 %, Médicaments, drogues et poisons 2 %.

Au domicile de la personne ou en établissement, les professionnels confrontés à une telle situation ne peuvent ni ne doivent gérer seuls la situation. Ils doivent donc connaître les personnes ressources à appeler dans ce cas.

POINT DE VIGILANCE

Il est important de faire attention aux nombreuses « idées reçues » liées au suicide.

« **Parler avec une personne de ses intentions suicidaires, c'est faciliter son passage à l'acte** »
 Au contraire cela permet, dans la mesure où la personne évoque ses intentions suicidaires d'elle-même, de mieux évaluer le risque de passage à l'acte.

« **S'il parle de son suicide, c'est qu'il ne le fera pas** » / « **Depuis le temps qu'il le dit, il ne le fera pas** » / « **Il le dit, il ne le fera pas** ».

Il s'agit à nouveau d'idées fausses sur le suicide, il ne faut jamais banaliser de tels propos. Dans 80 % des cas une personne se confie à ses proches sur ses intentions suicidaires dans les jours qui précèdent le passage à l'acte. De la même façon, les analyses épidémiologiques prouvent que la majorité des personnes ayant accompli un geste suicidaire a consulté le médecin traitant dans le mois qui précède le passage à l'acte.

« **On ne peut rien faire face à quelqu'un qui veut se suicider, c'est son choix** ».

Au contraire, la reconnaissance de la souffrance psychique peut permettre à la personne d'envisager autrement son avenir.

Dans la majorité des cas, le suicide est un choix contraint par une pathologie psychiatrique (et principalement la dépression) qui nécessite la mise en place d'aides et de soins.

Enjeux et effets attendus

- L'évaluation du degré d'urgence et de la dangerosité de la situation est faite par les professionnels formés.
- La qualité de la transmission de l'alerte passée par le professionnel témoin de la crise déclenche l'intervention rapide des services compétents et adaptés à la situation (secours, police, etc.).
- La gravité des conséquences de la crise suicidaire, en particulier l'aboutissement du geste suicidaire, est autant que possible diminuée.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Repérer, lors de l'échange avec la personne ou via l'observation de ses attitudes, des éléments révélateurs comme :
 - la verbalisation explicite d'idées suicidaires dont les modalités sont assez précises ;
 - l'expression d'un sentiment de culpabilité ou de faute impardonnable,
 - la rédaction d'une lettre d'adieu ou d'un testament ;
 - un refus brutal de communication ou des aides habituellement reçues et acceptées ;
 - une amélioration brutale et inexplicable de l'humeur ;
 - un niveau d'angoisse inhabituel ;
 - une alcoolisation inhabituelle ;
 - .../...

- ↳ Signifier son entière disponibilité pour l'écoute et l'échange avec la personne, en interrompant ou n'entreprenant pas les tâches initialement programmées (soins, toilette, ménage, etc.).
- ↳ Établir la communication avec la personne dans un cadre respectueux et empathique. Par une écoute active, l'encourager à verbaliser sur les événements douloureux et à exprimer ses émotions.
- ↳ Lorsque la personne exprime des allusions explicites ou implicites au suicide :
 - reformuler avec elle ses intentions suicidaires ;
 - faire préciser si possible le scénario élaboré, le degré d'intensité des idées de mort, les possibilités d'accès facilités aux moyens létaux et les éventuels facteurs protecteurs (convictions personnelles, présence de l'entourage, etc.) ;
 - poser des questions précises et directes.
- ↳ Évaluer la facilité d'accès aux moyens évoqués (armes à feu, fenêtre non sécurisée, cordes, produits toxiques, médicaments...) et en réduire l'accessibilité autant que faire se peut en expliquant à la personne l'aspect protecteur de telles mesures.
- ↳ Proposer à la personne de contacter les personnes ressources pour elle (famille, amis, professionnel médical ou psychologique) auprès desquelles elle pense pouvoir trouver réconfort.
- ↳ Expliquer à la personne la nécessité de faire appel à l'encadrement du service et au médecin traitant pour définir la conduite à tenir et mieux l'aider.
- ↳ Prendre contact avec l'encadrement afin que ce dernier sollicite le médecin traitant, le référent familial ou toute personne en mesure de décider de la meilleure orientation possible pour la personne (consultation médicale, hospitalisation avec ou sans l'accord de la personne⁴⁰, etc.)

POINT DE VIGILANCE

Les questions directes posées à une personne qui formule des propos suicidaires peuvent sembler embarrassantes, mais elles permettent pourtant de mieux préciser le mode d'action envisagé (moyens évoqués, lieu envisagé, moment prévu) ; ce que l'on pourrait traduire de façon simplifiée par les questions « comment ? Où ? Quand ? ».

Une personne ayant des idées suicidaires peut en effet interpréter ces questions directes de son interlocuteur comme une compréhension de sa souffrance et à l'inverse, l'absence de questionnement comme un désintérêt.

⁴⁰ D'après l'article L.3211-1 du Code de la santé publique, « une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les chapitres II à IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale ». Néanmoins, en cas de troubles mentaux empêchant la personne de donner son consentement et nécessitant des soins psychiatriques immédiats assortis d'une surveillance médicale régulière ou constante, une demande d'admission dans un établissement autorisé, selon les modalités décrites dans l'article L. 3212-1 du Code de la santé publique, peut être nécessaire.

3 SOUTENIR LES PERSONNES AYANT ÉTÉ CONFRONTÉES DIRECTEMENT OU NON AU PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Concernant les mesures à prendre à la suite d'un geste suicidaire abouti ou non, il est nécessaire de prendre en compte la valeur traumatique de l'acte lui-même pour ceux qui en sont les témoins ou les découvreurs, la complexité du travail de deuil en cas de suicide abouti et l'impact d'une telle situation sur l'entourage plus ou moins proche de la personne (entourage familial, amical, mais aussi professionnel).

La survenue d'un passage à l'acte suicidaire doit faire l'objet de réponses appropriées et rapides pour en limiter les conséquences, et ce dans un contexte d'état de choc.

Enjeux et effets attendus

- La personne qui a accompli le geste suicidaire non abouti est soutenue/accompagnée/suivie et le risque de récurrence suicidaire est diminué.
- Les personnes (professionnels et/ou proches de la personne ayant accompli le geste suicidaire) qui ont été confrontées directement ou non à une crise suicidaire s'expriment et développent des stratégies d'adaptation permettant de limiter l'apparition d'un deuil pathologique.

RECOMMANDATIONS

Concernant la personne ayant accompli le geste suicidaire

POINT DE VIGILANCE

La période qui suit un passage à l'acte est considérée comme une période à risque de récurrence car la personne demeure dans un état vulnérable.

- ↳ Rester particulièrement vigilant, dans les semaines qui suivent le passage à l'acte, sur l'intentionnalité de la personne ayant fait une tentative de suicide en :
 - observant l'évolution des propos et des attitudes de la personne en lien avec le passage à l'acte effectué et/ou une volonté de réitération du geste ;
 - vérifiant régulièrement que l'accès aux moyens létaux n'est pas de nouveau facilité.
- ↳ Proposer une aide à la mise en place, en interne ou en externe au service ou à l'établissement, d'un suivi spécifique à la personne sortant d'une crise suicidaire.
- ↳ Mobiliser la personne dans le suivi médical et/ou psychologique mis en place à la suite de son passage à l'acte, notamment en lui :
 - exposant l'intérêt de ce suivi ;
 - expliquant l'importance de son adhésion et son implication dans le suivi ;
 - rappelant les dates de consultation et en l'aidant si besoin à s'y rendre.

- ↳ Contribuer à la prévention du risque de récurrence du geste suicidaire en :
 - organisant, en lien avec le médecin traitant, une aide à l'observance d'un traitement éventuellement prescrit ;
 - sécurisant l'environnement direct de la personne.

Concernant le(s) aidant(s) de la personne

POINT DE VIGILANCE

Une majoration du risque suicidaire est souvent observée chez les proches d'une personne suicidée ou ayant accompli un geste suicidaire.

