



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

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

Lettre de cadrage

Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées



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

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

Il existe plusieurs modèles sur lesquels peut reposer le repérage des risques de perte d'autonomie. Le plus connu est celui de Fried qui distingue 5 critères : la perte de poids involontaire et la dénutrition ; la fatigue, une lenteur de marche ; la diminution de la force musculaire ; la sédentarité¹. Si la personne à trois de ces critères, elle est considérée en risque de perte d'autonomie (« fragile »). Un autre modèle de repérage de la perte d'autonomie est celui de Rockwood qui repose sur des facteurs cognitifs et sociaux : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités².

Quelque soit le modèle retenu, il existe plusieurs dispositifs facilitant ce repérage. La HAS propose des recommandations pour les professionnels de santé en soins ambulatoire concernant le repérage de la fragilité³. En outre, les outils Mobiquial proposent également des éléments participants à ce repérage⁴. Enfin le projet PAERPA concerne plus spécifiquement les « personnes âgées en risque de perte d'autonomie [qui] recouvre l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et /ou social. D'après les données de l'assurance maladie :

- 85 % de ces personnes ont au moins une pathologie ;
- 57 % sont en affection de longue durée (ALD) ;
- 29 % souffrent d'au moins une pathologie cardiovasculaire ;
- 33 % ont été hospitalisées au moins une fois en 2010, pour une durée de 12 jours en moyenne ;
- 7 molécules différentes leur sont en moyenne délivrées au moins trois fois par an.

Quatre facteurs majeurs d'hospitalisation de ces populations ont par ailleurs été ciblés :

- Problèmes liés aux médicaments (iatrogénie en premier lieu mais aussi difficultés d'observance et insuffisances de traitement),
- Dénutrition,
- Dépression,
- Chutes »⁵.

¹ Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):M146-M156.

² Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, *et al.* A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173(5):489-95.

³ HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires. Saint-Denis : HAS. 2013

⁴ Outil Nutrition. Programme Mobiquial, 2011 ; Outil dépression. Programme Mobiquial, 2013 ; Outil douleur. Programme Mobiquial, DGS SFGG, 2010 ; Outil maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Programme Mobiquial, 2010

⁵ Ministère des affaires sociales et de la santé. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. 2013

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

I. Sommaire

I. Contexte

II. Enjeux

III. Destinataires

IV. Exposé du projet de recommandations

V. Validation et, le cas échéant, construction d'outil(s) de repérage des facteurs de risques de perte d'autonomie ou de son aggravation

VI. Cadre méthodologique

VII. Composition provisoire du groupe de travail, du groupe d'experts et du groupe de lecture

VIII. Calendrier – Planification des projets de recommandations

VIV. Premiers résultats bibliographiques

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

Contexte

Afin d'être un appui aux structures sociales et médico-sociales dans le repérage de la perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées (notamment dans le cadre du PAERPA), l'Anesm propose un projet de **recommandations pour les responsables d'encadrement afin d'aider les professionnels avec un diplôme de niveau V, ou sans diplôme, dans ce repérage** (Auxiliaire de vie, aide-soignant, aide-médico-psychologique, assistant de soins en gérontologie, etc.).

Ces professionnels interviennent à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD) et en établissement (Ehpa/logement-foyer/Ehpad).

Il peut s'agir :

- D'agents du domicile en SAAD ou d'agent d'entretien en Ehpa ou en logements-foyers qui assurent principalement les activités domestiques et, éventuellement, les tâches administratives simples.
- D'employés à domicile en SAAD qui assistent les personnes âgées qui ne peuvent plus réaliser seules les actes ordinaires de la vie courante (faire son ménage, faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer, aller aux toilettes, etc.).
- D'auxiliaires de vie sociale qui peuvent travailler dans des SAAD, des SPASAD, des Ehpa, des logements-foyers ou des Ehpad. Ils « aident à faire » ou « font à la place » de la personne âgée qui se trouve dans l'incapacité provisoire ou durable de faire seule les actes essentiels de la vie quotidiennes et les activités de la vie sociale et relationnelle.
- D'aide soignant en SSIAD, en SPASAD, en Ehpad, éventuellement en Ehpa ou en logements-foyers. Ils assurent l'hygiène et le confort du malade, et contribuent à compenser partiellement ou totalement le manque ou la diminution de l'autonomie de la personne aidée sous la responsabilité d'un infirmier.
- D'aides médico-psychologiques qui travaillent principalement en Ehpad, mais qui peuvent également intervenir dans le cadre d'un SSIAD. Elles participent au développement ou au maintien de l'autonomie des personnes sur le plan physique, psychique ou social conformément aux dispositions de l'art D. 451-95 du CASF. Elles interviennent sous la responsabilité et en coordination avec les professionnels paramédicaux de la structure et ce dans la limite des qualifications qui leur sont reconnues du fait de leur formation.
- D'assistants de soins en gérontologie qui interviennent dans le cadre d'une équipe spécialisée Alzheimer dans un SSIAD, un SPASAD ou un Ehpad. Ils ne constituent pas un métier, mais une reconnaissance de compétences spécifiques auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées. Ils sont des aides soignants ou des aides médico-psychologiques ayant suivi une formation complémentaire. Un

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

référentiel d'activité et de compétences concernant ce type de professionnel a été défini par une circulaire du 6 juillet 2009⁶.

