

SUR LE CHEMIN DES ATTENTES DES USAGERS, LE PROJET PERSONNALISÉ



- L'ORGANISATION ET LA PLANIFICATION -
- LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ -
- L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA DÉMARCHE
DU PROJET PERSONNALISÉ -
- LES OUTILS ASSOCIÉS -

Édition 2025

EHPAD / HANDICAP

LEXIQUE ET SOMMAIRE

LEXIQUE

ANESM

Agence Nationale de l'Évaluation
et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux

HAS

Haute Autorité de Santé

EPP

Évaluation des Pratiques Professionnelles

SRA

Structure Régionale d'Appui

ARS

Agence Régionale de Santé

MOOC

Massive Open Online Course



SOMMAIRE



INTRODUCTION	9
POINTS CLÉS DE LA RECOMMANDATION DE L'ANESM	13
I - L' ORGANISATION ET LA PLANIFICATION DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ	15
A. LES PRÉ-REQUIS	17
B. LE DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL	18
II - LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ	21
A. LES ÉTAPES :	23
Premiers contacts	24
Co-construction	25
Mise en oeuvre	26
Co-évaluation	27
Pour résumer	28
B. L'OUTIL D'ÉVALUATION SUR DOSSIER	29
III - L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ	31
A. LE RAPPORT DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE	33
B. LES OUTILS DE COMMUNICATION DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION	33
IV - POUR ALLER PLUS LOIN : DES EXEMPLES D'OUTILS ASSOCIÉS	35
Outil n°1 : Extrait d'un projet d'établissement intégrant des informations sur la démarche du projet personnalisé	37
Outil n°2 : Exemple de procédure sur le projet personnalisé	40
Outil n°3 : Exemple de fiche de missions du référent	42
Outil n°4 : Les moyens de communication	44
Outil n°5 : Tableau de bord d'indicateurs sur le projet personnalisé	45
Outil n°6 : Exemple de grille de recueil	46
Outil n°7 : Extrait d'un livret d'accueil intégrant des informations sur le projet personnalisé	50
Outil n°8 : Exemple de contrat de séjour	51
Outil n°9 : Exemple de liste des points à aborder	55
Outil n°10 : Exemple de document « projet personnalisé »	57
NOTES PERSONNELLES	66
STRUCTURES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉLABORATION DU GUIDE	67
RÉFÉRENCES	67



ACCÉDEZ DIRECTEMENT AUX PAGES
EN CLIQUANT DESSUS

INTRODUCTION

INTRODUCTION

En lien avec le Projet Régional de Santé et en vue d'accompagner les établissements médico-sociaux dans la mise en oeuvre du projet personnalisé au sein de leur structure, **QualiREL Santé** a impulsé de 2013 à 2014 un projet « sur le Chemin des Attentes des usagers : le Projet Personnalisé (CAP) ».

Réunissant des structures du secteur Handi-

cap et Personnes Agées (page 67), le groupe de travail du projet CAP s'est donné comme objectif de mener une réflexion commune sur le déploiement du projet personnalisé à l'échelle de l'établissement (volet organisationnel et mise en oeuvre opérationnelle). L'objectif final est d'élaborer des outils méthodologiques d'accompagnement, pour la démarche du projet personnalisé.

Cette deuxième version V2019 du guide a été réalisée, au regard des recommandations de la HAS (qui a repris les missions de l'ANESM) parues depuis 2014 (page 67), du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire 2018-2022, notamment l'orientation stratégique 2 « Le citoyen, l'usager acteur de sa santé et de son parcours de santé » et son action opérationnelle « Faire du projet personnalisé un pilier de l'amélioration du parcours de vie ».

Le projet CAP comprend 3 outils d'accompagnement



1 – Un **diagnostic organisationnel** qui permet à l'établissement de réaliser un premier état des lieux et d'identifier les points forts et les points à améliorer dans l'organisation du projet personnalisé (EPP disponible sur la plateforme eFORAP de QualiREL Santé et ressources pédagogiques associés sur la clé USB ou téléchargeable sur www.qualirelsante.com).



2 – Un **guide méthodologique** sur le projet personnalisé.



3 – Un **outil d'évaluation sur dossier** qui s'appuie sur les points clés du guide et qui permet à l'établissement d'évaluer la mise en oeuvre « opérationnelle » du projet personnalisé (EPP disponible sur la plateforme eFORAP de QualiREL Santé et ressources pédagogiques associés sur la clé USB ou téléchargeable sur www.qualirelsante.com).

Ce guide vise à accompagner les établissements médico-sociaux (Ehpad ou secteur handicap) souhaitant mettre en oeuvre et faire vivre le projet personnalisé au sein de leur structure, ou tout simplement améliorer une démarche déjà existante.

Vous y trouverez :

- ✓ Des points de vigilance pour l'organisation et la planification du projet personnalisé à l'échelle d'un établissement
- ✓ Des repères structurants pour la mise en oeuvre du projet personnalisé
- ✓ Des exemples d'outils associés à chacune des étapes

ATTENTION

Le guide CAP est issu des réflexions du groupe de travail et inspiré des Recommandations de l'Anesm. Il n'a pas pour vocation à imposer une méthodologie mais vise plutôt à proposer un chemin dans l'organisation et la mise en oeuvre du projet personnalisé, afin d'accompagner les établissements dans cette démarche. A cet effet, les outils présentés à la fin de ce livret sont proposés à titre d'exemple et ne sont en aucun cas des documents imposables.

En complément, l'équipe de la SRA QualiREL Santé propose un MOOC et des accompagnements méthodologiques.

Bonne lecture et bonne mise en oeuvre,

Le groupe de travail
Projet Personnalisé



POINTS CLÉS DE LA RECOMMANDATION DE L'ANESM

PRÉAMBULE

LES POINTS CLÉS⁽¹⁾ DE LA RECOMMANDATION DE L'ANESM « LES ATTENTES DE LA PERSONNE ET LE PROJET PERSONNALISÉ » (2008)

L'objectif de cette recommandation est de donner des points de repères aux établissements afin de favoriser l'expression et la participation de l'usager dans la conception et la mise en oeuvre du projet qui le concerne.

3 chapitres sont déclinés :

CHAPITRE 1

Repères et principes

CHAPITRE 2

La participation de la personne tout au long de la démarche

CHAPITRE 3

La contribution des projets personnalisés au projet d'établissement ou de service

Même si de nombreuses terminologies sont utilisées (projet individualisé, d'accueil, d'accompagnement, etc.) l'Anesm a retenu le terme de **PROJET PERSONNALISÉ** pour qualifier « la démarche de co-construction du projet entre la personne accueillie/accompagnée, son représentant légal et les équipes professionnelles ».

A noter que le projet personnalisé est bien un **droit de l'usager et non une obligation**.

La notion de projet personnalisé est inscrite au sein de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (art. L. 311-3 du CASF), qui indique que l'exercice des droits et libertés individuelles de la personne doit notamment être assuré par : « la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne ».

LA RECOMMANDATION DE L'ANESM DÉCLINE LA DÉMARCHE DE MISE EN OEUVRE DU PROJET PERSONNALISÉ EN 6 ÉTAPES

- ✓ Les premiers contacts
- ✓ L'analyse de la situation
- ✓ La phase de co-construction du projet personnalisé
- ✓ La phase de décision
- ✓ La mise en oeuvre du projet personnalisé
- ✓ La co-évaluation du projet

LA DÉMARCHE DE PROJET PERSONNALISÉ REPOSE SUR PLUSIEURS PRINCIPES INCONTOURNABLES

- ✓ Une démarche dynamique de co-construction
- ✓ Une forte participation de la personne (information au préalable, communication adaptée, etc.)
- ✓ Une dynamique souple et adaptée au rythme de la personne
- ✓ Une implication de l'ensemble des professionnels



LE PROJET PERSONNALISÉ DOIT ÊTRE TRACÉ AU SEIN DU DOSSIER DE L'USAGER SELON PLUSIEURS RECOMMANDATIONS

- ✓ Séparer clairement les faits et leur analyse (ce qui a été recueilli et observé / l'interprétation)
- ✓ Ecrire dans le respect de la personne
- ✓ Inviter la personne à conserver un exemplaire du projet



En cas de refus de participation de l'usager, ce choix est respecté et inscrit dans le projet personnalisé. Les principes et modalités de mise en oeuvre du projet personnalisé doivent être inscrits dans le projet de l'établissement.

En pratique l'établissement doit s'interroger sur les modalités de recueil des informations, les règles de partage entre les professionnels et le rôle du référent du projet personnalisé.

I. L'ORGANISATION ET LA PLANIFICATION DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ



- A. LES PRÉ-REQUIS**
- B. LE DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL**

I - L'ORGANISATION ET LA PLANIFICATION DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ

A. LES PRÉ-REQUIS

Afin de faciliter la mise en oeuvre opérationnelle du projet personnalisé, l'établissement doit réfléchir aux éléments stratégiques, structurels, culturels et techniques qu'imposent une telle démarche. En effet, il est important de mener une réflexion au préalable sur l'organisation à mettre en oeuvre pour bien conduire la démarche du projet personnalisé. Cette réflexion s'articule autour de quatre points clés, détaillés dans le tableau ci-dessous :

- ✓ La définition de la démarche du projet personnalisé dans le projet d'établissement ;
- ✓ La formalisation de la démarche au sein de l'établissement, avec l'identification de référents ;
- ✓ La communication de l'information ;
- ✓ Le suivi d'indicateurs.



QUOI ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI ?	OUTILS RESSOURCES	PAGE
Définir la démarche		<ul style="list-style-type: none"> • Incrire la démarche du projet personnalisé dans le projet d'établissement 	• Équipe de direction	<ul style="list-style-type: none"> • Projet d'établissement intégrant la dimension du projet personnalisé 	37
Formaliser la démarche	<ul style="list-style-type: none"> • Avant la mise en oeuvre opérationnelle du projet personnalisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser la démarche au sein de l'établissement • Formaliser le système d'informations • Désigner des référents • Rédiger les fiches de missions du référent 	• Groupe de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure du projet personnalisé 	40
Communiquer l'information		<ul style="list-style-type: none"> • Organiser l'information auprès de l'ensemble des professionnels • Organiser l'information auprès des usagers 	• Groupe de pilotage • Référents	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche de missions du référent • Moyens de communication propres à la structure 	42
Suivre des indicateurs		<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des indicateurs de suivi (nombre de projets personnalisés formalisés, réévalués...) 	• Groupe de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau de bord 	44

B. LE DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL

Le diagnostic organisationnel construit par le groupe de travail et présenté dans ce guide permet à chaque structure :

- ✓ De réaliser un premier état des lieux sur la démarche du projet personnalisé
- ✓ D'identifier les points forts et les points à améliorer dans l'organisation mise en place pour répondre à la démarche du projet personnalisé
- ✓ De mesurer sa progression dans le temps

Cette première étape reste indispensable à réaliser avant de débuter la démarche. Elle permettra aux équipes d'identifier les points forts et les faiblesses de l'organisation et ceci afin de faciliter le succès de mise en oeuvre du projet personnalisé.

NEW
2019

Afin de faciliter la réalisation de cette évaluation, nous vous proposons un protocole de mise en oeuvre de cette dernière, ainsi qu'un guide de remplissage qui sont à votre disposition sur la clé USB du dossier CAP ou téléchargeable sur : www.qualirelsante.com

Cet outil est disponible
sur la plateforme eFORAP.

DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL SUR LE PROJET PERSONNALISÉ

Objectifs du diagnostic organisationnel :

Le diagnostic organisationnel permet :

- de réaliser un premier état des lieux de la démarche du projet personnalisé
- d'identifier les points forts et les points à améliorer dans l'organisation mise en place pour répondre à la démarche du projet personnalisé
- de mesurer votre progression dans le temps (enquête par étapes à AN, puis N+1, N+2...)

Quels sont les pré-requis pour utiliser cet outil ?

avant de réaliser cette évaluation. Ce guide fournit des points de vigilance et des conseils pratiques utiles dans la mise en œuvre du projet personnalisé.

Le diagnostic organisationnel doit être mis en œuvre au sein de votre structure.

Un protocole d'évaluation est à votre disposition sur la clé USB du dossier CAP ou téléchargeable sur www.qualirelsante.com. Il pourra également être utilisé pour accéder à votre synthèse de l'agence collective et automatisée.

Comment ça marche ?

- 1 Réalisez votre évaluation
- 2 Consultez la synthèse des résultats

La plateforme eFORAP offre à l'établissement la possibilité de générer automatiquement une synthèse de ses résultats (page 33).

POINTS DE VIGILANCE

PLACE DU PROJET PERSONNALISÉ DANS L'ORGANISATION GLOBALE DE L'ÉTABLISSEMENT

IMPORTANCE DU SYSTÈME D'INFORMATIONS DANS LE PROJET PERSONNALISÉ

« La mise en œuvre des projets personnalisés nécessite l'examen et la définition d'étapes fondamentales, de points de passage obligés et de dispositifs incontournables. Cette élaboration s'inscrit dans une dynamique qui s'amorce dès l'accueil de la personne bénéficiaire dans l'établissement, car c'est à ce moment-là que débute la "relation de service" » - Anesm (2008)

Outre les outils et documents à mettre en place pour organiser le projet personnalisé, l'un des principaux freins à « faire vivre » ce dernier est qu'il ne doit pas faire l'objet d'une organisation à part de la prise en charge de l'usager. Il doit bien se placer dans un objectif d'accompagnement et être intégré dans l'accueil global de la personne. Le déploiement du projet personnalisé nécessite donc une mise à plat de l'ensemble de l'organisation autour de l'accueil de l'usager. La mise en place de cette organisation implique de faire évoluer les pratiques et les dispositifs existants ce qui peut s'avérer long et difficile à mettre en place.