- ↳ Informer le(s) aidant(s) de la disponibilité des professionnels d'encadrement de la structure pour les rencontrer s'ils le souhaitent.
- ↳ Orienter le(s) aidant(s) de la personne ayant accompli un geste suicidaire vers une consultation chez leur médecin traitant, qui pourra mettre en place une prise en charge adaptée (traitements, suivi spécialisé psychologique/psychiatrique, etc.).

Concernant les résidents de l'établissement dans lequel le suicide a eu lieu

- ↳ Rassurer autant que faire se peut l'ensemble des résidents en :
 - les informant du décès de la personne sans indiquer la nature du décès ;
 - se montrant disponible pour répondre aux éventuels questionnements dans le respect de la dignité de la personne décédée et des règles du secret médical.
- ↳ Pour les résidents ayant été témoins de l'acte suicidaire ou de l'agitation engendrée par l'acte, ainsi que pour tout résident en exprimant le besoin, proposer un soutien psychologique.
- ↳ Adapter au(x) besoin(s) du/des résident(s) le soutien proposé : entretien individuel, groupe de parole, organisation pour assister aux obsèques, etc.

Concernant les professionnels du service ou de l'établissement

- ↳ Organiser rapidement une rencontre entre les responsables du service ou de l'établissement, et le(s) professionnel(s) ayant été confronté(s) directement à la crise suicidaire afin que ceux-ci puissent s'exprimer sur leur vécu de la crise, leur souffrance face à ce geste, leur éventuel ressenti de culpabilité face à cet événement, etc.
- ↳ Soutenir les professionnels concernés et repérer autant que possible d'éventuels signes de souffrance psychique « post crise ».
- ↳ Informer si besoin les professionnels de la possibilité de solliciter sur ce sujet leur médecin, le cas échéant le médecin du travail, voire un soutien psychologique individuel ou en groupe.

- ↳ Organiser à distance raisonnable de la période de crise une réunion d'équipe avec tous les professionnels, permettant notamment de reprendre :
 - le déroulé de la situation ;
 - les éléments qui ont facilité/empêché la bonne gestion de la crise ;
 - les éléments de complexité ;
 - les points d'organisation ou de protocole à améliorer.
- ↳ Faire appel autant que possible à un psychologue de préférence extérieur au service ou à l'établissement (par exemple les équipes de psychiatrie rattachées au Samu et formées au suivi des situations de crise) pour animer cette réunion et répondre aux questions diverses.

ILLUSTRATION

Dans un Ehpad, à la suite du suicide d'une personne âgée, un suivi psychologique individuel et collectif a été proposé à l'ensemble des personnes présentes dans la structure (professionnels et résidents).

Parmi les résidents, les personnes considérées « à risque de suicide » ont été identifiées et rencontrées par la psychologue de l'établissement. Les résidents ont également été rencontrés par le directeur et le cadre de santé.

Pour les professionnels, ceux directement liés à l'évènement ont été rencontrés individuellement (un suivi psychologique leur a été proposé), les personnes volontaires ont pu bénéficier d'un temps de régulation proposé par la cellule d'urgence médico-psychologique de proximité, la semaine suivante. Enfin, une soirée d'information sur le suicide des personnes âgées a été organisée quelques temps plus tard.

Ces actions d'écoute, d'échange, d'information et de sensibilisation ont par la suite permis aux professionnels de mieux repérer, évaluer et être plus attentifs face à une crise suicidaire.

L'essentiel

ORGANISER LA GESTION DES MOMENTS DE CRISE AVEC RISQUE DE PASSAGE À L'ACTE

- En sensibilisant les professionnels à la distinction entre l'expression par une personne âgée de propos en rapport avec la mort et la formulation d'idées suicidaires.
- En identifiant en amont les personnes ressources, internes ou externes, qui pourront aider à l'évaluation de la situation et/ou prendre le relais de la gestion de la crise.
- En élaborant des protocoles d'urgence adaptés au risque suicidaire et en s'assurant de la mise à disposition effective de ces protocoles auprès des professionnels, y compris ceux travaillant de nuit.
- En encadrant l'utilisation éventuelle d'outils d'aide au repérage et à l'évaluation du risque suicidaire.

ÉVALUER LE DEGRÉ D'URGENCE SUICIDAIRE, AGIR ET ALERER DE FAÇON ADAPTÉE

- En repérant lors de l'échange avec la personne ou de l'observation, les signes révélateurs de l'urgence suicidaire (signes verbaux ou non verbaux).
- En signifiant son entière disponibilité pour l'écoute et l'échange avec la personne, en interrompant ou n'entreprenant pas les tâches initialement programmées.
- En évaluant la facilité d'accès aux moyens létaux évoqués par la personne et en les éloignant autant que faire se peut.
- En proposant à la personne de contacter les personnes ressources pour elle (proches, famille, amis, etc.) auprès desquelles elle pense pouvoir trouver réconfort.

SOUTENIR L'ENSEMBLE DES PERSONNES AYANT ÉTÉ CONFRONTÉES DIRECTEMENT OU NON AU PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Concernant la personne ayant effectué le geste suicidaire

- En restant particulièrement vigilant dans les semaines qui suivent le passage à l'acte suicidaire sur l'intentionnalité de la personne de récidiver ou non son geste.
- En mobilisant la personne sur le suivi médical et/ou psychologique mis en place suite à son passage à l'acte.

Concernant le(s) aidant(s) de la personne

- En informant le(s) aidant(s) de la personne de la disponibilité des professionnels d'encadrement de la structure pour les rencontrer s'ils le souhaitent.
- En orientant le(s) aidant(s) de la personne ayant accompli un geste suicidaire vers une consultation chez leur médecin traitant, qui pourra mettre en place une prise en charge adaptée (traitements, suivi spécialisé psychologique/psychiatrique, etc.).

Concernant les résidents de l'établissement dans lequel le suicide a eu lieu

- En se montrant disponible pour répondre aux éventuels questionnements des résidents.
- En proposant à tout résident qui en exprime le besoin un soutien psychologique adapté.

Concernant les professionnels du service ou de l'établissement

- En organisant rapidement une rencontre entre l'encadrement et les professionnels ayant été confrontés directement ou non à la situation de crise, afin d'échanger avec eux sur le traumatisme potentiel engendré.
- En accompagnant si besoin les professionnels qui manifesteraient un besoin de soutien ou d'accompagnement psychologique à la suite de la situation de crise.
- En organisant à distance raisonnable de la période de crise une réunion d'équipe avec tous les professionnels, animée si possible par un psychologue de préférence extérieur au service ou à l'établissement.

CAS PRATIQUES
POUR L'APPROPRIATION
DE LA RECOMMANDATION

Ce chapitre propose des mises en situations visant à guider concrètement les professionnels dans l'appropriation des recommandations et des modalités pratiques.

Quatre situations différentes sont présentées, à domicile comme en établissement, afin de proposer un éclairage aux professionnels dans leurs réflexions pour l'amélioration de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes âgées.

Ces situations ne sont pas exhaustives et n'ont pas vocation à être modélisées ; elles reflètent cependant des situations les plus fréquemment rencontrées par l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

Chacune de ces situations fait l'objet d'une « analyse » des cheminements possibles pour une prise en charge de qualité.

À la fin de ce chapitre est proposé un schéma récapitulatif qui ouvre des pistes de questionnements à tous les niveaux de la prise en charge de la souffrance psychique d'une personne âgée.

Il a vocation à aiguiller les réflexions et à permettre aux professionnels de faire le bilan des points forts et des pistes d'amélioration pour chaque situation.

1 PRÉSENTATION DE CAS PRATIQUES

CAS PRATIQUE N°1

Contexte initial...

Mme R. est âgée de 88 ans.

Elle vit seule dans son appartement avec son chien âgé de 9 ans. Son aidant principal est son fils qui vient manger avec elle 2 fois par semaine.

Mme R. bénéficie d'une aide à domicile 2 fois 2 h par semaine le mardi de 14 h à 16 h et le vendredi matin de 10 h à 12 h.

Mme R. marche lentement mais continue à sortir tous les après-midis faire une promenade avec son chien.

Événement identifié comme déclencheur de souffrance psychique...

Le chien tombe malade et meurt rapidement.

Changements observés chez Mme R...