Enjeux

Le repérage du risque de perte d'autonomie, ou de son aggravation, pour les personnes âgées croise des problématiques différentes selon que les professionnels travaillent à domicile ou en établissement et selon qu'ils travaillent dans une structure délivrant des actes de soins ou non.

1) Les services à domicile :

- Le cadre de l'intervention :
 - Contrairement aux établissements, l'intervention au domicile inscrit les professionnels dans une relation spécifique avec la personne âgée et ses proches. Isolés et souvent éloignés des professionnels d'encadrement ou des gestionnaires, les intervenants agissent sous le regard direct des usagers.
 - Les services à domicile interviennent au sein de l'espace privé de la personne âgée.
 - Les intervenants du domicile sont souvent plusieurs et peuvent être de structure différentes. Certains peuvent se croiser ou au contraire ne jamais se rencontrer.
- L'évaluation :
 - Contrairement aux Ehpad qui réunissent des missions de soins et d'aide dans une même structure, ces missions sont séparées entre les SAAD (aide) et les SSIAD (soins). L'évaluation de la dépendance peut être réalisée par différentes structures ou professionnels (infirmier coordinateur, responsable de secteur, équipe médico-social du conseil général, médecin traitant, Clic, gestionnaire de cas MAIA, etc.). La multiplicité de ces acteurs pour l'accompagnement à domicile peut impliquer plusieurs évaluations. Des difficultés de communication entre des cultures de métier différentes peuvent complexifier encore les interventions à domicile⁷. Cela peut également aboutir à des incompréhensions de la part des personnes âgées et/ou de leur proche, mais aussi de certains professionnels.
- La coordination avec les partenaires et le médecin traitant :
 - Dans le cadre du parcours de soins, l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale positionne le médecin traitant en coordinateur du maintien à domicile et dans un rôle de prévention pour anticiper ou limiter la perte d'autonomie. Cependant, il peut se heurter à différents obstacles :

⁶ Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 » (annexes 5 et 6).

⁷ INPES. *Recherche qualitative exploratoire Handicap-Incapacités- Santé et aide pour l'autonomie (RHISAA)*. Vol. I. Saint-Denis : INPES, 2010.

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

- les ressources médico-sociales et sociales ne permettent pas toujours de proposer des solutions parfaitement adaptées à la situation ;
 - l'absence de médecin, de professionnels de santé ou de formalisation de coopération dans un service à domicile peut également limiter le partage d'informations avec le médecin traitant ;
 - les actes de coordination sont peu pris en compte dans le mode de paiement des médecins libéraux (excepté dans le cadre de l'expérimentation PAERPA ou de certains dispositifs).⁸
- Les SSIAD effectuent un travail de coordination des soins, notamment avec les médecins traitants, les autres professionnels, les centres de santé, les établissements et services de santé et les établissements médico-sociaux (D312-3 du CASF).
 - La coordination avec les partenaires concerne également les SAAD bien qu'ils n'ont pas pour mission de l'organiser. L'enjeu de la coordination est de renforcer la connaissance réciproque des rôles et missions des acteurs d'un territoire, d'améliorer le partage d'informations, de développer un langage partagé et des outils communs pour tendre vers la définition d'objectifs communs d'intervention et de suivi des personnes âgées.

2) Les Ehpa et les logements-foyers :

- Les Ehpa sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées également appelés « maisons de retraite non médicalisées ». Ils se distinguent des Ehpad qui sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ils se distinguent également des logement-foyers qui accueillent en logement regroupé de type F1/F2, etc. (les Epha accueillent en chambre dans un établissement).
- En théorie, les Ehpa et les logements-foyers accompagnent des personnes âgées autonomes, c'est-à-dire « classées » en GIR 5 ou 6. Ils peuvent accueillir jusqu'à 10% de personnes âgées classées en GIR 1 ou 2 dès lors que leur GMP reste inférieur ou égale à 300⁹. Les Ehpa et les logements-foyers sont des établissements sociaux soumis à l'autorisation du président du Conseil général. Ils relèvent du 6° du I. de l'article L.312-1 et des articles L.342-1 à L.342-6 du Code de l'action sociale et de la famille.
 - Les Ehpa peuvent percevoir des crédits de l'assurance maladie ou non.
 - Les logements-foyers peuvent également prendre la forme de MARPA (maison d'accueil rurale pour personnes âgées) ou des EDYLIS (établissement mis en place par l'Union HLM, à partir d'une convention signée entre le

⁸ BLOCH, M.-A., HENAUT, L., SARDAS, J.-C., et al. *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Paris: Fondation de l'Avenir, 2011 ; Rapport RHISAA, Recherche qualitative exploratoire Handicaps - Incapacités - Santé et Aide pour l'Autonomie, Vol 1, INPES, 2010.

