

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 2019

EHPAD / HANDICAP

LEXIQUE ET SOMMAIRE

LEXIQUE

ANESM

Agence **N**ationale de l'**É**valuation
et de la qualité des établissements **S**ociaux et **M**édico-sociaux

HAS

Haute **A**utorité de **S**anté

EPP

Évaluation des **P**ratiques **P**rofessionnelles

SRA

Structure **R**égionale d'**A**ppui

ARS

Agence **R**égionale de **S**anté

MOOC

Massive **O**pen **O**nline **C**ourse



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

33



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 Handicap 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 ⁽ⁱ⁾ 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'utilisateur dans la conception et la mise en œuvre du projet qui le concerne.

3 chapitres sont déclinés :

CHAPITRE 1

Repères et principes

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'utilisateur et non une obligation**.

CHAPITRE 2

La participation de la personne tout au long de la démarche

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 œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne ».

CHAPITRE 3

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

LA RECOMMANDATION DE L'ANESM DÉCLINE LA DÉMARCHE DE MISE EN ŒUVRE 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 œuvre 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'utilisateur, ce choix est respecté et inscrit dans le projet personnalisé. Les principes et modalités de mise en œuvre 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) 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"> • Inscrire la démarche du projet personnalisé dans le projet d'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de pilotage 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure du projet personnalisé • Fiche de missions du référent 	40 42
Communiquer l'information		<ul style="list-style-type: none"> • Organiser l'information auprès de l'ensemble des professionnels • Organiser l'information auprès des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de pilotage • Référents 	<ul style="list-style-type: none"> • Moyens de communication propres à la structure 	44
Suivre des indicateurs		<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des indicateurs de suivi (nombre de projets personnalisés formalisés, réévalués...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de pilotage 	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau de bord 	45

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 débiter 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 PERSONNALISE

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 (renseigné par l'évaluation AN, puis N1, N2...)

Outils :
avant de réaliser cette évaluation, Ce guide fournit des points de vigilance et des étapes structurées dans l'ordre et le contenu du projet personnalisé.
- La démarche du projet personnalisé doit être mise en oeuvre 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 vous permet de conduire votre analyse de façon collective et autonome.

Comment ça marche ?

- Réalisez votre évaluation**
1- Cliquez sur le bouton orange ci-dessous pour accéder à l'évaluation (ou sur l'onglet "Évaluation" en haut de l'écran).
2- Répondez aux questions 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 des usagers - projet personnalisé" à votre disposition sur la clé USB du dossier CAP ou téléchargeable sur : www.qualirelsante.com
- Consultez la synthèse des résultats**
Après les données recueillies sur la plateforme eFORAP sur 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

« 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'utilisateur. 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'utilisateur. 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.

IMPORTANCE DU SYSTÈME D'INFORMATIONS DANS LE PROJET PERSONNALISÉ

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'utilisateur 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'utilisateur et projet personnalisé.

- DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL -
LE PROJET PERSONNALISE EST-IL MIS EN OEUVRE ?

- DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL -
LE PROJET PERSONNALISE EST-IL MIS EN OEUVRE ?

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 (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

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)

- DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL -
LE PROJET PERSONNALISE EST-IL MIS EN OEUVRE ?

Secteur de l'établissement : Handicap EHPAD SSIAD

A- L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT AUTOUR DU PROJET PERSONNALISE

1. Dans votre structure, existe t-il une démarche de projet personnalisé ?

- Oui En grande partie Partiellement Non



A- L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT AUTOUR DU PROJET PERSONNALISE

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

- Oui En grande partie Partiellement Non

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

	Oui	En grande partie	Partiellement	Non
<i>De l'équipe de direction</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Des personnels éducatifs et soignants</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>De tous les personnels de l'établissement</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>De l'usager</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>De la famille et/ou des représentants légaux de l'usager</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Existe t-il une procédure formalisée qui détaille la démarche du projet personnalisé ?

- Oui En grande partie Partiellement Non

5. Existe t-il un ou des indicateur(s) de suivi relatif(s) au projet personnalisé ?

(Ex : nombre de projets personnalisés formalisés, nombre de projets personnalisés réactualisés tous les ans, etc.)

- Oui En grande partie Partiellement Non

6. Existe t-il un (ou plusieurs) référent(s) par projet 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 PERSONNALISE EST-IL MIS EN OEUVRE ?

B- CONCEPTION - MISE EN ŒUVRE - EVALUATION DU PROJET 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 personnalisé ? (du recueil des attentes jusqu'à la définition des objectifs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A la mise en oeuvre du projet personnalisé ? (la mise en oeuvre des objectifs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A l'évaluation du projet personnalisé ? (la discussion autour des objectifs et le réajustement de ces derniers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

- Oui En grande partie Partiellement Non

11. La formalisation écrite du projet 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 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 ?



II. LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ



A. LES ÉTAPES

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

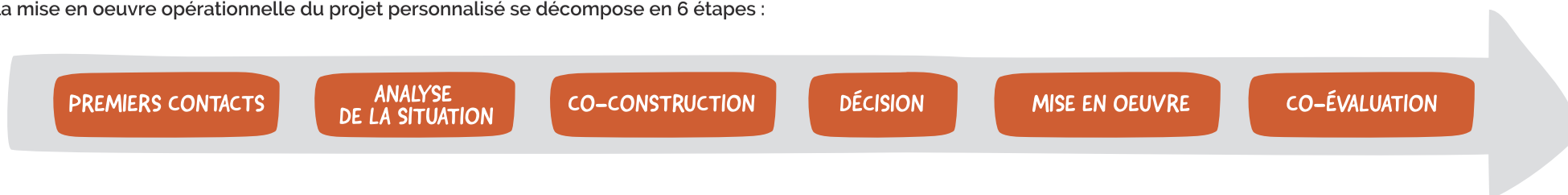
B. L'OUTIL D'ÉVALUATION SUR DOSSIER



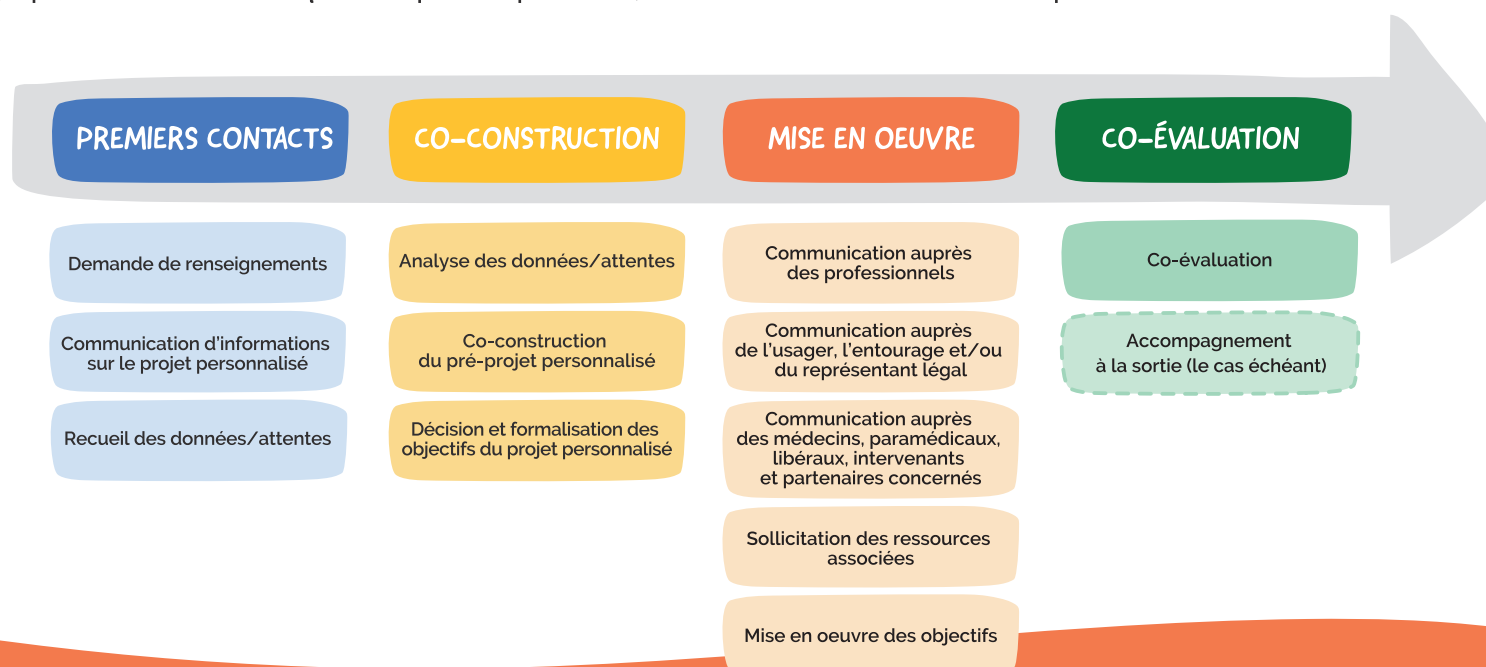
II – LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ

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>→</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de la 1ère prise de contact <p>→</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact téléphonique • Par contact physique • Par contact informatique <p>→</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usager • Accueil / administration • Cadre • Infirmière coordinatrice <p>→</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grille de recueil • Dossier d'admission (Ehpad) 	46
<p>Communication d'informations sur le projet personnalisé</p> <p>→</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant la rencontre de pré-admission / admission • Pendant la visite d'établissement <p>→</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Par entretien individuel <p>→</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usager • Cadre • Médecin • Assistante sociale • Référent pressenti <p>→</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Livret d'accueil • Contrat de séjour • Charte des droits et libertés 	50 51
<p>Recueil des données/attentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 temps d'échanges • Par temps d'observation • Par étude du dossier d'admission 	<ul style="list-style-type: none"> • Usager • Equipe soignante ou éducative • Référent pressenti ou identifié 	<ul style="list-style-type: none"> • Grille de recueil/ d'observations • Liste des points à aborder • Dossier d'admission (handicap) 	46 55