Mme R. est très peinée par cet événement. Elle est très abattue par cette perte. Elle ne sort plus de chez elle. Elle dit de plus qu'elle n'a plus faim et qu'elle ne s'alimente que lorsque son fils vient.

Le reste du temps, elle dit ne plus avoir le courage de préparer ses repas.

Réaction de l'entourage familial et professionnel...

Le fils de Mme R. décide de venir manger avec elle une fois de plus par semaine.

L'auxiliaire de vie signale à sa responsable l'état de Mme R. Elle signale que Mme R. semble avoir perdu beaucoup de poids et qu'elle n'arrive pas à la convaincre de se nourrir.

Le responsable de la structure d'aide à domicile fait un point avec le fils, sur l'état physique et psychique de Mme R. et contacte le médecin traitant.

Prise en charge de la souffrance psychique de Mme R....

Le plan d'intervention est revu avec Mme R., son fils, la responsable de la structure et l'auxiliaire de vie. Désormais, le fils vient manger 3 fois par semaine, veille à accompagner sa mère pour faire une petite promenade et les heures d'aide à domicile ont été repensées, réaménagées.

Désormais l'auxiliaire de vie sociale vient 3 fois une heure par semaine de 12 h à 13 h et un soir de 18 h à 19 h, les jours où le fils ne vient pas.

Deux mois plus tard, Mme R. a repris du poids, et sort systématiquement avec son fils. Elle se prépare de nouveau ses repas le soir. Le nouveau plan d'intervention, en coordination avec le médecin traitant, l'auxiliaire de vie sociale, la structure et l'aidant principal a permis à Mme R. de surmonter son deuil et l'épisode dépressif qui a suivi.

Analyse & questionnements...

Dans cette situation, Mme R. a pu réaliser correctement son travail de deuil.

Dès la mise en place de l'accompagnement par le service d'aide à domicile, le fils a bien été identifié comme un aidant présent et sur lequel Mme R. peut s'appuyer. Son rôle et sa présence sont connus de l'auxiliaire de vie. Chaque intervenant est conscient que le chien de Mme R. a une place importante dans sa vie, non seulement par sa présence et ses manifestations d'affection mais aussi parce qu'il oblige chaque jour Mme R. à sortir de chez elle. Cela lui fait donc une activité physique régulière mais cela lui permet aussi de rencontrer des voisins et d'avoir chaque jour un certain nombre de contacts et de discussions.

Le décès du chien est tout de suite perçu par l'entourage comme un événement qui risque d'être problématique. Face à la dégradation de l'état physique et l'état de tristesse de Mme R., l'auxiliaire de vie fait part de la situation à sa responsable.

L'auxiliaire de vie sociale, formée au repérage des signes de souffrance psychique, effectue ce signalement car elle sait que sa responsable va entendre ses difficultés et tout mettre en œuvre pour que Mme R. aille mieux. Elle sait qu'elle peut faire remonter toutes les informations nécessaires concernant les personnes qu'elle accompagne et que sa responsable recherche systématiquement à comprendre les situations et essaie de trouver des solutions.

Le fils, qui a été contacté, a facilité le lien avec le médecin traitant.

Le plan d'aide repensé a permis à Mme R. de faire face à la crise.

Points forts...

- L'auxiliaire de vie a été formée au repérage de la souffrance psychique.
- L'auxiliaire de vie est entendue par sa responsable.
- Le médecin traitant est contacté de façon précoce.
- L'aidant principal est contacté et sa parole est entendue.

Points d'améliorations possibles...

- Mme R. n'aurait-elle pas dû être plus concertée/impliquée? (quelles concertations avec la responsable? Quelle concertation avec le fils? Avec le médecin?)
- Mme R. n'aurait-elle pas pu être mise en contact avec des associations (type club sénior)?
- Mme R. n'aurait-elle pas pu être encouragée à aller manger dans un foyer-restaurant de son quartier? (cela lui aurait permis de développer son réseau relation et non le limiter à son fils et son auxiliaire de vie)
- Les services médico-sociaux du conseil général n'auraient-ils pas pu être sollicités pour la mise en œuvre d'un plan d'aide personnalisé?
- .../...

CAS PRATIQUE N°2

Contexte initial...

M. et Mme V. sont âgés respectivement de 84 et 78 ans et vivent ensemble à leur domicile. Ils ont 2 enfants mais qui habitent à plus de 150 km. Mme V. est atteinte d'une maladie d'Alzheimer depuis plusieurs années. M. V. a toujours pris en charge son épouse. Il assure au quotidien les repas. Le couple bénéficie de 6 h d'aide à domicile par semaine, réparties en deux fois 3 heures. M. V. profite de la présence de l'aide à domicile pour aller dans un club de quartier pour jouer aux cartes.

Événement identifié comme déclencheur de souffrance psychique...

M. V. est atteint d'une sévère bronchite qui va être à l'origine d'une fatigue importante.

Changements observés chez M. V. ...

Un mois plus tard la bronchite est terminée mais M. V. ne se sent plus capable d'aller à son club de quartier. Il se dit très fatigué. M. V. n'a plus, ni envie de faire les courses, ni envie de préparer les repas. M. V. fait donc appel à un service de portage des repas à domicile, mais M. V. n'a plus d'appétit.

Réaction de l'entourage familial et professionnel...

Durant cette période et afin de soulager leur père, les enfants viennent passer quelques jours en relais pour veiller sur leur père et mère. Afin d'assurer la toilette et l'habillage de Mme V., le médecin traitant effectue une prescription pour l'intervention d'un SSIAD. Une aide-soignante passe donc tous les matins. Les enfants ne comprennent pas comment leur père a pu assurer cette prise en charge très lourde quotidiennement.

L'aide à domicile voit bien que quelque chose a changé chez M. V., mais elle se dit que ce n'est pas la première fois qu'il va moins bien, et qu'avec le temps, tout va rentrer dans l'ordre.

En revanche, l'aide-soignante qui vient chaque jour pour aider Mme V. observe l'évolution de M. V. d'un œil inquiet. Lors de ses passages au domicile, elle essaie d'entrer en contact avec lui et de lui donner l'occasion d'exprimer ses difficultés, mais M. V. reste très silencieux. Constatant un net amaigrissement et les traits particulièrement fatigués sur le visage de M. V., elle fait part de ses observations à l'infirmier coordinateur.

Ce dernier contacte alors la responsable du service d'aide à domicile intervenant pour Mme V. afin de prendre connaissance de son ressenti. L'infirmier coordinateur contacte aussi les enfants afin de les tenir informés de ses démarches, et prend RDV avec M. V. Lors de cette rencontre, M. V. se dit effectivement très fatigué et dit ne plus avoir la force de s'occuper de sa femme. En fin de rencontre, M. V. se confie et lui avoue « avoir l'impression qu'il n'a plus de vie depuis 10 ans et que sa retraite est totalement 'gâchée' par la maladie de sa femme ».

Face à cette détresse, l'infirmier coordinateur appelle le médecin traitant de M. V. Au terme de la discussion, il est évoqué la possibilité d'une hospitalisation pour le couple, afin notamment de faire un bilan de l'état psychique de M. V. mais aussi de l'état de Mme V. qui a des troubles du comportement sévères.

Prise en charge de la souffrance psychique de M. V.

Quelques mois plus tard, après un court séjour en hôpital, et suite à une évaluation de la situation par les différents intervenants au domicile du couple, M. et Mme V. envisagent un projet d'entrée en Ehpad. Une réflexion partagée est engagée avec les enfants du couple, très présents auprès de leurs parents.

M. et Mme V. entrent en ehpad, pour un séjour temporaire de 2 mois.

Mme V. participe chaque après midi aux activités proposées par le Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA). M. V. occupe quant à lui ses après-midi en jouant aux cartes. Il a trouvé un partenaire.

Il a retrouvé le sourire et de l'appétit. M. V. voit que l'on prend bien soin de son épouse au sein de l'établissement. Il délègue peu à peu les aides qu'il apportait depuis des années à sa

femme, notamment tout ce qui concerne la toilette et l'habillement mais c'est toujours lui qui choisit avec elle ses vêtements.

Finalement, le séjour temporaire deviendra un séjour définitif.

Analyse & questionnements...

