

DEAES

Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social
DF 1 à 5

Offert
en ligne
+ de sujets corrigés
et des schémas
muets

Tout-en-un

Tout pour réussir

- ✓ Tout sur la formation et le métier
- ✓ Tout le cours en 115 fiches
- ✓ Toutes les pratiques professionnelles
- ✓ Des QCM et questions d'entraînement corrigés
- ✓ 2 sujets d'étude de cas corrigés

7^e édition



DEAES

Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social

DF 1 à 5

Tout-en-un

7^e édition

Danièle Lenepveu

Formatrice dans le secteur médico-social, a exercé des fonctions de chef de service dans un foyer de vie et de responsable d'établissement accueillant des personnes âgées.

Isabelle Sue

Titulaire d'un master en sciences de l'éducation, a consacré son parcours professionnel à l'accompagnement en tant que travailleur social, puis comme formatrice et responsable pédagogique. Aujourd'hui, elle est intervenante indépendante pour différents organismes de formation, établissements sociaux et médico-sociaux.

Ressources numériques

► Téléchargez gratuitement sur

www.vuibert.fr/site/223255 :

- plus de **sujets corrigés** ;
- des **schémas muets** de biologie à compléter ;
- une **bibliographie** et une **filmographie**.

Avec tous nos remerciements pour la participation d'Éric Bernabé et d'Hervé Sue.

ISBN : 978-2-311-22325-5

Conception couverture: Les PAOistes / Conception intérieure: BleuT / Réalisation intérieure: So'Graph

Image couverture: © EmmaStock/AdobeStock

Ce livre ne peut être reproduit ni utilisé à des fins d'entraînement de systèmes d'intelligence artificielle. La fouille de textes et de données est interdite conformément à l'article 4(3) de la Directive (UE) 2019/790.

Dans le cas où le livre comporte des ressources numériques en ligne, ces dernières sont des compléments offerts à l'achat du livre. Par respect du droit d'auteurs, ces ressources sont incessibles, interdites de reproduction et réservées à un usage strictement personnel. Elles sont soumises aux conditions d'utilisation en vigueur (CGU) accessibles sur notre site et peuvent, pour des raisons commerciales, légales, d'évolution technique ou de contenu, être supprimées ou interrompues à tout moment, sans garantie de maintien ou de compensation.

Dans le cas où les QR codes et liens hypertextes permettent d'accéder à des sites internet tiers, la responsabilité des éditions Vuibert n'est pas engagée, notamment quant à leur éventuel dysfonctionnement ou à leur indisponibilité d'accès.

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Le « photocopillage », c'est l'usage abusif et collectif de la photocopie sans autorisation des auteurs et des éditeurs. Largement répandu dans les établissements d'enseignement, le « photocopillage » menace l'avenir du livre, car il met en danger son équilibre économique. Il prive les auteurs d'une juste rémunération. En dehors de l'usage privé du copiste, toute reproduction totale ou partielle de cet ouvrage est interdite. Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au Centre français d'exploitation du droit de copie: 20, rue des Grands-Augustins, F-75006 Paris. Tél.: 01 44 07 47 70.

© Vuibert - août 2026 - 5, allée de la 2^e D.B., 75015 Paris - Site Internet: <http://www.vuibert.fr>



Sommaire

Introduction

8

PARTIE 1

DF 1 Accompagnement de la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne

Fiche 1	Les besoins	10
Fiche 2	Les temps clés et les quatre dimensions	14
Fiche 3	La relation d'aide	17
Fiche 4	La relation éducative	18
Fiche 5	L'estime de soi	20
Fiche 6	Supports et méthodes d'accompagnement	21
Fiche 7	La notion de santé	24
Fiche 8	La loi du 4 mars 2002	25
Fiche 9	Les lois Clayes et Léonetti	27
Fiche 10	La loi du 29 décembre 2015	32
Fiche 11	La prise de médicaments	36
Fiche 12	Surveillance des autres indicateurs de santé	37
Fiche 13	La douleur	40
Fiche 14	Prévention et éducation pour la santé	43
Fiche 15	Responsabilité sociétale des entreprises ou des organisations (RSE ou RSO)	47
Fiche 16	Ergothérapie	50
Fiche 17	Les principes d'ergonomie	51
Fiche 18	Le sommeil et le coucher	53
Fiche 19	L'incontinence urinaire	58
Fiche 20	La sexualité	61
Fiche 21	L'hygiène corporelle	62
Fiche 22	Le corps médiateur de la relation	64
Fiche 23	La peau	68
Fiche 24	La notion d'intimité	70
Fiche 25	La notion de communication	73
Fiche 26	Méthodes et outils de communication verbale	77
Fiche 27	L'écoute	80
Fiche 28	L'observation	82
Fiche 29	Les apprentissages, les techniques pédagogiques	84

Fiche 30	Participation. Apprentissage	88
Fiche 31	Violence et agressivité	92
Fiche 32	L'accompagnement en fin de vie	95

PARTIE 2

DF 2 Accompagnement de la personne dans les actes de la vie quotidienne dans le respect de cette personne et des règles d'hygiène et de sécurité

Fiche 33	Accompagnement et entretien du cadre de vie	102
Fiche 34	L'AES et l'entretien du cadre de vie	105
Fiche 35	Alimentation et santé	108
Fiche 36	Prise de repas et accompagnement	113
Fiche 37	Les troubles de la déglutition	117
Fiche 38	Le vêtement et l'aide à l'habillage	119

PARTIE 3

DF 3 Accompagnement à la vie sociale et relationnelle de la personne

Fiche 39	La citoyenneté	122
Fiche 40	Citoyenneté et déficiences mentales	124
Fiche 41	Accessibilité universelle	126
Fiche 42	L'évolution sociologique de la famille	127
Fiche 43	Familles et situations de handicap	130
Fiche 44	Les aidants familiaux	135
Fiche 45	La dynamique de groupe	139
Fiche 46	Technique d'animation et gestion de conflits	143
Fiche 47	L'animation	145
Fiche 48	Grille d'élaboration d'animation	147
Fiche 49	Exemple de projet d'animation	149
Fiche 50	L'exclusion sociale	152

PARTIE 4

DF 4 Positionnement en tant que travailleur social dans son contexte d'intervention

Fiche 51	Les politiques publiques	156
Fiche 52	Les ARS	161
Fiche 53	Les MDPH	163
Fiche 54	Les CDAPH	166
Fiche 55	Le cadre législatif	168
Fiche 56	La loi du 11 février 2005	174
Fiche 57	La loi du 5 mars 2007	177
Fiche 58	L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	180
Fiche 59	La protection juridique des personnes majeures	183
Fiche 60	L'autonomie	189
Fiche 61	L'obligation alimentaire	191
Fiche 62	Les établissements et publics accueillis	192
Fiche 63	L'éthique	199
Fiche 64	La notion de déontologie	200
Fiche 65	L'obligation de discrétion	202
Fiche 66	La responsabilité civile et pénale	206
Fiche 67	La charte des droits et des libertés	208
Fiche 68	Le système nerveux	210
Fiche 69	L'appareil digestif et l'alimentation	215
Fiche 70	L'appareil cardio-vasculaire	220
Fiche 71	Introduction à la psychologie	225
Fiche 72	Le développement psycho-affectif de la personne	227
Fiche 73	Le développement intellectuel et social de la personne	233
Fiche 74	L'adolescence	238
Fiche 75	Le narcissisme	242
Fiche 76	L'attachement	245
Fiche 77	La sclérose en plaques	247
Fiche 78	La maladie d'Alzheimer	249
Fiche 79	La maladie de Parkinson	253
Fiche 80	L'infirmité motrice cérébrale	255
Fiche 81	L'asthme	258
Fiche 82	L'asphyxie	262

Fiche 83	L'insuffisance respiratoire	264
Fiche 84	L'infarctus du myocarde	268
Fiche 85	Les déficiences motrices	270
Fiche 86	La dépression	274
Fiche 87	Le trouble bipolaire	278
Fiche 88	La schizophrénie	281
Fiche 89	Les addictions	285
Fiche 90	Diarrhée et constipation	290
Fiche 91	Surveillance des signes vitaux	296
Fiche 92	La prévention des chutes	299
Fiche 93	Les diabètes	301
Fiche 94	Les épilepsies	305
Fiche 95	Les troubles du spectre autistique	308
Fiche 96	Les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité	312
Fiche 97	Les anomalies chromosomiques	316
Fiche 98	Le polyhandicap	321
Fiche 99	Les déficiences	325
Fiche 100	Les déficiences sensorielles	328
Fiche 101	L'équipe pluridisciplinaire	335
Fiche 102	L'AES et son cadre d'intervention	340
Fiche 103	Le contexte et le cadre d'intervention	342
Fiche 104	Méthodologie de projet personnalisé	346
Fiche 105	Notions en droit du travail	348
Fiche 106	L'usure professionnelle	350