Le partage d'informations entre les différents professionnels est un élément clé du projet personnalisé. Il interroge nécessairement l'organisation du système d'information au niveau de l'établissement. Une source d'information unique (projet de soin, d'animation, de vie, etc.) semble être le meilleur dispositif à mettre en place et nécessite parfois l'évolution du système d'information existant (dossier résident - informatisé ou papier - unique).

Pour aller plus loin : Guide « Le dossier de la personne accueillie ou accompagnée - Recommandations aux professionnels pour améliorer la qualité » - DGAS - 2007. Au sein de ce guide, on y retrouve notamment les objectifs et finalités du dossier de l'usager dans le secteur médico-social ainsi que l'interprétation des différents aspects réglementaires le régissant. Un chapitre spécifique est dédié au lien entre dossier de l'usager et projet personnalisé.

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé



DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL Le projet d'accompagnement personnalisé est-il mis en oeuvre ?

Structure 1 - Site A

Objectif du diagnostic organisationnel :

Le diagnostic organisationnel permet :

- de réaliser un premier état des lieux de la démarche du projet d'accompagnement personnalisé
- d'identifier les points forts et les points à améliorer dans l'organisation mise en place pour répondre à la démarche du projet personnalisé
- de mesurer votre progression dans le temps (l'enquête peut être réalisée à N, puis N+1, N+2...)

Modalités de remplissage du questionnaire :

Case à cocher	Etat d'avancement
Oui	Réflexion menée Définition / formalisation terminée Mise en oeuvre en cours ou achevée
En grande partie	Réflexion menée Définition / formalisation terminée Mise en oeuvre amorcée
Partiellement	Réflexion amorcée Définition / formalisation amorcée
Non	Absence de réflexion sur le sujet

L'ensemble des ressources associées est à retrouver sur la page dédiée : [Evaluation_Projet d'accompagnement personnalisé](#)

© FORAP, 2025



DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL Le projet d'accompagnement personnalisé est-il mis en oeuvre ?

A- L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT AUTOUR DE LA DEMARCHE DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

1. Dans votre structure, existe t-il une démarche de projet d'accompagnement personnalisé ?

Oui En grande partie Partiellement Non

2. Les principes et modalités de mise en oeuvre du projet d'accompagnement personnalisé sont-ils définis dans le projet d'établissement ?

Oui En grande partie Partiellement Non

3. La démarche de projet d'accompagnement personnalisé a-t-elle fait l'objet d'une information auprès :

	Oui	En grande partie	Partiellement	Non
De l'équipe de direction	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Des professionnels impliqués directement dans la mise en œuvre des projets d'accompagnement personnalisé (professionnels soignants, éducatifs, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Des professionnels impliqués indirectement dans la mise en œuvre des projets d'accompagnement personnalisé (secrétaires, restauration, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
De la personne accompagnée ou des représentants légaux de la personne accueillie (si usager pas en capacité)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
De l'entourage / des proches	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

4. Existe t-il une procédure formalisée qui détaille la démarche du projet d'accompagnement personnalisé ?

Oui En grande partie Partiellement Non

5. Existe t-il un ou des indicateur(s) de suivi relatif(s) au projet d'accompagnement personnalisé ?

Oui En grande partie Partiellement Non

6. Existe t-il un (ou plusieurs) référent(s) par projet d'accompagnement personnalisé ?

Oui En grande partie Partiellement Non

7. La mission du référent est-elle formalisée ? (fiche de missions/poste)

Oui En grande partie Partiellement Non



DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL
Le projet d'accompagnement personnalisé est-il mis en oeuvre ?

B - MISE EN OEUVRE - EVALUATION DE LA DEMARCHE DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

8. Un recueil formalisé des attentes est-il réalisé dans le cadre d'une rencontre formelle ?

Oui En grande partie Partiellement Non

9. Existe t-il de façon formelle des temps dédiés :

	Oui	En grande partie	Partiellement	Non
<i>A la conception du projet d'accompagnement personnalisé ? (du recueil des attentes jusqu'à la définition des objectifs)</i>	✓	✓	✓	✓
<i>A la mise en oeuvre du projet d'accompagnement personnalisé ? (la mise en oeuvre des objectifs)</i>	✓	✓	✓	✓
<i>A l'évaluation du projet d'accompagnement personnalisé ? (la discussion autour des objectifs et le réajustement de ces derniers)</i>	✓	✓	✓	✓

10. L'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé fait-elle l'objet d'une concertation pluridisciplinaire ?

Oui En grande partie Partiellement Non

11. La formalisation écrite du projet d'accompagnement personnalisé est-elle réalisée :

- Pour TOUS les usagers ?
- Pour LA PLUPART des usagers ?
- Pour UN PETIT NOMBRE d'usagers seulement ?
- Pour AUCUN usager ?

12. Le document ou support "projet d'accompagnement personnalisé" de la personne est-il réactualisé au moins une fois par an :

- Pour TOUS les usagers ?
- Pour LA PLUPART des usagers ?
- Pour UN PETIT NOMBRE d'usagers seulement ?
- Pour AUCUN usager ?

© FORAP, 2025



II. LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ





A. LES ÉTAPES

Premiers contacts
Co-construction
Mise en oeuvre
Co-évaluation
Pour résumer

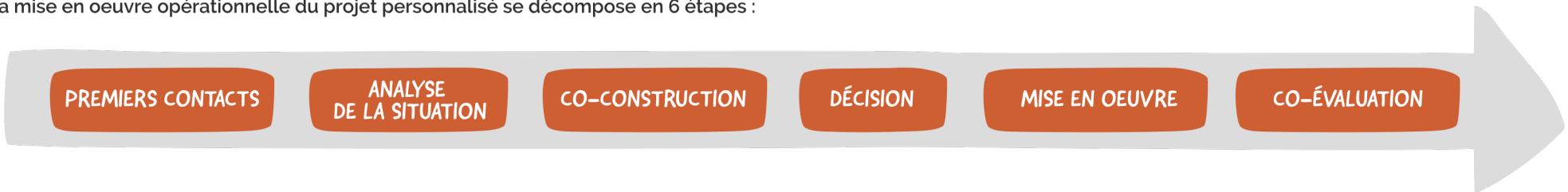
B. L'OUTIL D'ÉVALUATION SUR DOSSIER



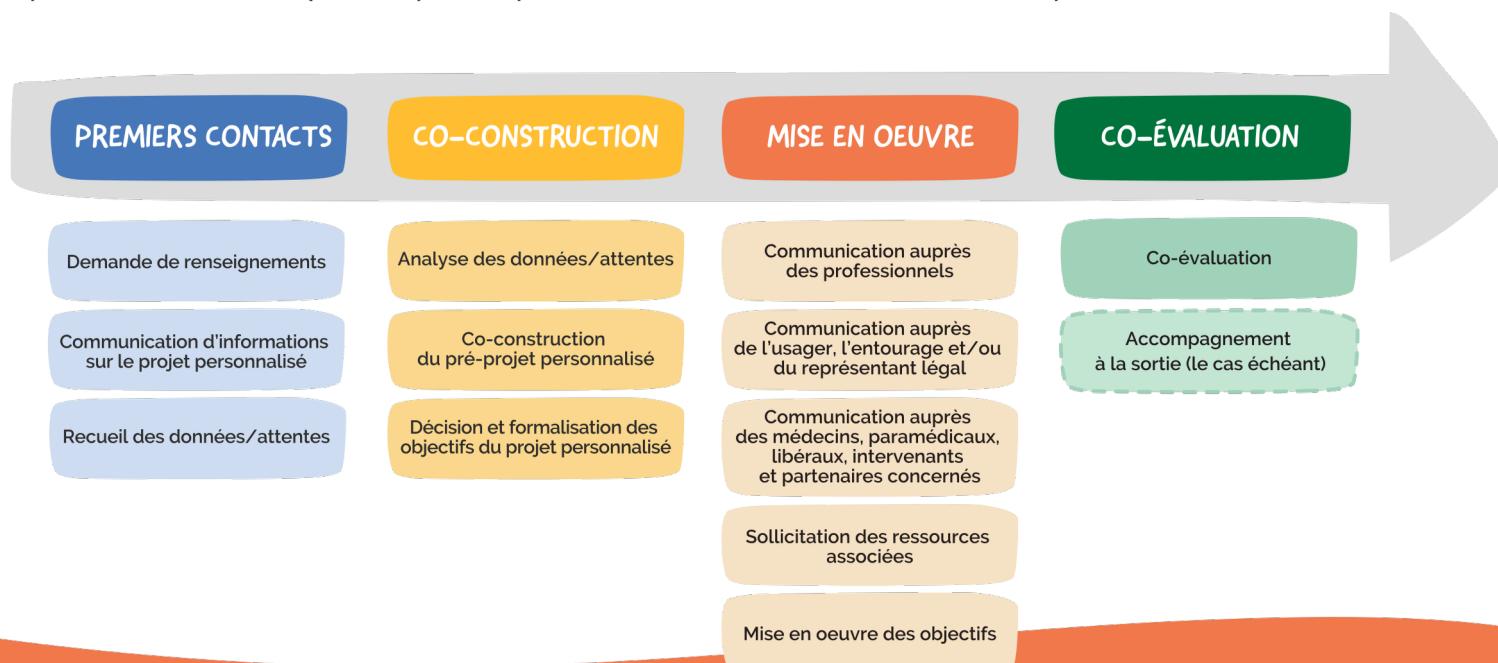
II – LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ

A. LES ÉTAPES :

Selon la recommandation de Bonnes Pratiques de l'Anesm sur « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (2008), la mise en oeuvre opérationnelle du projet personnalisé se décompose en 6 étapes :



En s'appuyant sur cette approche processus, les réflexions du groupe de travail ont permis de recentrer la démarche de mise en oeuvre d'un premier projet personnalisé autour de quatre étapes indispensables, elles-mêmes détaillées en sous-étapes :



Dans la suite du livret, une déclinaison de ces 4 étapes est proposée, avec l'identification des points clés et des ressources associées. Le groupe de travail s'est attaché à définir (sur la base d'un consensus) :



- **Quoi ?** (Quelles sont les sous-étapes clés?)
- **Quand ?** (Quand cela se passe-t-il ? A quel moment ?)
- **Comment ?** (Comment chaque sous-étape est réalisée ?)
- **Qui ?** (Quel professionnel/acteur est impliqué ?)
- **Outils ressources ?** (Quels outils et/ou documents sont à utiliser et/ou privilégier ?)

PREMIERS CONTACTS

QUOI ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI ?	OUTILS RESSOURCES PAGE
<p>Demande de renseignements</p> <p>Communication d'informations sur le projet personnalisé</p> <p>Recueil des données/attentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de la 1ère prise de contact • Pendant la rencontre de pré-admission / admission • Pendant la visite d'établissement • Avant ou après la validation du dossier • Lors de la visite d'établissement ou la visite externe (domicile, école...) • Lors de la rencontre de pré-admission • Après l'entrée de la personne • Tout au long du séjour 	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact téléphonique • Par contact physique • Par contact informatique • Par entretien individuel • Par temps d'échanges • Par temps d'observation • Par étude du dossier d'admission 	<ul style="list-style-type: none"> • Usager • Accueil / administration • Cadre • Infirmière coordinatrice • Usager • Cadre • Médecin • Assistante sociale • Référent pressenti • Usager • Équipe soignante ou éducative • Référent pressenti ou identifié 	<ul style="list-style-type: none"> • Grille de recueil • Dossier d'admission (Ehpad)
				<ul style="list-style-type: none"> • Livret d'accueil • Contrat de séjour • Charte des droits et libertés
				<ul style="list-style-type: none"> • Grille de recueil/ d'observations • Liste des points à aborder • Dossier d'admission (handicap)

CO-CONSTRUCTION

QUOI ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI ?	OUTILS RESSOURCES	PAGE
Analyse des données/attentes  Co-construction du pré-projet personnalisé  Décision et formalisation des objectifs* du projet personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de la 1ère prise de contact • Dans les 6 mois suivant l'admission • Dans les suites immédiates de la co-construction du pré-projet personnalisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'échanges et analyse en équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnelle • Temps de synthèse en équipe • Rédaction du pré-projet • Temps d'échanges avec l'usager et/ou son représentant légal • Temps d'échanges • Rédaction du projet • Traçabilité de l'accord ou du refus de l'usager 	<ul style="list-style-type: none"> • Référent • Professionnels internes et externes à la structure • Référent • Professionnels • Usager • Un professionnel de l'établissement (par exemple le référent) • Usager • Référent • Professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Grille de recueil • Liste des points à aborder • Document « Projet personnalisé » • Document « Projet personnalisé » 	55 46 57 57

* Objectifs du projet personnalisé :

La différence entre objectifs du projet personnalisé et actions du projet personnalisé est parfois difficile à identifier. Un objectif peut comprendre plusieurs actions qui nécessiteront un suivi régulier par le référent ou par la personne en charge de l'action. L'évaluation annuelle pluri-professionnelle recommandée par l'Anesm-HAS s'intéressera à l'évaluation globale des objectifs du projet personnalisé.