Dans cette situation ce n'est pas l'aggravation de la maladie de l'épouse mais l'épuisement général de l'aidant qui constitue l'élément déclencheur de souffrance psychique. La coordination de tous les acteurs permet, après plusieurs « expérimentations » de soutien (soutien des enfants, intervention du SSIAD, portage des repas, etc.), de trouver une solution adaptée.

Dans cette situation, l'aide soignante n'a pas hésité à signaler les changements d'attitude de M. V., mais cette remontée d'information semble tardive.

Il y a sûrement eu des signes précurseurs qui n'ont pas été perçus ni par le médecin traitant ni par l'auxiliaire de vie, ni sans doute par les enfants. S'ils avaient été perçus plus précocement, le plan d'aide aurait pu être revu avec le médecin traitant et le gériatre de la consultation mémoire. Un recours plus en amont à la consultation mémoire aurait permis une évaluation de la situation du couple aidant/aidé. Le rôle de la consultation mémoire ne se limite pas qu'au diagnostic : il comprend non seulement l'évaluation des troubles cognitifs mais aussi l'évaluation par le psychologue de la consultation mémoire du « fardeau » de l'aidant.

Points forts...

- Les enfants se sont impliqués auprès de leur père dès que M. V. a montré des signes de faiblesse.
- Les enfants ont eu recours dès que possible à l'intervention du SSIAD.
- L'aide soignante a très vite perçu l'état de souffrance psychique de M. V. et l'a signalé à l'infirmier coordinateur, et ce même si son intervention était initialement prévue pour la prise en charge de Mme V.
- L'infirmier coordinateur a assumé pleinement son rôle de « coordination ». Il s'est entretenu avec M. V., mais aussi avec les enfants et enfin le médecin.
- Le séjour à l'hôpital a été l'occasion de faire un bilan médical et sans doute de faire comprendre à M. V. les limites de son accompagnement à domicile.

Points d'amélioration possibles...

- Mme V. n'aurait-elle pu être accueillie plusieurs après-midi par semaine au sein d'un accueil de jour ?
- Le médecin n'aurait-il pas dû considérer le risque de souffrance psychique et d'épuisement physique de M. V. et solliciter plus précocement le SSIAD notamment pour les soins d'hygiène ?
- À partir de la consultation mémoire, la mise en place d'un soutien spécifique pour M. V. (soutien psychologique individuel avec un psychologue, soutien de groupe dans le cadre d'un groupe d'aide aux aidants avec l'association France Alzheimer par ex.) n'aurait-il pas pu être envisagé afin de prévenir l'épuisement et la souffrance de M. V. et de maintenir le couple dans une bonne qualité de vie à domicile ?
- Avec le risque d'évolution de la maladie d'Alzheimer de Mme V., une réévaluation du plan d'aide n'aurait-elle pas été nécessaire ?
- Si l'auxiliaire de vie a été bien formée aux troubles liés à la maladie d'Alzheimer, une formation sur la souffrance psychique aurait peut-être été nécessaire pour qu'elle puisse mieux accompagner ce couple et éventuellement faire part de ses observations au responsable de l'association ?
- La famille comme le médecin traitant, voire la structure d'aide à domicile n'auraient-ils pas pu contacter le Clic présent sur le territoire pour avoir un meilleur éclairage sur les aides de proximité possible (accueil de jour, séjours temporaires, association Alzheimer, séjours vacances adaptés, etc.) ?
- Les missions du Clic étaient-elles bien connues des professionnels ?
- .../...

CAS PRATIQUE N°3

Contexte initial...

Mme G., 79 ans vit seule à son domicile. Elle est célibataire sans enfant.

Elle mange 4 fois par semaine au foyer-restaurant de son quartier où elle reste ensuite l'après-midi pour jouer à des jeux de société.

Événement identifié comme déclencheur de souffrance psychique...

Un soir, au retour du club, Mme G. chute dans la rue. Compte tenu de la douleur exprimée, elle est transférée aux urgences. Elle revient le lendemain matin à son domicile puisque cette chute est sans conséquence traumatologique en dehors de quelques contusions.

Changements observés chez Mme G. ...

Mme G., de retour chez elle, a désormais peur de sortir seule. Elle n'a plus « confiance en ses jambes ». Sa voisine lui fait donc ses courses chaque jour mais Mme G. commence à avoir peur de tout.

Réaction de l'entourage amical et professionnel...

Sur les conseils de sa voisine, Mme G. appelle son médecin traitant pour une consultation. N'envisageant aucunement de sortir de chez elle, elle lui demande de venir à son domicile. Suite à la consultation, le médecin lui prescrit des séances de kinésithérapie à domicile et l'encourage à retourner à son club.

Mais pendant le week-end suivant, Mme G. chute de nouveau dans son domicile et reste toute une nuit allongée par terre, jusqu'à ce que sa voisine la trouve. Mme G. est donc de nouveau hospitalisée. Son médecin traitant passe la voir à l'hôpital et lui suggère de mettre en place un service d'aide à domicile.

Mme G. n'a pas de fracture mais se dit traumatisée de la nuit qu'elle a passée seule et au sol. Une évaluation plus globale de la situation de Mme G. est proposée, l'équipe mobile gériatrique est alors sollicitée.

Plus les jours passent, plus Mme G. souffre d'une grande anxiété. La sortie d'hôpital l'inquiète. Elle a peur de rentrer chez elle, tout particulièrement car elle a peur de chuter de nouveau.

Elle ne veut pas aller en maison de retraite. Mme G. se dit dans l'incapacité de prendre une décision concernant sa sortie d'hôpital.

Du fait de son état, un séjour en soins de suite et réadaptation (SSR) est proposé pour finaliser le bilan de chute et lui permettre de bénéficier d'une rééducation adaptée.

Prise en charge de la souffrance psychique de Mme G. ...

Après un séjour de 3 semaines en soins de suite et de réadaptation, Mme G. rentre à son domicile. Un service de portage des repas ainsi que le soutien d'une téléassistance ont été mis en place en amont de sa sortie d'hôpital.

Cependant, Mme G. ne sort plus de chez elle. Elle accepte difficilement les aides qui lui sont proposées, et refuse l'intervention d'une aide à domicile.

Au regard des difficultés grandissantes au quotidien constatées par le médecin traitant, il est proposé à Mme G. une rencontre avec une responsable de la structure d'aide à domicile. Cette rencontre a lieu en présence du médecin.

Mme G. finit par accepter la mise en place d'une aide à domicile quelques heures par semaine, prévoyant que l'auxiliaire de vie l'accompagne à son club deux après-midis par semaine.

Dans les semaines qui suivent la mise en place du soutien à domicile, l'auxiliaire de vie constate que Mme G. ne parle pas beaucoup et surtout qu'elle prétexte souvent un problème pour ne pas aller au club. Elle trouve dommage pour Mme G. de ne pas se rendre au club, mais ne sait pas comment lui en parler.

Un dimanche matin le corps de Mme G. est retrouvé dans la rivière qui se situe près de chez elle.

Analyse & questionnements...

Mme G. a toujours vécu seule et de manière autonome. Les chutes successives lui ont fait craindre de perdre cette vie autonome à domicile. Son médecin traitant a tout mis en œuvre pour l'accompagner. Il a largement contribué à ce que Mme G. accepte l'intervention d'une aide à domicile.

L'auxiliaire de vie avait pour mission essentielle de l'accompagner au club. Pour autant, Mme G. n'y participait plus et l'auxiliaire de vie, ne sachant pas si cela pourrait lui être reproché, n'a pas osé le signaler à sa responsable.

Mme G. finit par se suicider. Sa souffrance psychologique face à sa perte d'autonomie, son angoisse de chute n'a sans doute pas assez été prise en compte. Un probable trouble dépressif sous-jacent n'a pas été repéré.

Les séances de kinésithérapie ont été bénéfiques à la rééducation fonctionnelle de Mme G. mais il aurait pu également être proposé à Mme G. de participer à un atelier de prévention des chutes qui lui aurait permis de rencontrer des personnes confrontées à cette même problématique et d'échanger avec elles sur leurs stratégies mises en place pour surmonter leur angoisse.

Points forts...