⁹ DGCS-CNAV. *Références et recommandations pour les logements-foyers*. Paris : DGCS-CNAV. Juillet 2012

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

ministère des affaires sociales, le ministère de l'équipement, et l'UNFOHLM)¹⁰. Les logements foyers relèvent également des articles L.633-1 à L633-3 et de l'article L633-5 du Code de la construction et de l'habitation (CCH). La « Note d'information DGAS/5B/2C no 2008-103 du 26 mars 2008 relative aux nouvelles modalités de médicalisation et de tarification des logements-foyers ainsi qu'aux nouvelles règles applicables en matière de sécurité incendie dans ces structures » précise que pour les logements foyers qui ont un GMP supérieur à 300 et qui accueillent plus de 10 % de résidents classés en GIR 1 et 2 doivent avoir signé une convention tripartite.

3) les Ehpad

- L'Ehpad représente un cadre de vie contraint, dont la nécessité est le plus souvent imposée au sujet âgé pour des raisons multiples qui ne tiennent pas seulement à un état de santé fragilisé mais aussi aux ressources mobilisables, à l'existence et la taille du réseau familial et social, à la perte d'initiatives et aux limites des solutions mises en œuvre à domicile. Cette nécessité d'entrée en Ehpad imposée à la personne ou à laquelle elle s'est « résignée », impacte la possibilité pour elle de s'y épanouir et d'y trouver une qualité de vie réelle.
- L'Ehpad constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, et ce quelles que soient ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie décisionnelle, difficultés d'expression, etc. Pour une majorité des personnes accompagnées, il est le dernier lieu de vie.
- Les publics accueillis présentent des profils diversifiés, mais majoritairement dépendants. En outre, au moins la moitié présente une maladie d'Alzheimer ou apparentée¹¹.
- Les Ehpad ont diversifié leurs modalités d'accueil¹² : En plus de l'accueil de longue durée « classique », ont été mises en place des unités spécifiques pour l'accueil de personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, des accueils de jour, des places d'hébergement temporaire, des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA), plus rarement des possibilités d'accueil de nuit ou des unités d'hébergement renforcé.
- Les Ehpad ont un fonctionnement médical que les services à domicile ou les Ehpa n'ont pas. Notamment, il existe un médecin coordonnateur dont les missions sont définies par l'article D312-158 du CASF ou ils peuvent être dotés de médecins salariés.

¹⁰ Direction générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction. *Les logements-foyers pour les personnes âgées*. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. Juin 2004

¹¹ PERRIN-HAYNES, J. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement Les personnes âgées en institution. *Dossiers solidarité et santé*, 2011, n°22, pp.4-15.

¹² L'enquête REHPA sur 240 EHPA retrouve que 48% des établissements réalisent de l'hébergement temporaire, 23% de l'hébergement temporaire spécifiquement Alzheimer, 28% bénéficient d'une unité spécifiquement Alzheimer, 27% ont un accueil de jour – ROLLAND, Y., et al. Description des résidents d'EHPA : données de l'enquête menée par le REHPA (Recherche en établissements d'hébergement pour personnes âgées). *Les Cahiers de l'année gérontologique*, 2009, vol. 1, n°1, pp. 35-41.



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

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

Destinataires

Ce projet de recommandations concerne plusieurs types de structures :

- **Les services d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile** visés par l'alinéa 6° de l'article L.312-1, I du CASF¹³. L'extraction FINISS et nOva de Mars 2013 indique environs :
 - 8 000 organismes autorisés ou agréés de service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ;
 - 2 100 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
 - 83 services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).
- **Les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)** visés par l'alinéa 6° de l'article L.312-1, I du CASF¹⁴. L'extraction FINISS de septembre 2014 indique environs 7421 Ehpad.
- **Les établissements pour personnes âgées (Ehpa ou logement-foyers)** visés par l'alinéa 6° de l'article L.312-1, I du CASF¹⁵. L'extraction FINISS de septembre 2014 indique environs :
 - 165 Ehpa percevant des crédits d'assurance maladie ;
 - 323 Ehpa ne percevant pas de crédit d'assurance maladie ;
 - 2352 logements-foyers.

Les repères qui seront fournis dans la recommandation pourront également être un support d'échanges et de réflexions avec les personnes accompagnées, leurs aidants, les associations d'usagers, et les autres acteurs de l'accompagnement des personnes âgées et de leur proche tels que :

- d'autres structures du secteur social et médico-social : les accueils temporaires (accueil de jour, accueil de jour itinérant, accueil de nuit, hébergement temporaire) ; les Clic ; les services mettant en œuvre des mesures de protection juridique et services d'aide aux tuteurs familiaux ; etc.
- des dispositifs pour les aidants : les plateformes d'accompagnement et de répit ; séjour ; activités sociales, culturelles et de loisirs ; rencontres entre aidants ; formations ; etc. ;
- les structures et professionnels sanitaires : les réseaux de santé (gérontologique, de soins palliatifs, etc.), les Centres de Soins Infirmiers (CSI), l'hôpital à temps partiel, de jour ou de nuit, l'hospitalisation à domicile (HAD), les centres

¹³ « 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ».

¹⁴ « 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ».

¹⁵ « 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ».