PREMIERS CONTACTS

CO-CONSTRUCTION

MISE EN OEUVRE

CO-ÉVALUATION

CO-CONSTRUCTION

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

PREMIERS CONTACTS

CO-CONSTRUCTION

MISE EN OEUVRE

CO-ÉVALUATION

MISE EN OEUVRE

QUOI ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI ?	OUTILS RESSOURCES PAGE
Communication auprès des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> Après formalisation et validation du projet personnalisé 	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'informations Traçabilité de l'information délivrée 	<ul style="list-style-type: none"> Référent Professionnels médicaux, éducatifs et d'accompagnement de l'institution 	<ul style="list-style-type: none"> Moyens de communication propres à la structure
Communication auprès de l'entourage et/ou du représentant légal	<ul style="list-style-type: none"> Après formalisation et validation du projet personnalisé Après accord de l'utilisateur 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien Envoi postal Traçabilité de l'information délivrée 	<ul style="list-style-type: none"> Référent Entourage et/ou représentant légal 	
Communication d'informations auprès des médecins, paramédicaux libéraux, intervenants et partenaires concernés	<ul style="list-style-type: none"> Après formalisation et validation du projet personnalisé Après accord de l'utilisateur 	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'échanges Envoi formalisé Traçabilité de l'information délivrée 	<ul style="list-style-type: none"> Référent Médecins et paramédicaux libéraux concernés Intervenants Partenaires 	
Sollicitation des ressources associées	<ul style="list-style-type: none"> Après formalisation et validation du projet personnalisé et tout au long de la mise en oeuvre des objectifs 	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'échanges auprès des personnes concernées Organisation des ressources (achat de matériel, mise en place de partenariat...) 	<ul style="list-style-type: none"> Référent Usager Personnes concernées par le projet 	
Mise en oeuvre des objectifs	<ul style="list-style-type: none"> Après formalisation et validation du projet personnalisé et tout au long de la mise en oeuvre des objectifs 	<ul style="list-style-type: none"> En encourageant la personne Temps d'accompagnement Temps de suivi et de réajustement Traçabilité des actions 	<ul style="list-style-type: none"> Référent Usager Personnes concernées par le projet personnalisé 	

PREMIERS CONTACTS

CO-CONSTRUCTION

MISE EN OEUVRE

CO-ÉVALUATION

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 	<ul style="list-style-type: none"> • Référent • Personnes concernées par le projet personnalisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Document « Projet personnalisé » 	57
→	→	→	→		
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 	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'échanges avec l'utilisateur • Temps d'échanges avec l'utilisateur • 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'utilisateur 	<ul style="list-style-type: none"> • Référent • Usager et/ou représentant légal • Personnes concernées par le projet personnalisé • Professionnels de la structure d'accueil 	<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 	57
	<ul style="list-style-type: none"> • Lors d'une situation de fin de vie 	<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 externes à la structure 	<ul style="list-style-type: none"> • Document « projet personnalisé » • Recueil des souhaits de fin de vie • Procédure d'accompagnement à la fin de vie 	57

PREMIERS CONTACTS

CO-CONSTRUCTION

MISE EN ŒUVRE

CO-ÉVALUATION

POUR RÉSUMER

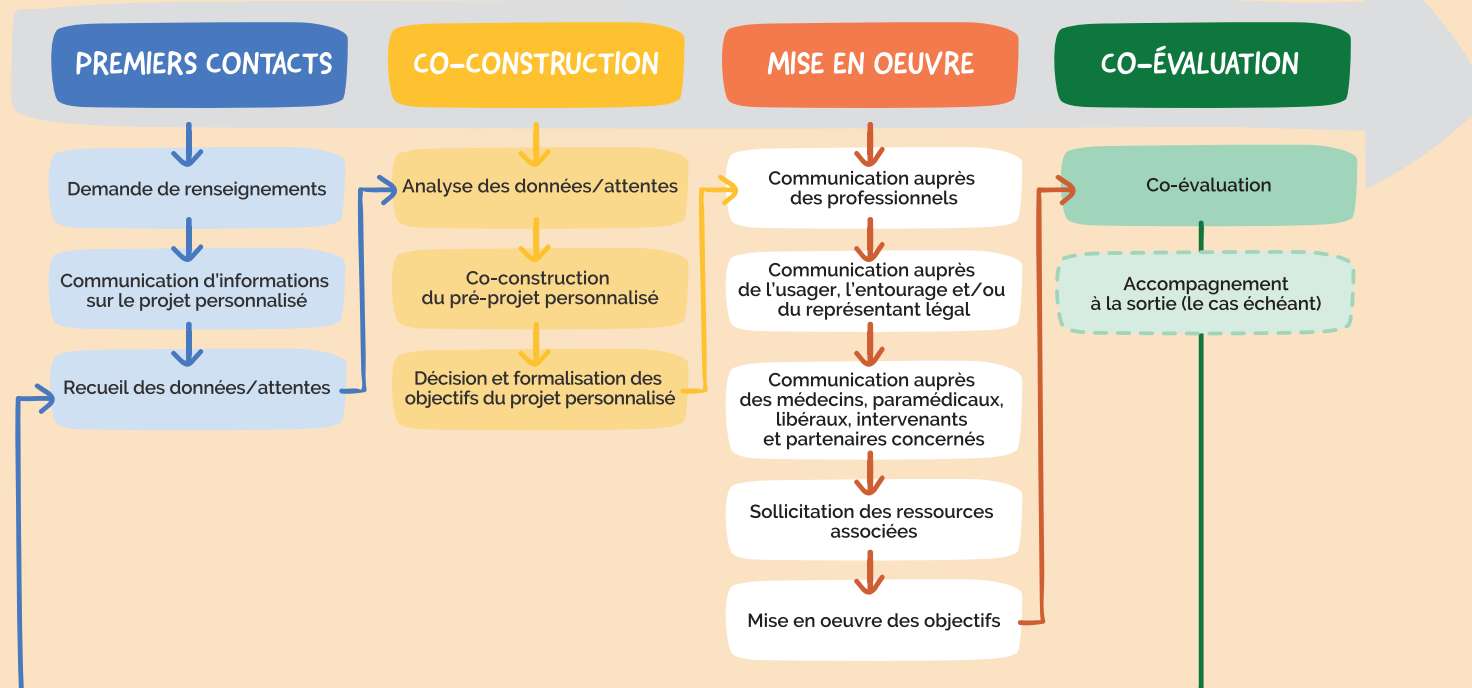
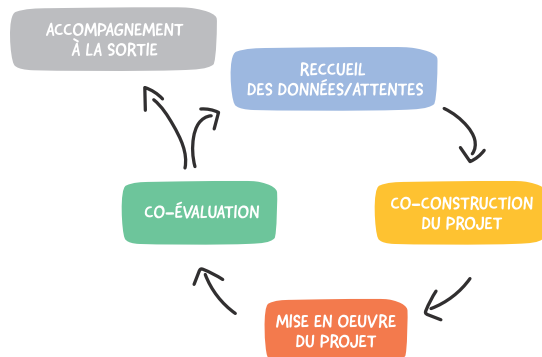
Le cycle continu du projet personnalisé

