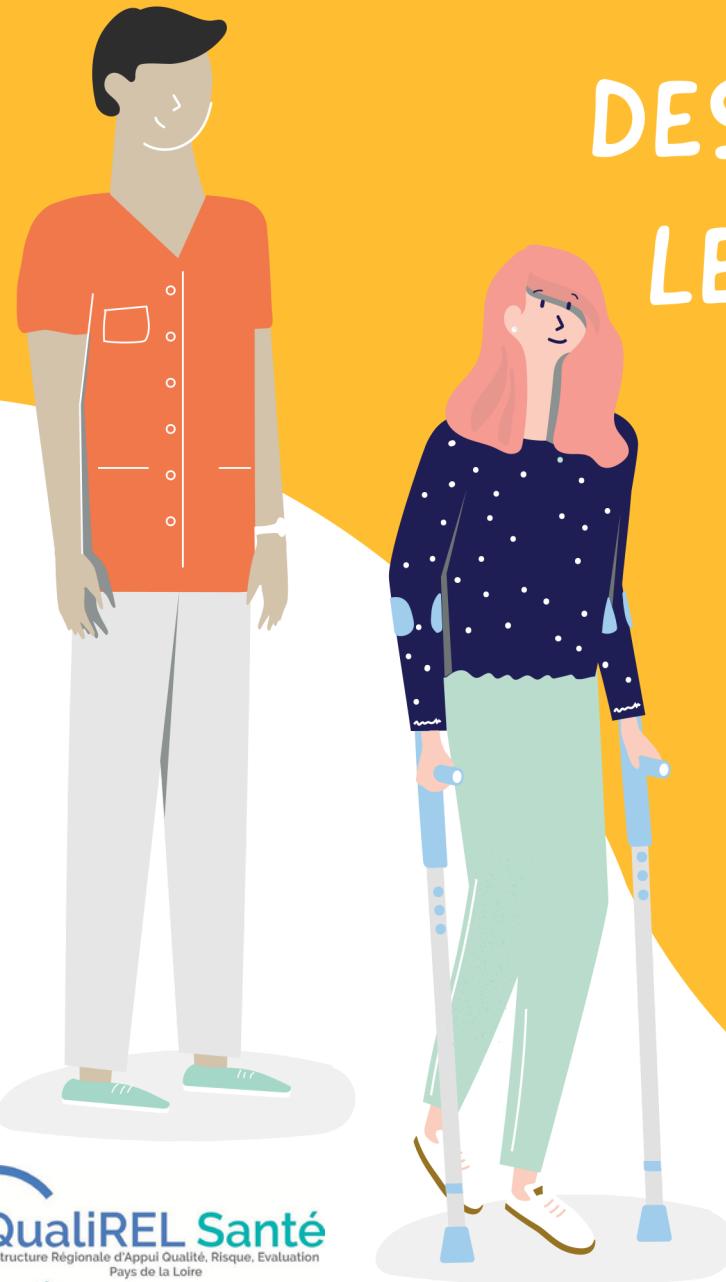


# SUR LE CHEMIN DES ATTENTES DES USAGERS, LE PROJET PERSONNALISÉ



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

Édition 2025

SSIAD – SAD



# LEXIQUE ET SOMMAIRE

# LEXIQUE

## **ANESM**

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

## **DIPC**

Document Individuel de Prise en Charge

## **HAS**

Haute Autorité de Santé

## **IDE**

Infirmière Diplômée d'Etat

## **EPP**

Évaluation des Pratiques Professionnelles

## **SAD**

Service d'Aide à Domicile

## **SRA**

Structure Régionale d'Appui

## **SSIAD**

Service de Soins Infirmiers À Domicile

## **SPASAD**

Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile

## **ARS**

Agence Régionale de Santé

## **MOOC**

Massive Open Online Course



# SOMMAIRE



<b>INTRODUCTION</b>	<b>9</b>	
<b>POINTS CLÉS DE LA RECOMMANDATION DE L'ANESM</b>	<b>13</b>	
<b>I - L' ORGANISATION ET LA PLANIFICATION DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ</b>	<b>15</b>	
A. LES PRÉ-REQUIS	17	
B. LE DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL	18	
<b>II - LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ</b>	<b>21</b>	
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	
<b>III - L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ</b>	<b>31</b>	
A. LE RAPPORT DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE	33	
B. LES OUTILS DE COMMUNICATION DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION	33	
<b>IV - POUR ALLER PLUS LOIN : DES EXEMPLES D'OUTILS ASSOCIÉS</b>	<b>35</b>	
Outil n°1 : Document-support pour l'élaboration du Projet Individualisé d'Aide, d'Accompagnement et de Soins de la personne prise en charge	37	
Outil n°2 : Paragraphe type sur le Projet personnalisé à insérer dans le DIPC	42	
Outil n°3 : Protocole Réunion d'analyse sur le projet personnalisé de la personne accompagnée	43	
Outil n°4 : Exemple de Compte rendu réunion hebdomadaire SSIAD	45	
Outil n°5 : Affiche sensibilisation sur la démarche du projet personnalisé auprès des professionnels	47	
Outil n°6 : Flyer de sensibilisation sur la démarche du projet personnalisé auprès des usagers	48	
Outil n°7 : Jeu « Qui veut devenir expert du projet personnalisé en SSIAD ? »	49	
Outil n°8 : Fiche de missions du référent Projet Personnalisé	50	
Outil n°9 : Exemple d'objectifs d'accompagnement : projet personnalisé	52	
Outil n°10 : Outil de suivi des dossiers personnalisés au sein de son établissement	58	
<b>NOTES PERSONNELLES</b>	<b>60</b>	
<b>STRUCTURES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉLABORATION DU GUIDE</b>	<b>61</b>	
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>61</b>	



# 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, 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 61](#)), 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 », et des **Travaux de la Communauté de Pratiques des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)** ([page 61](#)) animé par QualiREL Santé sur cette thématique dans ce secteur. Ces derniers ont fait l'objet d'une version spécifique de ce guide, qui vous est présentée ci-dessous.

## 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](http://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](http://www.qualirelsante.com)).

Ce guide vise à accompagner les Services de Soins Infirmiers à Domicile souhaitant mettre en oeuvre et faire vivre le projet personnalisé au sein de leur structure, ou tout simplement améliorer une démarche déjà existante.

### You 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<sup>(1)</sup> 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 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.

<sup>(1)</sup> Points clés issus du groupe de travail « Projet Personnalisé » du Réseau QualiSanté (2014)



# 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"> <li>• Inscrire la démarche du projet personnalisé dans le projet d'établissement</li> </ul>	• Équipe de direction	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet d'établissement intégrant la dimension du projet personnalisé</li> </ul>	Voir exemple dans le guide EHPAD/ Handicap
Formaliser la démarche	• Avant la mise en oeuvre opérationnelle du projet personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formaliser la démarche au sein de l'établissement</li> <li>• Formaliser le système d'informations</li> <li>• Désigner des référents</li> <li>• Rédiger les fiches de missions du référent</li> </ul>	• Groupe de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure du projet personnalisé</li> </ul>	Voir exemple dans le guide EHPAD/ Handicap
Communiquer l'information		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser l'information auprès de l'ensemble des professionnels</li> <li>• Organiser l'information auprès des usagers</li> </ul>	• Groupe de pilotage • Référents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiche de missions du référent</li> <li>• Moyens de communication propres à la structure</li> </ul>	Voir exemple dans le guide EHPAD/ Handicap Outil 5 - p.47 Outil 6 - p.48 Outil 7 - p.49
Suivre des indicateurs		• Mettre en place des indicateurs de suivi (nombre de projets personnalisés formalisés, réévalués...)	• Groupe de pilotage	• Tableau de bord	Voir exemple dans le guide EHPAD/ Handicap Outil 10 - p.58

## 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](http://www.qualirelsante.com)

Cet outil est disponible sur la plateforme eFORAP.

The screenshot shows the eFORAP platform interface. At the top, there is a header with the QualiREL logo and the title "DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL SUR LE PROJET PERSONNALISÉ". Below the header, there are two sections: "Objectifs du diagnostic organisationnel" and "Quels sont les pré-requis pour utiliser cet outil?". The "Objectifs" section lists the purpose of the diagnostic, including creating a first state of the organization, identifying strengths and weaknesses, and measuring progress. The "Pré-requis" section provides instructions for using the tool, mentioning it requires the project to be underway and providing a protocol for evaluation. At the bottom, there are two numbered steps: 1) "Réalisez votre évaluation" (with an icon of hands typing on a keyboard) and 2) "Consultez la synthèse des résultats" (with an icon of a person looking at a document). A note below step 2 states: "Saisir les données recueillies sur la plateforme eFORAP sur [www.qualirelsante.com](http://www.qualirelsante.com). A 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).