PARTIE 5

DF 5 Travail en équipe pluri-professionnelle, gestion des risques et traitement des informations liées à l'accompagnement de la personne

Fiche 107	Le projet d'établissement	354
Fiche 108	La démarche qualité	356
Fiche 109	Notion de travail d'équipe	358
Fiche 110	Travail en partenariat et travail en réseau	361
Fiche 111	L'organisation du travail	363
Fiche 112	Approche des instances, les outils des AES	365

Fiche 113	Les écrits professionnels	367
Fiche 114	Tri et recueil des informations	369
Fiche 115	Les transmissions orales et écrites	372

PARTIE 6

Entraînements

QCM de révision	377
Questions d'entraînement	383
Questions de vérification des connaissances	401
Propositions de sujets	406
Sujet 1 – DF1	406
Sujet 2 – DF1	409
Liste des sigles	413
Lexique	418

Introduction

■ A comme Accompagnement

« Si je veux réussir à accompagner un être vers un but précis, je dois le chercher là où il est et commencer là, justement là. Celui qui ne sait faire cela, se trompe lui-même quand il pense pouvoir aider les autres. Pour aider un être, je dois certainement comprendre plus que lui, mais d'abord comprendre ce qu'il comprend. Si je n'y parviens pas, il ne sert à rien que je sois plus capable et plus savant que lui. Si je désire avant tout montrer ce que je sais, c'est parce que je suis orgueilleux et cherche à être admiré de l'autre plutôt que l'aider. Tout soutien commence avec humilité devant celui que je veux accompagner ; et c'est pourquoi je dois comprendre qu'aider n'est pas vouloir maîtriser mais vouloir servir. Si je n'y arrive pas, je ne puis aider l'autre. »

Sören Kierkegaard (1813-1855)

■ E comme Éducatif

L'accompagnement éducatif est une aide aux apprentissages quotidiens dans les domaines de la santé, la sécurité et l'hygiène. Ce soutien vise la transmission des connaissances auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes dans le maintien et/ou le développement de l'autonomie de ces personnes.

■ S comme Social

L'accompagnement social aide les personnes à satisfaire leur besoin d'appartenance. Les missions sont très diverses, pourtant le but reste toujours le même : conserver, préserver, développer les relations à autrui. La santé des personnes en situation de dépendance tient aussi à leur intégration sociale.

Les formations au diplôme d'État d'AES se multiplient. Les modes de transmission de connaissances sont très souvent à distance. Ce choix pédagogique n'est pas toujours des plus pertinent car le métier s'exerce en équipe dans le partage d'une réflexion. Ce temps d'apprentissage pourrait être aussi l'occasion d'échanges d'expériences entre stagiaires, d'analyse des pratiques, de contraintes spatio-temporelles comme l'exigera le poste plus tard. Les stages prévus sont des expériences de terrains riches d'applications mais ne sont pas toujours illustratives des enseignements théoriques transmis. Les formateurs ont pour mission d'aider les apprenants à faire le lien entre pratique et théorie afin de modéliser et d'acquérir une posture professionnelle.

Partie 1

DF 1

Accompagnement de la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne

Fiche 1	Les besoins	10	Fiche 16	Ergothérapie	50
Fiche 2	Les temps clés et les quatre dimensions	14	Fiche 17	Les principes d'ergonomie	51
Fiche 3	La relation d'aide	17	Fiche 18	Le sommeil et le coucher	53
Fiche 4	La relation éducative	18	Fiche 19	L'incontinence urinaire	58
Fiche 5	L'estime de soi	20	Fiche 20	La sexualité	61
Fiche 6	Supports et méthodes d'accompagnement	21	Fiche 21	L'hygiène corporelle	62
Fiche 7	La notion de santé	24	Fiche 22	Le corps médiateur de la relation	64
Fiche 8	La loi du 4 mars 2002	25	Fiche 23	La peau	68
Fiche 9	Les lois Clayes et Léonetti	27	Fiche 24	La notion d'intimité	70
Fiche 10	La loi du 29 décembre 2015	32	Fiche 25	La notion de communication	73
Fiche 11	La prise de médicaments	36	Fiche 26	Méthodes et outils de communication verbale	77
Fiche 12	Surveillance des autres indicateurs de santé	37	Fiche 27	L'écoute	80
Fiche 13	La douleur	40	Fiche 28	L'observation	82
Fiche 14	Prévention et éducation pour la santé	43	Fiche 29	Les apprentissages, les techniques pédagogiques	84
Fiche 15	Responsabilité sociétale des entreprises ou des organisations (RSE ou RSO)	47	Fiche 30	Participation. Apprentissage	88
			Fiche 31	Violence et agressivité	92
			Fiche 32	L'accompagnement en fin de vie	95

Les besoins

Le besoin est un état de manque producteur de tension croissante, apaisé dès qu'il est satisfait.

Les demandes, les habitudes, les capacités, les situations, les aptitudes, les pathologies complexifient la réponse au besoin. Les professionnels ont à satisfaire ces besoins pour aider les personnes en situation de dépendance. Leur bien-être, leur santé, leur épanouissement sont en lien direct avec les propositions de ces accompagnants.

1. Les outils d'évaluations institutionnels du besoin

Ils sont les suivants :

- grilles d'observation (habitudes, rituels, aptitudes physiques, handicap, pathologie...) ;
- synthèses des projets personnalisés ;
- recueils d'informations sur la personne concernée ;
- transmissions quotidiennes ;
- comptes rendus de réunions.

L'utilisation de ces outils permet une approche holistique, l'aide s'en trouve adaptée grâce aux regards croisés.

Seule la justesse de l'aide pourra satisfaire les besoins de la personne accompagnée.

Les besoins des êtres humains varient en fonctions des âges, des étapes de la vie, des acquisitions, de la progression de chacun, selon les situations, les contextes de vie. Ils évoluent. Les institutions mettent à disposition des professionnels une palette d'outils. Les grilles, les réunions, les logiciels adaptés, les temps d'accompagnements individuels et collectifs, une diversité de professionnels, des temps et des moyens de transmissions, des formations professionnelles...

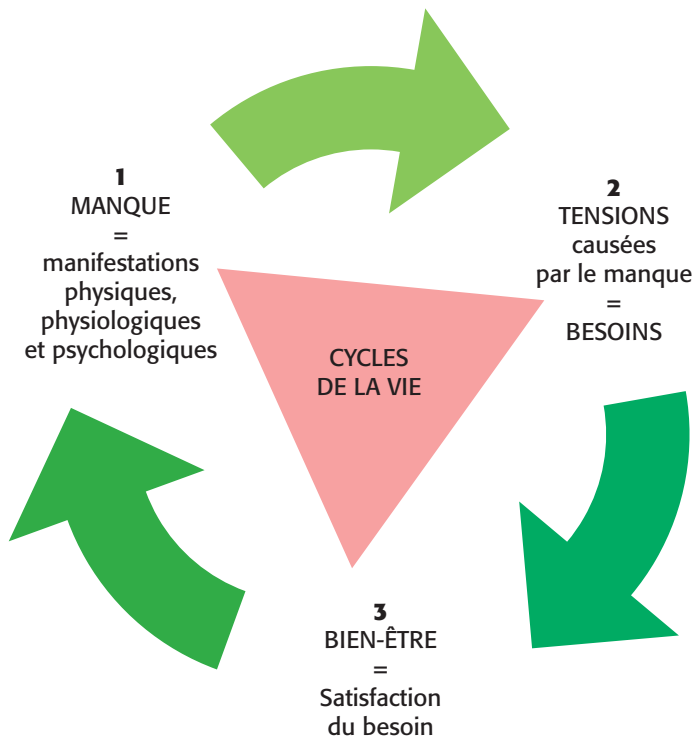
Les projets personnalisés ou projets de soins sont des réponses à la satisfaction des besoins des personnes aidées. Ce sont des axes de travail donnant sens et orientation pour tous. Ils sont actualisés tous les ans pour les adultes et tous les

6 mois pour les enfants et les adolescents. Si les observations, les échanges professionnels relatent d'un changement, d'un profond mal être, d'une régression, de l'évolution d'une maladie, alors une « réunion de synthèse » viendra réviser l'accompagnement.

2. Les besoins fondamentaux

On se réfère souvent à Abraham Maslow lorsqu'on pense aux besoins fondamentaux.

- Les **besoins physiologiques** : respirer, boire, dormir, se nourrir, se vêtir, etc. sont des besoins qualifiés de « primaires ».
- Les **besoins de sécurité** : le travail pour s'assurer matériellement, se protéger sous un toit pour soi et sa famille, etc.
- Les **besoins sociaux** : amitié, sexualité, famille, etc. Les besoins sociaux impliquent l'appartenance à un groupe, une société.
- Le **besoin d'estime** : respect de soi et des autres, réussite, estime de soi... L'estime permet la reconnaissance, l'affirmation.
- Le **besoin de réalisation** : créer, expérimenter, découvrir, explorer, se divertir, s'instruire, s'améliorer. La réalisation de soi permet l'épanouissement et de l'accomplissement.