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).

La démarche du projet personnalisé s'inscrit dans un cycle annuel continu. Dès lors que le premier projet personnalisé de l'utilisateur a été co-construit, mis en œuvre 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 :

- d'évaluer la mise en oeuvre "opérationnelle" du projet personnalisé grâce à un tirage au sort de dossier
- identifier les points forts et les points à améliorer dans la démarche du projet personnalisé
- 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.
- 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.

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**
- 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.
- 2 Remplissez la grille d'évaluation en vous appuyant sur les éléments des dossiers.
Pour chaque item, cocher OUI ou NON ou Non Applicable (selonment QS) 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 des usagers : projet personnalisé" à votre disposition sur la clé USB du dossier CAP ou téléchargeable sur : www.qualirelsante.com
- 3 Saisir les données recueillies 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)



OUTIL D'EVALUATION SUR DOSSIER
- LE PROJET PERSONNALISE -

PREMIERS CONTACTS

1. La personne accueillie a été informée sur le projet personnalisé
(élément de preuve : Traçabilité de l'information délivrée) Oui Non
2. Un recueil des attentes/données auprès de la personne a été réalisé
(élément de preuve : Grille de recueil remplie) Oui Non

CO-CONSTRUCTION

3. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse en équipe
(élément de preuve : Traçabilité de l'analyse) Oui Non
4. Un temps d'échanges avec la personne a eu lieu, afin de réfléchir autour de son pré-projet personnalisé
(élément de preuve : Traçabilité du temps d'échanges) Oui Non
5. Le projet personnalisé de la personne accueillie est formalisé
(élément de preuve : Présence d'objectifs définis dans le projet personnalisé) Oui Non
6. La personne accueillie, ou son représentant légal, a donné son accord (ou refus) sur son projet personnalisé
(élément de preuve : Traçabilité de l'accord ou du refus de la personne) Oui Non

MISE EN ŒUVRE

7. Les professionnels concernés sont informés du projet personnalisé de la personne accueillie
(élément de preuve : Traçabilité de l'information délivrée) Oui Non
8. L'entourage et/ou le représentant légal sont informés du projet personnalisé de la personne accueillie
(éléments de preuves : Traçabilité de l'information délivrée ou traçabilité de la recherche du consentement) Oui Non
9. Les médecins et paramédicaux libéraux, les intervenants et partenaires concernés sont informés du projet personnalisé de la personne accueillie
(élément de preuve : Traçabilité de l'information délivrée) Oui Non NA
10. Les ressources associées sont sollicitées
(éléments de preuves : Achat de matériel, mise en place de partenariat...) Oui Non
11. Les objectifs du projet personnalisé sont mis en oeuvre
(éléments de preuves : Traçabilité des actions du projet ; Traçabilité de temps d'accompagnement) Oui Non



CO-EVALUATION

12. Le projet personnalisé de la personne accueillie est évalué en équipe
(élément de preuve : Traçabilité d'un temps d'évaluation en équipe) Oui Non
13. Le projet personnalisé de la personne accueillie est évalué avec l'usager et/ou l'entourage le cas échéant
(élément de preuve : Traçabilité d'un temps d'évaluation avec l'usager et/ou l'entourage le cas échéant) Oui Non
14. Cette co-évaluation est réalisée au minimum une fois par an Oui Non

(élément de preuve : Traçabilité de la date de la co-évaluation)

VERS UN NOUVEAU PROJET PERSONNALISE

15. Un recueil des attentes est réalisé, en vue de définir un nouveau projet personnalisé
(élément de preuve : Grille de recueil remplie) Oui Non



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**



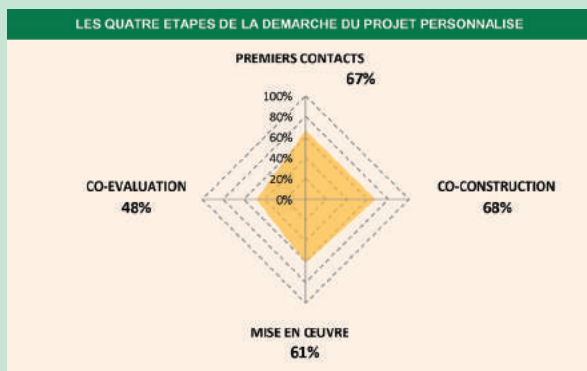
III – L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ

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

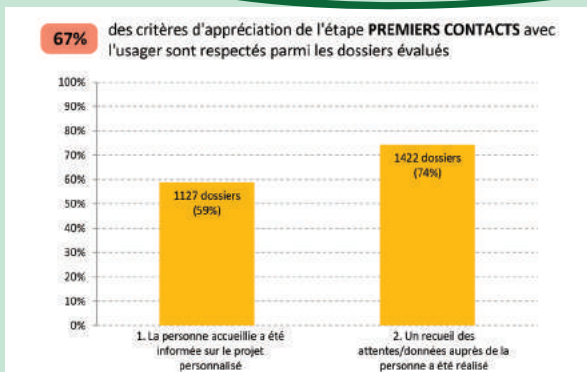
A l'issue de l'évaluation de la démarche du projet personnalisé, réalisée à l'aide du diagnostic organisationnel (p.19-20) et de l'audit de dossiers (p.29-30), vous pourrez saisir les résultats sur la plateforme eFORAP mise à disposition par QualiREL Santé sur son site internet.

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 :

DE FAÇON GLOBALE :



ET ENSUITE DE FAÇON PLUS DÉTAILLÉE



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.

NEW 2019



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 bien-être. Le projet de vie s’inscrit bien évidemment dans cette thématique. La charte de bien-être 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 personnalise 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

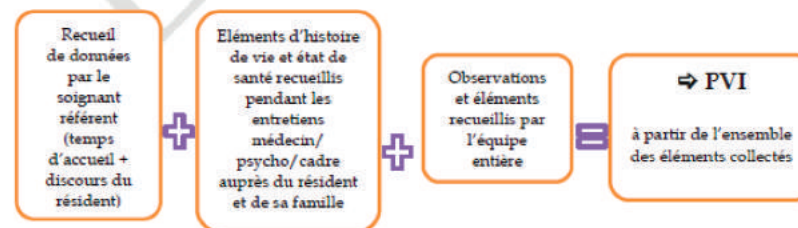
- 1) Cette implication est tout d’abord en lien étroit avec les moyens et les contraintes de l’établissement : législation, environnement, organisation...
- 2) Au-delà du PVI, c’est de toute la considération de l’individu (histoire, repères, rythme) dont il s’agit. Du côté professionnel, nous soulignons 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



➤ Éléments 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.

Évaluation 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
ADMISSION	ETAPE PROCESSUS	INTERLOCUTEUR(S) IPP	MOYEN / DOC
	Contact avec la famille	- Assistante administrative médico-sociale - Chef de service	- Tél + Courrier de confirmation de RDV
	<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	- Contrat de séjour - Dossier de l'utilisateur - Outils loi 2002-2 - Dossier médical
	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	INTERLOCUTEUR(S) IPP	MOYEN / DOC
	DESIGNATION DU CORRESPONDANT <ul style="list-style-type: none"> • IES : un des éducateurs correspondants • SSEFIS : le chef de service 	- Chef de service	- 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)

*PIA : 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 • ENTRETIEN(S) AVEC LE JEUNE ET SA FAMILLE - Anamnèse : histoire générale - Investigations de différents domaines : 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 ...)	-Correspondant -Équipe pluridisciplinaire -Médecin -Paramédicaux	-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 • 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 - Synthèse de l'identification des besoins o Points de convergence o Points de divergence o Accord sur les priorités - Détermination des objectifs prioritaires et proposition de moyens	-Correspondant -Correspondant -Correspondant + équipe -Chef de service	-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 • 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)	-Directrice -Correspondant -Assistante administrative médico-sociale	-PIA signé -Dossier de l'utilisateur
ETAPE PROCESSUS	INTERLOCUTEUR(S) IPP	MOYEN / DOC
MISE EN ŒUVRE • Engagement des moyens	-Equipe pluridisciplinaire	-
SUIVI • 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>	-Correspondant -Equipe pluridisciplinaire	-Dossier de l'utilisateur -Planification des régulations -Compte-rendu type à venir

Parcours de l'Usager Enfant Processus d'accompagnement IES / SSEFIS (sauf DisTEVA)



ACTUALISATION
(renouvellement)
DU
PIA

SORTIE DE
L'USAGER

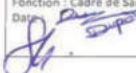
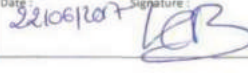

ETAPE PROCESSUS	INTERLOCUTEUR(S) IPP	MOYEN / DOC
EVALUATION DU PIA • RENCONTRE AVEC LES PARENTS ET LE JEUNE (à partir du collège) - Expression des parents et du jeune sur sa situation globale et leur ressenti sur les objectifs (« Comment ça va depuis ? ») - Expression des parents et du jeune sur : o Autonomie dans la vie quotidienne o Scolarisation o Apprentissages cognitifs o Communication et relations interpersonnelles o Socialisation o Loisirs et vie sociale • REUNION DE REGULATION - 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	-Correspondant -Equipe pluridisciplinaire	-Document unique d'évaluation partagé par les parents et les professionnels -Dossier de l'utilisateur -Compte rendu type à venir
RENCONTRE D'ACTUALISATION DU PIA	Processus identique à celui d'élaboration du premier PIA	
REDACTION RESTITUTION		
RENTREE SCOLAIRE SUIVANTE • Vérification des moyens • Engagement des moyens	-Chef de service	-Emploi du temps
ETAPE PROCESSUS	INTERLOCUTEUR(S) IPP	MOYEN / DOC
PREPARATION A LA SORTIE • 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	-Correspondant -Correspondant -La direction	-Compte-rendu d'entretien -Dossier de l'utilisateur -PIA Final
GESTION ADMINISTRATIVE • Prise de RDV de sortie • Préparation de l'entretien de sortie	-Assistante administrative médico-sociale	-Tél + courrier de confirmation -Flyers -Attestation de présence -Questionnaire de satisfaction
ENTRETIEN FINAL • 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	-Chef de service des plus de 16 ans	-Enquête de satisfaction des sortants, -Bilan final de l'utilisateur -Procédure de consultation du dossier de l'utilisateur -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	Page 1 Sur 2
	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 : 22/10/2017 Signature : 	Validé par : Béatrice KERVADEC Fonction : Coordinatrice des Soins Date : 22/10/2017 Signature : 	Approuvé par : Béatrice KERVADEC Fonction : Responsable Qualité-Gestion des risques Date : 22/10/2017 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 Gériatrie 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 MOBQUAL 2010 porté par la Société Française de Gériatrie 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. Bienveillance
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.

