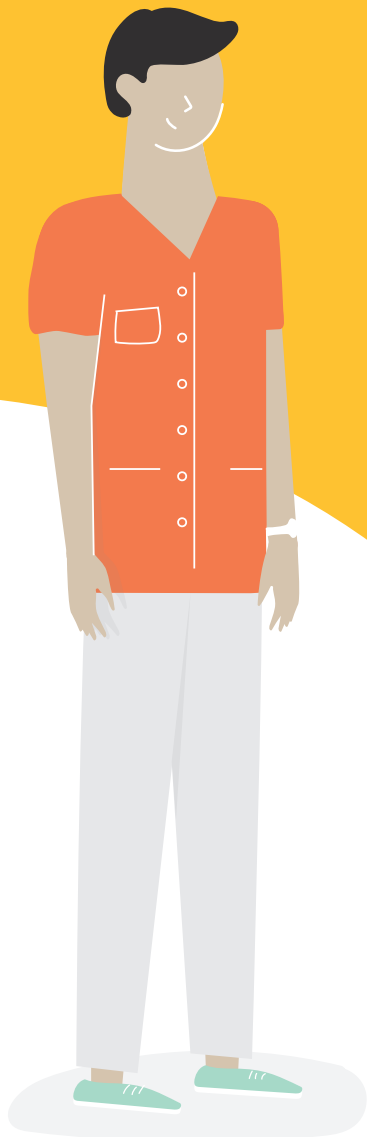


# SUR LE CHEMIN DES ATTENTES DES USAGERS, LE PROJET PERSONNALISÉ



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

Édition 2019

SSIAD





# LEXIQUE ET SOMMAIRE

# LEXIQUE

## **ANESM**

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

## **DIPC**

Document **I**ndividuel de **P**rise en **C**harge

## **HAS**

Haute **A**utorité de **S**anté

## **IDE**

Infirmière **D**iplômée d'**É**tat

## **EPP**

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

## **SAD**

Service d'**A**ide à **D**omicile

## **SRA**

Structure **R**égionale d'**A**ppui

## **SSIAD**

Service de **S**oins **I**nfirmiers **À** **D**omicile

## **SPASAD**

Services **P**olyvalents d'**A**ide et de **S**oins **À** **D**omicile

## **ARS**

Agence **R**égionale de **S**anté

## **MOOC**

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



# SOMMAIRE



<b>INTRODUCTION</b>	9	<b>IV – POUR ALLER PLUS LOIN : DES EXEMPLES D'OUTILS ASSOCIÉS</b>	35
<b>POINTS CLÉS DE LA RECOMMANDATION DE L'ANESM</b>	13	Outil n°1 : Document-support pour l'élaboration du Projet Individualisé d'Aide, d'Accompagnement et de Soins de la personne prise en charge	37
<b>I – L' ORGANISATION ET LA PLANIFICATION DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ</b>	15	Outil n°2 : Paragraphe type sur le Projet personnalisé à insérer dans le DIPC	42
<b>A. LES PRÉ-REQUIS</b>	17	Outil n°3 : Protocole Réunion d'analyse sur le projet personnalisé de la personne accompagnée	43
<b>B. LE DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL</b>	18	Outil n°4 : Exemple de Compte rendu réunion hebdomadaire SSIAD	45
<b>II – LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ</b>	21	Outil n°5 : Affiche sensibilisation sur la démarche du projet personnalisé auprès des professionnels	47
<b>A. LES ÉTAPES :</b>	23	Outil n°6 : Flyer de sensibilisation sur la démarche du projet personnalisé auprès des usagers	48
Premiers contacts	24	Outil n°7 : Jeu « Qui veut devenir expert du projet personnalisé en SSIAD ? »	49
Co-construction	25	Outil n°8 : Fiche de missions du référent Projet Personnalisé	50
Mise en oeuvre	26	Outil n°9 : Exemple d'objectifs d'accompagnement : projet personnalisé	52
Co-évaluation	27	Outil n°10 : Outil de suivi des dossiers personnalisés au sein de son établissement	58
Pour résumer	28		
<b>B. L'OUTIL D'ÉVALUATION SUR DOSSIER</b>	29		
<b>III – L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ</b>	31	<b>NOTES PERSONNELLES</b>	60
<b>A. LE RAPPORT DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE</b>	33	<b>STRUCTURES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉLABORATION DU GUIDE</b>	61
<b>B. LES OUTILS DE COMMUNICATION DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION</b>	33	<b>RÉFÉRENCES</b>	61