3. Illustrations

Exemple n° 1

Éric, 30 ans, n'utilise pas les mots pour nous parler. Il émet des sons d'intensités variables. Souvent, il tend la main, il pointe un doigt vers nous. Une écoute superficielle, interprétative peut nous emmener à accompagner Éric aux toilettes, ou à lui donner à boire, ou encore à lui tendre l'un des magazines qu'il affectionne. Aucune proposition ne satisfait l'intéressé qui réitère sa demande. Pourtant, Éric nous demande quelque chose à sa manière. Laissons-le nous guider, soyons avec lui ! Il saura exprimer ce qu'il veut !

Cette situation illustre le besoin de communiquer et plus largement celui d'appartenance à un groupe malgré sa différence. Ses moyens d'expression sont limités et ce sera avec ceux dont il dispose qu'il pourra satisfaire son besoin.

Exemple n° 2

Patricia a 20 ans, elle réside en foyer de vie. Ses goûts vestimentaires sont très arrêtés. Ses préférences vont nettement vers les pantalons en jean, les salopettes fleuries et les joggings pour être à l'aise le matin. Elle aime aussi les bijoux et, dans son sac à main, sont cachés beaucoup de ses trésors. Patricia est très expressive malgré l'absence de langage. Sa mère lui rend régulièrement visite. Elle exige que sa fille soit en robe lors de ses visites. Il est habituel que l'équipe respecte cette demande. Patricia exprime très clairement son mécontentement, son visage est boudeur. Elle tire sur sa robe, elle cherche à l'enlever. Nous l'invitons à être raisonnable pour faire plaisir à sa mère.

Un jour, Patricia se rebelle, elle crie de toutes ses forces, une colère contenue depuis si longtemps, elle est débordée par sa violence. Elle tire sur la robe montrant à sa mère qu'elle n'en veut pas, que ce n'est pas son choix, elle crache, hurle...

Patricia a 20 ans, elle met en scène son mécontentement et nous dit qu'elle a besoin d'être considérée, elle a besoin qu'on respecte ses goûts, son choix, qu'on la respecte.

Exemple n° 3

Thierry a 25 ans, il s'exprime avec peu de mots, leur énoncé est malaisé. Son vocabulaire n'est pas dépourvu de quelques insultes utilisées à toutes fins utiles. La mère de Thierry aime que son fils soit élégamment habillé. Celui-ci éprouve du plaisir à se faire beau.

Un jour, sa référente prénommée Pec par Thierry l'accompagne pour acheter des chaussures dans une boutique plutôt chic d'une petite ville du Midi.

Thierry sent bon, une eau de toilette utilisée généreusement. Sa joie est communicative. En entrant dans la jolie boutique, Thierry dit : « Bonjour ! » d'une voix forte et assurée. Assis côte à côte, Thierry et Pec attendent la vendeuse. Celle-ci s'approche, Thierry dit à nouveau : « Bonjour ! » La vendeuse ne répond toujours pas ! Elle regarde seulement Pec, qui lui demande donc : « Avez-vous des chaussures pour monsieur s'il vous plaît ? » Thierry penche alors son visage un peu plus en s'interposant entre les deux jeunes femmes. « Bonjour ! » dit-il encore d'une voix forte.

« Je n'ai pas de chaussures qui correspondent à ce que vous recherchez ! » dit la vendeuse à l'éducatrice et ceci en ignorant Thierry.

Thierry se lève, les injures fusent, il emploie toute sa réserve en répétant certaines plusieurs fois. La sortie de la boutique mit un terme à une situation extrêmement difficile.

Le rejet dont Thierry est victime crée une tension si forte que cela met en évidence le besoin de reconnaissance du jeune homme.

Les temps clés et les quatre dimensions

(Domicile et structures collectives)

Accueil

Ponctuel/quotidien

Contact entre professionnel et personne accompagnée, échange verbal, écoute et observation des indices de santé, de confort, de douleur, d'humeur, de sentiment et de préoccupations présentes. Accueil de la parole d'autrui. Respect des habitudes, des rituels. L'objectif étant de créer des relations et une mise en confiance en insistant sur les éléments conventionnels de rencontre.

Toilette

L'accompagnement à la toilette peut se réaliser le matin ou le soir en fonction des habitudes de la personne et de la pertinence du moment.

Préparation à la toilette : Choix de la tenue vestimentaire avec la personne en argumentant sur la saison, la météo, les activités de la journée.

Sollicitations auprès de la personne pour une participation active à partir de ses capacités, souplesse des propositions, mais vigilance.

Douche/brossage dents/coiffure/aide à l'habillage.

Repas

Variété quotidienne

d'accompagnements aux repas selon le type de prise en charge.

Les internats assurent le petit déjeuner, le déjeuner, le goûter, le dîner. L'externat accueille pour un repas et une ou deux collations. Les interventions à domicile varient selon les besoins de la personne et les disponibilités familiales. La prise du repas peut s'envisager comme un moment agréable pour certains, mais il peut aussi bien faire l'objet d'angoisse, de douleur, d'appréhensions pour d'autres.

Coucher

Ce type d'intervention est réservé au domicile et aux internats.

Le respect des rituels s'ils existent ou leur création participe à la préparation de la nuit et à la mise en confort de la personne. Cette mise au repos peut créer des angoisses, des tensions, face à la solitude et aux peurs nocturnes.

Toute la compétence des professionnels est concentrée sur leurs capacités à relaxer, rassurer, calmer, apaiser les personnes et particulièrement lors de ce temps clé.

Le temps d'accueil

Dimension affective

- Sentiment d'être attendu, solitude rompue

Dimension sociale

- Appartenance à un groupe, partage d'un lieu et d'un espace

Dimension culturelle

- Rituels, coutumes, usages, traditions

Dimension éducative

- Respect des règles de politesse, ponctualité, repères spatio-temporels

La toilette

Dimension affective de la toilette

- Rapports de séduction
- Souvenirs liés aux odeurs
- Rapport au corps, aspect sensoriel, intimité

Dimension sociale de la toilette

- Respect des règles d'hygiène pour une intégration sociale
- Identité par la tenue vestimentaire et la coiffure

Dimension culturelle de la toilette

- Respect des habitudes et traditions
- Tenue vestimentaire

Dimension éducative de la toilette

- Respect des règles d'hygiène et de santé
- Maintien ou développement de l'autonomie

Les repas

La dimension affective des repas

- Émotions liées aux aliments, aux plats
- Éveil de l'activité sensorielle (souvenirs)

Dimension sociale des repas

- Les repas = partage et convivialité

Dimension éducative des repas

- Maintien en santé
- Respect des règles d'hygiène, ponctualité

Dimension culturelle des repas

- Origine des plats
- Condition de prise du repas

Le coucher

Dimension affective

- Respect des rituels et des habitudes réconfortantes
- Émergence des souvenirs

Dimension sociale

- Respect du rythme des temps de coucher
- Respect des règles de sécurité

Dimension culturelle

- Respect des habitudes personnelles et familiales
- Respect des rituels religieux

Dimension éducative

- Brossage des dents
- Petite toilette
- Acceptation d'un temps de repos imposé

La relation d'aide

1. L'aide

Les épreuves d'examen se concentrent sur votre capacité à établir une relation. Les évaluations porteront sur la nature de ces liens et la pertinence de vos propositions. Par conséquent, votre compétence à établir des relations est fondamentale.

La relation d'aide impose :

- de savoir établir une relation avec autrui, être en contact, être connecté... ;
- de savoir évaluer le ou les besoin(s) de la personne afin de porter assistance.

L'aide est avant toute chose une posture, une manière d'être. Nous avons tous la capacité de porter soutien, assistance, secours, et protection à quelqu'un ayant besoin d'aide, spontanément, ponctuellement, quotidiennement. Elle émerge d'une sympathie, d'une attirance par estime ou reconnaissance. Notre potentiel empathique nous projette dans le besoin de l'autre et interpelle notre humanité.

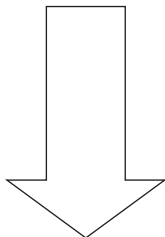
2. Le rôle de l'AES

L'AES est chargé de professionnaliser cette prédisposition naturelle. Jour après jour, il lui faudra proposer une aide adaptée aux besoins des personnes à accompagner. La relation puise sa source dans la confiance. Donc, l'AES doit savoir instaurer un climat de confiance :

- garder une attitude positive et respectueuse ;
- être force de proposition ;
- faire des points réguliers, informer la personne ;
- écouter activement ;
- s'engager sur des propositions tenables ;
- être dans une attitude calme et reposante.