- Le médecin traitant a été très impliqué.
- Consécutivement à la chute, le retour à domicile a bien été perçu comme problématique et le séjour en SSR nécessaire.
- Le retour à domicile a été organisé par la mise en place d'aides adaptées (téléassistance, portage des repas puis auxiliaire de vie).

Points d'amélioration possibles...

- Consécutivement à la première chute, le médecin n'aurait-il pas pu encourager sa patiente à intégrer un programme de prévention des chutes? (type ateliers 'bien-vieillir', atelier de prévention des chutes, etc.?)
- La kinésithérapie n'aurait-elle pas pu être proposée plus rapidement, ainsi qu'une recherche sur les causes de la chute?
- Face à un tel changement d'attitude de la patiente, le médecin n'aurait-il pas dû prévoir un traitement antidépresseur et la mise en place d'un suivi psychologique, ou si besoin solliciter l'avis d'un psychiatre?
- Le Clic n'aurait-il pas pu être sollicité pour connaître les séances de prévention organisées sur le territoire; ce d'autant plus que Mme G. n'était pas réfractaire aux activités de ce groupe?
- Le Clic n'aurait-il pas pu être sollicité à la sortie du SSR pour guider dans les choix de la meilleure aide possible à domicile?
- Des visites d'Ehpad n'auraient-elles pas pu être envisagées?
- Face à la crainte de Mme G. de rentrer chez elle, un séjour temporaire en Ehpad n'aurait-il pas été bénéfique? Mme G. aurait ainsi maintenu des contacts sociaux et décidé soit de rester à l'Ehpad soit de rentrer chez elle en ayant repris confiance.
- L'auxiliaire de vie, mieux formée aux signes de reconnaissance de la souffrance psychique aurait-elle pu alerter ses responsables sur les refus systématiques de Mme G. de retourner à son club?
- La structure d'aide à domicile considère-t-elle la parole de son auxiliaire de vie?
- .../...

CAS PRATIQUE N°4

Contexte initial...

M. H. a 91 ans. Il est veuf et père de 3 enfants. Il vit en Ehpad depuis 4 ans. Depuis plus d'un mois, M. H ne participe plus comme avant aux activités proposées. Il reste sur son fauteuil et dort une grande partie de la journée.

Face à un tel changement d'attitude, le personnel s'interroge. Le médecin coordonnateur est prévenu. Il s'entretient avec M. H, il vérifie son traitement. M. H parle peu et ne se plaint de rien. Le médecin coordonnateur décide donc de contacter son aidant principal, qui est sa fille cadette. Elle a fait le même constat que les équipes de l'Ehpad : elle ne sait pas plus que les soignants comment expliquer un tel changement qui selon elle, a débuté il y a environ 3 mois. Le médecin coordonnateur, après avoir sollicité l'accord de M. H, organise une réunion autour de la situation de M. H. ; réunion à laquelle sont invités à participer tous les professionnels en contact régulier avec M. H.

Événement identifié comme déclencheur de souffrance psychique...

Au cours de la 3^e réunion d'équipe autour du cas de M. H., Emma, l'animatrice, fait part des confidences qu'a faites M. H. à Solène, l'agent de service avec qui il a établi une relation de confiance et une certaine complicité : son petit-fils lui a annoncé son intention de divorcer. M. H. est très proche de ce petit-fils et a une très grande affection pour sa belle-petite-fille. Il craint aussi la réaction de ses deux arrière-petits-enfants et a peur de ne plus les voir.

Réaction de l'entourage familial et professionnel...

Le médecin coordonnateur prend contact avec le médecin traitant de M. H. Ce dernier évoque un possible trouble dépressif réactionnel. Après la réalisation d'un bilan médical, le médecin traitant lui prescrit un traitement antidépresseur. Les professionnels de l'Ehpad sont encouragés à stimuler M. H. et à l'accompagner pour sortir de sa chambre.

Il est demandé à l'animatrice de venir le rencontrer régulièrement afin d'établir un programme susceptible de le stimuler.

Enfin, la psychologue propose à M. H. la mise en place d'un suivi, supposant des rencontres au minimum une fois par semaine.

Changements observés chez M. H....

Au bout de 4 mois l'état de M. H. semble se stabiliser. Il ne participe plus comme avant aux activités, mais il est moins refermé sur lui-même.

En réunion pluridisciplinaire, l'équipe constate une amélioration de l'état de M.H. La psychologue propose de continuer le suivi de M. H. Le compte-rendu de cette réunion est transmis à son médecin traitant qui décide alors d'arrêter traitement antidépresseur mais de maintenir le soutien avec la psychologue.

Analyse & questionnements...

Le cas de M. H est fréquent. L'événement déclencheur de souffrance psychique n'était pas évident à déceler, d'autant plus que seule la fille de M. H. (qui n'était elle-même pas informée du divorce de son neveu) a été contactée par l'établissement.

Le partage d'informations et la prise en compte de la parole de tous les professionnels de l'établissement (non soignants y compris) a permis d'identifier l'élément déclencheur de souffrance psychique de M. H.

Le médecin traitant a mis en place en coordination avec le personnel de l'Ehpad une prise en charge adaptée du trouble dépressif.

Points forts...

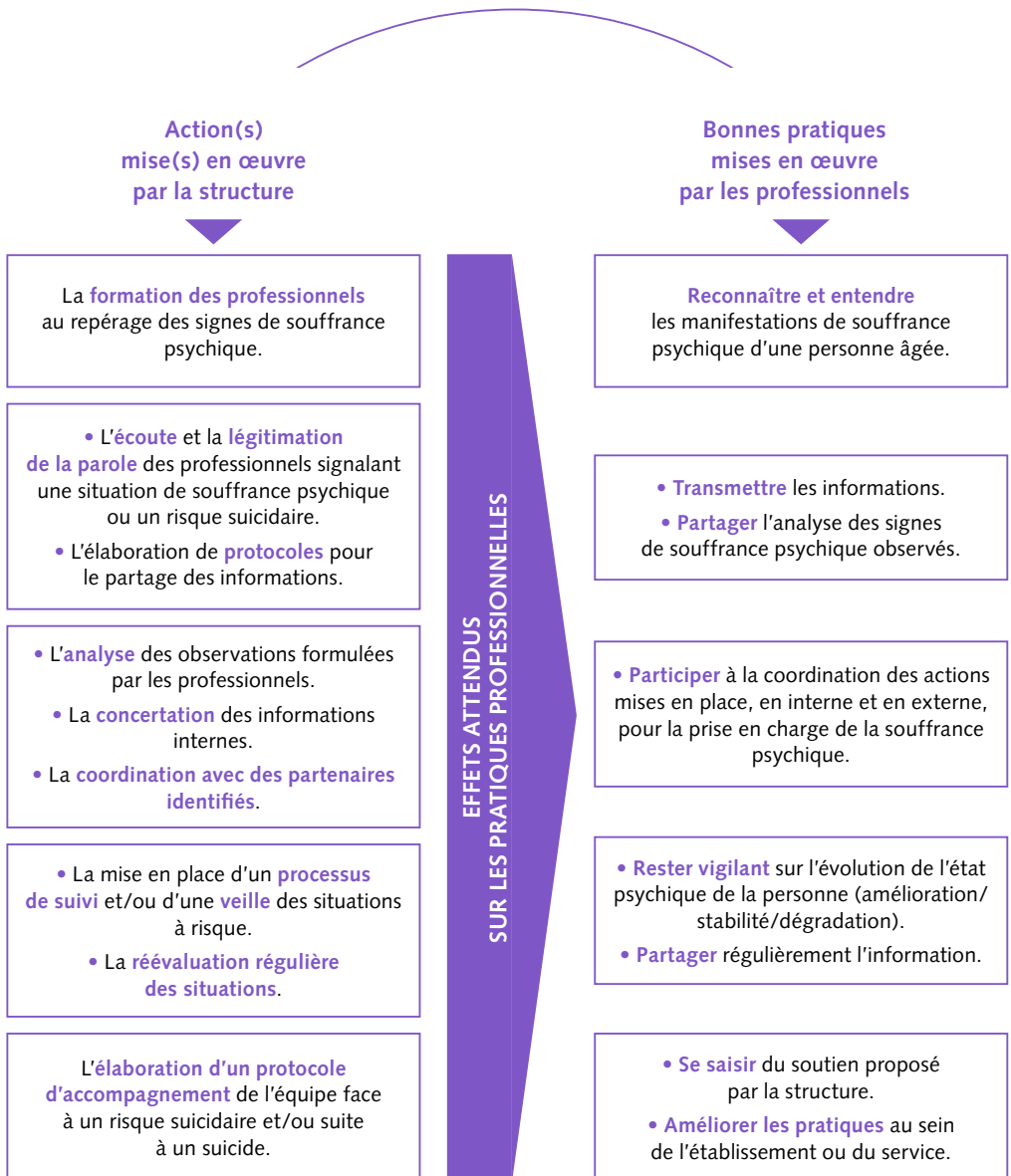
- La famille a été très rapidement contactée.
- L'établissement a pris en considération la parole d'un agent de service.
- Le médecin traitant et les équipes de l'Ehpad se sont coordonnés pour une prise en charge de qualité et un suivi régulier de l'état de santé psychique de M. H.
- Un soutien psychologique a été mis en place.
- Les animations ont été revues et adaptées, en concertation avec M. H.