## 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 oeuvre 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 semble être le meilleur dispositif à mettre en place et nécessite parfois l'évolution du système d'information existant.

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 <b>en cours ou achevée</b>
En grande partie	Réflexion menée Définition / formalisation terminée Mise en oeuvre <b>amorcée</b>
Partiellement	Réflexion <b>amorcée</b> Définition / formalisation <b>amorcée</b>
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
A la conception du projet d'accompagnement personnalisé ? (du recueil des attentes jusqu'à la définition des objectifs)	✓	✓	✓	✓
A la mise en oeuvre du projet d'accompagnement personnalisé ? (la mise en oeuvre des objectifs)	✓	✓	✓	✓
A l'évaluation du projet d'accompagnement personnalisé ? (la discussion autour des objectifs et le réajustement de ces derniers)	✓	✓	✓	✓

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



# LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ



## A. LES ÉTAPES

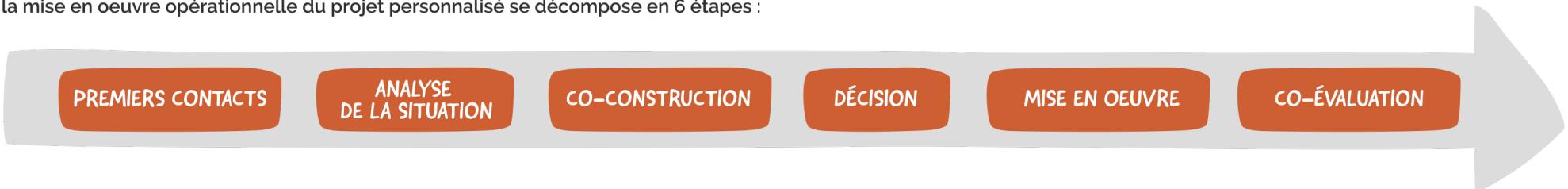
Premiers contacts  
Co-construction  
Mise en oeuvre  
Co-évaluation  
Pour résumer

## B. L'OUTIL D'ÉVALUATION SUR DOSSIER

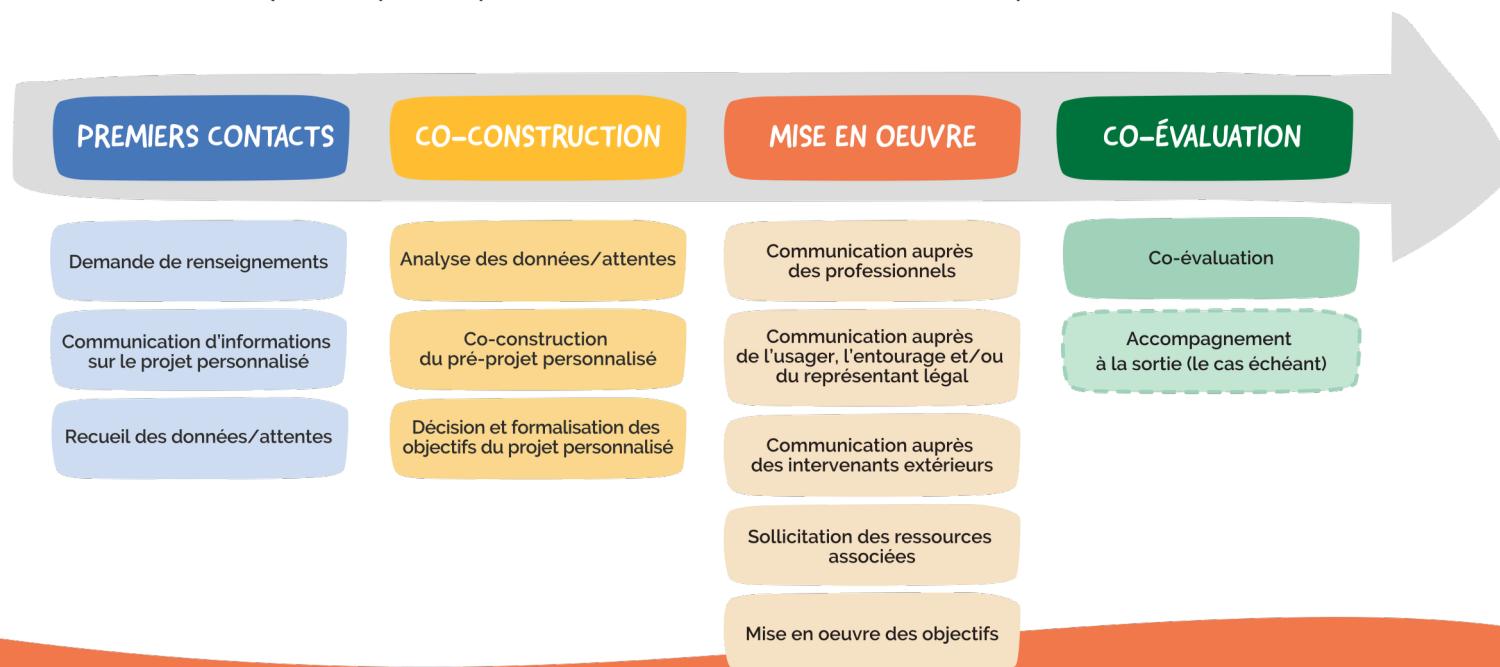
## II – LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ

### A. LES ÉTAPES :

Selon la recommandation de Bonnes Pratiques de l'Anesm sur « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (2018), 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
Demande de renseignements	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lors de la 1ère prise de contact</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Par contact téléphonique</li> <li>Par contact physique</li> <li>Par contact informatique</li> </ul>	<p>Qui fait la demande :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usager et/ou aidant</li> <li>Professionnels extérieurs</li> </ul> <p>Qui reçoit la demande :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Accueil/administration SSIAD/ SPASAD</li> <li>Infirmière coordinatrice</li> <li>Responsable de secteur (si SPASAD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Outil n°1* : Document-support pour l'élaboration du Projet Individualisé d'Aide, d'Accompagnement et de Soins de la personne prise en charge (pages 1 et 2)</li> </ul>	p.37
Communication d'informations sur le projet personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendant la rencontre de pré-admission / admission</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Par entretien physique avec l'usager et/ou aidant sur le lieu de vie (domicile, hôpital,...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usager</li> <li>Infirmière coordinatrice</li> <li>CLIC</li> <li>Référent pressenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dossier administratif</li> </ul>	
Recueil des données/attentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avant ou après la validation du dossier</li> <li>Lors de la visite à domicile</li> <li>Lors de la rencontre de pré-admission</li> <li>Après une première prise en charge</li> <li>Tout au long du séjour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Par temps d'échanges</li> <li>Par temps d'observation</li> <li>Par étude du dossier d'admission</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usager et/ou aidant</li> <li>Equipe soignante</li> <li>Référent pressenti ou identifié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Processus d'appel pour les personnes à l'accueil</li> <li>Livret d'accueil</li> <li>Document Individuel de Prise en Charge (DIPC)</li> <li>Outil n°2* : Paragraphe type sur le projet personnalisé à insérer dans le DIPC</li> </ul>	p.42

\* disponible dans ce guide

# 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"> <li>De l'admission à 1 mois, pendant les temps de transmissions en équipe ou un temps de réunion dédié (1h/semaine)</li> <li>De l'admission à 1 mois, pendant les temps de transmissions en équipe ou un temps de réunion dédié (1h/semaine)</li> <li>Dans les suites immédiates de la co-construction du pré-projet personnalisé pendant les temps de transmissions en équipe ou un temps de réunion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps d'échanges avec la personne et analyse en équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnelle</li> <li>Rédaction du pré-projet</li> <li>Temps d'échanges avec l'usager et/ou son représentant légal</li> <li>Présentation des objectifs et ajustements possibles selon les échanges avec l'usager</li> <li>Par temps d'échanges</li> <li>Traçabilité de l'accord ou du refus de l'usager</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Référent Aide-Soignant</li> <li>Professionnels internes</li> <li>Si besoin, professionnels externes à la structure (CLIC, médecin, SAD, IDE libéral, services de l'hôpital, équipes mobiles, réseaux de santé...)</li> <li>Référent</li> <li>Professionnels</li> <li>Usager</li> <li>Un professionnel du service ou le référent</li> <li>Usager</li> <li>Un professionnel du service ou le référent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Outil n°1* : Document-support pour l'élaboration du Projet Individualisé d'Aide, d'Accompagnement et de Soins de la personne prise en charge (pages 3 et 4)</li> <li>Outil n°3* : Protocole réunion d'analyse sur le projet personnalisé de la personne accompagnée</li> <li>Outil n°4* : exemple de compte rendu réunion hebdomadaire SSIAD</li> <li>Outil n°9* : Exemple d'objectifs en lien avec le DIPC et le projet personnalisé</li> </ul> <p>p.37</p> <p>p.43</p> <p>p.45</p> <p>p.52</p>