La relation éducative

Accompagner une personne



C'est établir une relation d'aide

(Point central des métiers de la relation humaine)

=

guider	conduire	escorter
• conseil aux familles • conseil d'orientation professionnelle • apprentissages professionnels • apprentissages scolaires	• aide à l'intégration sociale • aide à l'intégration socioprofessionnelle • éducation des comportements adaptés	• protection des mineurs • protection des personnes vulnérables

=

RELATION ÉDUCATIVE

Les compétences requises pour aider se résument au savoir « être là », juste là... précis, attentionné devant le besoin d'autrui, à l'écoute. La relation éducative se construit à partir de valeurs comme le respect d'autrui, l'humilité, la discrétion, le don.

L'accompagnant sait conduire.

L'accompagné sait où il veut se rendre.

Cette conjugaison des savoirs respectifs crée une relation de confiance.

Le conducteur écoute avec attention la destination donnée par l'accompagné, le chauffeur indique l'itinéraire et rassure son passager en lui confirmant le respect de la destination commandée. Le trajet est possible grâce à la relation de confiance, le moyen de transport est représentatif de la relation éducative, car elle est un moyen, un outil d'accompagnement.

Les relations pédagogique, thérapeutique, soignant/soigné, éducative, etc. sont des relations établies dans un contexte précis, entre deux personnes au moins, dans une temporalité marquant le début et la fin de la relation. Les statuts des personnes sont différents, des règles légales encadrent la relation éducative, des valeurs avec un objectif, celui de rendre l'autonomie.

Ce lien existant entre personnes n'ayant pas le même statut impose l'attention particulière du pouvoir. L'abandon d'une attitude de toute-puissance permet de ne plus laisser croire que l'accompagnant peut tout décider pour « l'autre ». Ce sentiment de toute-puissance peut se trouver à l'origine de débordements professionnels. Le travail d'équipe vient donner un confort de travail. L'équipe vient assurer et maintenir le sens vers lequel l'accompagnement doit être orienté, elle organise et planifie les temps de rencontres, elle prend les relais, elle évalue la pertinence des propositions et le respect de la trajectoire par rapport à l'objectif fixé.

La relation éducative est contenue dans un temps. Le paradoxe tient dans la création du lien pour le rompre lorsque l'objectif est atteint. La durée de l'accompagnement est variable selon la mission, le dispositif; cela peut aussi bien être un changement d'établissement à la majorité des adolescents, ou la réorientation d'un adulte ne pouvant plus progresser dans la structure où il se trouve...

Le professionnel du social guide, soutient, informe, conseille, protège et surtout il aide la personne à faire ses propres choix en tenant compte de ses capacités. Il met ses compétences au service d'autrui afin de rétablir l'estime de soi et de donner un accès à l'autonomie.

L'estime de soi

ESTIME DE SOI

Confiance en soi

=

Croire en ses propres
ressources,
en sa capacité d'agir ;
Compter sur soi-même ;
S'accorder de la valeur...

Image de soi

=

Représentation de soi ;
Reflet de sa propre
image ;
Projection de soi
par rapport à autrui...

Amour de soi

=

Sentiment positif
à l'égard de soi-même ;
Intérêt que l'on se porte ;
Soin que l'on s'accorde.

**L'estime de soi est un juste équilibre entre la confiance en soi,
l'image de soi et l'amour de soi.**

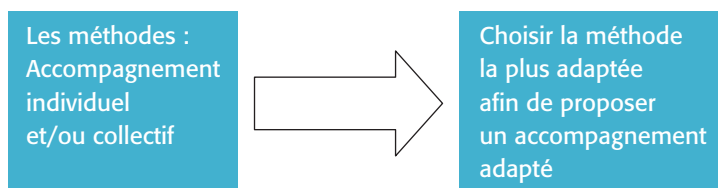
*Les accidents de la vie, certaines maladies, les deuils, le vieillissement,
les traumatismes sont autant de causes de déséquilibre et de perte
de l'estime de soi. La restauration de l'amour, de l'image et de la confiance
en soi jalonne notre vie.*

Supports et méthodes d'accompagnement

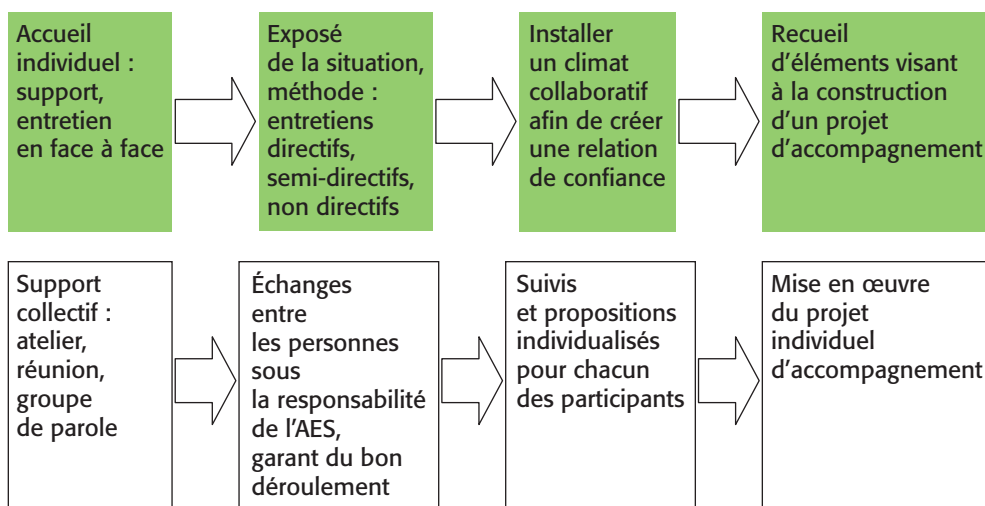
Les supports et les méthodes d'accompagnement peuvent se définir comme étant des pratiques d'encouragement, de soutien, de valorisation aux personnes accompagnées. L'aide personnalisée repose sur des méthodes et des outils facilitant l'accompagnement.

L'AES aura préalablement pris connaissance des projets : d'association, d'établissement et de service, car ces documents orienteront ses pratiques vers un sens commun dans une organisation institutionnelle.

Les méthodes



1. La démarche projet



« **La démarche projet** » est une méthode étayant la relation d'aide par la place qu'elle laisse à l'initiative, la responsabilité et l'activité. La mise en œuvre de ce processus coopératif est caractérisée par les encouragements, les mises en valeur des réussites, l'écoute active et l'observation fine de personnes ayant besoin d'une aide à l'insertion sociale, scolaire, professionnelle et économique.

2. Makaton

Le programme Makaton a été mis au point en 1973-1974 par Margaret Walker, orthophoniste britannique, afin de répondre aux besoins d'enfants et d'adultes souffrant de troubles d'apprentissage et de la communication. C'est un outil d'aide à la communication et au langage, constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes ou les pictogrammes. Les signes et les pictogrammes offrent une représentation visuelle du langage améliorant ainsi la compréhension et facilitant l'expression. Le Makaton répond aux besoins d'une large population d'adultes et d'enfants atteints de troubles du langage associés à des handicaps divers : retard mental, autisme, polyhandicap, troubles spécifiques du langage, atteinte neurologique affectant la communication. Le Makaton s'adresse également à l'entourage de la personne en situation de handicap : parents, orthophoniste, éducateur, psychomotricien... afin d'utiliser le même mode de communication et faciliter ainsi les apprentissages. En effet, la diversité des concepts permet rapidement de favoriser les échanges, en accédant à l'ensemble des fonctions de la communication : dénommer, formuler des demandes ou un refus, décrire, exprimer un sentiment, commenter... Le site officiel : <https://www.makaton.fr>.

3. PECS (*Picture exchange communication system*)

C'est un système unique de communication alternatif et augmentatif développé aux États-Unis depuis 1985. Cette méthode s'adresse plus particulièrement aux enfants ayant des problèmes de langage ; elle utilise principalement les capacités visuelles. Il s'agit d'associer une action à un objet ou à une image correspondante. L'accompagnant intervient à son tour en construisant une phrase conforme à la demande de l'enfant. Le site officiel : <https://www.pecs-france.fr>.

4. TEACCH (*Treatment and education of autistic and related communication handicapped children*)

C'est une méthode développée en 1966 aux États-Unis par Eric Schopler, élève de Bruno Bettelheim. L'objectif de cette méthode vise à faciliter la compréhension des mots par les images, les gestes, les mimes, les rituels... Le site officiel : <https://www.enfant-different.org>.



5. ABA (*Applied Behaviour Analysis*)

ABA (*Applied Behaviour Analysis*), ou analyse comportementale appliquée, fait partie des programmes d'interventions précoces. Elle permet de guider l'enfant en détaillant les différentes étapes d'une action. Il est gratifié lors de ses réussites, et *a contrario* il ne bénéficie pas d'encouragements s'il ne répond pas aux attentes. Le site officiel : <https://www.abaautisme.org>.

6. Le scénario social

Le **scénario social** créé par Carol Gray au début des années 1990. C'est une méthode éducative adaptée aux enfants dits de « haut niveau ». La rédaction de courtes histoires place l'enfant en situation de répondre de manière attendue. Les scénarii aident les enfants à se familiariser avec les signaux sociaux et à indiquer comment réagir dans les situations réelles.