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

Cette deuxième version V2019 du guide a été réalisée, au regard des recommandations de la HAS (qui a repris les missions de l'ANESM) parues depuis 2014 (page 61), du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire 2018-2022, notamment l'orientation stratégique 2 « Le citoyen, l'usager acteur de sa santé et de son parcours de santé » et son action opérationnelle « Faire du projet personnalisé un pilier de l'amélioration du parcours de vie », et des Travaux de la Communauté de Pratiques des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) (page 61) animé par QualiREL Santé sur cette thématique dans ce secteur. Ces derniers ont fait l'objet d'une version spécifique de ce guide, qui vous est présentée ci-dessous.

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

## 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

## Le projet CAP comprend 3 outils d'accompagnement



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



2 – Un guide méthodologique sur le projet personnalisé.



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



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

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

Bonne lecture et bonne mise en oeuvre,

Le groupe de travail  
Projet Personnalisé







# POINTS CLÉS DE LA RECOMMANDATION DE L'ANESM



# PRÉAMBULE

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

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

3 chapitres sont déclinés :

### CHAPITRE 1

Repères et principes

### CHAPITRE 2

La participation de la personne tout au long de la démarche

### CHAPITRE 3

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

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

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

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

### 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)
- ✓ Écrire 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.

(1) 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	• Avant la mise en oeuvre opérationnelle du projet personnalisé	• Inscrire la démarche du projet personnalisé dans le projet d'établissement	• Equipe de direction	• Projet d'établissement intégrant la dimension du projet personnalisé	Voir exemple dans le guide EHPAD/ Handicap
Formaliser la démarche		• Formaliser la démarche au sein de l'établissement • Formaliser le système d'informations • Désigner des référents • Rédiger les fiches de missions du référent	• Groupe de pilotage	• Procédure du projet personnalisé	Voir exemple dans le guide EHPAD/ Handicap
Communiquer l'information		• Organiser l'information auprès de l'ensemble des professionnels • Organiser l'information auprès des usagers	• Groupe de pilotage • Référents	• Fiche de missions du référent	Outil 8 - p.50
Suivre des indicateurs		• Mettre en place des indicateurs de suivi (nombre de projets personnalisés formalisés, réévalués...)	• Groupe de pilotage	• Moyens de communication propres à la structure	Voir exemple dans le guide EHPAD/ Handicap Outil 5 - p.47 Outil 6 - p.48 Outil 7 - p.49
				• Tableau de bord	Voir exemple dans le guide EHPAD/ Handicap Outil 10 - p.58

## B. LE DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL

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

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

Cette première étape reste indispensable à réaliser avant de 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](http://www.qualirelsante.com)

Cet outil est disponible sur la plateforme eFORAP.

**QualiREL sante**

**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 (l'enquête peut être réalisée à N, puis N-1, N-2...)

**Quels sont les pré-requis pour utiliser cet outil ?**  
avant de réaliser cette évaluation. Ce guide fournit des points de vigilance et des 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.  
- Un protocole d'évaluation est à votre disposition sur la clé USB du dossier CAP ou téléchargeable sur : [www.qualirelsante.com](http://www.qualirelsante.com), il pour objectif de vous permettre de conduire votre enquête de façon collective et autonome.