\* disponible dans ce guide

## \* 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.

PREMIERS CONTACTS

CO-CONSTRUCTION

MISE EN OEUVRE

CO-ÉVALUATION

# MISE EN ŒUVRE

QUOI ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI ?	OUTILS RESSOURCES PAGE
Communication auprès des professionnels	• Après formalisation et validation du projet personnalisé	• Temps d'informations (transmises) • Traçabilité de l'information délivrée	• Référent • Professionnels internes • Si besoin, professionnels externes à la structure	• Moyen de communication propre à la structure
Communication auprès de l'entourage et/ou du représentant légal	• Après formalisation et validation du projet personnalisé • Après accord de l'usager	• Temps de synthèse en équipe • Rédaction du pré-projet	• Référent et/ou représentant légal • Professionnels du service	• Outil n°5* : Affiche sensibilisation à la démarche du projet personnalisé auprès des professionnels  p.47
Communication auprès des intervenants extérieurs	• Après formalisation et validation du projet personnalisé • Après accord de l'usager	• Par temps d'échanges • Rédaction du projet • Traçabilité de l'accord ou du refus de l'usager	• Professionnels externes à la structure	• Outil n°6* : Flyer sensibilisation à la démarche du projet personnalisé auprès des usagers  p.48
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 (professionnels externes à la structure (CLIC, médecin, SAD, IDE libéral, services de l'hôpital, équipes mobiles, réseaux de santé...))	• Outil n°7* : Qui veut devenir expert du projet personnalisé en SSIAD  p.49
Mise en oeuvre des objectifs		• En encourageant la personne • Temps d'accompagnement • Temps de suivi et de réajustement • Traçabilité des actions		• Logiciel de soins

\* disponible dans ce guide

# CO-ÉVALUATION

QUOI ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI ?	OUTILS RESSOURCES PAGE
Co-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une fois par an au minimum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps de recueil des données auprès des intervenants du projet</li> <li>• Temps de synthèse</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps d'échanges avec l'usager</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps d'échanges avec l'usager</li> <li>• Temps d'échanges avec les professionnels de la structure d'accueil</li> <li>• Traçabilité de la transmission des informations</li> <li>• Transmission du dossier</li> <li>• Traçabilité de l'accord de l'usager</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recueil des souhaits liés à la fin de vie</li> <li>• Intervention de professionnels externes (HAD, Equipe Mobile de Soins Palliatifs...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référent</li> <li>• Personnes concernées par le projet personnalisé</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Référent</li> <li>• Usager</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Référent</li> <li>• Usager et/ou représentant légal</li> <li>• Personnes concernées par le projet personnalisé</li> <li>• Professionnels de la structure d'accueil</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Référent</li> <li>• Usager et/ou personne de confiance</li> <li>• Personnes concernées par le projet personnalisé</li> <li>• Professionnels externes à la structure</li> </ul>	<p>• Document « Projet personnalisé »</p> <p>Voir exemple dans le guide EHPAD/ Handicap</p> <p>Outil 1 - p.37</p>
Accompagnement à la sortie (le cas échéant)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si possible, au moins un mois avant le transfert vers une autre structure</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lors d'une situation de fin de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps d'échanges avec l'usager</li> <li>• Temps d'échanges avec les professionnels de la structure d'accueil</li> <li>• Traçabilité de la transmission des informations</li> <li>• Transmission du dossier</li> <li>• Traçabilité de l'accord de l'usager</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recueil des souhaits liés à la fin de vie</li> <li>• Intervention de professionnels externes (HAD, Equipe Mobile de Soins Palliatifs...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document « projet personnalisé »</li> <li>• Guide HAS : « Modèle de plan personnalisé de coordination en Santé », Juillet 2019.</li> <li>• Procédure de sortie/transfert</li> </ul>	<p>Voir exemple dans le guide EHPAD/ Handicap</p>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document « projet personnalisé »</li> <li>• Recueil des souhaits de fin de vie</li> <li>• Procédure d'accompagnement à la fin de vie</li> </ul>	<p>Voir exemple dans le guide EHPAD/ Handicap</p>

PREMIERS CONTACTS

CO-CONSTRUCTION

MISE EN OEUVRE

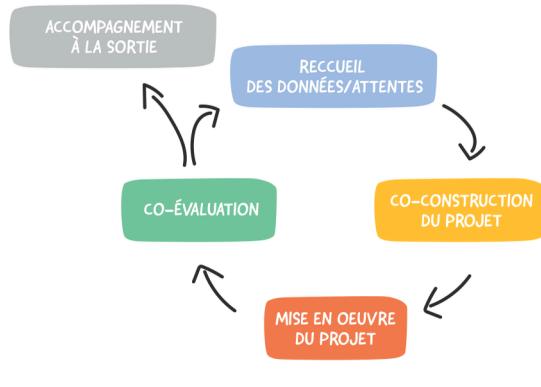
CO-ÉVALUATION

# POUR RÉSUMER



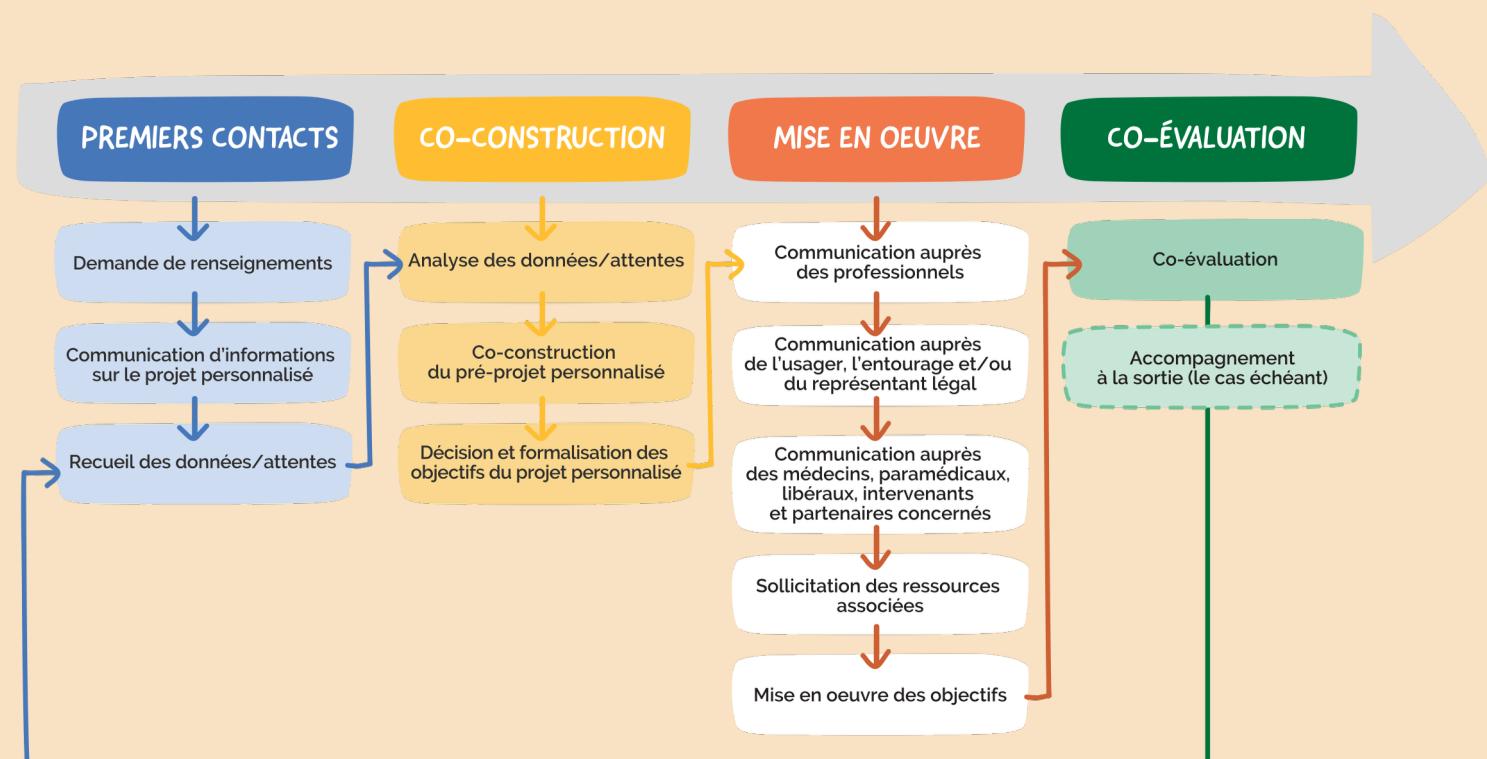
La démarche du projet personnalisé s'inscrit dans un cycle annuel continu. Dès lors que le premier projet personnalisé de l'usager a été co-construit, mis en oeuvre et co-évalué, un nouveau projet sera initié par un recueil des données et des attentes de la personne, sauf si l'accompagnement se termine.