7. Floortime

Floortime est une approche développementale dont l'objectif est de soutenir et de faciliter le développement des capacités relationnelles, affectives et symboliques de l'enfant en restant au plus proche du stade où il se trouve. Le moyen privilégié d'y parvenir est le jeu au sol (*floor*) avec l'enfant. Le site officiel : <https://www.autismeenfance.blogspot.com>.

Aucune de ces méthodes n'est idéale, elles sont mises en œuvre en fonction de l'âge, des difficultés et des ressources de l'enfant.

La notion de santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »
(définition de la santé selon l'OMS)



- Se protéger, se soigner, réussir, progresser, évoluer, se lier, éprouver, créer, s'exprimer, se nourrir, se réunir, partager, croire, apprendre
- Épanouissement, estime de soi, plaisirs, désirs, séduction, spiritualité
- Exercice physique, activité intellectuelle, vie affective, activité professionnelle, vie sentimentale, activités culturelles, vie spirituelle, activités artistiques

Le bien-être est au cœur de la santé. La préservation de celle-ci tient dans la dynamique d'un système.

La loi du 4 mars 2002¹

1. Objectifs de la loi

La loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé a pour ambition d'adapter notre système de santé aux attentes des malades et aux possibilités de la médecine moderne en privilégiant les relations contractuelles. Elle instaure une nouvelle relation entre les praticiens et les malades. Cette transformation qui tend à mettre l'individu au cœur des préoccupations n'a d'autre objectif que de renforcer la confiance des citoyens dans leur système de santé et permet de reconnaître le rôle essentiel des professions de santé. Elle fait de la qualité et de la confiance les pierres angulaires du système de santé.

2. Droits et responsabilités des malades et des professionnels de santé

La loi pose les fondements d'une véritable démocratie sanitaire. Le système de santé doit, en toutes circonstances, respecter les droits de la personne : droit à la confidentialité et protection de la vie privée, principe de non-discrimination notamment. La loi consacre également des droits individuels spécifiques au système de santé : le droit de chacun à prendre les grandes décisions qui touchent sa propre santé (droit à un consentement libre et éclairé) ; le droit de chacun d'accéder, s'il le souhaite, aux informations médicales qui le concernent (droit d'accès direct au dossier médical).

Après avoir consacré les droits individuels des personnes malades, le texte leur crée des droits collectifs. Il institue notamment un statut nouveau pour les associations d'usagers du système de santé. Il leur reconnaît une place et un rôle dans toutes les instances qui participent à l'élaboration et à la gestion des politiques de santé. La loi donne également une place aux régions dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé.

3. Amélioration de la qualité du système de santé

La loi a pour objectif de garantir les compétences des professionnels : encadrement de la pratique de la chirurgie esthétique et de l'ostéopathie, obligation de formation continue des médecins et des pharmaciens notamment. Les ordres des professions

1. Fiche réalisée par Virginie Thioune, juriste attachée de recherche à l'IRTS PACA Corse.

médicales sont profondément réformés pour mieux garantir les droits des plaignants en assurant un fonctionnement transparent des juridictions disciplinaires. Les principales professions paramédicales sont dotées d'un conseil interprofessionnel assurant à la fois le respect de la déontologie et l'évaluation des pratiques.

Le texte pose, pour la première fois, les bases d'une politique de prévention globale et cohérente. L'éducation pour la santé ainsi que les différents types de dépistage y concourent.

4. Dispositif de réparation des risques sanitaires

La loi met en place un système d'indemnisation de l'accident médical grave. Celui-ci peut être dû ou non à une faute, être évitable ou inévitable. Le dispositif s'applique quel que soit le risque, qu'il soit dû à un produit de santé, un médicament, un acte chirurgical ou à un acte d'investigation ou de prévention. La procédure mise en place est une procédure amiable de règlement des litiges en cas d'accident. Toute personne s'estimant victime d'un accident médical pourra y accéder, via une commission régionale, quelle que soit l'origine du dommage.

La procédure, dès lors que le préjudice présente une certaine gravité, conduira à une offre d'indemnisation. Celle-ci, si la victime l'accepte, mettra fin au litige dans la plupart des cas en moins d'un an. Il s'agit de mieux indemniser en ayant moins recours au juge.

5. En résumé

Ce texte de loi peut ainsi se résumer en trois grands principes solidaires :

- **clarté** : les choix en matière de santé doivent être explicités, débattus, assumés ;
- **responsabilité** : à travers les révolutions que connaissent la science comme notre système de santé, il ne saurait y avoir de médecine responsable qui ne s'interroge régulièrement sur ses pratiques ;
- **confiance** : la clarté du fonctionnement, à la fois individuel et collectif, permet de rétablir une relation de confiance avec les usagers.

Les principes directeurs de cette loi rejoignent ceux de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Les lois Claves et Léonetti

1. Principes fondamentaux

La loi n° 2016-87 « créant de nouveaux **droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie** » est désormais en vigueur depuis 2016. Elle permet notamment aux patients d'exiger une sédation profonde et continue en phase terminale.

2. Dispositions

■ **Le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée**

L'article 1 de la loi pose un principe général :

« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. Il est prévu notamment que la formation initiale et continue des médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, psychologues, accompagnements, comporte un enseignement sur les soins palliatifs ».

■ **Interdiction de l'obstination thérapeutique déraisonnable**

La loi confirme le principe déjà retenu en 2005 par la loi Léonetti. **Les actes de prévention, d'investigation ou de soins « ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable.** Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autres effets que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire ». L'article 2 de cette nouvelle loi retient même un élément de jurisprudence du conseil d'État issu de l'affaire dite de « Vincent Lambert » en mentionnant que « la nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés ».

■ **Autorisation de sédation profonde et continue jusqu'au décès**

La loi de 2016, dans son article 3, prévoit le droit du patient d'obtenir, sous certaines conditions, « une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès associé à une analgésie et

à l'arrêt de l'ensemble des traitements du maintien en vie afin d'éviter toute souffrance et ne pas subir d'obstination déraisonnable ». Cette sédation peut être mise en œuvre à la demande du patient ou, si ce dernier est empêché d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale.

Depuis le 10 février 2020, une sédation profonde et continue est facilitée pour les malades en phase terminale. Les médecins libéraux ont maintenant accès à des sédatifs puissants dans le cas des soins palliatifs à domicile.

Ces produits étaient jusqu'ici réservés à un usage hospitalier.

Face aux inégalités d'accès aux soins palliatifs, le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie répond à deux priorités :

- Placer le patient au cœur des décisions qui le concernent
- Développer les prises en charge au domicile

Élaboré en lien avec les acteurs concernés, les sociétés savantes, les représentants des patients des établissements, les médecins généralistes..., ce plan s'articule autour de quatre axes :

- Informer le patient sur ses droits et le placer au cœur des décisions qui le concernent en créant un Centre national dédié aux soins palliatifs et à la fin de vie (fusion du Centre national de ressources en soins palliatifs et de l'Observatoire national de la fin de vie) qui aura notamment pour mission de mettre en place d'ici un an une grande campagne nationale de communication.

- Développer les prises en charge au domicile, y compris pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux, en créant dès 2016, trente nouvelles équipes mobiles de soins palliatifs sur l'ensemble du territoire, en donnant aux professionnels une plus grande expertise et en leur permettant de mieux se coordonner.

- Accroître les compétences des professionnels des acteurs concernés : en structurant et en décloisonnant la formation « soins palliatifs » (formation initiale et continue et pratique interdisciplinaire). En créant une filière universitaire dédiée aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie.

- Réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs : en créant des unités de soins palliatifs dans les territoires qui en sont dépourvus. En mettant en place dans chaque région en lien avec les agences régionales de santé (ARS) un projet spécifique pour favoriser l'accès à ses soins.

Le développement des soins palliatifs à domicile y compris en établissement social et médico-social sera facilité par une présence infirmière de nuit dans les EHPAD, par un soutien d'hospitalisation à domicile, par l'amélioration de la coordination des intervenants à domicile, notamment par le renforcement de leur formation et leur développement en réseau.



Une attention particulière sera portée aux conditions de retour à domicile après hospitalisation et à l'anticipation des situations d'urgence.

Le plan 2015-2018 s'articule avec les nouvelles dispositions de la loi du 2 février 2016. Celle-ci reste dans le cadre des principes posés par la loi Leonetti de 2005 tout en améliorant et en approfondissant plusieurs de ses mesures.

Michel Amiel, sénateur des Bouches-du-Rhône, rappelle que « cette loi est faite pour ceux qui vont mourir et pas pour ceux qui veulent mourir ».

La loi s'adresse uniquement aux patients se trouvant en soins palliatifs sans espoir de guérison.

Plusieurs projets de loi sont en cours pour continuer le débat sur le droit de mourir dignement, autrement dit sur le suicide assisté comme il est pratiqué en Suisse et en Belgique.