MISE EN OEUVRE

QUOI ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI ?	OUTILS RESSOURCES PAGE
Communication auprès des professionnels	• Après formalisation et validation du projet personnalisé	• Temps d'informations • Traçabilité de l'information délivrée	• Référent • Professionnels médicaux, éducatifs et d'accompagnement de l'institution	
Communication auprès de l'entourage et/ou du représentant légal	• Après formalisation et validation du projet personnalisé • Après accord de l'usager	• Entretien • Envoi postal • Traçabilité de l'information délivrée	• Référent • Entourage et/ou représentant légal	
Communication d'informations auprès des médecins, paramédicaux libéraux, intervenants et partenaires concernés	• Après formalisation et validation du projet personnalisé • Après accord de l'usager	• Temps d'échanges • Envoi formalisé • Traçabilité de l'information délivrée	• Référent • Médecins et paramédicaux libéraux concernés • Intervenants • Partenaires	• Moyens de communication propres à la structure
Sollicitation des ressources associées	• Après formalisation et validation du projet personnalisé et tout au long de la mise en oeuvre des objectifs	• Temps d'échanges auprès des personnes concernées • Organisation des ressources (achat de matériel, mise en place de partenariat...)	• Référent • Usager • Personnes concernées par le projet	
Mise en oeuvre des objectifs	• Après formalisation et validation du projet personnalisé et tout au long de la mise en oeuvre des objectifs	• En encourageant la personne • Temps d'accompagnement • Temps de suivi et de réajustement • Traçabilité des actions	• Référent • Usager • Personnes concernées par le projet personnalisé	• Document « Projet personnalisé »

CO-ÉVALUATION

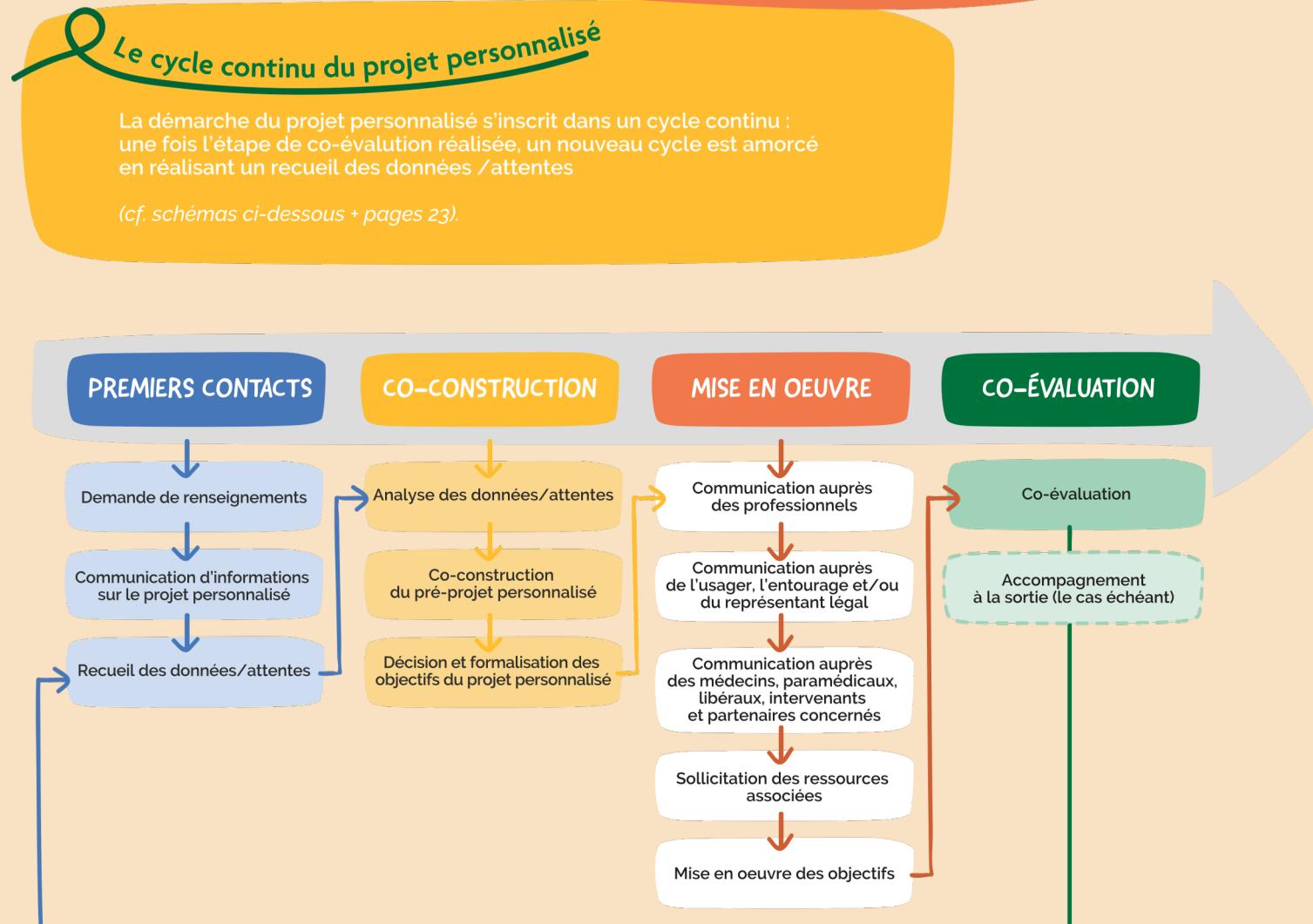
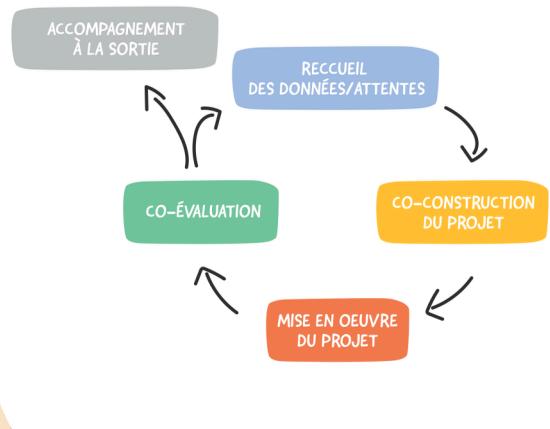
QUOI ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI ?	OUTILS RESSOURCES PAGE
Co-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Une fois par an au minimum 	<ul style="list-style-type: none"> • Temps de recueil des données auprès des intervenants du projet • Temps de synthèse <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Temps d'échanges avec l'usager <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Temps d'échanges avec l'usager • Temps d'échanges avec les professionnels de la structure d'accueil • Traçabilité de la transmission des informations • Transmission du dossier • Traçabilité de l'accord de l'usager <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Recueil des souhaits liés à la fin de vie • Intervention de professionnels externes (HAD, Equipe Mobile de Soins Palliatifs...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Référent • Personnes concernées par le projet personnalisé <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Référent • Usager <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Référent • Usager et/ou représentant légal • Personnes concernées par le projet personnalisé • Professionnels de la structure d'accueil <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Référent • Usager et/ou représentant légal • Personnes concernées par le projet personnalisé • Professionnels externes à la structure 	<ul style="list-style-type: none"> • Document « Projet personnalisé »
Accompagnement à la sortie (le cas échéant)	<ul style="list-style-type: none"> • Si possible, au moins un mois avant le transfert vers une autre structure ou retour à domicile <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Lors d'une situation de fin de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'échanges avec l'usager <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Temps d'échanges avec les professionnels de la structure d'accueil • Traçabilité de la transmission des informations • Transmission du dossier • Traçabilité de l'accord de l'usager <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Recueil des souhaits liés à la fin de vie • Intervention de professionnels externes (HAD, Equipe Mobile de Soins Palliatifs...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Référent • Usager et/ou représentant légal • Personnes concernées par le projet personnalisé • Professionnels de la structure d'accueil <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Référent • Usager et/ou représentant légal • Personnes concernées par le projet personnalisé • Professionnels externes à la structure 	<ul style="list-style-type: none"> • Document « projet personnalisé » • Guide HAS : « Modèle de plan personnalisé de coordination en Santé », Juillet 2019. • Procédure de sortie/transfert
				<ul style="list-style-type: none"> • Document « projet personnalisé » • Recueil des souhaits de fin de vie • Procédure d'accompagnement à la fin de vie

POUR RÉSUMER



La démarche du projet personnalisé s'inscrit dans un cycle annuel continu. Dès lors que le premier projet personnalisé de l'usager a été co-construit, mis en oeuvre et co-évalué, un nouveau projet sera initié par un recueil des données et des attentes de la personne, sauf si l'accompagnement se termine.

À noter : même si les étapes de co-évaluation et de recueil des données sont schématisées de manière distinctes, il n'est pas rare qu'elles soient réalisées au même moment, lors de l'entretien d'évaluation annuel par exemple.



B. L'OUTIL D'ÉVALUATION SUR DOSSIER :

L'outil d'évaluation sur dossier s'appuie sur les points de clés des étapes énoncées dans ce guide et permet :

- d'ÉVALUER la mise en oeuvre "opérationnelle" du projet personnalisé grâce à un tirage au sort de dossier

- d'IDENTIFIER les points forts et les points à améliorer dans la démarche du projet personnalisé

- de MESURER la progression dans le temps (l'évaluation peut être réalisée à N, puis N+1, N+2...)

Cet outil à visée « opérationnelle » pourra être utilisé après avoir réalisé le diagnostic organisationnel (ce dernier permettant aux équipes d'identifier les points forts et les faiblesses de l'organisation). L'objectif de l'outil d'évaluation sur dossier sera alors de vérifier si les points clés énoncés dans ce guide sont bien mis en oeuvre au sein de la structure.

NEW
2019

Afin de faciliter la réalisation de cette évaluation, nous vous proposons un protocole de mise en oeuvre de cette dernière, ainsi qu'un guide de remplissage qui sont à votre disposition sur la clé USB du dossier CAP ou téléchargeable sur : www.qualirelsante.com

Cet outil est disponible sur la plateforme eFORAP.



OUTIL D'ÉVALUATION SUR DOSSIER - LE PROJET PERSONNALISÉ -

Objectifs de l'outil :

L'outil d'évaluation sur dossier sur le projet personnalisé permet :

- d'évaluer la mise en oeuvre "opérationnelle" du projet personnalisé grâce à un tirage au sort de dossier
- d'identifier les points forts et les points à améliorer dans la démarche du projet personnalisé
- de mesurer la progression dans le temps (l'évaluation peut être réalisée à N, puis N+1, N+2...)

Quels sont les éléments pour utiliser cet outil ?

Les éléments nécessaires pour utiliser l'outil sont :

- L'outil d'évaluation sur dossier sur le projet personnalisé permet :
- d'évaluer la mise en oeuvre "opérationnelle" du projet personnalisé grâce à un tirage au sort de dossier
- d'identifier les points forts et les points à améliorer dans la démarche du projet personnalisé
- de mesurer la progression dans le temps (l'évaluation peut être réalisée à N, puis N+1, N+2...)

Comment réaliser votre évaluation ?

- 1 Pour les structures de moins de 30 résidents/usagers présents dans la structure depuis plus de 12 mois : **Selection de 30 dossiers par tirage au sort**
Pour les structures de moins de 30 résidents/usagers présents dans la structure depuis plus de 12 mois : **exhaustivité**
Attention : L'évaluation peut être réalisée à l'échelle d'un établissement, d'un service ou d'une unité en fonction de la taille de la structure.
Le tirage de dossier doit inclure les usagers présents depuis moins de 12 mois au sein de la structure, ceci afin d'éviter une évaluation partielle de la démarche.
- 2 Remplissez la grille d'évaluation en vous appuyant sur les éléments des dossiers.
Pour chaque item, cocher OUI ou NON ou Non Applicable (éventuellement OUI) à la fin de la liste de choix déroulante.
Pour vous aider, vous avez un guide de remplissage qui vous aide à l'évaluation. [Sur le site de QualiREL Santé](#) ou [sur le site du dossier CAP ou Mydossiercap.com](#) (www.qualirelsante.com).
- 3 Soyez les données renseignées sur la plateforme eFORAP sur www.qualirelsante.com.
À l'issue de la saisie, vous pourrez générer un rapport de résultats de cette évaluation.

La plateforme eFORAP offre à l'établissement la possibilité de générer automatiquement une synthèse de ses résultats (page 33).



OUTIL D'ÉVALUATION SUR DOSSIER

- LE PROJET PERSONNALISÉ -

Objectifs de l'outil :

L'outil d'évaluation sur dossier sur le projet personnalisé vous permet :

- d'évaluer la mise en oeuvre "opérationnelle" du projet personnalisé grâce à un tirage au sort de dossier
- d'identifier les points forts et les points à améliorer dans la démarche du projet personnalisé
- de mesurer la progression dans le temps (l'évaluation peut être réalisée à N, puis N+1, N+2...)

Quels sont les pré-requis pour utiliser cet outil ?

- Il est fortement conseillé de consulter le guide méthodologique "sur le Chemin des Attentes des usagers : le Projet personnalisé" avant de réaliser cette évaluation. Ce guide fournit des points de vigilance et des repères structurants dans la mise en oeuvre du projet personnalisé.

- La démarche du projet personnalisé doit être mise en oeuvre au sein de votre structure.

Comment réaliser votre évaluation ?

- Pour les structures de moins de 30 résidents/usagers présents dans la structure depuis plus de 12 mois : **exhaustivité**
- Pour les structures de plus de 30 résidents/usagers présents dans la structure depuis plus de 12 mois : **Selection de 30 dossiers par tirage au sort**

Attention :

L'évaluation peut être réalisée à l'échelle d'un établissement, d'un service ou d'une unité en fonction de la taille de la structure.

Le tirage de dossier doit exclure les usagers présents depuis moins de 12 mois au sein de la structure, ceci afin d'éviter une évaluation partielle de la démarche.