**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.



*Le cycle continu du projet personnalisé*

La démarche du projet personnalisé s'inscrit dans un cycle continu : une fois l'étape de co-évaluation réalisée, un nouveau cycle est amorcé en réalisant un recueil des données /attentes  
(cf. schémas ci-dessous + pages 23).



## 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](http://www.qualirelsante.com)

Cet outil est disponible sur la plateforme eFORAP.



### OUTIL D'ÉVALUATION SUR DOSSIER - LE PROJET PERSONNALISÉ -

#### Objectifs de l'outil :

- d'évaluer la mise en œuvre "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 œuvre du projet personnalisé.

Un protocole d'évaluation est à votre disposition sur la clé USB du dossier CAP ou téléchargeable sur : [www.qualirelsante.com](http://www.qualirelsante.com). Il a pour objectif de vous permettre de conduire votre enquête de façon collective et autonome.

#### 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**

#### Comment réaliser votre évaluation ?

- 1 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
- 2 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 exclure les usagers présents depuis moins de 12 mois au sein de la structure, ceci afin d'éviter une évaluation partielle de la démarche.
- 3 Remplissez la grille d'évaluation en vous appuyant sur les éléments des dossiers. Pour chaque item, cocher OUI ou NON ou Non Applicable (uniquement Q9) à l'aide de la liste de choix déroulante. Pour vous aider, vous avez un guide de remplissage des grilles d'évaluation "Sur le Chemin des Attentes : le Projet personnalisé" à votre disposition sur la clé USB du dossier CAP ou téléchargeable sur : [www.qualirelsante.com](http://www.qualirelsante.com) Saisir les données requises sur la plateforme eFORAP sur [www.qualirelsante.com](http://www.qualirelsante.com) A 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 œuvre "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 œuvre du projet personnalisé.

- La démarche du projet personnalisé doit être mise en œuvre 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

Oui  Non

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

Oui  Non

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

## CO-CONSTRUCTION

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

Oui  Non

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

Oui  Non

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

Oui  Non

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

Oui  Non



## MISE EN OEUVRE

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

Oui  Non

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

Oui  Non

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

Oui  Non  NA

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

Oui  Non

12. Les ressources associées sont sollicitées

Oui  Non

## CO-EVALUATION

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

Oui  Non

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

Oui  Non

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

Oui  Non

## VERS UN NOUVEAU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

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

Oui  Non

© FORAP, 2025

Valider

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

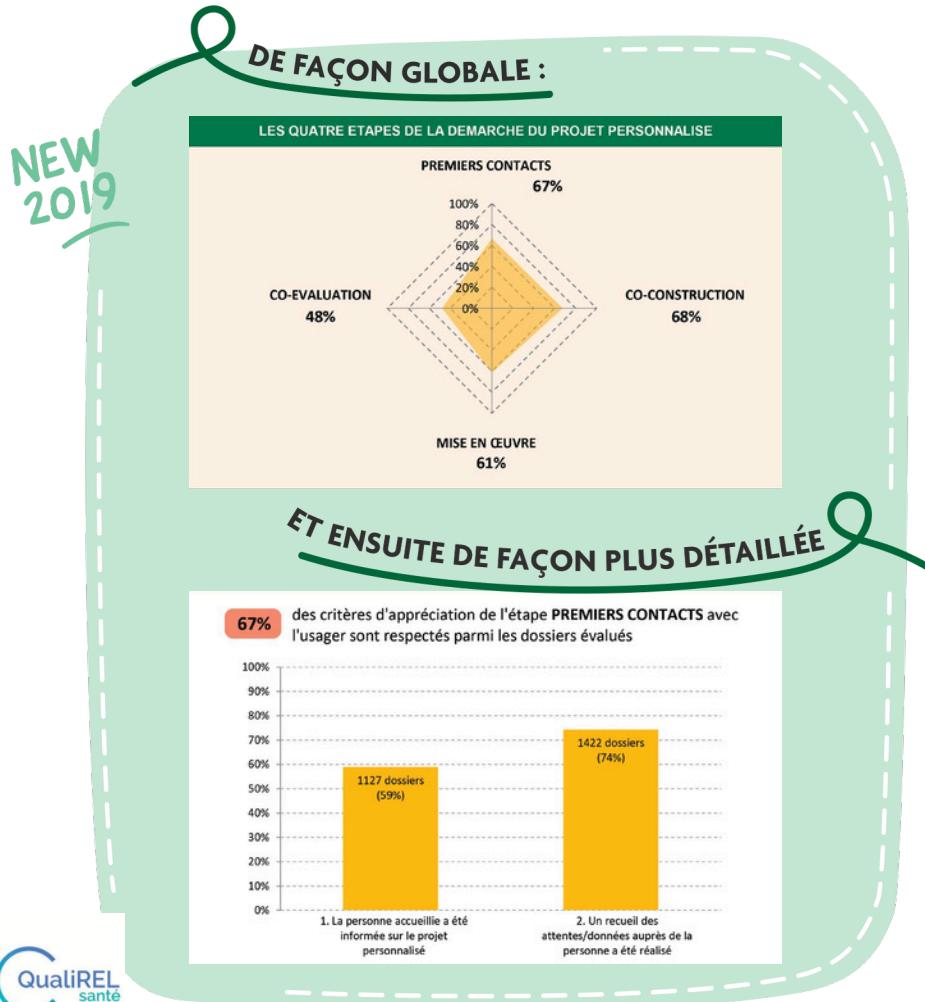


### III – L’AMÉLIORATION CONTINUE DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ

#### 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](http://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](http://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 :** Document-support pour l'élaboration du Projet Individualisé d'Aide, d'Accompagnement et de Soins de la personne prise en charge

**Outil n°2 :** Paragraphe type sur le Projet personnalisé à insérer dans le DIPC

**Outil n°3 :** Protocole Réunion d'analyse sur le projet personnalisé de la personne accompagnée

**Outil n°4 :** Exemple de Compte rendu réunion hebdomadaire SSIAD

**Outil n°5 :** Affiche sensibilisation sur la démarche du projet personnalisé auprès des professionnels

**Outil n°6 :** Flyer de sensibilisation sur la démarche du projet personnalisé auprès des usagers

**Outil n°7 :** Jeu « Qui veut devenir expert du projet personnalisé en SSIAD ? »

**Outil n°8 :** Fiche de missions du référent Projet Personnalisé

**Outil n°9 :** Exemple d'objectifs d'accompagnement : projet personnalisé

**Outil n°10 :** Outil de suivi des dossiers personnalisés au sein de son établissement



**DOCUMENT-SUPPORT POUR L'ÉLABORATION DU PROJET  
INDIVIDUALISÉ D'AIDE, D'ACCOMPAGNEMENT  
ET DE SOINS DE LA PERSONNE  
PRISE EN CHARGE**