■ **Droit de refuser un traitement**

L'article 5 rappelle notamment que « toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement et que le médecin a l'obligation de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de ses choix et de leur gravité ».

■ **Droit de rédiger les directives anticipées**

L'article 8 prévoit que **toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées**. Elles s'imposent au médecin lorsque le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté, sauf en cas d'urgence vitale ou lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Ces mesures sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen.

■ **Droit de désigner une personne de confiance**

L'article 9 prévoit que **toute personne majeure peut désigner une personne de confiance** (un parent, un proche ou le médecin traitant). Cette personne sera consultée et rendra compte de la volonté du patient.

Cette désignation est faite par écrit et co-signée par la personne désignée. Lors d'une hospitalisation, il devra être proposé au patient de désigner une personne de confiance.

La loi permet désormais à une personne placée sous tutelle de désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille.

La désignation d'une personne de confiance est révisable et révocable à tout moment.

■ En résumé

Vous pouvez donner vos directives sur les décisions médicales à prendre pour le cas où vous seriez un jour dans l'incapacité de vous exprimer.

Envisager cette situation est difficile, il est cependant important d'y réfléchir. Cette réflexion peut être l'occasion d'un dialogue avec vos proches. La possibilité de modification ou d'annulation à tout moment est un point facilitant la rédaction de ces directives.

On peut rappeler aussi que toute personne majeure peut rédiger ce document mais ce n'est pas une obligation. Des modèles sont préétablis, ces formulaires sont disponibles sur Internet.

Quel que soit votre état de santé, vous pouvez exprimer vos souhaits sur les traitements ou actes médicaux, sur le maintien artificiel de vos fonctions vitales et sur une éventuelle réanimation. Vous pouvez en parler avec votre médecin afin qu'il vous aide dans votre démarche.

C'est également l'occasion de désigner votre « personne de confiance ». Celle-ci sera consultée en premier. Si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si elles se trouvaient difficilement accessibles à ce moment, il est important d'informer votre médecin et vos proches de leurs existences et de leur lieu de conservation afin qu'elles puissent être utilisées.

PRATIQUES PRO DE L'AES

Lors d'accompagnements de personnes à domicile, l'AES peut être renseigné sur l'existence de directives anticipées ; il peut aussi connaître le lieu de conservation de l'écrit.

L'AES peut détenir des informations sur le consentement de la personne pour la constitution d'un « dossier médical partagé » détenu par la Sécurité sociale, ou si le dossier a été déposé auprès du médecin traitant ou d'un autre soignant, un membre de la famille, un proche...

Dans une situation d'accompagnement de personnes âgées et/ou malades, l'AES peut sensibiliser la personne concernée ou son entourage à l'existence de cette loi.

L'AES peut soumettre aux proches ou à la personne accompagnée le rapprochement vers le médecin pour parler des directives anticipées.

Dans une situation d'accompagnement en fin de vie pour les AES exerçant à domicile, la sensibilisation des conditions de rédaction du document est une information préventive. La reconnaissance de la parole des personnes accompagnées et l'application de leurs volontés dans ces derniers moments s'apparente pour les professionnels de l'accompagnement à une marque de respect.



Il faut ajouter ici combien il est important de respecter le rythme de la personne pour la rédaction de ses directives. L'AES est aussi tenu de **respecter le refus ou l'incapacité de rédiger, penser ou prévoir ce type de dispositions**, d'autant plus qu'il existe des situations familiales complexes, et des situations de vie où la projection de la mort du proche ne peut être envisagée, comme les parents d'enfants malades.

L'AES peut par conséquent avoir un **rôle préventif** lorsqu'il informe de l'existence de la loi, il peut conseiller le rapprochement vers le médecin, il peut aussi alerter ce dernier sur la situation d'anticipation des directives. Dans tous les cas, le respect et la discrétion s'imposent.

Le contenu des directives anticipées

Le contenu peut aborder ce que la personne estime important dans sa vie, ses valeurs, ses convictions, ses préférences. La rédaction peut aussi porter sur les peurs, ce qui est redouté (douleur, angoisse...), les traitements et les techniques non souhaitées comme les sondes, endo-trachéale ou d'alimentation, les attentes concernant les soins palliatifs, la présence de certaines personnes, un accompagnement spirituel...

Si les directives sont rédigées en bonne santé, elles peuvent porter sur les souhaits de fin de vie ou en cas d'accident grave, de coma prolongé ou de handicap sévère.

Si les directives sont rédigées en fin de vie, elles pourront être plus adaptées car plus précises en fonction de la situation. Dans ce cas, un « projet de soin et d'accompagnement » pourra être établi.

En conclusion, ces directives anticipées doivent contenir ce qui remplacera la parole au cas où celle-ci devenait impossible.

Si ces directives n'ont pas été rédigées, le et les traitements qui s'imposent seront entrepris et poursuivis conformément à la loi (Léonetti et Claves), et il sera notamment demandé aux médecins de ne pas commencer ou poursuivre des traitements qui leur sembleraient déraisonnables.

Le médecin pourra consulter la personne désignée comme « personne de confiance » ou, à défaut, la famille ou les proches afin de savoir quelle aurait été la volonté de la personne. Le médecin prendra alors une décision après avoir consulté un autre médecin et en concertation avec l'équipe.

Toute décision d'administration d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès ne sera prise qu'après consultation aux personnes citée ci-dessus.

L'objectif de cette sédation est qu'elle soit la plus proche possible des souhaits de la personne concernée.

10 La loi du 29 décembre 2015

1. Principes fondamentaux

Cette loi relative à l'**adaptation de la société au vieillissement**, publiée au *Journal officiel* le 29 décembre 2015, a été portée par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et Laurence Rossignol, secrétaire d'État chargée de la Famille, de l'Enfance, des Personnes âgées et de l'Autonomie. Le 22 février 2018, le gouvernement repose les fondations sur 3 piliers :

- l'anticipation de la perte d'autonomie ;
- l'adaptation globale de la société ;
- l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

Cette loi est actuellement en cours de modification.

Cette loi est aujourd'hui remise en question par le Gouvernement actuel, notamment sur son aspect prioritaire dans le cadre du logement, et les discussions sur les textes réformant les retraites risquent également de modifier les acquisitions que cette loi avait posées.

2. Dispositions

Les principales mesures de cette loi relative à « l'adaptation de la société au vieillissement » sont :

- des mesures concrètes pour améliorer le quotidien des personnes âgées et leurs proches ;
- la reconnaissance et le soutien des proches aidants ;
- un soutien à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ;
- un renforcement de la transparence et de l'information sur les prix pratiqués en EHPAD ;
- une réaffirmation des droits et des libertés des personnes âgées ;
- le financement des mesures prévues par cette loi.

L'objectif de la loi vise l'**anticipation des conséquences du vieillissement** de la population française et son inscription dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière d'accompagnement, de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne.

En effet, la priorité est donnée à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions. En renforçant les droits et libertés de ces personnes, elle vise à leur apporter une meilleure protection.

Ce sont principalement les départements, en charge de l'aide à l'autonomie des personnes âgées, qui vont être chargés d'appliquer ces nouvelles mesures. Une réforme de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile dont la mise en place date de 2002 est aussi prévue.

■ Qu'est-ce que l'APA à domicile ?

L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile fut mise en place en 2002. Cette allocation est une aide financière qui favorise le maintien à domicile des personnes de plus de 60 ans se trouvant en situation de perte d'autonomie. Cet apport financier paie une partie des frais générés par l'aide à domicile, mais aussi les aides techniques, l'hébergement temporaire, l'accueil de jour.

Toutes les personnes de plus de 60 ans rencontrant une perte d'autonomie peuvent bénéficier de l'APA, quels que soient leurs revenus. En revanche, **le montant d'aide attribué dépend des revenus**.

Les plafonds nationaux des plans d'aide ont été augmentés. Cette mesure permet d'augmenter le nombre d'heures d'aide à domicile des personnes qui en ont le plus besoin, en particulier celles qui atteignent actuellement le plafond de leur plan d'aide alors qu'elles auraient besoin d'un nombre d'heures d'intervention supérieur.

■ Qu'est-ce qu'un plan d'aide ?

Une fois la demande d'APA réalisée, une équipe médico-sociale du Conseil départemental (ancien Conseil général) se rend au domicile de la personne âgée. Cette équipe évalue le niveau de perte d'autonomie, classe la personne âgée dans le **groupe iso-ressources (GIR)** correspondant et détermine avec elle l'ensemble de ses besoins.

Si le GIR est compris entre 1 et 4, la personne est éligible à l'APA et l'équipe fait une proposition de plan d'aide adapté à sa situation. Les montants de ces plans sont plafonnés en fonction du GIR. La proposition indiquera alors :

- le classement GIR ;
- les aides proposées, par exemple le nombre d'heures d'aide à domicile accordées, le nombre de repas portés à domicile, etc. ;
- le coût de ces aides ;
- la participation financière laissée à la charge de la personne.