Points d'amélioration possibles...

- Les agents de service ne devraient-ils pas être formés en interne à l'écoute active et au repérage des signes de souffrance psychique ?
- Les agents de service ne pourraient-ils pas « avoir un référent » parmi les professionnels de l'établissement, auprès de qui ils pourraient faire remonter les propos de résidents témoins de souffrance psychique ?
- Des réunions ne pourraient-elles pas être organisées entre les agents de services et leurs référents afin de croiser les regards sur des événements de vie susceptibles d'impacter l'état de santé psychique des résidents ?

2 AIDE À L'ANALYSE DES ACTIONS ET DES PRATIQUES CONCERNANT LE PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

DE LA RECONNAISSANCE D'UNE SOUFFRANCE PSYCHIQUE ...
... À L'ORGANISATION DE SA PRISE EN CHARGE



Annexe 1

L'ESSENTIEL POUR LES PROFESSIONNELS DE L'ENCADREMENT

EN TERMES DE PRÉVENTION

- Fournir aux professionnels du service ou de l'établissement toutes les informations dont ils peuvent avoir besoin pour assurer un accompagnement de qualité et pour proposer à la personne des informations sur les actions de prévention de la souffrance psychique.
- Organiser l'activité des professionnels (emploi du temps, gestion des équipes, etc.) de façon à favoriser la stabilité de l'accompagnement proposé.
- Informer les professionnels du service ou de l'établissement des principales structures, personnes ou dispositifs ressources de proximité compétents dans le champ gériatrique et celui de la santé mentale.

EN TERMES DE REPÉRAGE ...

- Former les professionnels du service ou de l'établissement au repérage des signes caractéristiques de souffrance psychique (expression verbale ou non verbale).
- Solliciter les professionnels du service ou de l'établissement sur l'expression de leurs observations, de leurs ressentis et de leurs éventuelles inquiétudes concernant une personne, surtout après certains événements de vie (deuil, hospitalisation, maladies, etc.).
- Prendre le temps de l'écoute, reconnaître et valoriser la parole des professionnels de l'accompagnement.
- Proposer et encadrer l'utilisation d'outils afin de faciliter le travail de repérage attendu des professionnels de l'accompagnement.
- Organiser le partage des informations (à quel moment, à quelle fréquence, sous quelle forme, à qui, avec qui, etc. ?).

EN TERMES D'ACCOMPAGNEMENT....

- Participer à la coordination de la prise en charge de la souffrance psychique de la personne, en lien avec la personne, le(s) aidant(s) et les professionnels impliqués (médecin traitant, professionnels du champ de la santé mentale, professionnels du secteur gériatrique et psycho-gériatrique, etc.)
- Veiller à la coordination des intervenants, à l'utilisation effective des outils de liaison mis en place.
- Réévaluer avec la personne ses besoins (changements de l'organisation, des horaires, d'un intervenant, etc.), voire solliciter les services du conseil général pour une réévaluation du plan d'aide personnalisé.
- Observer sur le court, le moyen et le long terme l'évolution de l'état psychique de la personne.
- Organiser un suivi de la prise en charge de la souffrance psychique mise en place avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne : réajustement d'un traitement, mise en place de consultations avec un psychologue, hospitalisation, bilan psycho-gériatrique, intervention d'un nouveau service, etc.

EN TERMES DE GESTION DU RISQUE SUICIDAIRE

- Élaborer et mettre à disposition des professionnels des protocoles de gestion des situations de crise.
- Coordonner le soutien apporté aux proches de la personne ayant accompli le geste suicidaire, le cas échéant aux résidents de l'établissement, voire à l'équipe de professionnels.

Annexe 2

L'ESSENTIEL POUR LES PROFESSIONNELLS DE L'ACCOMPAGNEMENT

EN TERMES DE PRÉVENTION....

- Appréhender la personne dans sa globalité (connaissance des éléments de son histoire de vie qu'elle souhaite partager, de son environnement, de ses goûts et de ses habitudes de vie, etc.) afin de lui proposer une aide personnalisée.
- Coordonner son intervention, en accord avec la personne, avec le(s) aidants présents auprès de la personne.
- Encourager la personne à mobiliser ses potentialités afin de stimuler et préserver son autonomie.
- Veiller à ce que la personne entretienne ses liens amicaux, familiaux et sociaux, et ainsi lutter contre l'isolement social et affectif.
- Veiller aux changements importants dans la vie de la personne et observer les effets produits : quelles conséquences sur son quotidien, sa santé physique ou encore sa santé psychique ?
- Contribuer à ce que les différents intervenants auprès de la personne soient informés des informations principales et remplir pour cela avec soin les outils de liaison (cahier de liaison, dossier du résident, etc.).
- S'informer du rôle des autres structures, personnes ou dispositifs ressources dans le secteur gériatrique et dans celui de la santé mentale ; autant de professionnels en mesure de prendre le relais de la prise en charge de la souffrance psychique de la personne.

EN TERMES DE REPÉRAGE...

- Repérer les signes caractéristiques de la souffrance psychique (expressions verbales et non verbales, changement d'attitude, manifestations de tristesse...) pour la personne mais aussi pour le(s) aidant(s).
- Échanger avec la personne sur les causes possibles de cet état et prendre le temps de l'écoute de ce qu'elle peut (veut) exprimer. Recueillir à cette occasion son consentement pour un éventuel partage d'informations la concernant (en interne avec le reste de l'équipe et/ou avec les responsables du service ou de l'établissement notamment).
- Faire part précocement de ses observations au reste de l'équipe, sans attendre que la situation ne devienne critique, selon le protocole mis en place au sein de la structure.

EN TERMES D'ACCOMPAGNEMENT....





- S'appuyer sur les éléments favorables présents dans l'environnement de la personne et sur ses potentialités pour contribuer à l'amélioration de son état de santé (psychique notamment).
- Mener une veille et communiquer sur les observations de l'évolution de la personne : amélioration, stabilité, aggravation de la souffrance psychique malgré la mise en place d'un accompagnement.
- Veiller à la coordination des interventions auprès de la personne dans la prise en charge de la souffrance psychique, et faciliter pour cela la communication des informations (notamment par l'utilisation du cahier de liaison).

EN TERMES DE GESTION DU RISQUE SUICIDAIRE

- Prendre connaissance des instructions contenues dans les protocoles de gestion des situations de crise établis par le service ou l'établissement (protocole de gestion de crise et protocole de soutien des professionnels de la structure proposé par le service ou l'établissement).
- Solliciter l'ensemble des personnes susceptibles d'intervenir efficacement dans la prise en charge de la situation de crise (médecin traitant, secours, personnels d'encadrement, etc.)
- Communiquer autant que faire se peut avec la personne ayant accompli le geste suicidaire et la rassurer sur la mise en place de son secours.