## LA PERSONNE PRISE EN CHARGE : CONTACTS

Nom :			
Prénom(s) :			
Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		
Date de naissance :	...../...../.....		
Adresse de la personne :			
Aidant(s) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre :..... Nom(s) :	Tel. :	E-mail :
Référents familiaux et/ou amicaux :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Nombre :..... Nom(s) :	Tel. :	E-mail :
Personne de confiance :	Nom et type (famille, ami, voisin...) :	Tel. :	E-mail :
Recherche d'hébergement en cours :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, où ?	
Prise en charge SAD :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non GIR .....	Prise en charge SPADAD :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## LA PERSONNE : CONTEXTE DE SA PRISE EN CHARGE

Contexte de prise en charge :	
Situation en santé et autonomie :	
Habitudes de vie :	

<p style="text-align: center;">Document-support pour l'élaboration du Projet Individualisé d'Aide, d'Accompagnement et de Soins de la personne prise en charge</p>	<p>Version du projet : N°.....</p> <p>Date de rédaction du projet : ...../...../.....</p> <p>Nom du référent du projet : .....</p>
--	--

## LA PERSONNE : SES ATTENTES

Attentes de la personne sur la prise en charge :		
Souhaite créer son projet personnalisé :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<i>Commentaires de la personne :</i>
Souhaite partager son projet personnalisé avec les équipes du service :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<i>Commentaires de la personne :</i>
Consentement à l'échange d'informations avec les partenaires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<i>Commentaires de la personne :</i>
Directives anticipées :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<i>Si oui, précisez :</i>

## LA PERSONNE : LES ATTENTES DE SON ENTOURAGE

Les attentes de l'entourage (famille, ami, bénévole,...)	
--	--

<p style="text-align: center;">Document-support pour l'élaboration du Projet Individualisé d'Aide, d'Accompagnement et de Soins de la personne prise en charge</p>	<p style="text-align: right;">Version du projet : N° ..... Date de rédaction du projet : ...../...../..... Nom du référent du projet : .....</p>
--	--

<b>LA PERSONNE : INTERVENTIONS</b>							
Interventions (rythme et missions)	Aide						
	Soins						
<b>LA PERSONNE : SON PROJET CO-CONSTRUIT</b>							
Personnes présentes pour la construction du projet							
Objectifs spécifiques (cf. exemples d'actions)	Initiales du/des professionnels	Actions envisagées	Moyens à mettre en place	Intervenants	Critères d'atteintes des résultats	Bilan d'étape	
							Date

Présenté le : ...../...../..... A qui ? .....

Signature de la personne :

Signature de l'entourage :

Signature Du référent SSIAD :

Remarques ou réserves :

Page 4 sur 4

# OUTIL 2

## PARAGRAPHE TYPE SUR LE PROJET PERSONNALISÉ À INSÉRER DANS LE DIPC

### Paragraphe type sur le projet personnalisé à insérer dans le Document Individuel de Prise en Charge (DIPC)

#### Article ... : Projet personnalisé et souhait de la personne

Le rythme de l'intervention, en accord avec la personne accompagnée et/ou son représentant a été défini par l'infirmière coordinatrice et son équipe le ...../...../.....

Les objectifs principaux de votre accompagnement visent à (cocher la case):

- Faciliter le retour à l'autonomie
- Faciliter le retour à domicile en attendant un relai avec un SAAD
- Faciliter le maintien à domicile
- Assurer une surveillance de l'état de santé
- Soutenir les aidants
- Accompagner vers la fin de vie
- Prévenir les risques de fragilités :
  - Limiter le risque de chute
  - Prévenir le risque d'escarre
  - Prévenir le risque de dénutrition
  - Prévenir le risque de fausses routes
  - Faciliter la bonne observance du traitement
  - Limiter le risque d'isolement

Des objectifs plus spécifiques ainsi que des souhaits de prise en soin pourront être exprimés par vous-même tout au long de votre accompagnement par le SSIAD. C'est ce que l'on appelle le projet personnalisé. Ce dernier est élaboré en favorisant votre expression et votre participation, de votre entourage en concertation avec les équipes pour sa conception et sa mise en œuvre.

Le projet personnalisé est proposé systématiquement à chaque nouvelle personne prise en charge par le service dans un délai de 6 mois. Il est possible de le refuser. Une fois le projet validé par les deux partis, il sera annexé au Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) et pourra être révisé a minima une fois par an ou chaque fois que nécessaire.

[Si établissement informatisé : Pour un meilleur suivi de vos attentes et des objectifs fixés, votre projet est enregistré dans notre logiciel de soins. Si vous souhaitez en avoir une copie, il convient de transmettre la demande aux équipes soignantes.]



**OUTIL**  
**3**

**PROTOCOLE RÉUNION D'ANALYSE  
SUR LE PROJET PERSONNALISÉ  
DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE**

Logo	SSIAD du ...	Nomenclature
	Réunion d'analyse sur le projet personnalisé de la personne accompagnée	N° version 1
		Date
		Page 1 sur 2

OBJECTIF	Définir comment préparer la réunion d'analyse sur le projet personnalisé et quels éléments abordés au cours de la réunion
DOMAINE D'APPLICATION	La définition ou réactualisation des projets personnalisés des personnes prises en charge
DESTINATAIRES	Ensemble des professionnels du service (IDE, AS, AVS...) et des partenaires externes
DOCUMENTS LIÉS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document Individuel de Prise en Charge (DIPC)</li> <li>- Le dossier du patient : diagramme de soins, les transmissions ciblées, le plan de soins</li> <li>- Le projet personnalisé</li> </ul>

La réunion d'analyse à synthétiser les problèmes de santé et ressources du patient. Elle a pour but de reprendre les problèmes résolus et de faire émerger les problèmes actuels, l'évolution des ressources et des souhaits du patient et/ou de son entourage sur sa prise en charge. Elle permet donc à la création ou la réévaluation des projets personnalisés.

Chaque semaine, une réunion d'analyse est réalisée dans le service. Elle se déroule tous les ..... entre ... et .... L'ensemble des professionnels présents le ..... participe à la réunion. La réunion hebdomadaire peut être écourtée lorsque l'équipe a été mobilisée un autre après-midi de la semaine (formation, réunion...). En fonction de la situation de la personne et de son projet, d'autres personnes peuvent y être associés : intervenant extérieur, famille, personne de confiance, voisin.... .

#### Préparation et déroulement de la réunion :

Quand ?	Quelles étapes ?	Qui réalise l'action ?	Quel support ?
1 semaine avant la réunion	<b>Définition de la liste des projets créés/révisés à la réunion d'analyse</b>  Les personnes concernées sont définies à l'avance puis repérées sur planning. 1 mois après les personnes nouvellement arrivées et 3 à 4 mois pour le suivi.	IDE Coordonnateur	Dossiers de soins des personnes  Transmissions ciblées
1 semaine avant la réunion	<b>Information à la personne de la réunion et invitation à participer à la réunion</b>	Professionnel référent, Aide-soignante et/ou l'IDE Coordonnateur	Modèle de consentement de la CLIC
1 semaine avant la réunion	<b>Inviter les partenaires extérieurs : médecin traitant, CLIC, kinésithérapeute, ergothérapeute...</b>	IDE Coordonnateur	Appel téléphonique / Mail  Modèle de courrier d'invitation
2/3 jours avant la réunion d'analyse	<b>Recueil des informations sur la personne prise en charge</b>  Leur dossier est traité par une ou 2 professionnels ayant suivi le patient dans les jours précédents. Elles devront remonter les éléments observés liés à la santé, l'environnement et les ressources de la personne	Professionnel référent, Aide-soignante et/ou l'IDE Coordonnateur	Dossier/plan de soins  Document support du projet personnalisé  Transmissions ciblées