■ Renforcer l'accès à l'APA

Les bénéficiaires de l'APA gagnant moins de 800 € (ce qui correspond au niveau actuel de l'ASPA, l'allocation de solidarité aux personnes âgées) sont désormais exonérés de participation financière.

Lors de l'évaluation à domicile, l'équipe médico-sociale APA met en œuvre une évaluation globale de la situation et des besoins de la personne, y compris en matière d'aide technique ou de travaux d'adaptation du logement.

L'évaluation prend aussi en compte la situation et les besoins propres des proches aidants. Ces derniers bénéficient ainsi d'une information plus précise et plus complète sur l'ensemble des aides qui pourraient leur être utiles, et notamment le droit au répit.

La loi reconnaît tout d'abord l'action du proche aidant en lui donnant une définition et en lui reconnaissant des droits. Une personne qui vient en aide de manière régulière, à titre non professionnel, pour accomplir une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne d'une personne âgée en perte d'autonomie peut être considérée comme un proche aidant. Ainsi, peut être considéré comme proche aidant de la personne aidée :

- le conjoint ;
- le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin ;
- un parent ;
- un allié ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables.

■ Des temps de repos facilités pour les proches aidants

Afin de soutenir les proches aidants, la loi instaure un **droit au répit**, intégré à l'APA, pour permettre aux proches aidants, qui ne peuvent pas être remplacés et dont la présence ou l'aide est indispensable à la vie au domicile du bénéficiaire de l'APA, de prendre un temps de repos.

L'accueil de la personne aidée dans un accueil de jour ou un hébergement temporaire peut ainsi être financé jusqu'à 500 € par an au-delà des plafonds de l'APA. Cette enveloppe peut aussi servir à financer des heures d'aide à domicile supplémentaires.

■ La prise en charge des bénéficiaires de l'APA dont le proche aidant est hospitalisé

En cas d'hospitalisation d'un proche aidant qui ne peut être remplacé et dont la présence ou l'aide est indispensable à la vie à domicile, une aide ponctuelle peut être accordée. Son montant peut atteindre jusqu'à 992 euros au-delà des plafonds de l'APA.

■ Un programme coordonné de financement

Dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie doit adopter un programme coordonné de financement des actions de prévention pour toutes les personnes âgées de 60 ans et plus. La conférence a vocation à financer à la fois des actions collectives de prévention et de lutte contre l'isolement, mais aussi des aides individuelles pour

faciliter l'accès aux aides techniques pour les personnes âgées à revenus modestes. Cette conférence des financeurs, présidée par le président du Conseil départemental et vice-présidée par le directeur général de l'ARS (agence régionale de santé), réunit toutes les institutions impliquées dans la prévention : caisses de retraite, organismes régis par le Code de la mutualité, ANAH (Agence nationale de l'habitat)...

PRATIQUES PRO DE L'AES

L'AES intervenant à domicile est particulièrement concerné par ce type d'informations. Les textes du référentiel professionnel obligent l'AES à veiller « au respect de leurs droits et libertés ». L'accompagnement quotidien de l'AES est construit d'observations qui, au fil du temps, permettent de cerner les besoins de la personne. L'évaluation d'une perte d'autonomie liée à la progression d'une maladie invalidante ou à l'apparition d'une maladie sera prise en compte seulement si l'AES fait remonter ses observations aux proches, aux professionnels de la santé, aux responsables de l'organisation dans laquelle l'AES se situe.

Pour aider aux respects des droits des personnes accompagnées, il est donc nécessaire que **l'AES communique sur les besoins de la personne**.

Dans certaines situations, il est indispensable que l'AES soit au courant des dispositions d'aides légales afin de sensibiliser l'entourage de la personne sur l'APA, par exemple. Cette aide fait souvent l'objet de fortes représentations. En effet, une grande partie de la population pense que son attribution est soumise à des conditions de ressources et renonce à en faire la demande avant même de connaître les conditions. L'AES, dans cette situation, est une **personne-ressource** qui permet la diffusion des informations relative à cette loi, à l'aide attribuée aux aidants, à l'aide des moyens techniques, etc.

L'AES peut conseiller les personnes accompagnées et/ou leurs proches sur l'intérêt de se rapprocher d'une assistante sociale du CCAS, ou orienter vers la lecture de sites comme celui cité ci-dessous.

Afin de faire respecter les droits des personnes accompagnées, **l'AES se trouve dans l'obligation de s'informer sur l'évolution des droits**. Ce professionnel se doit de connaître les institutions sociales et médico-sociales afin de conseiller et orienter les personnes accompagnées dans le paysage social. L'AES et le médecin traitant, dans le cadre du maintien à domicile, sont très souvent un des seuls liens avec l'extérieur et, par conséquent, constituent des sources d'aides et d'informations indispensables pour les personnes en situation de dépendance.

Pour en savoir +...

- Pour de plus amples informations, consulter le site officiel dont la présente fiche est pour partie issue : www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

11 La prise de médicaments

Article L. 313-26 modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 124 (V)

Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise.

Source : www.legifrance.gouv.fr

“L'AES doit se référer aux textes institutionnels car dans certaines situations les pratiques peuvent s'adapter aux besoins. Les protocoles sont rédigés et mis en évidence pour assurer la responsabilité de la prise de médicaments”.

La Haute Autorité de santé (HAS) fait la distinction entre :

- l'administration de médicaments, restant à la charge exclusive de l'infirmier sans collaboration possible (lecture d'ordonnance, préparation de piluliers) ;
- l'aide à la prise de médicaments non injectables visée à l'article R. 4311-5 du Code de la santé publique.

12 Surveillance des autres indicateurs de santé

1

1. La diurèse

La **diurèse** appelée également débit urinaire correspond à la quantité d'urine émise pendant 24 heures. Pour la mesurer, on demande à une personne continente d'uriner. Ces premières urines sont jetées. On recueille ensuite les urines dans un bocal gradué nominatif. Au bout de 24 heures, on note la quantité d'urine émise et on apprécie leur aspect, leur couleur et leur odeur.

2. L'oligurie

L'**oligurie** correspond à une diurèse inférieure à 100 ml par 24 heures. Ce peut être le signe d'un mauvais fonctionnement des reins, mais également d'un apport insuffisant de boissons.

3. L'anurie

L'**anurie** correspond à une absence d'élimination de l'urine. Cela résulte, dans la plupart des cas, d'une insuffisance rénale aiguë. Sans traitement, l'anurie peut mettre rapidement en jeu le pronostic vital de la personne. La dialyse est souvent nécessaire pour éliminer les déchets azotés du sang.

4. La polyurie

La **polyurie** est une diurèse > 3 l par jour. Elle s'accompagne souvent de polydipsie (augmentation de la quantité d'eau ingérée). Elle s'observe dans le diabète insipide ou le diabète sucré non équilibré de type 1. La polydipsie psychogène est plus fréquente en cas d'antécédents de troubles psychiatriques (trouble bipolaire, schizophrénie) plutôt que comme une manifestation initiale.

Rappelons que l'urine des personnes en bonne santé est de couleur jaune plus ou moins claire et d'aspect limpide.

- L'urine de couleur rouge peut être liée à la présence de sang que l'on appelle une « hématurie ».

- L'urine orangé peut être liée à la consommation de betteraves ou de fruits rouges en grande quantité. Certains médicaments peuvent également colorer les urines.
- L'urine jaune fluo peut être liée à la consommation de compléments alimentaires ou de vitamine C à haute dose.
- L'urine bleu turquoise signe la présence de colibacilles dans le cas d'une infection bactérienne sévère.
- L'urine verdâtre et malodorante peut être liée à la consommation de légumes verts comme les asperges ; dans ce cas, l'urine présente un aspect trouble.
- L'urine moussante est le plus souvent signe d'un excès de protéines (albumine) ou d'un dysfonctionnement des reins.

Lorsque l'AES remarque un changement dans la couleur ou l'aspect de l'urine, il transmettra ses observations afin que des examens appropriés soient éventuellement prescrits.

5. Le transit digestif

Cela implique la surveillance des selles (nombre, aspect), mais également l'état d'hydratation de la personne (sécheresse de la peau des muqueuses, pli cutané...).

6. La constipation

La constipation : c'est un ralentissement du transit, voire un arrêt de celui-ci. Elle peut être précédée par une émission de selles dures, de faible volume, et moins de trois fois par semaine. La constipation est associée le plus souvent à l'immobilité ou à une diminution de l'activité physique, à la consommation insuffisante de liquides et de fibres alimentaires. La constipation peut provoquer des douleurs abdominales, des vomissements, une déshydratation...