Annexe 3

FICHE DE MODIFICATIONS DE SITUATIONS À DOMICILE⁴¹

			
FICHE DE MODIFICATIONS DE SITUATIONS À DOMICILE			
À REMPLIR EN DEHORS DE L'URGENCE			
(Urgence = état de santé qui change du jour au lendemain, ou absence soudaine de l'aidant professionnel ou familial)			
Nom de la personne aidée :		âge : ans	
Signalement fait par :		en date du : / /	
Son environnement habituel		Son environnement a changé	
Vit seule	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Vit seule	<input type="checkbox"/> Aidant(e) familial(e) fatigué(e)
Isolée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Est isolée	
Passage d'une IDE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Arrêt des passages d'une IDE	
Portage des repas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement / repas	
D'habitude		Ce n'est plus comme d'habitude	
J'interviens chez la personne pour :		Je passe plus de temps pour ces interventions :	
Le lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La toilette	<input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas	<input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas	
Donner son traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Préparation repas	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/>	
L'aide au repas	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/>	
Le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le repassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La personne accepte l'intervention facilement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> C'est plus difficile	<input type="checkbox"/> Refuse
		<input type="checkbox"/> J'observe que certaines activités qu'elle fait seule sont plus difficiles	
D'habitude quand j'interviens, elle :		Ce n'est plus comme d'habitude, elle :	
Est d'humeur gaie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Semble plus triste	
Communique facilement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Est parfois agressive	<input type="checkbox"/> Est plus distante
Me reconnaît	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Me reconnaît plus difficilement	
Sait quand je passe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Oublie parfois mes passages	

Juin 2013

⁴¹ Cet outil d'aide au repérage, proposé en annexe de la Fiche Points clés et solutions de la HAS intitulée « Comment repérer les fragilités en soins ambulatoires? » a été co-élaboré et validé par les Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine, l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, l'AMSAV, et l'association Côté Famille. Il est disponible en téléchargement sur le site de la HAS (<http://www.has-sante.fr>)

À remplir par le responsable de secteur du SAAD

Nom du responsable du secteur :	Coordonnées ☎ :
Fiche de modifications remplie par un : <input type="checkbox"/> Agent à domicile <input type="checkbox"/> Employé à domicile <input type="checkbox"/> AVS Nombre de passage par semaine : Intervient au domicile depuis le : / /	Coordonnées ☎ :

Nature des modifications à domicile

Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Diminution autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Trouble du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Trouble de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Difficulté de l'aidant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Rupture intervention extérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Problème financier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave

Identification de la problématique au domicile : le / /

Acteurs alertés autour de la problématique : le / /

Entourage : <input type="checkbox"/> Familial	<input type="checkbox"/> Personne de confiance	<input type="checkbox"/> Curateur/Tuteur
Professionnels : <input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> IDE libérale	
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute de l'AMSAV	<input type="checkbox"/> SSIAD AMSAV	<input type="checkbox"/> Espoir et santé centre de soins
<input type="checkbox"/> SSIAD autre	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Service social
<input type="checkbox"/> Autre (précisez :)		

Professionnels intervenant suite à l'alerte : le / /

<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> IDE libérale	
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute de l'AMSAV	<input type="checkbox"/> SSIAD AMSAV 6	<input type="checkbox"/> Espoir et santé centre de soins 1
<input type="checkbox"/> SSIAD autre 1	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Service social
<input type="checkbox"/> Autre (précisez : réseau paris nord.....)		

Nature des interventions proposées : le / /

Interventions :
Résultats :
Suivi :
Réactualisation :

Juin 2013

Annexe 4

GUIDES, RECOMMANDATIONS & OUTILS THÉMATIQUES

Dépression & Suicide	<ul style="list-style-type: none">• <i>La dépression: en savoir plus pour en sortir. Repérer les symptômes, Connaître les traitements, Savoir à qui s'adresser.</i> INPES, 2007.• <i>Santé mentale et personnes âgées. S'outiller pour intervenir ensemble.</i> Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance, Québec, 2009• Programme Mobiquial - Outils dépression :<ul style="list-style-type: none">- version initiale à destination des professionnels en établissement, 2010.- actualisation de l'outil (« Dépression/Prévention du suicide à domicile ») pour les professionnels du domicile, 2013• <i>Les bonnes pratiques de soins en Ehpad. Dépression: Repérage et prise en charge non médicamenteuse.</i> DGS/DGAS/SFGG, octobre 2007, pp.44-45.• <i>Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire.</i> ANAES, Mai 2002.• <i>La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge.</i> ANAES/Fédération française de psychiatrie (FFP)/DGS, conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000
Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none">• <i>Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: diagnostic et prise en charge.</i> HAS, Décembre 2011.• <i>Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.</i> HAS, mai 2009.• <i>L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social.</i> Anesm, février 2009• Programme Mobiquial - Outil maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, 2010.• <i>Les bonnes pratiques de soins en Ehpad.</i> DGS/DGAS/SFGG, octobre 2007, pp.14-17 et 110-111.
Fragilité	<i>Comment repérer les fragilités en soins ambulatoires?</i> HAS, juin 2013.

Annexe 5

ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

Méthode d'élaboration

Pour la production de cette recommandation, l'Anesm a retenu la méthode du consensus simple.

Cette recommandation a été élaborée sur la base :

- d'une analyse de la littérature centrée sur la souffrance psychique et le suicide des personnes âgées ;
- d'un appel à contribution adressé en mars 2013 à l'ensemble des établissements et services accompagnant les personnes âgées ;
- de visites sur sites permettant le recueil des pratiques professionnelles existantes, ainsi que le recueil d'avis de personnes accompagnées (incluant des aidants).

La production de la recommandation s'est appuyée sur un **groupe de travail**, composé de professionnels et de représentants d'usagers. Il s'est régulièrement réuni et a suivi l'ensemble du processus d'élaboration du document, en y apportant une pluralité des points de vue.

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

Ainsi finalisé, le projet de recommandation a ensuite été soumis aux instances de l'Anesm et a fait l'objet d'une analyse juridique.

Conduite des travaux

Équipe projet de l'Anesm

- Louise PINARD, chef de projet
- Jean ROCHE, psychiatre et gériatre, responsable de la filière psycho gériatrique au CHRU de Lille. Le Docteur Roche est intervenu en tant qu'expert et copilote de cette recommandation
- Delphine DUPRE-LEVEQUE, responsable de projet, secteur « Personnes âgées »
- Marie-Pierre HERVY, responsable du service Recommandations (jusqu'à janvier 2014)
- Géraldine MAGNIER, responsable du service Recommandations (depuis janvier 2014)
- Patricia MARIE, documentaliste
- Nagette DERRAZ, secrétaire du service Recommandations

Coordination éditoriale

- Yaba BOUESSE, chargée de communication/webmaster

Analyse juridique

- Cabinet GRANDJEAN, POINSOT & Associés

Référents du Comité d'orientation stratégique de l'Anesm

- Isabelle BARGES, directrice qualité de vie, représentant 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, Les Aînés ruraux Fédération nationale, vice-président de la section « Personnes âgées » du COS

Référents du Conseil scientifique de l'Anesm

- Anne SADOULET, chargée de mission à la DRJSCS de Midi-Pyrénées
- Brigitte BOUQUET, professeur émérite du CNAM, en cessation d'activité

Validation et adoption de la recommandation

- Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm

Participants

Visites et/ou entretiens effectués au sein d'établissements et de services

Ehpad

- Ehpad St Jean, CCAS de Châteauroux, Indre.