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

hospitaliers, les équipes mobiles, les services d'urgence, les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, oncologues, psychiatres, kinésithérapeutes, etc.), les services et unités de soins spécialisées (consultations mémoire, soins de suite et de réadaptation, services d'oncologie), etc. ;

- les ARS, l'équipe médico-sociale de l'APA, les assistants sociaux de secteurs ;
- les CCAS/CIAS ;
- les gestionnaires de cas des MAIA ;
- les accueillants familiaux et les formes d'habitat pour personnes âgées avec service qui ne relève pas du L312-1 du CASF ;
- les services fonctionnant sur un mode mandataire ou les services à la personne ne relevant pas de l'agrément (portage de repas, services de téléalarme, etc.) ;
- les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) ;
- les organismes de formation du secteur social, médico-social et sanitaire.

Exposé du projet de recommandations

Les recommandations relatives aux repérages des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées visent à promouvoir des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées vivant **à domicile et en établissement**.

Bien que les thématiques et les principes de ce repérage restent le même quels que soient les professionnels avec un diplôme de niveau V (ou sans diplôme), les problématiques et les « cultures de métiers » sont différentes selon que les professionnels travaillent à domicile ou en établissement et selon qu'ils délivrent des actes de soins ou non.

Afin que ce projet de recommandations puisse être facilement consultable et utilisable par un maximum de professionnels, il doit pouvoir distinguer :

- les professionnels soignants (aides-soignants, infirmiers, etc.), des professionnels non soignants (aides à domicile, auxiliaires de vie sociale, etc.) ;
- les professionnels de proximité, des responsables d'encadrement ;
- des professionnels travaillant en établissement, de ceux travaillant dans des services.

Pour répondre à cette problématique, il sera proposé au groupe de travail de :

- ❖ faire apparaître des points de vigilances ou de préciser lorsque les recommandations concernent spécifiquement un type de professionnel (encadrant, soignant, non soignant, etc.)
- ❖ formaliser trois projets de recommandations :
 - 1) un spécifiquement **destiné aux responsables d'encadrement des services** à domicile afin qu'ils puissent fournir des repères aux intervenants du domicile dans leur repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Ce volet s'appuiera notamment sur les

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

recommandations « Le soutien des aidants non professionnels » et « prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement ».

- 2) Un spécifiquement **destiné aux responsables d'encadrement des Ehpa** ou des logements-foyers afin qu'ils puissent fournir des repères aux professionnels de proximité dans leur repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées.
- 3) Un spécifiquement **destiné aux responsables d'encadrement des Ehpad** afin qu'ils puissent fournir des repères aux professionnels de proximité dans leur repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Ce volet s'appuiera notamment sur la recommandation « qualité de vie en Ehpad (volet 4) : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident ».

Ces recommandations reposeront sur le questionnaire suivant :

Quels sont les **facteurs à identifier** (isolement, douleurs chroniques, état de dénutrition, précarité des conditions de vie, épuisement de l'aidant, contention, hygiène des pieds, suivi sensoriel, ostéoporose, absence de suivi médical, surconsommation de psychotropes, ne plus se prémunir des dangers, etc.) et les **moments clés** (sortie d'hospitalisation, séjour en structure de répit, deuil récent, arrêt d'activité de loisirs, etc.) pour **repérer les situations à risque** liées à la santé inhérente à la vulnérabilité des personnes (douleur, chute, escarres, etc.) ?

Quelles sont les pratiques professionnelles qui concourent à repérer les situations de perte d'autonomie ou de son aggravation ? Quels sont les **éléments de l'histoire de vie** de la personne âgée à connaître et comment les prendre en compte pour mieux repérer et anticiper l'apparition d'une éventuelle aggravation de la perte d'autonomie tout en respectant les règles de confidentialité ?

Comment apprécier l'amélioration/la détérioration de l'autonomie de la personne accompagnée et adapter en conséquence les pratiques d'accompagnement ? Que doivent mettre en place les services pour effectuer ce repérage à domicile : passation de questionnaires, production de recommandations, entretiens, utilisation des outils Mobiqua, etc. ? Sur quels documents existants s'appuyer ?

Comment accompagner ou orienter la personne concernant la perte d'autonomie influant directement sur la qualité de vie dans le respect de la vie privée de la personne ? La douleur ? La souffrance psychique (dépression, troubles du comportement), la mémoire, etc. ?

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

Validation et, le cas échéant, construction d'outil(s) de repérage des facteurs de risque de perte d'autonomie ou de son aggravation

En complément de ce projet de recommandations, il est proposé de valider et, le cas échéant, de construire, des outils permettant de repérer les facteurs de risque de perte d'autonomie des personnes âgées ou de leur aggravation. Ces outils seront plus particulièrement à destination de structure non médicalisée (intervenant en SAAD et des professionnels d'Ehpa) et des aides médico-psychologiques en Ehpad.

Cette phase se fera avec l'appui d'un prestataire qui copilotera la conduite du projet de validation et de construction d'outils.