Références utilisées :

Recommandations de l'Anesm "Les attentes de la personne et le projet personnalisé" (Décembre 2008)
Guide méthodologique Réseau QualiSanté "Sur le Chemin des Attentes des usagers : le Projet personnalisé" (Décembre 2014)

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé

PREMIERS CONTACTS

1. La personne accueillie a été informée sur le projet d'accompagnement personnalisé

2. Un recueil des attentes/données auprès de la personne a été réalisé

3. La prise en compte des risques potentiels auprès de la personne accompagnée a été réalisée au travers d'une / d'évaluations(s) formalisées :

	Oui	Non
A- Fugue, disparition	<input type="button" value="Oui"/>	<input type="button" value="Non"/>
B- Addictions et conduites à risques	<input type="button" value="Oui"/>	<input type="button" value="Non"/>
C- Chutes	<input type="button" value="Oui"/>	<input type="button" value="Non"/>
D- Dénutrition, malnutrition ou troubles de la déglutition	<input type="button" value="Oui"/>	<input type="button" value="Non"/>
E- Sexualité	<input type="button" value="Oui"/>	<input type="button" value="Non"/>
F- Harcèlement ou abus de faiblesse	<input type="button" value="Oui"/>	<input type="button" value="Non"/>
G- Radicalisation et/ou prosélytisme	<input type="button" value="Oui"/>	<input type="button" value="Non"/>

CO-CONSTRUCTION

4. Les données recueillies et évaluations ont fait l'objet d'une analyse en équipe

5. Un temps d'échanges avec la personne et/ou l'entourage a eu lieu, afin de réfléchir autour de son pré-projet d'accompagnement personnalisé

6. Le projet d'accompagnement personnalisé de la personne accueillie est formalisé

7. La personne accueillie et/ou l'entourage et/ou représentant légal a donné son accord (ou refus) sur son projet d'accompagnement personnalisé

MISE EN OEUVRE

8. Les professionnels concernés sont informés du projet d'accompagnement personnalisé de la personne accueillie

9. L'entourage et/ou le représentant légal sont informés du projet d'accompagnement personnalisé de la personne accueillie

10. Les médecins et paramédicaux libéraux, les intervenants et partenaires concernés sont informés du projet d'accompagnement personnalisé de la personne accueillie

11. Les objectifs du projet d'accompagnement personnalisé sont mis en oeuvre

12. Les ressources associées sont sollicitées

CO-EVALUATION

13. Le projet d'accompagnement personnalisé de la personne accueillie est évalué en équipe

14. Le projet d'accompagnement personnalisé de la personne accueillie est évalué avec l'usager et/ou l'entourage le cas échéant

15. Cette co-évaluation est réalisée au minimum une fois par an

VERS UN NOUVEAU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

16. Un recueil des attentes est actualisé, en vue de définir un nouveau projet d'accompagnement personnalisé

© FORAP, 2025



III.

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ



- A. LE RAPPORT DES RÉSULTATS
DE L'ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE**

- B. LES OUTILS DE COMMUNICATION
DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION**

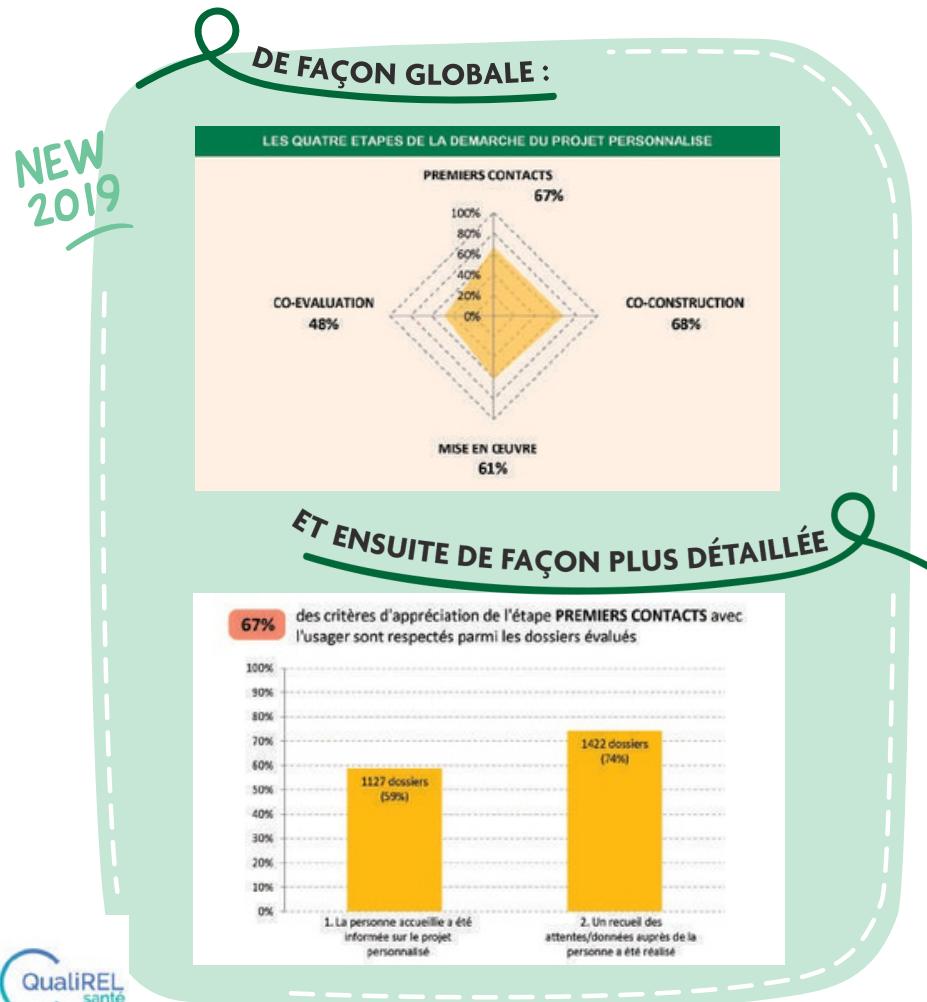


III – L’AMÉLIORATION CONTINUE DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ

A. LE RAPPORT DES RÉSULTATS DE L’ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE

A l’issue de l’évaluation de la démarche du projet personnalisé, réalisée à l’aide du diagnostic organisationnel (p.19-20) et de l’audit de dossiers (p.29-30), vous pourrez saisir les résultats sur la plateforme eFORAP mise à disposition par QualiREL Santé sur son site internet.

Ce rapport vous présente les résultats de votre évaluation. Il met en exergue les points d’amélioration et les points forts de la démarche dans votre structure. Il reprend notamment les 4 étapes indispensables à la réalisation du projet personnalisé :



Ces éléments sont extraits d’un rapport fictif. Si vous souhaitez visualiser le rapport dans sa globalité un exemple est disponible sur la clé USB du dossier CAP ou téléchargeable sur www.qualirelsante.com.

B. LES OUTILS DE COMMUNICATION DES RÉSULTATS DE L’ÉVALUATION

Au-delà de l’évaluation de la démarche du projet personnalisé, une étape indispensable est la restitution des résultats de cette dernière aux professionnels impliqués dans la démarche.

Cette rencontre est l’occasion de valoriser les bonnes pratiques, mais également de mettre l’accent sur des actions d’amélioration pour pérenniser

et ajuster la démarche du projet personnalisé dans l’établissement.

Pour faciliter cette étape, vous trouverez sur la clé USB du dossier CAP ou sur www.qualirelsante.com, une affiche d’invitation des professionnels à la rencontre de restitution des résultats de l’évaluation, ainsi qu’une présentation Power Point® à compléter au regard de vos résultats.



Affiche d’invitation des professionnels à la rencontre de restitution des résultats



Modèle powerpoint de restitution des résultats

A l’issue de cette rencontre, des actions d’amélioration vont être planifiées, les exemples d’outils proposés en partie IV de ce document peuvent notamment vous y aider. Nous vous conseillons de réévaluer cette démarche tous les deux ans au moyen des outils présentés dans ce guide pour permettre le cycle continu du projet personnalisé (page 28).

IV. POUR ALLER PLUS LOIN : DES EXEMPLES D'OUTILS ASSOCIÉS



Outil n°1 : Extrait d'un projet d'établissement intégrant des informations sur la démarche du projet personnalisé

Outil n°2 : Exemple de procédure sur le projet personnalisé

Outil n°3 : Exemple de fiche de missions du référent

Outil n°4 : Les moyens de communication

Outil n°5 : Tableau de bord d'indicateurs sur le projet personnalisé

Outil n°6 : Exemple de grille de recueil

Outil n°7 : Extrait d'un livret d'accueil intégrant des informations sur le projet personnalisé

Outil n°8 : Exemple de contrat de séjour

Outil n°9 : Exemple de liste des points à aborder

Outil n°10 : Exemple de document « projet personnalisé »

OUTIL

I

EXTRAIT D'UN
PROJET D'ÉTABLISSEMENT
INTÉGRANT DES INFORMATIONS
SUR LA DÉMARCHE DU PROJET
PERSONNALISÉ

(Ehpad : Résidence Emile Gibier
« Les Cheveux Blancs »)



*Projet d'établissement
2012-2017*

*Résidence Emile Gibier
« Les Cheveux Blancs »
44700 ORVAULT*



Avis favorable du Comité d'Entreprise du 25 octobre 2012

Avis favorable de la CRUQPC du 11 octobre 2012

Avis favorable du Conseil de Vie Sociale du 24 octobre 2012

Adopté par le Conseil d'Administration le 25 octobre 2012

3-2 Projet de vie - Projet d'animation et place des familles

3-2-1 Projet de vie

➤ L'être humain avant tout

- Les Cheveux Blancs : Lieu de vie mais également lieu de soins...soins multiples pour « prendre soin » ou simplement, lieu de vie pour « personnes âgées ». L'âge, la vieillesse et les difficultés qui peuvent en résulter sont bien entendu à prendre en compte, il ne s'agit en aucun cas de les nier mais gardons-nous de définir, dans sa globalité, une personne par son âge ou bien encore son éventuelle pathologie liée à l'âge (« un alzheimer », « des personnes âgées »...).

La considération de la maladie, d'une caractéristique (âge par exemple), ou du handicap entraîne parfois l'effacement de l'individualité, or au-delà de la maladie, de ses difficultés, incontestablement l'être humain reste un humain à part entière dans le respect de son individualité, de sa spécificité.

Comme le signifie si bien une résidente qui cite Jérôme Pellissier : « C'est important ça vous savez ! que l'âge ce n'est pas les personnes ! que la vieillesse ce n'est pas ce que l'on est ! c'est simplement quelque chose que l'on vit pour la première fois. »

L'accompagnement ne peut pas être qu'individuel au sein d'un d'hébergement collectif. Les organisations de travail prennent en compte les autres, c'est-à-dire chacun, un par un, et doivent composer pour satisfaire les attentes personnelles et respecter les sphères privées de chaque individu.

En écoutant les personnes entrant en institution, une des craintes fréquemment exprimées est : la perte d'identité et/ou de libertés. Les choix, les goûts, les envies, les rythmes différents d'une personne à l'autre et cette individualité doivent pouvoir perdurer tout au long de la vie malgré des contingences organisationnelles. C'est ici que se place le Projet de vie.

Cette démarche maintient le sujet dans un avenir à construire jusqu'au bout de la vie. Il permet d'envisager l'accompagnement non plus seulement en termes de besoins mais aussi en terme de choix en fonction bien évidemment des capacités de la personne.

➤ La stratégie et les choix politiques du projet d'établissement

Le projet de vie est l'élément fondateur de ce Projet d'établissement. Il s'articule évidemment avec l'ensemble des différents projets (soins, médical, animation, investissement, politique etc...). Comme l'approche globale indispensable en gériatrie, le projet d'établissement offre une vue d'ensemble cohérente de l'accompagnement souhaité pour les résidents. Tout est lié notamment l'importance des organisations de travail, de l'environnement et du cadre architectural adapté aux personnes vivant dans l'établissement.

Au sein de ce projet d'établissement 2012-2017, la stratégie de mise en œuvre du projet politique est clairement définie comme reposant sur plusieurs engagements dont le premier concerne la mise en place de la démarche PVI. Ce dernier intègre le projet de soins qui sera ainsi au service du projet de vie. L'accompagnement médical proposé viendra lui, soutenir la qualité de vie de chaque personne.

L'établissement a fait le choix de travailler en profondeur différents thèmes dont celui transversal de bientraitance. Le projet de vie s'inscrit bien évidemment dans cette thématique. La charte de bientraitance des Cheveux Blancs, qui sera établie par le groupe de travail courant 2013, constituera un des documents remis à chaque nouvel entrant et à tous les professionnels.

➤ PVI (Projet de Vie Individualisé) : Définition

Le PVI se définit par ce que l'établissement met en place pour accompagner le résident dans le but de satisfaire ses besoins/désirs. Il personnalyse évidemment l'accompagnement quotidien en s'appuyant non seulement sur ses besoins et attentes mais également sur ses capacités restantes.

Il ne nie pas les déficiences mais, par un accompagnement adapté, les prend en compte et mise sur les capacités restantes ! L'autonomie, toute relative soit-elle dans certains cas, sera encouragée notamment au sein du projet de vie : Accompagner signifiant pour tous, « être à côté de » et non derrière ou devant. L'application quotidienne du PVI pourra se faire dans autant de domaines que ceux qui constituent les vies de chacun (vie sociale, spirituelle, choix....)

Le PVI est aussi un signe d'une existence, d'une expression de choix et d'une « Projection de Soi vers l'Avenir ».

➤ Implication de l'ensemble du personnel et temps dédié au PVI

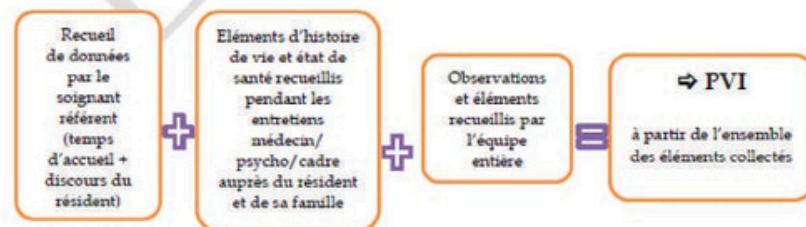
- 1) Cette implication est tout d'abord en lien étroit avec les moyens et les contraintes de l'établissement : législation, environnement, organisation...
- 2) Au-delà du PVI, c'est de toute la considération de l'individu (histoire, repères, rythme) dont il s'agit. Du côté professionnel, nous soulignons la nécessité d'un confort de temps pour accueillir et donc rencontrer convenablement le résident et sa famille, pour recueillir, transmettre et co-construire le PVI. L'implication de tous peut permettre à chacun d'être valorisée dans son travail quotidien.
- 3) Quelque soit notre fonction, nous considérons toutes les personnes résidant dans ce lieu de vie comme des sujets à part entière, avec une histoire, une famille, etc... Ainsi, un travail en collaboration avec la famille est nécessaire pour un accompagnement adapté au mieux (triangle Résident, Famille, Soignant).
- 4) Il existe un référent pour chaque résident mais chaque membre du personnel participe activement à la démarche du projet et à la mise en place d'actions personnalisées.