SSIAD

- Ssiad Mutualiste Santé service – Mutualité Française Charente, Angoulême, Charente
- Ssiad du Centre Hospitalier de Levroux, Indre
- Ssiad Bien Vivre entre Aygues et Buëch, Serres, Hautes-Alpes

SAAD

- Saad Mutualiste Mutualité Française Charente, Angoulême, Charente
- Saad Association de services pour le maintien à domicile (Asmad), Châteauroux, Indre
- Saad Aides à dom36, Deols, Indre
- Saad Logivitaë, Paris

Services multi-activités

- Association de coordination et de maintien à domicile (Acomad): Ssiad, Réseau de santé & Centre local d'information et de coordination (Clic), Equipe spécialisée Alzheimer (ESA), Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia) Fécamp, Seine-Maritime
- Association SMD Lyon: SAAD, SSIAD, Equipe spécialisée Alzheimer à domicile (Esad), Accueil de jour et Plateforme d'accompagnement et de répit, Lyon, Rhône
- Centre Feron-Vrau: Ehpad, Maison des Aidants, Accueil de jour Alzheimer, Lille, Nord

Rencontres de réseaux spécialisés et de professionnels ressources

- Association du Clic du pays Champenois, Ay-Epernay, Marne
- Cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée, partenariat Association d'action gérontologique du bassin Burgien (Adag BB)/ Centre psychothérapique de l'Ain (CPA), Bourg-en-Bresse, Ain
- Équipe mobile gériatrique « Etre-Indre » (ex réseau Etre-Indre), Levroux, Indre.
- Réseau gériatrique de Champagne-Ardenne (Régéca), Reims, Marne

Entretiens téléphoniques

- Marie CARTOUX, chef de service « Mesures judiciaires de protection des majeurs » au sein du Centre hospitalier de Montfavet, Service public interdépartemental des majeurs protégés, Montfavet, Vaucluse
- Mathilde CAMPARGUE, infirmière coordinatrice, Ssiad Filiéris, Carmi du Sud-Ouest, membre fondateur d'un Groupement de coopération social et médico-social (GCSMS) : COPAMAD, Decazeville, Aveyron

Groupe de travail

- Isabelle BARGES, directrice « Qualité de vie » à la Fédération nationale avenir et qualité de vie pour personnes âgées (Fnaqpa), membre du Comité d'orientation stratégique (COS) de l'Anesm, présidente de la section « personnes âgées », Rhône
- Célestina BESAGNI, chargée de missions projets de maison, référente Alzheimer et maltraitance, Petits frères des pauvres, Paris
- Valérie BOULGON, psychologue clinicienne, Equipe mobile gériatrique « Être-Indre » (ex Réseau Être-Indre), Châteauroux, Ehpap le Castel Sainte-Sévère, Indre
- Philippe CLAVIER, directeur, Ssiad et ESA du Centre communal d'action sociale, Versailles
- Marie-Paule CUENOT, médecin inspecteur de santé publique, médecin conseil expert à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Paris
- Pierre DHENIN, membre du bureau du Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA), représentant de la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA), Lot
- Catherine DUREPOIS, coordonnateur général des soins, présidente du Clic Est géronto, Centre gérontologique départemental, Marseille, Bouches-du-Rhône
- Sylvvy FONTAN, coordinatrice Ssiad, Hôpital de Molsheim, Fédération hospitalière de France, Bas-Rhin
- Julie GAUTHIER, directrice pôle domicile, Croix rouge française, Vaucluse
- Cyril HAZIF-THOMAS, psycho gériatre, Centre hospitalier régional universitaire de Brest, Finistère
- Vincent LAPIERRE, psychologue, Centre thérapeutique Popincourt, Paris
- Marie PONCET-JEANNE, psychologue Gérontologue / Directrice Dispositifs Alzheimer, Association Service maintien à domicile (SMD) Lyon, Fédération Adessadomicile
- Sandrine ROBIN, psychologue Ehpap « Les Tilleuls », Croix-Rouge Française (pôle gérontologique), Val D'Oise
- Christian VALETTE, directeur général des Services du SIVOM, Trith-Saint-Léger et environs, représentant de la Fnadepa, Nord
- Fanny VIGNON, gériatre, médecin coordonnateur de l'Ehpap Les Opalines, Athis, Marne

Groupe de lecture

- Tharshini BANCEL ARAMPAMOORTY, conseillère Santé-Social - secteur personnes âgées, Fédération des établissements hospitaliers d'aide à la personne (Fehap), Paris
- Jean Louis BASCOUL, conseiller technique, Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux (Uriopss) Languedoc-Roussillon, Hérault

- Catherine BOZSODI, responsable pôle médico social et développement de projets, Filiéris, Caisse régionale sécurité sociale Mines (Carmi) du Sud-Ouest, Tarn
- Jean CANNEVA, président d'honneur, Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam), Paris
- Alain DE HARO, directeur d'Ehpad et hospitalier, Valreas, Vaucluse
- Françoise FACY, présidente de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS), membre de la Mission sciences - Associations de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Paris
- Jean Claude JAMOT, administrateur national, Générations Mouvement
- Rémi MANGIN, chef de projet personnes âgées, handicapées et aidants, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA), Paris
- Judith MOLLARD-PALACIOS, psychologue-chef de projet, Association France Alzheimer, Paris
- Sylvie PLATON, représentante de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) au COS de l'Anesm, directrice d'Ehpad, Puy-de-Dôme
- Christine REVEL-DELHOM, chef de projet, Haute Autorité de Santé (HAS), Seine-Saint-Denis
- Aurore ROCHETTE, déléguée santé et soins, Adessadomicile Fédération nationale, Paris

Annexe 6

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

Présentation de l'Anesm

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'Agence est constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des organismes représentant les établissements sociaux et médico-sociaux, les professionnels et les usagers.

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).

Son fonctionnement

L'Anesm est dotée d'une instance de gestion, d'une part, l'Assemblée générale qui valide le programme de travail et le budget et d'autre part, de deux instances délibératives et consultatives :

- le **Conseil scientifique**, composé de 15 personnalités reconnues, apporte une expertise, formule des avis d'ordre méthodologique et technique et veille à la cohérence, à l'indépendance et à la qualité scientifique des travaux de l'Anesm ;
- le **Comité d'orientation stratégique**, composé de près de 70 représentants de l'État, d'élus, d'usagers, collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs, etc., instance d'échange et de concertation qui participe à l'élaboration du programme de travail de l'Anesm.

Les champs de compétences

L'Anesm est compétente sur le champ des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'inclusion sociale, de la protection de l'enfance, de la protection juridique des majeurs, de l'addictologie... Les catégories de services et d'établissements sont très diversifiées :

les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les Foyers d'accueil médicalisé pour personnes handicapées (FAM), les Maisons d'enfants à caractère social (MECS), les appartements thérapeutiques, etc.

Le dispositif d'évaluation

Les recommandations, références et procédures validées par l'Agence alimentent la démarche d'évaluation interne des ESSMS.

La loi du 2 janvier 2002 a prévu qu'au-delà du système d'évaluation interne, un regard externe soit porté par des organismes indépendants habilités par l'Anesm qui émettront un avis, notamment sur les conditions dans lesquelles l'évaluation interne a été mise en œuvre, et sur les axes d'amélioration préconisés. Ainsi, au 31 décembre 2013, 28,37 % des 24 512 ESSMS devant réaliser leur évaluation externe avant le 3 janvier 2015, se sont engagés dans cette démarche.

Elle complète le système d'évaluation interne, et permet aux autorités de tarification et de contrôle d'engager un dialogue avec les ESSMS sur les conditions de renouvellement de leurs autorisations de fonctionnement.

La 4^e enquête nationale sur la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS (2012) réalisée par l'Anesm, met en exergue les chiffres suivants :

- **93 %** des ESSMS sont alors engagés dans un processus d'évaluation ;
- le niveau d'engagement des ESSMS dans l'évaluation interne s'élève à **71 %**, contre 26 % en 2007 à la création de l'Anesm. S'y ajoutent, **22 %** de structures ayant engagé divers processus d'amélioration de la qualité ;
- **98 %** de l'ensemble des établissements et services connaît au moins une recommandation de l'Agence et 61 % ont lu au moins 6 recommandations ;
- enfin, **65 %** des établissements et services engagés dans la démarche d'évaluation interne ont directement utilisé les recommandations à cet effet (73 % des Ehpad).

Les recommandations de l'Anesm

↘ Trente-quatre **recommandations de bonnes pratiques professionnelles** disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr :

Tous secteurs

- *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 questionnaire 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

- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : « prévention, repérage, 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 (volet3) : La vie sociale des résidents en Ehpad (2012)*
- *Qualité de vie en Ehpad (volet2) : 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 atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social (2009)*

Personnes handicapées

- *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

- *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

- *Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L312.1 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)*
- ↳ Quatre **enquêtes nationales** relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- ↳ Deux **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.

Conception graphique: Luciole
Impression Corlet Imprimeur, SA – 14110 Condé-sur-Noireau
Dépôt légal: Mai 2014

ANESM

53 boulevard Ornano - Pleyad 3

93200 Saint-Denis

T 01 48 13 91 00

www.anesm.sante.gouv.fr

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables - Mai 2014