- 1) Dans un premier temps, l'Anesm proposera un appel à contribution à l'ensemble des SAAD inscrits sur la base nOva et à l'ensemble des Ehpa et Ehpad référencés sur la base FINISS. Il existe déjà des grilles d'observation, dont celle proposée dans la fiche « HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Saint-Denis : HAS. 2013 ». Cependant, cette grille n'est pas l'unique outil existant. Aussi, l'objectif de cet appel à contribution sera de savoir si les SAAD utilisent des grilles, lesquelles et pour évaluer quoi.
- 2) Dans un second temps, l'Anesm organisera un groupe d'experts. Ce groupe d'experts se réunira quatre fois :
 - Une première réunion consistera à examiner les outils existants de repérage de la perte d'autonomie et ou de son aggravation.
 - Une seconde réunion consistera à apporter les modifications éventuelles apportées à cet outil.
 - Une troisième réunion consistera à échanger sur la première phase d'expérimentation (cf. ci-dessous sur expérimentation de l'outil auprès des SAAD, des Ehpa et des Ehpad).
 - Une quatrième réunion consistera à échanger sur la deuxième phase d'expérimentation (cf. ci-dessous sur l'expérimentation de l'outil qui aura été amélioré après la première phase auprès des SAAD, des Ehpa et des Ehpad).
- 3) Dans un troisième temps, l'Anesm proposera deux phases d'expérimentation de 2 mois chacune pour permettre aux SAAD, aux Ehpa et aux Ehpad de tester l'outil dans sa *compréhension*, sa *faisabilité* et sa *pertinence* :
 - La première phase d'expérimentation sera proposée aux SAAD, aux Ehpa et aux Ehpad volontaires. Elle consistera à proposer d'utiliser l'outil sélectionné par le groupe d'experts et éventuellement modifié par l'Anesm.
 - La première phase d'expérimentation, les professionnels de proximité devront utiliser à deux reprises l'outil à tester (premier

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

mois de la phase de test et dernier mois de la phase de test). Les réponses à cet outil seront transmises au responsable de la structure (qui les saisira sur un fichier envoyé par l'Anesm) ou seront directement envoyées à l'Anesm.

- A la fin de cette première phase les professionnels devront indiquer :
 - L'avis général des usagers et/ou de leurs proches, l'avis général des professionnels de proximité et l'avis général du responsable de la structure concernant la compréhension, la faisabilité et la pertinence de l'outil ;
 - L'avis des professionnels de proximité et du responsable de la structure pour chaque item de l'outil concernant leur compréhension, leur faisabilité et leur pertinence.

- A la suite de cette première phase d'expérimentation, l'Anesm proposera des ajustements de l'outil qu'il fera valider par le groupe d'experts.

- La seconde phase d'expérimentation sera proposée aux SAAD, aux Ehpa et aux Ehpad volontaires. Elle consistera à proposer d'utiliser l'outil modifié par l'Anesm et validé par le groupe d'experts afin de confirmer la compréhension, la faisabilité et la pertinence de l'outil.

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

Cadre méthodologique

La méthode de production retenue est celle du consensus simple : la recommandation est élaborée par des groupes de travail, en tenant compte de la littérature existante sur l'accompagnement à domicile et d'une étude des pratiques professionnelles. Le projet de recommandations comprendra quatre groupes de travail, un groupe de lecture et une expertise juridique, avant d'être soumis aux instances de l'Agence.

La composition du groupe de travail et du groupe de lecture tiendra compte de la diversité des publics, des structures sociales et médico-sociales définies dans le périmètre et des disciplines professionnelles impliquées dans l'accompagnement des personnes âgées. Seront ainsi représentés au sein des groupes d'appui :

- des professionnels des services à domicile: des personnels d'encadrement, des personnels éducatifs paramédicaux et médicaux, etc.
- des personnalités qualifiées et institutionnelles (Conseillers techniques ou référent sur cette problématique au sein de la DGCS, de la CNSA, des fédérations, etc.).
- des associations représentant les usagers.

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

Composition provisoire du groupe de travail, du groupe d'experts et du groupe de lecture

Groupe de travail :

ORGANISMES (GT1 à GT6)	
1	CNSA
2	CNAV
3	DGCS
4	Mobiquat (SFGG)
5	CNAMTS
6	DSS
7	FNAPAEF
8	Conseil général
9	CARMI du Sud Ouest
10	Référent COS

	ORGANISMES GT1 et GT2 (services)	ORGANISMES GT3 et GT4 (logements-foyers)	ORGANISMES GT5 et GT6 (Ehpad)
11	SAAD ou SSIAD (UNA)	Logement-foyer (UNCCAS)	Ehpad (groupe Médica)
12	SAAD ou SSIAD (Adessadomicile)	Logement-foyer (FHF)	Ehpad (Ffamco)
13	SAAD ou SSIAD (ADMR)	Logement-foyer (Synerpa)	Ehpad (Fnaqpa)
14	SAAD ou SSIAD (FNAAFP/CSF)	Logement-foyer (FNADEPA)	Ehpad (FHF)
15	SAAD (UNCCAS)	Logement-foyer (AD-PA)	Ehpad (FEHAP)

Groupe d'experts de l'outil :