➤ Contenu du PVI

Le désir du mode de vie du résident est respecté. Ainsi, nous lui demandons son avis sur tout ce qui le concerne même si ses capacités de communication ou cognitives sont affectées. Si les réponses ne sont pas compréhensibles, nous demandons à sa personne de confiance ou à défaut sa famille.

L'objectif du PVI : assurer la continuité de vie de la personne en considérant ses besoins et en respectant ses choix.

➤ Schéma de recueil de données du PVI



➤ Eléments nécessaires à l'élaboration du PVI

- Tous les éléments d'histoire de vie concernant ses habitudes, désirs, pratiques et rythmes
- L'état de santé actuel et les différentes évaluations (NPI, capacités restantes, déficiences, besoins...)
- L'ensemble des observations de l'équipe concernant le quotidien : sociabilité, temps de repas, toilette, troubles du comportement, humeur...

➤ Projet

- De différentes natures car issu des différentes sphères qui constituent l'individu (toilette, animation, repas, image de soi ...)
- Travail sur les capacités restantes et soutien à l'autonomie en tenant évidemment compte des besoins, déficiences et handicaps.

Evaluation et suivi

L'évaluation et le suivi se font avec le résident et l'ensemble de l'équipe impliquée dans l'élaboration et le suivi du PVI. Une procédure de suivi PVI sera formalisée et les données du recueil PVI seront informatisées dans le logiciel PSI, impactant ainsi le plan de soins dès qu'une action PVI est organisée.

Pour qu'une personne ait le désir d'élaborer un projet de vie, elle doit avoir une bonne image et une bonne estime d'elle-même, être bien avec les autres, se sentir chez soi. Ce sont les objectifs visés par le projet d'animation.

Il s'agit d'un référentiel de processus adaptable
selon la particularité des situations et de la période de l'année d'arrivée du jeune

OUTIL 2

EXEMPLE DE PROCÉDURE SUR LE PROJET PERSONNALISÉ

(Etablissement accueillant des enfants sourds, malentendants ou présentant des troubles du langage : Institut Public La Persagotière)

	ETAPE PROCESSUS	INTERLOCUTEUR(S) IPP	MOYEN / DOC
DEMANDE	ACCUEIL DE LA DEMANDE = Réception de l'appel de la famille Demande de renseignements administratifs, médicaux, courrier explicatif des parents Prise de connaissance des accompagnements existants Orientation de la demande vers le Chef de service concerné	- Assistante administrative médico-sociale	- Fiche contact
	TRAITEMENT DE LA DEMANDE Prise de contact avec la famille par mail ou tél RDV éventuel Passage en commission des usagers pour analyse de l'adéquation de la demande / moyens disponibles Vérification d'une notification MDPH effective ou en cours	- Chef de service concerné par la demande - Commission des usagers - Assistante administrative du secrétariat des usagers	- Fiche contact - Bilan médicaux complémentaires éventuels - Compte-rendu de la Commission - Notification MDPH
	ETAPE PROCESSUS Contact avec la famille	INTERLOCUTEUR(S) IPP - Assistante administrative médico-sociale - Chef de service	MOYEN / DOC - Tél + Courrier de confirmation de RDV
ADMISSION	<i>Il y a différents temps d'admission modulables selon la période de l'année et le jeune</i> TEMPS DE RENCONTRES <i>Veiller à l'accessibilité de la communication</i> Rencontre administrative (pour organiser l'ensemble des démarches administratives et présenter les droits des usagers) Rencontre avec le chef service avec notamment présentation de la démarche de projet individualisé d'accompagnement (PIA) Rencontre médicale (pour les Troubles Sévères du Langage seulement)		
	- Assistante administrative médico-sociale - Chef de service concerné - Médecin + 1 membre de l'équipe concernée		
	TEMPS D'OBSERVATION Accueil sur un temps déterminé en dispositif et/ou internat (pour les IES) Visite éventuelle dans / Contact avec l'école d'origine Prise de contact entre professionnels actuels et précédents Temps d'échange au sein de l'équipe	- L'équipe de professionnels concernée (sur temps de souplesse pour les SSEFIS)	- Grilles d'observations
ELABORATION DU PROJET INDIVIDUALISÉ D'ACCOMPAGNEMENT	ETAPE PROCESSUS DESIGNATION DU CORRESPONDANT • IES : un des éducateurs correspondants • SSEFIS : le chef de service	INTERLOCUTEUR(S) IPP - Chef de service	MOYEN / DOC - Fiche correspondant - Courrier à la famille - Information de l'équipe

Parcours de l'Usager Enfant

Processus d'accompagnement IES / SSEFIS (sauf DisTEVA)



ELABORATION DU PROJET INDIVIDUALISE D'ACCOMPAGNEMENT – PIA* (suite)

*DIA : Document Individuel d'accompagnement quand refus de participation de sa famille

MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PIA

ETAPE PROCESSUS	INTERLOCUTEUR(S) IPP	MOYEN / DOC
IDENTIFICATION DES BESOINS		
<ul style="list-style-type: none"> ENTRETIEN(S) AVEC LE JEUNE ET SA FAMILLE <ul style="list-style-type: none"> - Anamnèse : histoire générale - Investigations de différents domaines : <ul style="list-style-type: none"> o Autonomie dans la vie quotidienne o Scolarisation o Apprentissages cognitifs o Communication et relations interpersonnelles o Socialisation o Loisirs et vie sociale - Rappel de la démarche du PIA - TEMPS D'OBSERVATION : appréciation des besoins, évaluation des jeunes en diverses situations : scolarité, internat, vie sociale, relations, communication - BILANS EVENTUELS (Langage, motricité ...) 	<ul style="list-style-type: none"> -Correspondant -Equipe pluridisciplinaire -Médecin -Paramédicaux 	<ul style="list-style-type: none"> -Tél + courrier de confirmation -Document d'identification des besoins par le jeune et la famille -Comptes rendus d'observation -Prescription médicale, Dossier médical -Documents bilans
SYNTHESE EN REUNION DE DISPOSITIF	-Correspondant + équipe	-1ère page PIA
RENCONTRE D'ELABORATION DU PIA		
<ul style="list-style-type: none"> Invitation du jeune et de sa famille <i>La présence du jeune est vivement souhaitée à partir du collège.</i> Préparation éventuelle avec le jeune Rencontre avec la famille et le jeune <ul style="list-style-type: none"> - Synthèse de l'identification des besoins <ul style="list-style-type: none"> o Points de convergence o Points de divergence o Accord sur les priorités - Détermination des objectifs prioritaires et proposition de moyens 	<ul style="list-style-type: none"> -Correspondant -Correspondant + équipe -Chef de service 	<ul style="list-style-type: none"> -Tél et/ou courrier -PIA -Elaboration via le logiciel IDE -
Vérification de la disponibilité des moyens	-Chef de service	-Emploi du temps
REDACTION		
<i>Attention : avoir la préoccupation de pouvoir répondre par oui/non lors de l'évaluation, être relu par les familles et de refléter ce qui a été dit par les parents et les professionnels</i>	-Correspondant	-PIA
RESTITUTION		
<ul style="list-style-type: none"> Signature par la Direction Remise aux parents et au jeune (à partir du collège) pour signature : Par courrier ou lors d'une rencontre Retour du PIA signé par la famille et le jeune (à partir du collège) 	<ul style="list-style-type: none"> -Directrice -Correspondant -Assistante administrative médico-sociale 	<ul style="list-style-type: none"> -PIA signé
ETAPE PROCESSUS	INTERLOCUTEUR(S) IPP	MOYEN / DOC
MISE EN ŒUVRE	-Equipe pluridisciplinaire	-
SUIVI		
<ul style="list-style-type: none"> Préparation de la (des) réunion(s) avec le jeune (à partir du collège) Réunion(s) de régulation <i>Au minimum une régulation entre 2 PIA</i> 	<ul style="list-style-type: none"> -Correspondant -Equipe pluridisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> -Dossier de l'usager -Planification des régulations -Compte-rendu type à venir

Parcours de l'Usager Enfant

Processus d'accompagnement IES / SSEFIS (sauf DisTEVA)

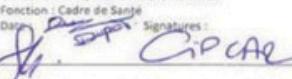
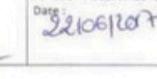
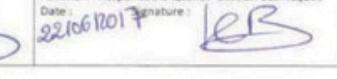


ETAPE PROCESSUS	INTERLOCUTEUR(S) IPP	MOYEN / DOC
EVALUATION DU PIA	-Correspondant	<ul style="list-style-type: none"> -Document unique d'évaluation partagé par les parents et les professionnels -Dossier de l'usager
ACTUALISATION (renouvellement) DU PIA	-Equipe pluridisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> -Compte rendu type à venir
REUNION DE REGULATION		
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de l'atteinte des objectifs - Observations et évaluations du jeune en diverses situations : scolarité, internat, vie sociale, relations, communication ... - Bilans éventuels - Priorisation des besoins selon l'équipe 		
REUNION D'ACTUALISATION DU PIA		Processus identique à celui d'élaboration du premier PIA
REDACTION		
RESTITUTION		
RENTREE SCOLAIRE SUIVANTE	-Chef de service	-Emploi du temps
<ul style="list-style-type: none"> - Vérification des moyens - Engagement des moyens 		
ETAPE PROCESSUS	INTERLOCUTEUR(S) IPP	MOYEN / DOC
PREPARATION A LA SORTIE		
<ul style="list-style-type: none"> Entretiens individuels (jeune seul et avec sa famille) Contact éventuel avec DISTEVA Co-Rédaction de l'évaluation finale avec le jeune et la famille Signature et envoi au jeune et/ou sa famille de l'évaluation finale 	<ul style="list-style-type: none"> -Correspondant -Correspondant -La direction 	<ul style="list-style-type: none"> -Compte-rendu d'entretien -Dossier de l'usager -PIA Final
GESTION ADMINISTRATIVE	-Assistante administrative médico-sociale	<ul style="list-style-type: none"> -Tél + courrier de confirmation -Flyers -Attestation de présence -Questionnaire de satisfaction
ENTRETIEN FINAL		
<ul style="list-style-type: none"> Temps d'échange Présentation du service de suite, d'ESPAS et des dispositifs de droit commun Expression des parents et du jeune sur le vécu à l'IPP et questionnement de leur satisfaction Retour du bilan/PIA Final signé par toutes les parties Remise de documents d'information 	<ul style="list-style-type: none"> -Chef de service des plus de 16 ans 	<ul style="list-style-type: none"> -Enquête de satisfaction des sortants, -Bilan final de l'usager -Procédure de consultation du dossier de l'usager -Attestation de présence -Flyers Service de suite, et ESPAS

OUTIL 3

EXEMPLE D'UNE FICHE DE MISSIONS DU RÉFÉRENT

(Ehpad : Hôpital Pays de Retz)

	FICHE DE MISSION		FM-SOI-001
	REFERENT « RESIDENT »		Révision : 1 Réf. Cert V3 : 18 Juin 2017
Rédigé par : Caroline DUPONT, Stéphanie HERVOUET, Christine IPCAR, Marie-Hélène RENARD Fonction : Cadre de Santé Date : 22/06/2017 Signatures :  		Validé par : Béatrice KERVADEC Fonction : Coordinatrice des Soins Date : 22/06/2017 Signature : 	Approuvé par : Béatrice KERVADEC Fonction : Responsable Qualité-Gestion des risques Date : 22/06/2017 Signature : 

1- Définition

Le référent « résident » est un professionnel de l'équipe soignante AS, ASHQ spécifiquement chargé de créer un lien entre le résident, la famille et l'équipe soignante dans le but de faciliter la communication et de personnaliser la prise en charge de celui-ci. Le référent se situe à un point d'articulation de l'équipe. Son rôle n'est pas de faire seul ce qui relève d'une démarche d'équipe. Le référent est le « porte-parole » des intérêts du résident. Il porte les valeurs du service infirmier.

2- Références

- Code de l'Action Sociale et des Familles
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles
- Guide de bonnes pratiques de l'ANESM – Qualité de vie en EHPAD – Volet 1 – 4. L'accueil
- Bonnes pratiques de soins en EHPAD – Les 10 recommandations phare - Octobre 2007 – Direction Générale de la Santé – Direction Générale de l'Action Sociale - Société Française de Gérontologie et de Gérontologie
- Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance établie en 1997 par la Fondation Nationale de Gérontologie
- Programme MOBIQUAL 2010 porté par la Société Française de Gérontologie et Gérontologie (SFGG)
- Outils d'aide à l'évaluation interne – Réseau Qualisanté 44

3- Cadre d'exercice de ce rôle (dans cette mission)

Le référent fait partie de l'équipe de soins et exerce sa mission au sein de l'équipe dont il dépend. Il est nommé par le cadre de santé sur la base d'une organisation de service, dans le cadre des recommandations des bonnes pratiques en EHPAD (avec l'accord du résident) de l'entrée à la sortie du résident. La mission peut être exercée en binôme.

4- Formation

Des formations en lien avec l'accompagnement des personnes âgées en institution sont proposées aux référents :

1. Accompagnement et soins des personnes âgées en institution
2. Démence, maladie d'Alzheimer, troubles cognitifs
3. La dépendance
4. Bientraitance
5. Relation d'aide/communication,
6. Projet de vie et projet de soins,
7. Animation...

5 - Délégation

Le référent exerce sa mission en collaboration avec l'infirmière et sous sa responsabilité. Le nombre de résidents dont il a la charge est fonction du secteur où il exerce et aussi de la complexité de la prise en charge. En cas de difficultés, le soignant peut demander à « passer la main », la situation sera explorée avec lui.