	FICHE DE MISSION	FM-SOI-001	Page 2 Sur 2
	REFERENT « RESIDENT »	Révision : 1 Réf. Cert V3 : 18 Juin 2017	

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
<ul style="list-style-type: none"> Futurs usagers Tutelles 	<ul style="list-style-type: none"> Valoriser la démarche à l'extérieur de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> Site internet Projet d'établissement Livret d'accueil Portes ouvertes
<ul style="list-style-type: none"> Conseil d'Administration Conseil de la Vie Sociale Les autres instances 	<ul style="list-style-type: none"> Faire connaître la stratégie et les modalités organisationnelles de la démarche 	<ul style="list-style-type: none"> Projet d'établissement Livret d'accueil Temps de réunion Temps de réunion
<ul style="list-style-type: none"> Salariés de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> Faire connaître le dispositif organisationnel de la démarche du projet personnalisé 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> Connaître le projet personnalisé d'un résident / usager, ses objectifs et ses évolutions 	<ul style="list-style-type: none"> Procédure Temps de synthèse Dossier partagé Transmissions
Professionnels référents	<ul style="list-style-type: none"> Connaître le rôle du référent 	<ul style="list-style-type: none"> Fiche de missions

Communication auprès des usagers et des proches		
Destinataires	Message	Exemples de support
Résidents, usagers	<ul style="list-style-type: none"> Définir, échanger et réajuster le projet personnalisé 	<ul style="list-style-type: none"> Livret d'accueil Portes ouvertes Site internet Document de recueil adapté à la compréhension de la personne accueillie.
Famille, entourage	<ul style="list-style-type: none"> Contribuer au projet personnalisé 	<ul style="list-style-type: none"> 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)

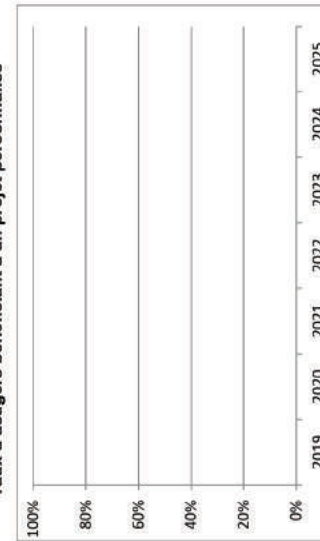


TABLEAU DE BORD : INDICATEURS SUR LE PROJET PERSONNALISÉ

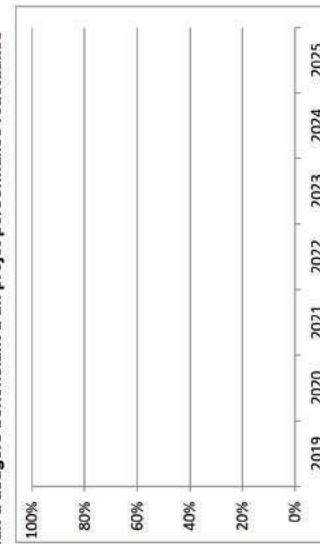
	Mode de calcul	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Numérateur	Nombre d'usagers présents depuis plus de 6 mois et disposant d'un projet personnalisé et formalisé							
Dénominateur	Nombre total d'usagers présents depuis plus de 6 mois							
Indicateur	Taux d'usagers bénéficiant d'un projet personnalisé							

	Mode de calcul	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Numérateur	Nombre d'usagers bénéficiant d'un projet personnalisé réactualisé dans l'année							
Dénominateur	Nombre total d'usagers bénéficiant d'un projet personnalisé							
Indicateur	Taux d'usagers bénéficiant d'un projet personnalisé réactualisé							

Taux d'usagers bénéficiant d'un projet personnalisé



Taux d'usagers bénéficiant d'un projet personnalisé réactualisé



OUTIL 6

EXEMPLE DE GRILLE DE RECUEIL

(Ehpad : Résidence île Verte)

Accueil d'un nouveau résident



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

Résidence l'Île Verte
35 rue de l'Île Verte
44300 St Philbert de Grand Lieu
Tel 02 40 78 70 50 / Fax 02 40 78 81 93/ mail : accueil@residence-ileverte.fr

Autre :

Désirs et attentes en matière d'animation :

Vie Sociale : Importante Inexistante Satisfaisante

Valeurs et Croyances

Religion :

Restrictions imposées par la religion : oui non
Si oui lesquelles ?