ORGANISMES	
1	Inserm
2	SFGG
3	Laboratoire de recherche universitaire
4	Un représentant du Conseil Scientifique de l'Anesm
5	IRDES
7	HAS
8	Cnav
9	AMSAV
10	Gérontopole (toulouse ou bourgogne)

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

Groupe de lecture :

ORGANISMES	
1	ADMR
2	UNA
3	Adessadomicile
4	FNAAFP/CSF
5	UNASSI
6	UNCCAS
7	CNRPA
8	Fehap
9	FESP
10	UNIOPSS
11	FNAQPA
12	Emicité

Personnes ressources :

ORGANISMES	
1	Syndicat des médecins libéraux
2	Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux
3	FNEHAD

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

Calendrier – Planification des projets de recommandations

La lettre de cadrage est soumise aux instances :

- bureau du Comité d'Orientation Stratégique le 16 septembre 2014.
- Comité d'Orientation Stratégique le 30 septembre 2014.
- Conseil scientifique du 1^{er} octobre 2014.

La planification du projet de recommandation et de l'élaboration de l'outil exposés ci-dessus est envisagée de la manière suivante :

Période	Groupes de travail	Groupes de lecture et relectures juridique	Elaboration outil repérage perte d'autonomie
juillet 2014			Elaboration/diffusion (outils évaluation/observation)
août 2014			
septembre 2014	Instances (COS et CS)		
octobre 2014			Analyse
Fin octobre/début novembre 2014	GT1 (recommandation domicile)		Copil 1 et copil 2
décembre 2014	GT2 (recommandation domicile)		Expérimentation 1
janvier 2015	GT3 (recommandation Ehpa)		
février 2015	GT4 (recommandation Ehpa)		
mars 2015	GT5 (recommandation Ehpad)		Expérimentation 2
avril 2015	GT6 (recommandation Ehpad)		
mai 2015		Groupe de lecture	Copil 4
juin 2015		Analyse juridique	Avis du Conseil Scientifique
juillet 2015		Avis des instances de l'Anesm	

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

Premiers résultats bibliographiques

Mots clés utilisés : Accompagnement ; Aidant familial ; Aidant non professionnel ; Aide à domicile ; Anticipation ; Attentes ; Besoins ; Bien-être ; Bientraitance/Maltraitance ; Bonnes pratiques ; Choix/Libre choix ; Chutes ; Coordination ; Dégradation de la santé ; Démence ; Dépendance ; Dépression/État dépressif ; Domicile/Logement ; Droits des usagers ; ESA (Equipe spécialisée Alzheimer) ; Évaluation ; Expression ; Fin de vie ; Foyer logement ; Fragilité ; Handicap ; Hospitalisation ; Information (accès au dossier, etc...) ; Loisirs ; Maintien à domicile ; Maladie chronique (Alzheimer, Parkinson, cancer, etc...) ; Médicaments ; Partenariat ; Participation ; Personne âgée/PA dépendante ; Perte d'autonomie ; Prévention ; Projet de vie ; Protection juridique ; Psychogériatrie ; Qualité de vie ; Réseau ; Santé/Santé mentale ; Services à domicile ; Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ; Soins/Continuité des soins/Organisation des soins ; Solitude ; Souffrance psychique/Souffrance morale/Souffrance mentale ; Symptômes ; Urgence ; Vie quotidienne ; Vie sociale ; Vulnérabilité.

1. Cadre juridique

Cadre national

Arrêtés

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie

Circulaires

Circulaire DGAS/SD n°2004-138 du 24 Mars relative à la mise en place du livret d'accueil

Décrets

Décret n°2003-1095 du 14 Novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement

Décret n°2000-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée

Décret n°2004-1275 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge

Décret n°2004-287 du 25 Mars 2004 relatif au CVS et aux autres formes de participation

Codes

- Code de l'action sociale et des familles
- Code de la santé publique
- Code Civil
- Code du travail

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

Plans :

- Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. *Plan national maladies rares 2011-2014. Qualité de la prise en charge, Recherche, Europe : une ambition renouvelée. Axes, mesures, actions.* Paris : Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2011.
- Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. *Plan d'action national « Accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ».* Paris : Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2010.
- Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. *Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.* Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2008.
- Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. *Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. 15 mesures.* Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2007.
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. *Programme national nutrition santé 2011-2015.* Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011.
- Présidence de la République. *Programme de développement des soins palliatifs : 2008-2012.* Paris : Présidence de la République, 2008.
- Ministère de la Santé et des Solidarités. *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.* Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, mars 2006.

2. Articles

- BONNET, M. Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2006/1, n°1, pp.73-85.
- CLEIRPPA. La culture du domicile. *Les Cahiers du CLEIRPPA*, janvier 2006, n°21, pp.3-19.
- COUTURIER, Y., SALLES, M., BELZILE, L. Contribution des proches aidants à la coordination des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie. *Vie sociale*, 2012, n°4.
- DERCHEF, F. Les métiers de l'aide à domicile : comment ont-ils évolué face aux nouvelles exigences d'organisation des services ? *Gérontologie et société*, 2006/3, n° 118.
- DJAOUI, E. Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime. *Dialogue*, 2011/2, n° 192.
- DJAOUI, E. Approches de la « culture du domicile ». *Gérontologie et société*, 2011/1, n°136.
- DOS SANTOS, S., MAKDESSI, Y. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Études et résultats*, Février 2010, n°178.
- DRESS. Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des français entre 2000 et 2005. *Études et résultats*, mai 2006, n°491.
- DREES. La mortalité par suicide en France en 2006. *Études et Résultats*, septembre 2009, n°702.