**6 - Missions**

- Accueillir et assurer le suivi personnalisé du résident tant sur le plan matériel que relationnel
- Organiser l'accompagnement, être garant de la cohérence de la prise en charge
- Initier et suivre le projet de vie individualisé du résident
- Actualiser le dossier en vue des réunions de synthèse: Plan de soins informatisé, différentes échelles d'évaluation
- Assurer le relais entre le résident, la famille ou le tuteur et l'équipe
- Assurer un suivi des affaires personnelles du résident (besoins, rangement) : vêtements, produits d'hygiène

7 – Connaissances

- 1) Connaissance approfondie de la personne âgée, de l'accompagnement en institution
- 2) Connaissances détaillées du projet de vie individualisé

8 – Savoir - être

- Sens de la communication, aisance relationnelle
- Capacité d'écoute, d'attention et de maîtrise de soi,
- Capacité d'analyse et de synthèse,
- Sens de l'observation, de l'organisation, et des responsabilités,
- Dynamisme
- Diplomatie
- Disponibilité

9 - Evaluation

Cette mission fait partie intégrante de la fonction AS/AMP. Elle est évaluée au décours de l'entretien annuel par le cadre de santé

OUTIL 4

LES MOYENS DE COMMUNICATION

(QualiREL Santé)

Communication institutionnelle		
Destinataires	Message	Exemples de support
• Futurs usagers • Tutelles	• Valoriser la démarche à l'extérieur de l'établissement	• Site internet • Projet d'établissement • Livret d'accueil • Portes ouvertes
• Conseil d'Administration • Conseil de la Vie Sociale • Les autres instances	• Faire connaître la stratégie et les modalités organisationnelles de la démarche	• Projet d'établissement • Livret d'accueil • Temps de réunion • Temps de réunion
• Salariés de l'établissement	• Faire connaître le dispositif organisationnel de la démarche du projet personnalisé	• Livret d'accueil des nouveaux salariés • Projet d'établissement • Temps de présentation pour tout nouvel arrivant • Entretien d'évaluation annuel • Procédure

Communication auprès des salariés		
Destinataires	Message	Exemples de support
Professionnels impliqués dans la prise en charge du résident / usager	• Connaître le projet personnalisé d'un résident / usager, ses objectifs et ses évolutions	• Procédure • Temps de synthèse • Dossier partagé • Transmissions
Professionnels référents	• Connaître le rôle du référent	• Fiche de missions

Communication auprès des usagers et des proches		
Destinataires	Message	Exemples de support
Résidents, usagers	• Définir, échanger et réajuster le projet personnalisé	• Livret d'accueil • Portes ouvertes • Site internet • Document de recueil adapté à la compréhension de la personne accueillie.
Famille, entourage	• Contribuer au projet personnalisé	• Livret d'accueil • Portes ouvertes • Site internet • Document de recueil intégrant les attentes de la famille, l'entourage

OUTIL 5

TABLEAU DE BORD D'INDICATEURS SUR LE PROJET PERSONNALISÉ

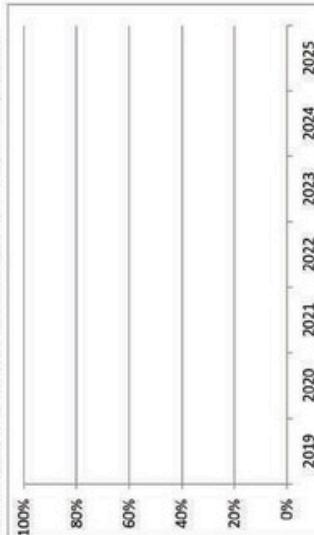
(QualiREL Santé)

TABLEAU DE BORD : INDICATEURS SUR LE PROJET PERSONNALISÉ



Mode de calcul		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Numérateur	Nombre d'usagers présents depuis plus de 6 mois et disposant d'un projet personnalisé et formalisé							
dénominateur	Nombre total d'usagers présents depuis plus de 6 mois							
Indicateur	Taux d'usagers bénéficiant d'un projet personnalisé							

Taux d'usagers bénéficiant d'un projet personnalisé réactualisé



Taux d'usagers bénéficiant d'un projet personnalisé



OUTIL 6

EXEMPLE DE GRILLE DE RECUEIL

(Ehpad : Résidence île Verte)

Accueil d'un nouveau résident



RÉSIDENCE
de l'Île Verte

Nom :
Prénom :
Date d'entrée dans la Résidence :/...../.....
N° Chambre :
Rue :
Référent établissement :

Résidence île Verte
35 rue de l'Île Verte
44320 St Philbert de Grand Lieu
Tel 02 40 78 70 50 /Fax 02 40 78 82 93/ mail : accueil@résidence-ileverte.fr

Guide de remplissage

Le dossier commence par être rempli par M _____ lors de la visite initiale d'établissement lors de la pré-admission.

L'IDE prend le relais lors de l'entrée du résident.

Le référent complète dans les 3 semaines qui suivent l'arrivée dans l'établissement en refaisant une visite d'établissement (salle de culte, de restauration, d'animation, la bibliothèque, le salon de coiffure...). 45 minutes peuvent être accordées pour le faire. Il faut ensuite rentrer les éléments sur les plans de soins.

Le reste des données sera renseigné au fur et à mesure par le reste du personnel, l'animatrice, les veilleuses.

Le dossier ainsi complété est un support à l'élaboration du projet de vie.

Personne Agée	<p>Ressenti du résident face à la vieillesse : <input type="checkbox"/> Très difficile <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Assumé</p> <p>Ressenti du résident face à l'entrée en EHPAD : <input type="checkbox"/> Très difficile <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Accepté(e)</p> <p>Motif de l'entrée en EHPAD : <input type="checkbox"/> Obligation <input type="checkbox"/> Sécurité <input type="checkbox"/> Solitude <input type="checkbox"/> Choix personnel <input type="checkbox"/> Incitation Familiale <input type="checkbox"/> Pré-visite <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Situation particulière <input type="checkbox"/> Connaissance de l'établissement</p> <p>Délai entre l'inscription et l'admission :</p> <p style="margin-left: 20px;">Date de l'inscription : _____ Délai : _____</p> <p>Pourquoi notre EHPAD ? </p>
---------------	--

Matériel à prévoir	<p><input type="checkbox"/> Potence <input type="checkbox"/> Barrière(s)* <input type="checkbox"/> Adaptable <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Les deux</p> <p>Type de matelas : Réhausseur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Besoin d'un fauteuil roulant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Montauban <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Besoin d'un déambulateur ? <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non *Si oui de quel type : _____</p>
--------------------	---

Histoire de Vie	
Naissance	Date : _____ Lieu : _____
Enfance	Lieu de vie : _____ Etudes : _____
Adulte	<p>Lieu de vie : _____ Cadre de vie : <input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> Rural</p> <p>Profession : _____ Profession du conjoint : _____</p> <p>Situation Familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Concubinage</p> <p>Nombre d'enfants : _____ Nombre de petits enfants : _____ Nombre de frères et soeurs : _____</p> <p>Proximité géographique d'au moins un membre de la famille : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Le parent le plus proche géographiquement viendra-t-il régulièrement vous rendre visite ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Sera-t-il votre référent (personne de confiance que vous allez désigner) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>

Personne Agée, avant l'entrée en institution	<p>Ressenti de la famille face à l'entrée : <input type="checkbox"/> Très difficile <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Assumé</p> <p>Condition de vie autrefois: <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Accompagné : _____</p> <p>Animal de compagnie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Type : <input type="checkbox"/> Chien <input type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> Oiseaux <input type="checkbox"/> Poissons <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>Recours antérieurs à des services communautaires :</p> <p><input type="checkbox"/> Service de soins infirmiers <input type="checkbox"/> Portage repas <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> Aide-ménagère</p>
--	--

Vie Sociale	
Activités	<p><input type="checkbox"/> Jardinage <input type="checkbox"/> Télévision <input type="checkbox"/> Loto <input type="checkbox"/> Cinéma <input type="checkbox"/> Chorale <input type="checkbox"/> Cuisine <input type="checkbox"/> Tricot <input type="checkbox"/> Musique, genre : <input type="checkbox"/> journal nom : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lecture, genre : <input type="checkbox"/> journal nom : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Activités manuelles, lesquelles ? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Jeux de société nom : <input type="checkbox"/> Jeux de cartes</p> <p><input type="checkbox"/> Sorties extérieures : <input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> accompagné(e) <input type="checkbox"/> Les deux</p> <p><input type="checkbox"/> Club lequel ? _____</p> <p>Préférence pour les activités : <input type="checkbox"/> De groupe <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Les deux</p> <p><u>Gestion de l'espace de vie</u> :</p> <p>Souhaits par rapport à la chambre : Balayage <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ; Dépoussiérage <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ; Rangement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>

Autre :			
Désirs et attentes en matière d'animation :			
Vie Sociale : <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Inexistante <input type="checkbox"/> Satisfaisante			

Valeurs et Croyances	Religion :		
	Restrictions imposées par la religion :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Si oui lesquelles ?		
	Pratiques religieuses :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Communication / Relationnel / Estime de soi			
Acuité visuelle, auditive Elocution	Audition : <input type="checkbox"/> correcte <input type="checkbox"/> déficiente <input type="checkbox"/> appareillée : <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> les deux		
	Vision : <input type="checkbox"/> correcte <input type="checkbox"/> déficiente <input type="checkbox"/> appareillée		
	Etes-vous malvoyant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Possédez-vous du matériel adapté (téléphone à grosses touches...) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Elocution : <input type="checkbox"/> correcte <input type="checkbox"/> déficiente <input type="checkbox"/> orthophonie <input type="checkbox"/> aphasic		
Supports de communication : <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> sonnette <input type="checkbox"/> support écrit <input type="checkbox"/> ordinateur			
Accès à internet ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

Relations avec	Les résidents ? <input type="checkbox"/> très difficile <input type="checkbox"/> assez difficile <input type="checkbox"/> facile <input type="checkbox"/> très facile		
	La famille ? Etes-vous entouré (e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Les amis ? Etes-vous entouré (e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Le personnel ? <input type="checkbox"/> très difficile <input type="checkbox"/> assez difficile <input type="checkbox"/> facile <input type="checkbox"/> très facile		
	La collectivité ? <input type="checkbox"/> très difficile <input type="checkbox"/> assez difficile <input type="checkbox"/> facile <input type="checkbox"/> très facile		
	Avant votre entrée dans notre résidence connaissiez-vous déjà certaines personnes ? Si oui lesquelles ?		

Estime de soi	Aujourd'hui comment vous percevez-vous ? quelle estime avez-vous de vous-même ?		
	Avez-vous des éléments complémentaires ou événements marquants concernant votre prise en charge ?		

Santé			
Intervenants Médicaux	Médecin généraliste : <input type="checkbox"/>		
	Médecins spécialistes : <input type="checkbox"/>		
	Ophtalmologiste : <input type="checkbox"/>		
	Cataracte : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Autres :		
Date du dernier bilan :			
Surveillance particulière	Dentiste : <input type="checkbox"/>		
	Kinésithérapeute : <input type="checkbox"/>		
	Podologue/Pédicure : <input type="checkbox"/>		
	Allergies/ intolérance ? <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non		
	*Lesquelles ?		
Anticoagulant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Essoufflement ? <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non			
"Si oui : <input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Effort			
Douleurs ? <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non			
"Si oui localisation ?			
Vaccination : <input type="checkbox"/> Tabagisme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Oxygène : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Etat cutané :			
Plaie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Œdème : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Gestion du traitement : <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Par nos soins			
Risque de fugue : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Antécédents et traitements : conférez dossier d'inscription et EPSOINS			

Hygiène corporelle Image de soi Bien-être	Toilette : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> A stimuler <input type="checkbox"/> Dépendant(e)		
	Aide à la douche ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Rasage ? <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> par nos soins		
	Coquetterie / Maquillage :		
Habitudes :			
Seriez-vous intéressé(e) par des soins esthétiques et/ou relaxants ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Quels sont vos souhaits ?			
Avez-vous des produits d'hygiène particuliers ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si oui lesquels ?			
Hygiène buccodentaire :			
Entretien appareillage(s) dentaire(s) : <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Par nos soins			
Habitudes :			
Habilage :			
<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale			
Étes-vous frioleux ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Craignez-vous le soleil ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Possédez-vous des vêtements adaptés (aisance, facile à mettre) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Quelles sont vos particularités ou habitudes vestimentaires ?			
Changement du linge ? <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Par nos soins			

	<p>Continence: Urinaire : <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit Fécale : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> Nuit Se gère seul(e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Etes-vous sujet à la constipation ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non A la diarrhée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Moyens utilisés : <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> Montauban <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Stormie <input type="checkbox"/> Etui Pénien <input type="checkbox"/> Urinal <input type="checkbox"/> Sonde urinaire Protection urinaire <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit Type ?</p>
--	--

Transfert / Déplacement

	<p>Déplacement : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Aide Totale Aide à la marche ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui laquelle ?</p> <p>Prenez-vous les escaliers ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non L'ascenseur ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Risque(s) de chute ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, de vertige(s) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Transfert : Hémiplégie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche Portez-vous une prothèse ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Avez-vous besoin d'une aide au transfert par le personnel soignant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui ? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Moyens utilisés par le personnel pour les transferts si besoin (lève malade, verticaliseur...) : </p>
--	--

Comportement et Troubles

<i>Idees délirantes / Confusion</i>	ABS	FQT	PFS	<i>Irritabilité / Instabilité de l'humeur</i>	ABS	FQT	PFS
<i>Hallucination</i>				<i>Comportement moteur aberrant</i>			
<i>Agitation / Agressivité</i>				<i>Troubles du sommeil</i>			
<i>Dépression / Dysphorie</i>				<i>Troubles cognitifs (espace, temps, amnésie)</i>			
<i>Anxiété</i>				<i>Troubles de l'appétit</i>			
<i>Exaltation de l'humeur / Euphorie</i>				<i>Désorientation</i>			
<i>Aphasie / Indifférence</i>				<i>Déambulation diurne</i>			
<i>Désinhibition</i>				<i>Déambulation nocturne</i>			