Pratiques religieuses : oui non

Communication / Relationnel / Estime de soi

Acuité visuelle, auditive Elocution

Audition : correcte déficiente appareillée : droite gauche les deux

Vision : correcte déficiente appareillée
Êtes-vous malvoyant ? oui non
Possédez-vous du matériel adapté (téléphone à grosses touches...) ? oui non

Elocution : correcte déficiente orthophonie aphasie

Supports de communication : téléphone sonnette support écrit ordinateur
Accès à internet ? oui non

Relations avec

Les résidents ? très difficile assez difficile facile très facile

La famille ? Êtes-vous entouré (e) ? oui non

Les amis ? Êtes-vous entouré (e) ? oui non

Le personnel ? très difficile assez difficile facile très facile

La collectivité ? très difficile assez difficile facile 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 :

Médecins spécialistes :

Ophthalmologiste :

Cataracte : oui non

Autres :

Date du dernier bilan :

Dentiste :

Kinésithérapeute :

Podologue/Pédicure :

Date du dernier bilan :

Surveillance particulière

Allergies/intolérance ? oui* non
* Lesquelles ?

Anticoagulant : oui non

Essoufflement ? oui* non
* Si oui : Repos Effort

Vaccination :

Tabagisme : oui non

Oxygène : oui non

Douleurs ? oui* non
* Si oui localisation ?

Etat cutané :

Plaie : oui non

Œdème : oui non

Gestion du traitement : Seul(e) Par nos soins

Risque de fugue : oui non

Antécédents et traitements : confère dossier d'inscription et EPSISOINS

Hygiène corporelle Image de soi Bien-être

Toilette :

Autonome A stimuler Dépendant(e) Haut Bas Les deux

Aide à la douche ? oui non

Habitudes :

Rasage ? Seul par nos soins

Coquetterie / Maquillage :

Seriez-vous intéressé(e) par des soins esthétiques et/ou relaxants ? oui non

Quels sont vos souhaits ?

Avez-vous des produits d'hygiène particuliers ? oui non

Si oui lesquels ?

Hygiène buccodentaire :

Entretien appareillage(s) dentaire(s) : Seul(e) Par nos soins

Habitudes :

Habillage :

Seul(e) Aide partielle Aide totale Haut Bas Les deux

Êtes-vous frileux ? oui non

Craignez-vous la chaleur ? oui non

Craignez-vous le soleil ? oui non

Possédez-vous des vêtements adaptés (aisance, facile à mettre) ? oui non

Quelles sont vos particularités ou habitudes vestimentaires ?

Changement du linge ? Seul(e) Par nos soins

Elimination	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"/> Stomie <input type="checkbox"/> Etui Pénién <input type="checkbox"/> Urinal <input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/>
	Protection urinaire <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit Type?.....

Transfert / Déplacement

Mobilité	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?.....
	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
	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, verticalisateur....):

Alimentation / Hydratation

Alimentation	Régime: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Si oui:	
	Texture: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Epaisse <input type="checkbox"/> Mixée <input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> Enrichie <input type="checkbox"/> Fingers Food	
	Troubles de la déglutition? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Besoin d'eau gélifiée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Habitudes Alimentaires	
	Aime :	N'aime pas :
	-	-
	-	-
	-	-
	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"/> biscottes <input type="checkbox"/> Beurre <input type="checkbox"/> Confiture <input type="checkbox"/> Pruneaux <input type="checkbox"/> Yaourt <input type="checkbox"/> Sucre <input type="checkbox"/> Canderel	

Apport Hydrrique	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

Comportement et Troubles

	ABS	FQT	PFS		ABS	FQT	PFS
<i>Idées délirantes / Confusion</i>				<i>Irritabilité / Instabilité de l'humeur</i>			
<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>			

Ref: Grille du NP1 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	fermée (rayez 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 :	Gère: <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Par nos soins	
Autres :			

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

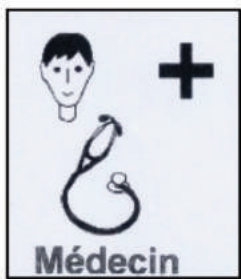


Association des Œuvres de Pen Bron
Reconnue d'utilité publique par décret du 03 juillet 1893
Siège social : 10 rue Gaétan rondeau CS 86236 44262 Nantes cedex 2

02 40 69 77 48

Avec qui ai-je fait ce contrat de séjour ?

J'ai fait ce contrat avec :



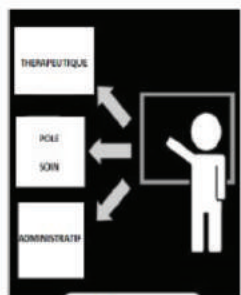
Médecin

Dr



assistante sociale

Mme



Mme



Chef de service

Mr

Et avec l'aide de mes parents :

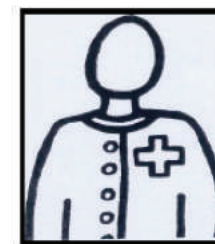


2

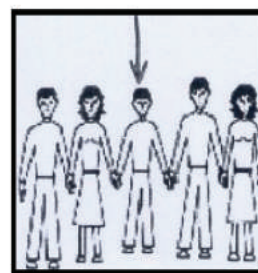
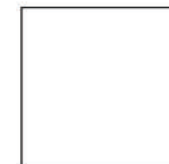
Qu'est ce que l'établissement et moi souhaitons faire pour m'aider à vivre bien ?