Pendant la réunion d'analyse : le... à ..H..	<b>Présentation du recueil des informations sur la personne accompagnée, sa situation, ses soins, ses souhaits /ses objectifs, réajustement de la prise en soins...</b>	Professionnel référent, Aide-soignante et/ou l'IDE Coordonnateur	Document Individuel de Prise en Charge (DIPC)  Dossier/plan de soins  Transmissions ciblées  Document support du projet personnalisé  Exemples d'objectifs de projet
	Si le service est informatisé, le professionnel référent se questionne et propose une mise à jour sur la macro cible ou cible Projet personnalisé ...		
	S'il s'agit d'une réévaluation, les équipes peuvent s'appuyer sur les premiers éléments tracés dans le projet personnalisé		
	<b>Si la personne accompagnée est présente, lui proposer de présenter ses souhaits et ses objectifs</b>		IDE Coordonnateur / professionnel référent
	<b>Discussion et validation pluridisciplinaire en réponse au souhait de la personne</b>		Ensemble des professionnels présents à la réunion
A la suite de la réunion	<b>Tracer les éléments recueillis dans le projet personnalisé et réajuster si besoin le plan de soins</b>	IDE Coordonnateur / professionnel référent	Document support du projet personnalisé
	<b>Fixer une date pour une réévaluation du projet de la personne et mettre à jour l'outil de suivi des dossiers</b>	IDE Coordonnateur	Outil de suivi des projets personnalisé
	<b>Transmettre les objectifs fixés et les actions à mettre en place à la suite de la réunion aux professionnels non présents à la réunion</b>	IDE Coordonnateur / professionnel référent ou personnes présentes à la réunion	Transmissions ciblées / transmissions orales
	Si le service est informatisé : création ou ouverture d'une cible Si le service n'est pas informatisé : transmettre l'information par écrit ou oralement		
	<b>Présentation, validation et signature du projet à la personne prise en charge si ce dernier n'a pas pu être présent</b>	IDE Coordonnateur / professionnel référent/ équipes	Document support du projet personnalisé
Dans la semaine suivant la réunion	<b>Si besoin, envoi de la synthèse aux partenaires ayant assisté à la réunion</b>	IDEC Coordonnateur	Modèle de courrier de restitution
	<b>Classement/clôture des transmissions ciblées et du dossier de soins</b>	IDEC Coordonnateur	Dossier de soins
	<b>Annexer le projet personnalisé au Document Individuel de Prise en Charge (DIPC)</b>	IDEC Coordonnateur	DIPC  Document support du projet personnalisé



**OUTIL**  
**4**

**EXEMPLE DE COMPTE RENDU  
RÉUNION HEBDOMADAIRE SSIAD**

Logo	SSIAD du ...	Nomenclature
	Compte rendu Réunion hebdomadaire	N° version 1
	Equipe SSIAD	Date
		Page 1 sur 2

<u>Date :</u>		
<u>Heure de début :</u>	<u>Heure de fin :</u>	= .....h.....mn
<u>Vie du service</u>		
<u>Fonctionnement du service</u>		
<u>Astreinte du week-end</u>		
IDEc d'astreinte :	AS Référente :	
<u>Situations</u>		
<u>La réunion a pour objectifs de transmettre :</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Toute modification de l'état de santé de la personne (problème cutané, malaise, problème respiratoire...),</li> <li>* Tout problème technique lors du soin nécessitant ou non une révision du plan de soins,</li> <li>* Tout problème technique lié à l'environnement de la personne (matériel, clé, portes, volets...)</li> <li>* Tout problème relationnel avec le patient ou son entourage,</li> <li>* Toute situation vécue difficilement par le soignant.</li> </ul>		
<u>Priorités :</u>		
Au vu de l'information à transmettre ou de la problématique nécessitant un échange en équipe, les situations seront évoquées selon un ordre de priorité de 1 à 3 (1 étant très important et 3 moins important) définies ainsi :		
<u>Priorité 1 :</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Révision du plan de soins nécessitant un échange avec l'équipe et une validation IDEC</li> <li>* Co-construction ou révision du Projet personnalisé</li> <li>* Situation complexe sur des difficultés rencontrées par l'équipe nécessitant un échange en équipe</li> <li>* Reprise d'autonomie des patients pour envisager une fin de prise en charge</li> <li>* Patients prioritaires nécessitant une VAD de l'IDEC</li> <li>* Patients nécessitant un passage du soir et du dimanche</li> <li>* Patients vus par l'IDEC au cours de la semaine</li> </ul>		
<u>Priorité 2 :</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Problèmes de santé, cutanés..., problèmes techniques qui ont déjà été notés dans les transmissions ciblées pendant la semaine mais qui nécessitent une transmission aux collègues.</li> </ul>		
<u>Priorité 3 :</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Informations pratiques concernant les clés, les absences, l'accessibilité, les RDV...</li> </ul>		

<u>Hospitalisations :</u>
<u>Entrées :</u>
<u>Sorties :</u>
<u>Autres (selon un ordre de priorités 1.2.3 et à partir de liste des patients) :</u>
<u>Tâches à effectuer par l'IDEC à l'issue de la réunion :</u>

# OUTIL 5

## AFFICHE SENSIBILISATION SUR LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ AUPRÈS DES PROFESSIONNELS

# LES ATTENTES DE LA PERSONNE & LE PROJET PERSONNALISÉ

## LE PROJET PERSONNALISÉ : QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est une démarche de co-construction entre la personne accompagnée, la personne de confiance et/ou l'entourage, le service et les intervenants extérieurs (ex. médecins traitants, hôpital, HAD, etc...).

Il témoigne explicitement de la prise en compte des attentes de la personne.



## EN PRATIQUE CHEZ NOUS :

Le projet personnalisé est réalisé entre 1 à 6 mois d'accompagnement afin que la personne et les professionnels se connaissent mieux. Si la personne souhaite un projet, il est formalisé conjointement entre l'équipe et la personne. Le service le rédige dans le dossier de soins informatisé et il peut être imprimé et transmis à la demande.

## EXEMPLE DE PROJET PERSONNALISÉ

### CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE ET SOUHAIT DE LA PERSONNE :

Personne en soins palliatifs très fatigable et qui ne désirait pas de « grande toilette » tous les jours. Par contre aimait les bains de pieds et en souhaitait plus souvent.

### OBJECTIFS DU PROJET :

Pratique des bains de pieds à cette personne au minimum 3 fois par semaine

### ANALYSE DU PROJET :

Temps d'analyse du projet de la personne accompagnée en équipe pluridisciplinaire.

### MOYENS MIS EN PLACE PAR LE SERVICE :

En équipe, révision de l'organisation des soins sur la semaine pour faire plus de bains de pieds à la personne prise en charge.

### Document évolutif issu de la loi 2002-2

« Les responsables et personnel d'encadrement sont garants de la démarche, mais tous les professionnels sont concernés. »

### Supports et outils nécessaires

- Document individuel de Prise en Charge
- Document support d'élaboration du projet personnalisé
- Exemple d'objectifs pour construire un projet personnalisé
- Outils de recueil de la satisfaction de la personne prise en charge

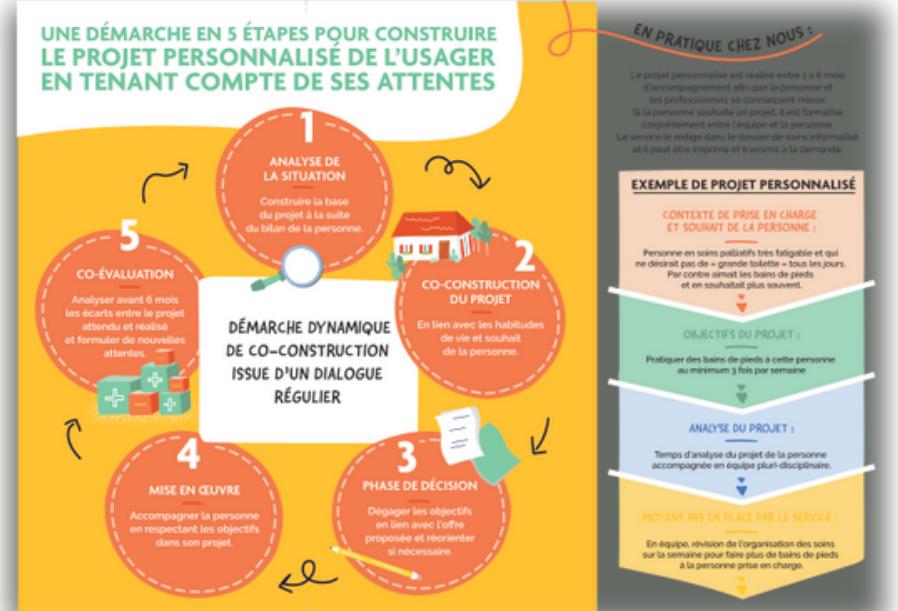


Selon les Recommandations  
des Bonnes Pratiques de la HAS



# OUTIL 6

## FLYER SENSIBILISATION SUR LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ AUPRÈS DES USAGERS



# OUTIL 7

JEU  
« QUI VEUT DEVENIR  
EXPERT DU PROJET  
PERSONNALISÉ EN SSIAD ? »



Démarrer



**OUTIL**  
**8**

**FICHE DE MISSIONS  
DU RÉFÉRENT PROJET PERSONNALISÉ**

Logo	SSIAD du ...	Nomenclature
	<b>Fiche de missions</b>	N° version 1
	<b>du référent Projet Personnalisé</b>	Date
		Page 1 sur 2

## 1. Définition

Le référent « Projet Personnalisé » est un professionnel de l'équipe soignante AS, AMP, AVS spécifiquement chargé de créer un lien entre l'usager, la famille et l'équipe soignante dans le but de faciliter la communication et de personnaliser la prise en charge, en soutenant les objectifs posés et l'évaluation des actions mises en place.