Réf : Grille du NPI modifiée (ABS : absent, FQT : fréquent ; PFS : parfois)

Psychologue: oui non Psychiatre: oui non Infirmière Psy: oui non Autre: oui non

Repos / Sommeil

Horaires : Lever :	Coucher :	Sieste :	Où ? <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Lit
Rituels d'endormissement: <input type="checkbox"/> Lumière <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Musique <input type="checkbox"/> Lecture <input type="checkbox"/> Porte : ouverte <input type="checkbox"/> fermée (surlignez mention inutile)			
Qualité du sommeil : <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Assez difficile <input type="checkbox"/> Facile <input type="checkbox"/> Insomnie <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Ronflement <input type="checkbox"/> Réveils nocturnes			
Prise de somnifères ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Horaire de la prise :	Gére : <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Par nos soins	
Autres :			

12

Alimentation / Hydratation

	<p>Régime : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : Texture : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Epaissie <input type="checkbox"/> Mixée <input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> Enrichie <input type="checkbox"/> Fingers Food</p> <p>Troubles de la déglutition ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Besoin d'eau gelée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Habitudes Alimentaires</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Aime :</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">N'aime pas :</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table> <p>Aide au repas ? <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Partielle Habitudes pour le petit déjeuner : <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Lait <input type="checkbox"/> Chocolat <input type="checkbox"/> Thé <input type="checkbox"/> Jus de fruit <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Pain de mie <input type="checkbox"/> biscuits <input type="checkbox"/> Beurre <input type="checkbox"/> Confiture <input type="checkbox"/> Pruneaux <input type="checkbox"/> Yaourt <input type="checkbox"/> Sucre <input type="checkbox"/> Canderel</p>	Aime :	N'aime pas :	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aime :	N'aime pas :																
-	-																
-	-																
-	-																
-	-																
-	-																
-	-																
-	-																

Apport Hydrique	Est-il ? <input type="checkbox"/> Suffisant <input type="checkbox"/> Doit être stimulé <input type="checkbox"/> Faire boire
	Moyens Utilisés : <input type="checkbox"/> Verre à bec <input type="checkbox"/> Matériel ergonomique

OUTIL 7

EXTRAIT D'UN LIVRET D'ACCUEIL INTÉGRANT DES INFORMATIONS SUR LE PROJET PERSONNALISÉ

(Foyer de vie : ADMR-ADES « Les Tournesols »)

Focus sur le projet personnalisé

Afin de prendre en compte les besoins, les attentes et les habitudes de vie de la personne accueillie, l'accompagnement se traduit par la mise en place de **son projet personnalisé**.

Ce projet vise au mieux-être de la personne accueillie et au développement de son autonomie.

Il repose sur la **prise en compte des désirs et des capacités de la personne**. Dans le respect de ses souhaits et de son intimité, **les proches et les partenaires peuvent être impliqués** dans l'élaboration du projet.

L'ensemble des professionnels est disponible et attentif à la situation individuelle de chaque personne accueillie. **Un accompagnant référent est plus particulièrement désigné pour la mise en œuvre du projet**.



OUTIL 8

EXEMPLE D'UN CONTRAT DE SÉJOUR

(Institut d'Education Motrice : Les Œuvres de Pen Bron « IEM de l'Estran »)



Institut d'éducation motrice - Section pour enfants et adolescents polyhandicapés - de L'ESTRAN



02 40 00 75 30



02 40 00 75 32



iem@association-pen-bron.fr

Contrat de Séjour Pictogrammes

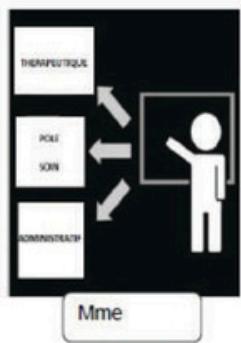


Association des Œuvres de Pen Bron
Reconnue d'utilité publique par décret du 03 juillet 1893
Siège social : 10 rue Gaétan Rondeau CS 86236 44262 Nantes cedex 2

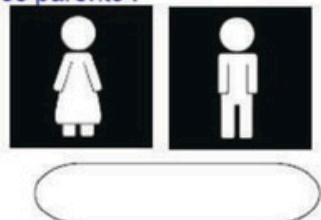
02 40 69 77 48

Avec qui ai-je fait ce contrat de séjour ?

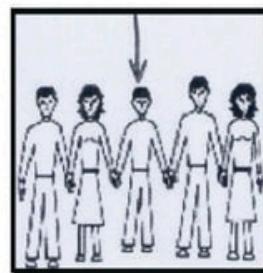
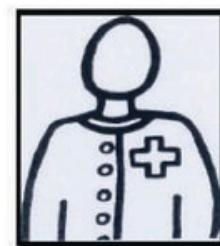
J'ai fait ce contrat avec :



Et avec l'aide de mes parents :

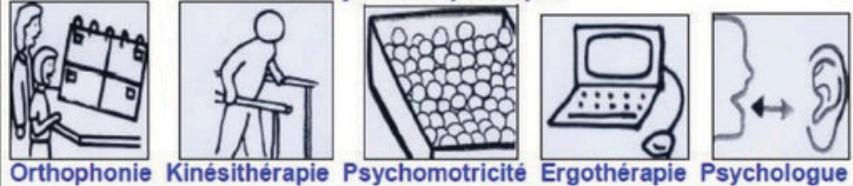


Qu'est ce que l'établissement et moi souhaitons faire pour m'aider à vivre bien ?

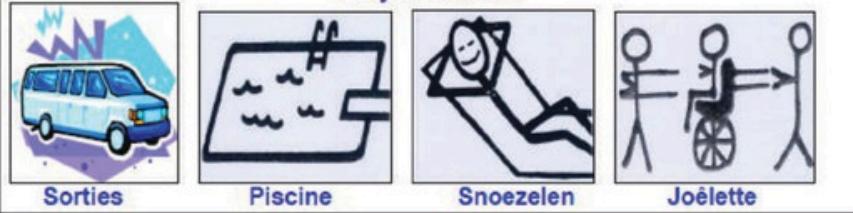


PRESTATIONS

Projet thérapeutique



Projet éducatif



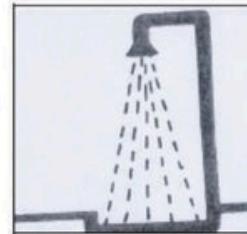
Projet pédagogique



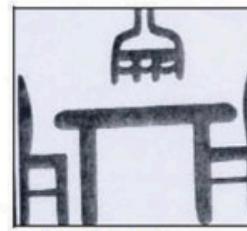
Accompagnement personnalisé



Mon QUOTIDIEN



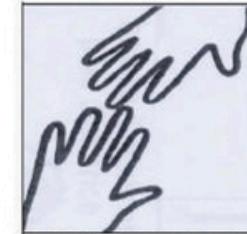
Je me lave



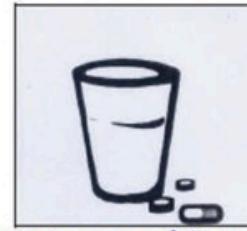
Je mange



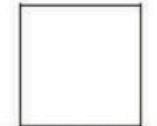
J'aime



Je reçois de l'aide



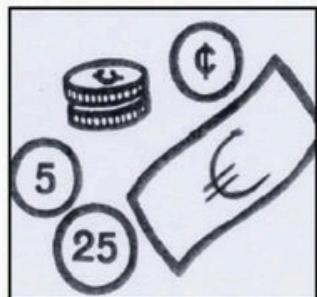
Je prends mes médicaments



Je n'aime pas

Je prends mes repas dans la
salle à manger de

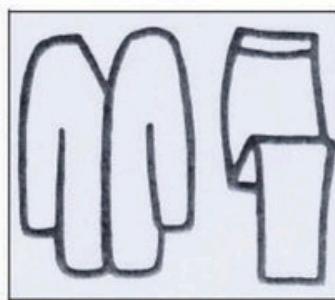
J'AI BESOIN D'ARGENT



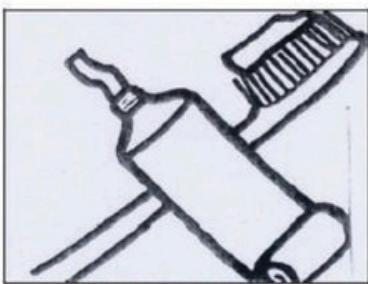
POUR :



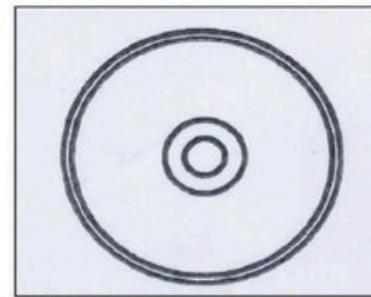
Aller chez le coiffeur



Acheter des vêtements



Me laver les dents



Ecouter mes chansons

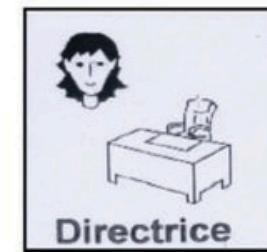
CONTRAT DE SEJOUR

Usager

Mon papa



Ma maman



Directrice

Remis le 25/07/2014

SIGNATURES

Ce contrat de séjour est conclu

Entre Moi :

mon papa ma maman Directrice IEM :



Mme

OUTIL 9

EXEMPLE DE LISTE DES POINTS À ABORDER

(Ehpad : Résidence Bon Accueil)

(Etablissement accueillant des enfants sourds,
malentendants ou présentant des troubles
du langage : Institut Public La Persagotière)



Liste des points à aborder pour le projet personnalisé

Cadre de vie du résident

→ Le résident doit se sentir chez lui et en sécurité

- Souhaits du résident
 - Décoration de la chambre
 - Ameublement de la chambre
 - Photos et souvenirs du résident
 - Matériel (adaptable, barrière, barre d'appui, fauteuil adapté, meuble protégé...)
 - Linge
 - Sortie extérieure
- ...

Confort du résident

→ Permettre au résident de maintenir ou améliorer son autonomie le plus longtemps possible

- Souhait du résident
 - Mobilité – équipement à la mobilité
 - Prévention risque de chute
 - Aide à la toilette
 - Aide à l'habillage
 - Aide à l'alimentation et à l'hydratation
 - Aide aux gestes de la vie quotidienne
 - Intervention de la famille
- ...

Famille/Amis du résident

→ Préserver et favoriser le contact avec sa famille et ses amis

- Souhait du résident
 - Aide pour contacter par téléphone ou par écrit sa famille/ses amis
 - Rôle dans la vie du résident (importances et difficultés)
 - Implication dans la résidence
 - Visites
- ...

Assurer le suivi médical et paramédical du résident

→ Harmoniser les pratiques pour correspondre au mieux à la demande et au bien-être du résident

- Souhait du résident
- Gestion de la prise en charge du traitement
- Séances de mobilisations et de rééducation – kiné
- Séances de rééducation – orthophoniste
- Suivis des régimes par la diététicienne
- Suivis externes par des médecins spécialistes
- ...

Assurer le bien-être psychologique du résident

→ Harmoniser les pratiques pour correspondre au mieux à la demande et au bien-être du résident

- Souhait du résident
- Suivi par la psychologue
- Evaluation et réévaluation cognitive par la psychologue et/ou par un spécialiste de la mémoire
- Participation à des ateliers mémoire
- Participation à des activités de stimulation pour les résidents de l'Upad
- ...

Activités et animations souhaitées par le résident

→ Laisser libre le résident de choisir les activités et les animations qui lui plaisent

- Souhait du résident
- Proposer régulièrement au résident les différentes animations
- Participation aux animations (les nommer).
- Souhaits du résident pour de nouvelles animations
- Activités dans sa chambre
- ...

TRAMES D'ENTRETIEN POUR LE PREMIER CONTACT

Premier entretien avec le jeune

Présentation équipe, dispositif

- Quelle est la situation actuelle du jeune ?
- Quels sont ses centres d'intérêt, ses loisirs ?
- Quels sont ses points forts, ses habiletés, ses potentialités ?
- Quelles sont les responsabilités qui lui sont confiées par à la maison ou par son environnement ?
- Quelles sont ses limites, ses points faibles ?
- Qu'est-ce qui a fonctionné auparavant, ce qui lui a déplu ?
- Quelle est son autonomie dans les transports, et au quotidien ?
- Quels sont les accompagnements en cours ?
- Quel est l'environnement familial ?
- Vie sociale / Existe-t-il un réseau de soutien social sur lequel s'appuyer ? (Les aidants et partenaires potentiels)
- Quel est son projet professionnel ?
- S'il en a, quelles sont ses expériences de travail ?
- Ses souhaits, ses attentes par rapport au dispositif
- Ses « rêves » : de formation, professionnels, de loisirs, de résidence ...
- Les ressources qui existent dans l'environnement qui seraient à développer pour réaliser ses « rêves ».

Echanges avec l'équipe, possibilité d'être en lien avec différents membres, réflexion du jeune avec sa famille sur sa situation actuelle, ses objectifs et les moyens souhaités pour les atteindre, réflexion que nous menons en parallèle en équipe puis rencontre pour évoquer cela et s'arrêter sur un projet, qui pourra évoluer en cours d'accompagnement.