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

- DRESS, Etudes et résultats, Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008, Etudes et Résultats, juin 2010, n°728.
- ENNUYER, B. Les aides à domicile : une profession qui bouge. Un rôle clé dans le maintien à domicile, mais toujours un manque de reconnaissance sociale. *Gérontologie et société*, 2003, n°104.
- ENNUYER, B. 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie. *Gérontologie et société*, 2007/4, n° 123
- ERMANEL, C., THELOT, B. *Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine*. Saint-Maurice : InVS, 2004.
- FRIED, L.P., TANGEN, C.M., WALSTON, J., et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journal of Gerontology - Series A, Biological Sciences and Medical Science*, 2001, vol. 56, n°3, M146-M156.
- JAEGER, M. Le continuum aidants-informels-aidants professionnels. *Vie sociale*, 2012, n°4.
- LASBEUR, L., THELOT, B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2009, n°29-30.
- LEDUC, F., DELCOURT, J.-B. Aider, soigner, accompagner les personnes à domicile. Un éclairage sur l'intime. *Gérontologie et société*, 2007, n° 122.
- PENNEC, S. L'intervention à domicile : du dedans au dehors institutionnel. *Les Cahiers de l'Actif*, septembre-octobre 2006, n°364-365.
- PUISSANT, E. Le rôle ambivalent des associations d'aide à domicile dans la professionnalisation des emplois et des salariées. *Formation emploi*, Juillet-Septembre 2011, n°115.
- RIBAUT, T. Aide à domicile : de l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités. *Revue Française de Socio-Économie*, 2008, n° 2.
- ROCKWOOD, K., SONG, X., MACKNIGHT, C., et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 2005, vol. 173, n°5, pp. 489-95.

3. Ouvrages

- BACOU, J., BILLE, M., VERCAUTEREN, R., et al. Vieillesse et vieillissement. In : *Dictionnaire de la gérontologie sociale*. Toulouse : Eres, 2010.
- DONIOL-SHAW, G., LADA, E., DUSSUET, A. *Les parcours professionnels des femmes dans les métiers de l'aide à la personne. Leviers et freins à la qualification et à la promotion*. Paris : Université Paris-Est, 2007.
- ENNUYER, B. *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*. Paris : Dunod, 2006.
- KAUFMANN, J.-C. *Le Cœur à l'ouvrage, théorie de l'action ménagère*. Paris : Nathan, 1997.
- SERFATY-GARZON, P. *Chez soi- Les territoires de l'intimité*. Paris : Armand Colin , 2003.

4. Rapports – Etudes – Enquêtes

- AQUINO, J.-P., Comité Avancée en âge. *Anticiper pour une autonomie préservée: un enjeu de société*. Paris: Premier ministre, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013. 132 p.

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

- ASDO. *Étude perception par les usagers des outils d'évaluation des besoins de compensation de la perte d'autonomie*. Paris : Rapport CNSA, Décembre 2008.
- BLONDEL, F., DELZESCAUX, S., FERMON, B. *Mesure de la qualité et qualité de la mesure de l'aide au domicile : Construction des points de vue sur la qualité de l'aide à domicile*. Paris : Légos, 2012.
- BOURDESSOL, H., PIN, S. *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Saint-Denis : INPES, 2005.
- BRUANT-BISSON, A., AUBE-MARTIN, P., REBOUL (de), J.-B. *Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*. Paris : IGAS, IGF, 2010.
- CAPUANO, C., BLANC, E. « *Aux origines des aidants familiaux* ». *Les transformations de l'aide aux personnes âgées, handicapées et malades mentales en France dans la seconde moitié du vingtième siècle*. Rapport de recherche. Avril 2012
- CEDIAS. « *Tenir* ». *Les situations de vulnérabilité au-delà de la barrière des âges. Programme de recherche « Qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles »*. Paris : Cédias, 2011.
- CESS. *Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave*. Sherbrooke : CESS, 2010.
- CIMERMAN, P., GALINSKI, M., THIBAUT, P., et al. *Étude REGARDS. Recueil épidémiologique en Gériatrie des Actes Ressentis comme Dououreux et Stressants*. Paris : Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur, 2011.
Disponible sur : < www.cnrdr.fr/>
- CNSA, DGCS. *Les plateformes d'accompagnement et de répit. Bilan national de l'enquête d'activité 2012*. Paris: CNSA, 2014.
- Conseil de l'Emploi, des revenus et de la cohésion sociale. *Les services à la personne*. Rapport n°8. Paris : La Documentation française, 2008.
- CREDOC. *La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures*. Cahier de recherche n°256. Décembre 2008.
- DEVETTER, F.-X., FRAISSE, L., GARDIN, L., et al. *L'aide à domicile face aux services à la personne : mutations, confusions, paradoxes*. Rapport pour la DIIESES. Lille : CLERSE, Paris : CRIDA, Valenciennes : Réseau 21, mars 2008.
- FERMON, B. *Évaluation de la qualité du maintien à domicile des personnes âgées*. Paris : Légos, février 2004.
- FNG. Projet POEM. *Etude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnelle dans le cadre du plan Alzheimer (second tour)*. Paris : Fondation Nationale de Gérontologie, 2011.
- FRANCO, A. *Rapport de la mission « Vivre chez soi »*. Paris : Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010.
- GRAMAIN, A., WEBER, F. *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques*. Paris : DREES, CNRS, 2013
- HAS. *Consommation Médicamenteuse chez le sujet Agé. Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance*. Saint-Denis : HAS. 2005.
- INPES. *Recherche qualitative exploratoire Handicap-Incapacités- Santé et aide pour l'autonomie (RHISAA)*. Vol. I. Saint-Denis : INPES, 2010.
- MANTOVANI, J., ROLLAND, C., ANDRIEU, S. *Etudes sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile*. Documents de travail - Série Études et Recherche, novembre 2008, n°83.