Le référent se situe à un point d'articulation de l'équipe pluridisciplinaire.

Son rôle n'est pas de faire seul ce qui relève d'une démarche d'équipe. Le référent est le « porte-parole » des intérêts de l'usager.

Le référent porte les valeurs du service.

## 2. Missions

- Assurer le relai entre l'usager, la famille et l'équipe, en collaboration avec l'infirmière coordinatrice,
- Initier le projet personnalisé auprès de l'usager,
- Recueillir les besoins et attentes de l'usager,
- Faire vivre le projet en restant attentif au changement de situation de la personne accompagnée et à défaut annuellement.

## 3. Savoir faire

- 1) Alimenter les habitudes de vie de l'usager,
- 2) Recueillir ou susciter les désirs de l'usager,
- 3) Tracer les informations dans le dossier de soin informatique,
- 4) Instaurer et maintenir une dynamique relationnelle avec le résident et l'entourage,
- 5) Présenter l'évolution de l'usager lors des réunions,
- 6) Accompagner l'usager dans la réalisation de ses projets.

## 4. Savoir Etre

- 1) Sens de la communication,
- 2) Capacité d'écoute et d'attention,
- 3) Capacité d'analyse,
- 4) Sens de l'observation,
- 5) Dynamisme,
- 6) Ouverture d'esprit, sans jugement de valeurs.

## 5. Références

*Fiche-repère : l'adaptation du projet personnalisé aux personnes atteintes de maladies neurodégénératives et accompagnées au domicile, HAS, 2019 (en cours de validation) ;*

*Fiche-repère : Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD), ANESM, Août 2018 ;*

*Les attentes de la personne et le projet personnalisé, ANESM, 2008 ;*

*Loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.*



**EXEMPLE D'OBJECTIFS D'ACCOMPAGNEMENT :  
LE PROJET PERSONNALISÉ**

*Ce document permet aux les équipes de traduire en objectifs, les souhaits et les attentes de la personne accompagnée.*

*La liste n'est pas exhaustive et peut être complétée suivant les situations vécues ou observées.*

**Les objectifs généraux** proposés ci-dessous et retenus par la personne sont à renseigner dans le Document Individuel de Prise en charge.

**Les objectifs spécifiques** des pages suivantes sont à reporter sur le document support du projet personnalisé de la personne.

*Les moyens surlignés est une proposition de moyens, à compléter suivant le fonctionnement/situation du SSIAD.*

OBJECTIFS GENERAUX	ACTIONS À METTRE EN PLACE	MOYENS DU SERVICE
<input type="checkbox"/> Faciliter le retour à domicile après hospitalisation avec retour à l'autonomie	<input type="checkbox"/> Proposer un passage du SSIAD	Ex : Nombre de passage par jour et par semaine, Soins d'hygiène (guidance, stimulation, aide partielle / aide totale...)
<input type="checkbox"/> Faciliter un retour à domicile après hospitalisation en attente d'un relais Aide à domicile	<input type="checkbox"/> Mettre en place des aides humaines, matérielles, financières,...	
<input type="checkbox"/> Diminuer le temps d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Solliciter, coordonner, travailler en partenariat avec les autres professionnels (Médecins, IDEL, HAD, CLIC, EMS, MAIA, SAD,...)	
<input type="checkbox"/> Eviter une hospitalisation	<input type="checkbox"/> Repérer l'épuisement de l'aide : Etat général (poids), état de santé, état psychique (humeur), état physique, vie sociale,...	Ecoute de l'équipe, partage d'infos avec d'autres professionnels, soutien psychologique, cs médicale...
<input type="checkbox"/> Faciliter le maintien au domicile	<input type="checkbox"/> Soutenir l'aide	Echelles mini-Zarit ou Zarit
<input type="checkbox"/> Accompagner les situations palliatives		Fiche repère n° 7 de la RBPP ANESM sur le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les PA
<input type="checkbox"/> Assurer une surveillance de l'état de santé	<input type="checkbox"/> Repérer et alerter sur des situations à risque (ex. chute, dénutrition, isolement, maltraitance, etc...)	Fiches repères du service Procédures/Conduites à tenir en cas de maltraitance
<input type="checkbox"/> Prévenir les risques de fragilités : <ul style="list-style-type: none"><li>○ Limiter le risque de chute</li><li>○ Prévenir le risque d'escarre</li><li>○ Prévenir le risque de dénutrition</li><li>○ Prévenir le risque de fausses routes</li><li>○ Faciliter la bonne observance du traitement</li><li>○ Limiter le risque d'isolement</li></ul>		

## Exemples d'objectifs d'accompagnement

Date de la version :  
Septembre 2019

	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens à disposition</b>
MOBILITE	<input type="checkbox"/> Faciliter les transferts et les déplacements  <input type="checkbox"/> Limiter le risque de chutes	<input type="checkbox"/> Stimuler et /ou accompagner lors des déplacements	
		<input type="checkbox"/> Mettre en place du matériel ou aides techniques	
		<input type="checkbox"/> Installer confortablement les personnes et ce, en toute sécurité	
		<input type="checkbox"/> Proposer des bilans par un kinésithérapeute et de la rééducation	
		<input type="checkbox"/> Améliorer l'aménagement de l'habitat et/ou proposer des actions correctrices	
		<input type="checkbox"/> Evaluer le risque de chutes	Ex : E2AR, bilans par des Kinésithérapeutes,... Fiche repère n° 2 de la RBPP ANESM sur le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les PA
		<input type="checkbox"/> Solliciter le médecin sur le besoin de contention	
	<input type="checkbox"/> Prévenir le risque d'escarres	<input type="checkbox"/> Evaluer le risque d'escarres	Echelle d'Angers ou autre Cs Plaie et cicatrisation, Equipe mobile de réadaptation, matelas

## Exemples d'objectifs d'accompagnement

Date de la version :  
Septembre 2019

	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens à disposition</b>
<b>Alimentation – hydratation</b>	<input type="checkbox"/> Prévenir le risque de dénutrition <input type="checkbox"/> Prévenir le risque de surpoids / perte de poids <input type="checkbox"/> Prévenir le risque de fausses routes <input type="checkbox"/> Assurer un suivi de l'observance d'un régime alimentaire	<input type="checkbox"/> Mettre en place une surveillance du poids	Fiche de surveillance du poids dans le dossier de la personne
		<input type="checkbox"/> Mettre en place une surveillance alimentaire et/ou hydrique	Fiche de surveillance alimentaire annexée au dossier de la personne Surveillance de l'environnement (Frigidaire, poubelles, ...)
		<input type="checkbox"/> Apporter des conseils alimentaires auprès des personnes et de l'entourage (aidants familiaux ou professionnels)	Guide nutrition INPES
		<input type="checkbox"/> Mettre en place une aide aux repas (préparation/Prise)	Aide Humaine Portage des repas
		<input type="checkbox"/> Préconiser un suivi médical spécifique	Echelle MNA Médecins, Nutritionnistes, Diététiciennes, Equipes d'Appui En Adaptation Réadaptation, Equipe mobile de réadaptation, ....
	<input type="checkbox"/> Repérer les problèmes bucodentaires	<input type="checkbox"/> Surveiller et maintenir un bon état d'hygiène bucco-dentaire	
		<input type="checkbox"/> Préconiser une consultation bucco-dentaire	