Développer des Apprentissages



Recevoir des soins



Etre bien avec
Avec les autres

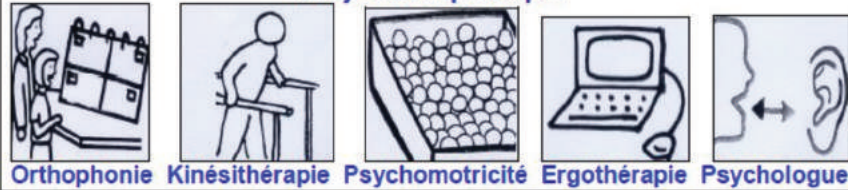


Etre bien
Avec soi

3

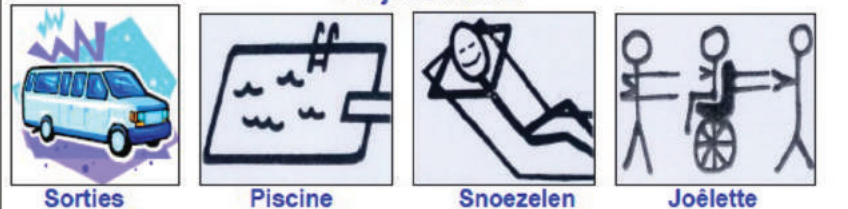
PRESTATIONS

Projet thérapeutique



Orthophonie Kinésithérapie Psychomotricité Ergothérapie Psychologue

Projet éducatif



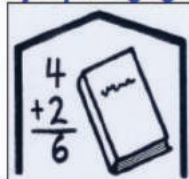
Sorties

Piscine

Snoezelen

Joëlette

Projet pédagogique



Accompagnement personnalisé



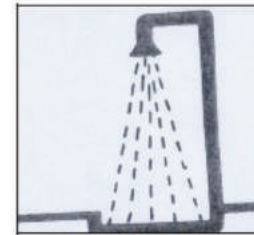
Théâtre

Musique

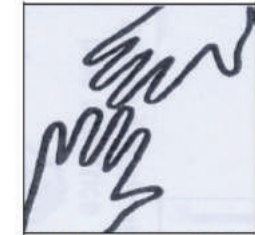
Poney

4

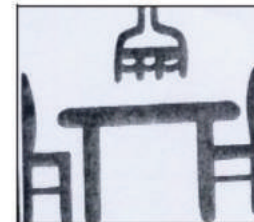
Mon QUOTIDIEN



Je me lave



Je reçois de l'aide



Je mange



Je prends mes médicaments



J'aime



Je n'aime pas

Je prends mes repas dans la
salle à manger de

5

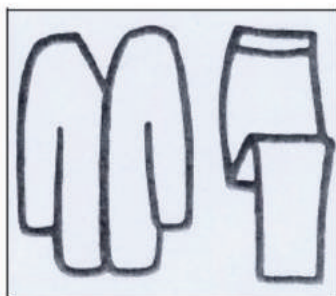
J'AI BESOIN D'ARGENT



POUR :



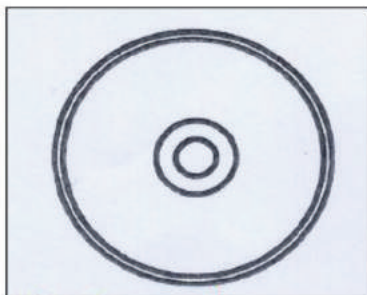
Aller chez le coiffeur



Acheter des vêtements



Me laver les dents



Ecouter mes chansons

6

CONTRAT DE SEJOUR

Usager

Mon papa

Ma maman



Remis le 25/07/2014

SIGNATURES

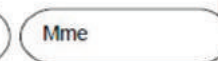
Ce contrat de séjour est conclu

Entre Moi :

mon papa

ma maman

Directrice IEM :



7

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
- ...

TRAMES D'ENTRETIEN POUR LE PREMIER CONTACT

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

...

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.



**OUTIL
10**

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

Ehpad

Projet personnalisé

Nom et prénom du résidant :

Date d'entrée :

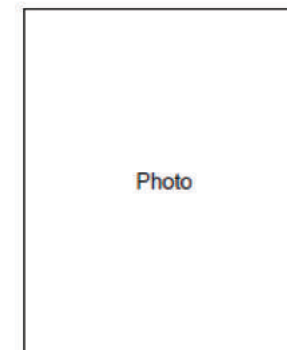
Nom du professionnel ayant initié le projet personnalisé et fonction :

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

Oui

Non

Sans avis



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 résident, 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	<i>« Je voudrais aller au bord de la mer ».</i>	X		Voir avec l'équipe d'animation si d'autres résidents sont intéressés, auquel cas cela pourrait devenir un projet collectif. Sinon, voir si un familier du résident 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	<i>« Je ne pourrais pas être dans une chambre juste à côté de Mme Y ? »</i>	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	<i>« Je voudrais que les "filles" me tutoient et m'appellent par mon prénom ».</i>	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 résidents 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	« 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 »... (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 résidents 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 résident	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 résident
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 résident (et/ou représentant légal – et/ou familiais)	Évaluation par les professionnels
Projet 1.1	Voyage au bord de la mer.	<i>« C'est beau »... « Je suis super-content ».</i>	Voyage collectif organisé début septembre (six résidents). 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 connaissent même pas entre eux ! »</i>	La fête s'est parfaitement déroulée. La quasi-totalité de la famille de M. X était présente. Le résident évoque déjà la fête pour ses 95 ans...

STRUCTURES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉLABORATION DU GUIDE

RÉFÉRENCES

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 (Référénte 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 Séjourné (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.

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'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