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

- NICOT, A.M., YAHIAOUI, F. Les freins à l'embauche et l'amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile. Synthèse de l'étude DGAS-ANACT. In : DUMALIN, F., RAHOUI, N. *Services à la personne. Évolutions, organisation et condition de travail*. Lyon : Edition Réseau ANACT, 2008. Coll. Études et documents.
- ORS Poitou-Charentes. *Autonomie des personnes âgées. Synthèse documentaire réalisée dans le cadre de la mise en place des plateformes de santé publique à l'ARS Poitou-Charentes*. Poitiers : ORS Poitou-Charentes, 2014.
- POLETTI, B. *Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles*. Paris : Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, Janvier 2011.
- RAJEMISA, G. *Les obstacles rencontrés par les médecins traitants pour le maintien à domicile des personnes âgées*. Thèse : Diplôme d'État de docteur en médecine : Université Paris 7 Denis Diderot : Paris, 2011
- SEEMATTER-BAGNOUD, L., FUSTINONI, S., MEYLAN, L., et al. *Le resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation relatifs aux personnes âgées dans le réseau de soins*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive 2012. Série Raison de santé, n° 191.
- UNCCAS. Les logements-foyers gérés par les CCAS ou les CIAS. *Enquêtes et Observations sociales*, 2012, n°4.

5. Colloques – Journées d'études

- BERTIN, Y., CORLIEU, F. (Séminaire personne âgée, mars 2006). *La perte d'autonomie des personnes âgées*. [Document en ligne]

6. Guides – Recommandations

- ACMS, Yveline Santé Travail. *Guide pour l'évaluation des risques professionnels. Services à la personne*. Suresnes : ACMS, Saint-Germain-en-Laye : Yvelines Santé Travail, 2011.
- ANAES. *Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication*. Paris : ANAES, 2000.
- ANSP. *Outil de repérage des risques d'accidents domestiques. Programme de mise en sécurité du domicile*. Paris : ANSP, 2010.
- Arvisé-Aract Réunion, CAPS réunion, Service de prévention de Sitsbi, et al. *Guide de bonnes pratiques face aux risques professionnels dans les services à la personne*. Saint-Denis : Sitsbi, Intermetra, 2009.
- CHORUM, CIDES, Adessa Domicile. *Guide des pratiques de prévention des risques professionnels*. Paris : Chorum, 2009.
- CHORUM, CIDES. *L'évaluation des risques dans l'aide et les soins à domicile. Guide méthodologique pour la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels*. Paris : Chorum, 2009.
- Comité National de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés. *Gestion des risques de maltraitance pour les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile. Méthode, Repères, outils*. Paris : Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, Janvier 2009.

Lettre de cadrage – Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées

- Direction générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction. *Les logements-foyers pour les personnes âgées*. Paris : Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, 2004.
- DGCS-CNAV. *Références et recommandations pour les logements-foyers*. Paris : DGCS-CNAV, 2012.
- DGCS. *Recueil commenté des normes et des recommandations applicables aux services de soins infirmiers à domicile*. [A paraître.]
- France Alzheimer 04, CODERPA 04. *Comment accompagner votre proche : Comprendre, communiquer, contacts utiles. Le guide pratique des aidants familiaux*. Paris : Association France Alzheimer, 2010.
- HAS. *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires*. Saint-Denis : HAS, 2013
- IRCEM, CNAM TS. *Grille de repérage de la Mission Nationale de prévention des risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile*. Paris : IRCEM, CNAM TS, Mai 2010.
- IREPS Poitou-Charentes. *Guide conseils et astuces pour les aidants familiaux des personnes âgées*. Poitiers : IRESP Poitou-Charentes, 2011
- Mutualité Française, UNA, CHORUM. *La prévention des situations à risque de maltraitance dans l'aide et les soins à domicile. Guide méthodologique*. Paris : Chorum, 2011.