## Exemples d'objectifs d'accompagnement

Date de la version :  
Septembre 2019

	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens à disposition</b>
<b>Traitements – Suivi Médical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Faciliter la bonne observance du traitement</li> <li><input type="checkbox"/> Faciliter le suivi médical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Vérifier la non-observance du traitement</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer une prise sécurisée (par la personne ou un tiers)</li> <li><input type="checkbox"/> S'assurer du renouvellement et de l'approvisionnement du traitement et de la gestion du stock (médicaments, produits médicamenteux, pansements,...)</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la surveillance de signes/comportements inhabituels et informer la personne / entourage</li> <li><input type="checkbox"/> Adapter l'horaire de passage en fonction des rendez-vous</li> <li><input type="checkbox"/> Informer et conseiller sur des consultations spécialisées</li> <li><input type="checkbox"/> Veiller au bon déroulement du suivi médical et alerter, si besoin.</li> </ul>	<p>Médicaments non pris dans le pilulier, retrouvés dans diverses endroits (lit, sol, poubelles, ...)</p> <p>Ex : un pilulier, préparation par l'infirmière ou pharmacie...</p> <p>En gestion du stock, sensibiliser la personne, IDE libéral ou à l'entourage Guide Anesm sur les 7 règles d'or du médicament à domicile</p> <p>Suivant les SSIAD, procédure de rappel téléphonique</p> <p>Ex. : appeler le médecin TT et proposer une consultation ex. douleur, escarre ou en informer la famille</p>

## Exemples d'objectifs d'accompagnement

Date de la version :  
Septembre 2019

	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens à disposition</b>
Vie sociale	□ Faciliter la vie sociale /le lien social	□ Orienter vers des loisirs, des activités occupationnelles, ....	Ex. : foyer, accueil de jour, association,
		□ Proposer l'intervention de services spécifiques, d'associations de soutien	Ex ; réseau des voisineurs, aide à domicile,... Asso Alzheimer, France Parkinson, France AVC , SLA...
		□ Identifier les troubles sensoriels et orienter vers des consultations spécialisées	Ex : ophtalmo,
		□ Evaluer les troubles cognitifs	Echelle MMS
	□ Limiter le risque d'isolement (géographique, familial, social...)	□ Evaluer les troubles du comportement et/ou de l'humeur	Fiche repère n° 6 de la RBPP ANESM sur le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les PA
		□ Orienter vers des consultations spécialisées	Ex : Médecins, psychiatres, neurologues, psychologues, EMGP, CMP, E2AR, UCC, ...
	□ Faciliter le repérage de troubles psycho-comportementaux	□ Repérer les événements pouvant entraîner une souffrance psychique, évaluer le risque dépressif	Observation, attention et écoute de l'équipe, Partage d'infos avec d'autres professionnels,  Fiche repère n° 5 de la RBPP ANESM sur le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées  Echelles Gériatriques de Dépression (mini-GDS ou GDS)
		□ Proposer un accompagnement social	Ex : services sociaux, MAIA
		□ S'enquérir de la situation financière	Ex : Accès aux droits (APA, ..., CMU,...)
		□ S'enquérir des caractéristiques de l'habitat	Ex : Locataire, propriétaire, chauffage, accès, salubrité, sécurité, habitat indigne,...



**OUTIL DE SUIVI DES DOSSIERS PERSONNALISÉS  
AU SEIN DE SON ÉTABLISSEMENT**

Nom	Prénom	Date de naissance	Date de l'admission	Etat de la prise en charge	Échéance pour signer le DIPC (en jour)	Date de signature du DIPC	Règlement de fonctionnement signé	Date butoir du Projet personnalisé signé (en mois)	Date de la signature du Projet personnalisé	Réévaluation du projet personnalisé	Date de la réévaluation du projet personnalisé	Date de signature de l'Avenant	Renouvellement des ordonnances de la prescription d'admission à 1 an	Date du renouvellement des ordonnances de la prescription d'admission à 1 an	Total de visites année 1	
				Remplissez manuellement ci-dessous:	Choix multiple En cours / terminé	15	Remplissez manuellement ci-dessous:	Remplissez manuellement ci-dessous:	6	Remplissez manuellement ci-dessous:	12	Remplissez manuellement ci-dessous:	Remplissez manuellement ci-dessous:	N+1	Remplissez manuellement ci-dessous:	automatique feuille 2
Dubois	Martin		31/08/2018	En cours	15/09/2018	16/09/2018	01/09/2018	28/02/2019	13/02/2019	28/02/2020	13/02/2019		31/08/2019	13/02/2019	2	
			01/09/2018	Terminé		16/09/2018	17/09/2018		01/03/2019	14/02/2019	01/03/2020	14/02/2019	01/09/2019	14/02/2019		
			12/12/2015	En cours		27/12/2015	18/09/2018		12/06/2016		12/06/2017		12/12/2016			
			11/12/2017	En cours	28/12/2017			11/06/2018	11/06/2018	11/06/2019				11/12/2018		

Evaluation du projet de soins à 2 ans	Date de l'évaluation du projet de soins à 2 ans	Renouvellement des ordonnances de la prescription d'admission à 2 ans	Date du renouvellement des ordonnances de la prescription d'admission à 2 ans	Total de visites année 2	Evaluation du projet de soins à 3 ans	Date de l'évaluation du projet de soins à 3 ans	Renouvellement des ordonnances de la prescription d'admission à 3 ans	Date du renouvellement des ordonnances de la prescription d'admission à 3 ans	Total de visites année 3
N+2	Remplissez manuellement ci-dessous:	N+1	Remplissez manuellement ci-dessous:	automatique feuille 2	N+3	Remplissez manuellement ci-dessous:	N+1	Remplissez manuellement ci-dessous:	automatique feuille 2
28/02/2021	13/02/2019	13/02/2020	13/02/2019	2	28/02/2022	13/02/2019	13/02/2020	13/02/2019	2
01/03/2021	14/02/2019	14/02/2020	14/02/2019			01/03/2022	14/02/2019	14/02/2020	14/02/2019
12/06/2018		—				12/06/2019		—	
11/06/2020		—				11/06/2021		—	
—		—				—		—	
—		—				—		—	
—		—				—		—	

# NOTES PERSONNELLES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# STRUCTURES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉLABORATION DU GUIDE

Adaptation en 2019 au secteur SSIAD des 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 : Marion LUCAS (Chargée de missions)
- Personne ressource : Noémie TERRIEN (Coordonnateur Responsable)

Structures ayant participé à la construction de cette adaptation au secteur SSIAD :

- Mme CHATELAIN Céline, Directrice adjointe, Soins santé
- Mme CHENOUMA Sandrine, Cadre de Santé, ADMR 85
- Mme CLOCHARD Dominique, IDEC, SSIAD du Centre Mauges
- M. DIOT Alexandre, Responsable Qualité, SSIAD Anjou Soins Service Longué Jumelles
- Mme GIQUEL Jocelyne, IDEC, SSIAD Anjou Soins Service Accompagnement Longué
- Mme GUERINEAU Jordane, Responsable QGDR, UDAMAD
- Mme GUINEHUT Claire, Chargée de projet, Soins santé
- Mme KESSEL Sandrine, Responsable IDEC, Soins santé
- Mme LECOMTE Bénédicte, IDEC, AMAD du Littoral
- Mme LIZE Françoise, IDEC, SSIAD Anjou Soins Service Accompagnement Longué Jumelles
- Mme RAIMBAULT Hélène, IDEC adjointe, SSIAD du Centre Mauges
- Mme RIPOCHE Pascale, Responsable Qualité, ADMR 85
- Mme ARMAND Mireille, Cadre de Santé, Fondation Georges Coulon,
- Mme BEASSE Véronique, IDEC, SSIAD ACAFP 53
- Mme BERNARD Nathalie, Directrice, AMAD du Littoral
- Mme DRUEZ Sandrine, Responsable, SSIAD Acheneau Bouaye
- Mme FORESTIER Jeanne, Responsable, SSIAD Nord Segréen
- Mme HUBERT Catherine, Responsable IDE, AHSS SSIAD Conlie
- Mme JADAUD Manuela, Technicienne qualité risques, SSIAD Challans
- Mme MONSIMERT Séverine, IDEC, SSIAD Nord Segréen
- Mme PIERRE Corinne, Cadre de santé, CH Château du Loir
- Mme POSTEC Marianne, Technicienne qualité risques, SSIAD Bouin et Challans
- Mme BRARD Nathalie, Cadre de santé, Fondation Georges Coulon, SSIAD (SPASAD) ESA
- Mme COLINEAU Julie, Chargée de missions, Vie à domicile Angers
- Mme COUDRAIS Marie-Laure, IDE, SSIAD MFAM

## 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 indivi-duel 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'Ile Gloriette  
44093 Nantes Cedex 1  
02 40 84 69 30  
[contact@qualirelsante.com](mailto: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](http://www.qualirelsante.com)