7. La diarrhée

La diarrhée : c'est une augmentation de la fréquence des selles et des modifications de leur consistance. Les selles sont parfois simplement molles, le plus souvent liquides, accompagnées de glaires et de sang. Il est possible, dans certains cas, que ce ne soit que de l'eau ou un liquide transparent. La diarrhée peut provenir de causes multiples (infection digestive, intolérance alimentaire, anxiété, effets secondaires dans certains médicaments...); il convient de différencier les « fausses diarrhées » qui accompagnent des fécalomes (forme sévère de constipation, les selles forment une masse compacte de localisation variable). La diarrhée peut être à l'origine d'une déshydratation. Il convient également de rappeler que c'est un mode de discrimination des virus et des bactéries très agressifs.

Comme pour les urines, la couleur et la consistance des selles tenues donnent des indications précieuses sur l'état de santé. Plusieurs facteurs font varier la couleur et la consistance des selles (alimentation, prise de médicaments, changement du mode de vie, accélération du transit, infection intestinale...).

Selles noires : présence de sang digéré dans les selles. Cela peut provenir d'un saignement d'un segment digestif comme l'œsophage, l'estomac, le duodénum... Il est à noter que certains aliments peuvent noircir temporairement les selles comme la betterave, le boudin noir, la réglisse... Certains médicaments peuvent aussi être mis en cause comme des suppléments en fer.

Selles rouges : cela indique la présence de sang dans les selles (hémorroïdes, fissure anale, colite inflammatoire, polypes, cancer colorectal...).

Selles blanchâtres : c'est le plus souvent lié à un problème hépatique (absence de sécrétion de sels biliaires ou obstruction des voies biliaires).

Selles jaunes et malodorantes : cela peut être en lien avec un dysfonctionnement pancréatique, une mauvaise absorption des graisses.

8. Le poids

Le poids : Il peut être indiqué de surveiller celui-ci au moins une fois par semaine, et ce toujours dans les mêmes conditions – même balance, même tenue, même moment de la journée. Le poids est un marqueur de santé avant tout. Celui-ci varie durant toutes les étapes de la vie. Surveiller le poids permet de repérer les prises et les pertes importantes à court et à moyen terme pouvant être induites par des maladies ou d'apprécier l'impact de règles hygiénodététiques par exemple. La pesée ne doit pas être obsessionnelle, c'est une valeur de référence à un moment précis, c'est un marqueur d'observation de soi ; de connaissance de soi. Le poids est le reflet de notre masse corporelle composée de deux éléments : la masse grasse et la masse maigre. La masse grasse est la graisse située entre la peau et les muscles. Elle est aussi présente à l'intérieur des cellules. La masse maigre représente 70 à 80 % du poids corporel. Elle est composée des os, des muscles, des organes, de la peau et des liquides du corps humain.

Le suivi du poids est important chez les sujets âgés. Ceci est particulièrement vrai lors des risques de déshydratation comme en cas de forte chaleur, de vomissements et de diarrhées, après un choc affectif ou encore lors des périodes d'isolement. Nous rappelons que les personnes âgées peuvent avoir tendance à manger de moins en moins de protéines alors qu'elles sont essentielles à leur maintien en bonne santé.

13 La douleur

1. Définition

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire ou virtuel » (J.-C. Combe, E. Porsmoguer, P. Collignon, « Échelle d'hétéro-évaluation de la douleur chez le sujet polyhandicapé », *in Motricité cérébrale*, 2000, p. 21).

La sensation alors ressentie est pénible, plus ou moins forte, plus ou moins localisable car elle peut aussi bien toucher des tissus externes qu'internes. La douleur peut être aiguë ou chronique. La douleur aiguë qualifiée souvent de signal d'alarme est le signe qui avertit d'un problème dans l'organisme. Généralement la douleur diminue et disparaît lorsque le problème est traité. Il est impératif d'identifier la cause de la douleur et de ne pas se limiter à traiter le symptôme. D'autres douleurs de longue durée (douleurs chroniques) peuvent se manifester pendant plusieurs mois voire plusieurs années, en ayant une forte incidence sur la personne : repli sur soi, troubles du sommeil, de l'alimentation, syndrome dépressif, etc.

La douleur peut également provenir d'une impression pénible causée par une autre « lésion » : celle du deuil d'un être cher ou d'un événement qui provoque une mutilation de l'image de soi (par exemple, divorce, licenciement, etc.). Elle est alors la source d'une dépression plus ou moins durable.

2. Principales notions à retenir

■ L'expression de la douleur

La douleur est une souffrance qui n'arrive pas à se dire, soit parce que les origines de la douleur sont difficiles à localiser, soit parce que le langage ne peut traduire ce qui est alors ressenti, ou par déficit du langage (cas de déficience mentale), ou à cause de la difficulté à trouver les mots qu'il faut pour qualifier la douleur : aiguë, lancinante, déchirante, cuisante, cinglante, fulgurante, irradiante, soit enfin parce que personne n'est prêt à l'entendre.

Les rapports entre la douleur et la souffrance sont la plupart du temps déterminés par le langage, ou plus exactement la capacité de dire à quelqu'un ce qui est douloureux et qui devient alors une souffrance.

Par exemple, un jeune enfant court et tombe : il se fait mal, il pleure. La douleur est réelle. Mais souvent l'enfant regarde autour de lui pour savoir si on l'a vu



tomber, si quelqu'un pourrait le consoler. Dans ce cas, l'enfant continue de pleurer et vient dans les bras d'un adulte se faire consoler et la plupart du temps se calme.

Si personne n'est présent à ce moment-là, l'enfant va sécher ses pleurs et reprendre sa course, plus lentement, peut-être en boitillant... La douleur est bien réelle, mais elle n'a pu être dite et elle reste comme enfouie à l'intérieur de son corps.

Autre exemple : on a souvent observé que certaines personnes atteintes d'autisme ou de psychoses déficitaires graves semblaient insensibles à une eau trop chaude, à une coupure, à une morsure consécutive à une automutilation. En fait, là aussi la douleur est réelle : les messages renvoyés au cerveau par les terminaisons nerveuses de la peau sont bien transmis, mais ils ne se traduisent pas dans les réponses musculaires adaptées (retrait brusque de la main), ni dans une plainte à autrui. Ces situations sont préoccupantes car elles sont comme une énigme posée au parent ou professionnel présent, qui se sent ignoré dans sa capacité à aider, écouter, consoler.

■ Les échelles d'évaluation

Si la douleur ne se dit pas avec des mots, il est cependant des signes qui permettent d'en percevoir la présence.

Il existe plusieurs échelles d'évaluation de la douleur. La plupart ont été conçues pour des personnes privées de langage (polyhandicaps sévères par exemple), mais elles peuvent s'appliquer à bien d'autres situations.

Voici par exemple l'échelle douleur enfant Gustave Roussy (DEGR) :

- Item 1.** Position antalgique au repos : recherche d'une posture qui évite la douleur.
- Item 2.** Manque d'expressivité.
- Item 3.** Protection spontanée des zones douloureuses.
- Item 4.** Plaintes somatiques (absence de plaintes ou gémissements).
- Item 5.** Attitude antalgique dans le mouvement : évitement de la mobilisation d'une partie du corps dans le mouvement.
- Item 6.** Désintérêt pour le monde extérieur.
- Item 7.** Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise : retient la main, empêche un geste, etc.
- Item 8.** Recherche de localisation de zones douloureuses par l'enfant.
- Item 9.** Réactions à l'examen de zones douloureuses.
- Item 10.** Lenteur et rareté des mouvements.

Chaque item est coté de 0 à 4, du plus difficile à exprimer au plus explicite.

DEAES

Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social DF 1 à 5

Un livre complet pour réussir sa formation

- Toutes les **informations utiles** sur la formation, le diplôme et le métier
- L'ensemble des **connaissances** et **savoir-faire** pour maîtriser les étapes clés de la professionnalisation en **115 fiches**
- De nombreux **schémas explicatifs** tout en couleurs pour faciliter la mémorisation
- Des **QCM et questions corrigés** pour s'entraîner
- Deux **sujets corrigés** pour s'exercer dans les conditions des épreuves

Danièle Lenepveu, formatrice dans le secteur médico-social, a exercé des fonctions de chef de service dans un foyer de vie et de responsable d'établissement accueillant des personnes âgées.

Isabelle Sue, titulaire d'un master en sciences de l'éducation, a consacré son parcours professionnel à l'accompagnement en tant que travailleur social, puis comme formatrice et responsable pédagogique. Aujourd'hui, elle est intervenante indépendante pour différents organismes de formation, établissements sociaux et médico-sociaux.

Les 5 domaines de formation

- DF 1.** Accompagnement de la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne
- DF 2.** Accompagnement de la personne dans les actes de la vie quotidienne dans le respect de cette personne et des règles d'hygiène et de sécurité
- DF 3.** Accompagnement à la vie sociale et relationnelle de la personne
- DF 4.** Positionnement en tant que travailleur social dans son contexte d'intervention
- DF 5.** Travail en équipe pluri-professionnelle, gestion des risques et traitement des informations liées à l'accompagnement de la personne

- Retrouvez également notre ouvrage en fiches :



ISBN : 978-2-311-22325-5



22,90 €

www.Vuibert.fr