EXEMPLE DE DOCUMENT « PROJET PERSONNALISÉ »

(CEAS de Mayenne)



Conférence de territoire – Délégation territoriale de la Mayenne – Agence régionale de santé
avec la valorisation de l'expérience de l'association Robida (Port-Brillet)



Support-type d'un projet personnalisé en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Novembre 2014

Centre d'étude et d'action sociale (CÉAS) de la Mayenne

6, rue de la Rouillière – 53000 Laval – Tél. 02 43 66 94 34 – Mél. ceas53@orange.fr – Site Internet : www.ceas53.org
SIRET 317 001 386 00034 – APE 9499Z – Association déclarée le 28 juin 1978, parue au *Journal officiel* du 17 et 18 juillet 1978
Déclaration d'activité de formation professionnelle enregistrée sous le numéro 525 300 099 53 auprès du préfet de *région des Pays de la Loire*
N° d'habilitation Anesm : H2010-07-480

Projet personnalisé

Nom et prénom du résidant :

Date d'entrée :

Nom du professionnel ayant initié le projet personnalisé et fonction :

Le résidant est-il d'accord pour que ses souhaits et attentes soient notés et retranscrits dans le projet personnalisé ?

Oui Non Sans avis

Photo

Modalités mises en œuvre pour élaborer le projet personnalisé (ex. présentation de la démarche au résidant ; date, lieu et durée de l'entretien ; participants et date de la réunion institutionnelle d'échanges sur le projet, etc.) :

- *Le 12 janvier, le référent de M. X lui a expliqué ce qu'est un projet personnalisé. Ils ont convenu de se revoir le lendemain pour le recueil des souhaits. M. X doit y réfléchir.*
- *Le 13 janvier, M. X a reçu son référent dans son logement et il lui a fait part de ses souhaits. L'entretien a duré trente-cinq minutes.*
- *Le 19 janvier, à l'occasion d'une réunion d'équipe, le référent de M. X a présenté le projet personnalisé dans une version provisoire. Les collègues ont formulé quelques remarques et suggestions qui vont être prises en compte. Il y a eu débat sur le projet 1.3, mais la Direction a tranché.*
- *Le 20 janvier, à la salle de réunion, M. X, sa petite-nièce (à la demande du résident), son référent et le directeur de l'Ehpad se sont réunis pour la présentation du projet personnalisé.*

Année en cours : co-construction du projet personnalisé

1) Attentes du résidant, et/ou du représentant légal, et/ou de la personne de confiance

Attentes exprimées		Spontanée	Suggérée à l'entretien	Observations des professionnels (analyse des besoins, moyens à mobiliser...)
Projet 1.1	« Je voudrais aller au bord de la mer ».	X		Voir avec l'équipe d'animation si d'autres résidants sont intéressés, auquel cas cela pourrait devenir un projet collectif. Sinon, voir si un familier du résidant peut répondre à ce souhait, ou bien un bénévole de l'association. S'assurer qu'il n'y a aucune contre-indication médicale. Référent : animateur.
Projet 1.2	« Je ne pourrais pas être dans une chambre juste à côté de Mme Y ? »	X		Voir avec Mme Y si cela correspond également à un souhait de sa part. Le cas échéant, à l'occasion des départs, explorer toutes les opportunités possibles pour répondre à ce souhait. Tenir M. X et Mme Y au courant des initiatives prises et des contraintes rencontrées jusqu'à ce qu'une solution soit possible. Référent : adjoint des cadres en charge des admissions.
Projet 1.3	« Je voudrais que les "filles" me tutoient et m'appellent par mon prénom ».	X		Cette demande a suscité beaucoup de débats en équipe. Certains étaient favorables pour respecter la demande de M. X, mais d'autres y étaient défavorables, donnant une importance majeure à ce que tous les professionnels adoptent la même attitude auprès de tous les résidants sans exception. La Direction a tranché dans ce sens. M. X a déclaré ne pas comprendre, mais il va respecter les décisions de la Direction.

2) Attentes exprimées par les familiers (le cas échéant)

Attentes des familiers		Accord ou non du résidant	Observations des professionnels (analyse des besoins, moyens à mobiliser...)
Projet 2.1	« <i>On sait que papa a mis de côté un costume qu'il souhaite porter quand il sera décédé. Mais il n'en est pas question ! Ce costume est usagé et n'est plus à la mode</i> »... (courrier adressé par Mme W et M. Z, enfants du résidant).	M. X confirme les volontés qu'il avait déjà exprimées.	Les volontés exprimées par le résidant sont formalisées dans son dossier. Demander au psychologue de rencontrer les enfants pour leur expliquer que les volontés de leur père doivent être respectées. Qu'au cas contraire, les soignants le vivraient très mal car leur père a beaucoup insisté sur ce point. Éventuellement, il y aura la possibilité de mettre un drap pour dissimuler un peu le costume. Si le désaccord persiste, envisager de recourir à une médiation externe (association de résidants et de leurs familles, association d'accompagnement de la fin de vie, délégation territoriale de l'ARS ou Conseil général...). Référent : psychologue.
Projet 2.2			
Projet 2.3			

3) Projets résultant d'une analyse des besoins par les professionnels

Constats par les professionnels		Accord ou non du résidant	Observations des professionnels (analyse des besoins, moyens à mobiliser...)
Projet 3.1	M. X semble avoir quelques difficultés à entendre. L'inciter à consulter un spécialiste car il y a peut-être une cause qui l'explique et pour laquelle une solution est possible. M. X n'est pas trop décidé.	Accord de M. X lors de l'entretien de co-décision du projet personnalisé.	Solliciter M. X pour qu'il prenne rendez-vous avec le spécialiste de son choix. L'aider si nécessaire, ou prendre directement rendez-vous, mais en sa présence. Référent : infirmier coordinateur.
Projet 3.2	M. X va fêter ses 90 ans le 1 ^{er} avril 2015. Toute sa famille est dispersée dans la France entière, voire dans le monde entier. M. X souhaiterait-il organiser une fête à cette occasion et revoir en particulier ses petits-enfants et arrière-petits-enfants ?	M. X a exprimé son enthousiasme.	M. X a une petite-nièce qui est très proche de lui. Il est d'accord pour lui en parler. Voir avec sa petite-nièce si elle peut se charger de contacter toute sa famille et d'organiser cette fête. La résidence pourrait mettre à disposition sa salle des fêtes et se charger du repas. Référent : petite-nièce / animateur.
Projet 3.3	Jusqu'à présent, M. X est autonome pour sa toilette quotidienne. Il prend un bain une fois par mois. Une aide-soignante (généralement toujours la même) l'aide à entrer dans la baignoire et à en sortir. Elle veille à ce que tout se passe bien. L'équipe soignante a suggéré qu'il puisse prendre une douche au moins une fois par semaine et qu'une aide-soignante l'aide un peu pour sa toilette quotidienne.	M. X oppose un refus catégorique.	Prendre une douche n'est pas dans ses habitudes... L'équipe soignante respectera la volonté de M. X dès lors que cela ne remet pas en question son bien-être et sa santé, et que cela ne pose pas de problème dans la vie en collectivité.

Année en cours : co-décision

Modalités de contractualisation

- Restitution orale et contractualisation du projet personnalisé :

Participants (nom et prénom, fonction) : *M. X, résidant*

Petite-nièce (à la demande de M. X)

Référent

Directeur

- Commentaires du résidant :

M. X déclare que si tout cela est fait, ce sera « formidable »

.....

- Commentaires du représentant légal, et/ou de la personne de confiance, et/ou des familiers :

Pour le projet 1.1, la petite-nièce de M. X précise que s'il est difficile d'organiser un voyage collectif au bord de la mer, elle pourra y emmener son grand-oncle.

.....

- Commentaires de l'établissement :

.....

.....

Projets retenus (classement selon la priorité accordée)

Priorité	Projets retenus	Calendrier prévisionnel	Référent(s)
3	Voyage au bord de la mer.	Juin à septembre.	Animateur.
2	Emménagement à proximité de Mme Y.	Si souhait également de Mme Y, en fonction des opportunités.	Adjoint des cadres en charge des admissions.
4	Respect des volontés de M. X à son décès.	Rencontre avec les enfants au premier trimestre.	Psychologue.
5	Consultation auprès d'un ORL.	Premier trimestre.	Infirmier coordinateur.
1	Fête pour les 90 ans de M. X.	Seconde quinzaine d'octobre.	Petite-nièce / animateur.

Signature du projet personnalisé

Date

Signature du résidant
et/ou du représentant légal

Signature du professionnel référent

Signature du directeur
(ou représentant)

Année n+1 : co-évaluation du projet personnalisé

(à renseigner lors de l'entretien annuel et/ou au fur et à mesure de la réalisation des projets)

Rappel du projet		Évaluation par le résidant (et/ou représentant légal – et/ou familiers)	Évaluation par les professionnels
Projet 1.1	Voyage au bord de la mer.	« <i>C'est beau</i> »... « <i>Je suis super-content</i> ».	Voyage collectif organisé début septembre (six résidants). Grand moment de bonheur pour les participants. Souhait d'y retourner l'année prochaine... si possible dans un autre endroit à découvrir.
Projet 1.2	Emménagement à proximité du logement de Mme Y.	« <i>Cela ne nous empêche pas de nous voir dans la journée, mais ce serait mieux quand même</i> ».	Mme Y n'était pas forcément demandeuse au départ, mais elle l'est plus dorénavant. L'adjoint des cadres s'est préoccupé de la question à chaque sortie, mais il n'y a pas eu d'opportunités. M. X et Mme Y ont été systématiquement informés. Objectif à maintenir.
Projet 2.1	Respect des volontés de M. X à son décès.	« <i>Je peux quand même savoir ce que je veux. C'est bien à moi de décider ?</i> »	Le psychologue a rencontré les enfants, mais il est difficile de leur faire prendre conscience de l'importance du respect des volontés de M. X. Au sein de l'établissement, il y a consensus sur le fait de privilégier les volontés de M. X.
Projet 3.1	Consultation auprès d'un ORL.	« <i>C'est bien pour vous faire plaisir... S'il n'y avait que moi</i> »...	Le rendez-vous est pris. M. X souhaite qu'on l'accompagne.
Projet 3.2	Fête pour les 90 ans de M. X.	« <i>J'ai été très heureux de voir tous mes petits-enfants et arrière-petits-enfants. La plupart ne se connaissaient même pas entre eux !</i> »	La fête s'est parfaitement déroulée. La quasi-totalité de la famille de M. X était présente. Le résidant évoque déjà la fête pour ses 95 ans...

NOTES PERSONNELLES

STRUCTURES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉLABORATION DU GUIDE

Travaux réalisés en 2014 dans le cadre du groupe de travail « sur le Chemin des Attentes des usagers : le Projet Personnalisé (CAP) » QualiREL Santé.



- Chef de projet : Elise MERLET DUFAY (Chargée de missions)
- Personne ressource : Noémie TERRIEN (Coordonnateur Responsable)
- Personne responsable de la mise à jour V2019 : Marion LUCAS (Chargée de missions)



Structures ayant participé à la construction de ce livret :



- Institut Public La Persagotière représenté par Françoise Guillouard (Enseignante spécialisée) et Violaine Galant (Référente Qualité)



- IEM de l'Estran représenté par Michel Gautron (Cadre éducatif)



- Hôpital Intercommunal du Pays de Retz représenté par Marie-Paule Marié (Directeur des Soins) et Stéphanie Mariot (Cadre de santé)



- Résidence Ile Verte représentée par Flore Bassoni-Léchenault (Psychologue)



- Résidence Bon Accueil représentée par Stéphanie Challet (Psychologue) et Claudine Biret (IDE référente)



- Résidence Les Cheveux Blancs représentée par Mary-Claude Larquier-Laplace (IDE coordinatrice) et Chrystelle Séjourne (IDE)



- Résidence Les Jardins du Vert Praud représentée par Katia Rabillaud (IDE coordinatrice)



- AIMR - Résidence Les Hauts de Saint Aignan représentée par Marine Veres (Gouvernante)



- ADMR-ADES représentée par Angèle Matine (Chargée de missions Qualité)



- Centre d'Etude et d'Action Sociale de la Mayenne représenté par Claude Guioullier.

RÉFÉRENCES

Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Services sociaux et Médico-sociaux (Anesm), *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Paris : Anesm, 2008. 46 p.

Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Services sociaux et Médico-sociaux (Anesm), *Analyse documentaire relative à l'accueil et au projet personnalisé en Ehpad*. 2011. 58 p.

Agence Régionale de Santé (ARS), *Accompagnement personnalisé en Ehpad - Etat des lieux des pratiques - perspectives et recommandations*. Nantes : ARS, 2011. 28 p.

VAUCHEZ Jean-Marie. *Le projet personnalisé, fondements juridiques*. Institut européen psychanalyse et travail social : 2008. 8 p.

Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS). *Le dossier de la personne accueillie ou accompagnée*. Recommandations aux professionnels pour améliorer la qualité. Dicom : 2007. 60 p.

Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique & de la Qualité en Aquitaine (CCECQA). *Pratiques d'accompagnement personnalisé dans le secteur médico-social en région Aquitaine*. 2010. 8 p.

Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
[Disponible à l'adresse : <http://www.legifrance.gouv.fr>. (accès le 04/03/13)]

Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

[Disponible à l'adresse : <http://www.legifrance.gouv.fr>. (accès le 04/03/13)]

Anesm, *Fiche-repère personnes âgées : le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement*. Paris : Anesm, Août 2018. 23 p.

Haute Autorité de Santé (HAS), *Fiche-repère : l'adaptation du projet personnalisé aux personnes atteintes de maladies neurodégénératives et accompagnées au domicile* Paris : HAS, 2019. 21 p.

Guide HAS : « Modèle de plan personnalisé de coordination en Santé », Juillet 2019



Siège social

5, allée de l'Île Gloriette
44093 Nantes Cedex 1
02 40 84 69 30
contact@qualirelsante.com



Antenne d'Angers

Bâtiment Linéo, 7ème étage
4, rue Fulton 49000 Angers

Antenne de Nantes

Hôpital Saint-Jacques
85, rue Saint-Jacques, 44093 Nantes Cedex 1

Suivez-nous sur :   @QualirelSante



En savoir plus sur nos activités : www.qualirelsante.com