**Comment ça marche ?**

**1 Réalisez votre évaluation**

1a- Cliquez sur le bouton orange ci-dessus pour accéder à l'évaluation (ou sur l'onglet "évaluation" en bas du fichier)  
1b- 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](http://www.qualirelsante.com)

**2 Consultez la synthèse des résultats**

SAISIR les données recueillies sur la plateforme eFORAP sur [www.qualirelsante.com](http://www.qualirelsante.com).  
A l'issue de la saisie, vous pourrez générer un rapport de résultats de cette évaluation

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

## POINTS DE VIGILANCE

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

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

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

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

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



**- 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
<b>Oui</b>	Réflexion menée Définition / formalisation terminée Mise en oeuvre <b>en cours ou achevée</b>
<b>En grande partie</b>	Réflexion menée Définition / formalisation terminée Mise en oeuvre <b>amorcée</b>
<b>Partiellement</b>	Réflexion <b>amorcée</b> Définition / formalisation <b>amorcée</b>
<b>Non</b>	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

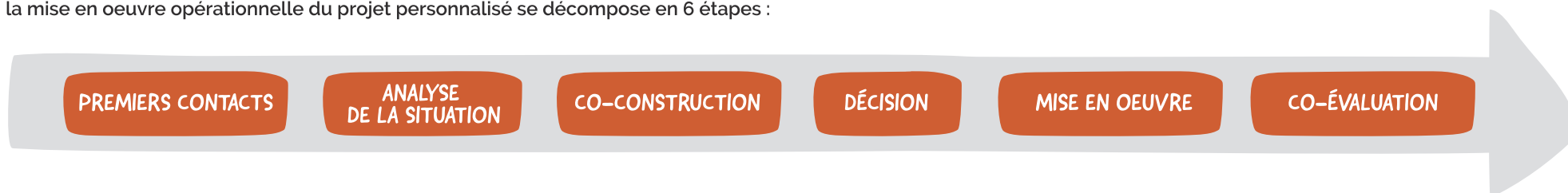
## B. L'OUTIL D'ÉVALUATION SUR DOSSIER



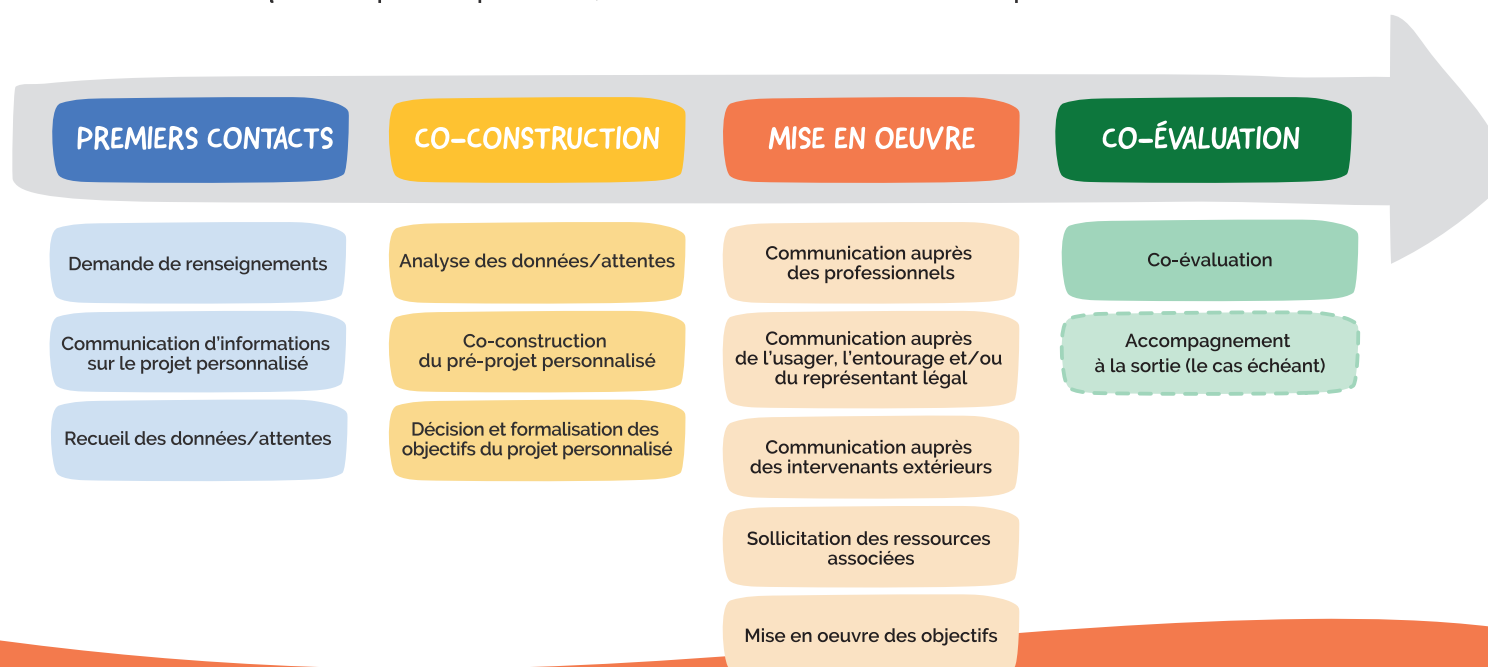
## II – LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ

### A. LES ÉTAPES :

Selon la recommandation de Bonnes Pratiques de l'Anesm sur « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (2018), la mise en oeuvre opérationnelle du projet personnalisé se décompose en 6 étapes :



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



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



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

# PREMIERS CONTACTS

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

\* disponible dans ce guide

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

\* disponible dans ce guide

## \* Objectifs du projet personnalisé :

La différence entre objectifs du projet personnalisé et actions du projet personnalisé est parfois difficile à identifier. Un objectif peut comprendre plusieurs actions qui nécessiteront un suivi régulier par le référent ou par la personne en charge de l'action. L'évaluation annuelle pluri-professionnelle recommandée par l'Anesm-HAS s'intéresse 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"> <li>Après formalisation et validation du projet personnalisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps d'informations (transmises)</li> <li>Traçabilité de l'information délivrée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Référent</li> <li>Professionnels internes</li> <li>Si besoin, professionnels externes à la structure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moyen de communication propre à la structure</li> </ul>
Communication auprès de l'entourage et/ou du représentant légal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Après formalisation et validation du projet personnalisé</li> <li>Après accord de l'utilisateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps de synthèse en équipe</li> <li>Rédaction du pré-projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Référent et/ou représentant légal</li> <li>Professionnels du service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Outil n°5* : Affiche sensibilisation à la démarche du projet personnalisé auprès des professionnels</li> </ul>
Communication auprès des intervenants extérieurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Après formalisation et validation du projet personnalisé</li> <li>Après accord de l'utilisateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Par temps d'échanges</li> <li>Rédaction du projet</li> <li>Traçabilité de l'accord ou du refus de l'utilisateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionnels externes à la structure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Outil n°6* : Flyer sensibilisation à la démarche du projet personnalisé auprès des usagers</li> </ul>
Sollicitation des ressources associées	<ul style="list-style-type: none"> <li>Après formalisation et validation du projet personnalisé</li> <li>et tout au long de la mise en oeuvre des objectifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps d'échanges auprès des personnes concernées</li> <li>Organisation des ressources (achat de matériel, mise en place de partenariat...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Référent</li> <li>Usager</li> <li>Personnes concernées par le projet (professionnels externes à la structure (CLIC, médecin, SAD, IDE libéral, services de l'hôpital, équipes mobiles, réseaux de santé...))</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Outil n°7* : Qui veut devenir expert du projet personnalisé en SSIAD</li> </ul>
Mise en oeuvre des objectifs		<ul style="list-style-type: none"> <li>En encourageant la personne</li> <li>Temps d'accompagnement</li> <li>Temps de suivi et de réajustement</li> <li>Traçabilité des actions</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Logiciel de soins</li> </ul>

\* disponible dans ce guide

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

PREMIERS CONTACTS

CO-CONSTRUCTION

MISE EN ŒUVRE

CO-ÉVALUATION

# POUR RÉSUMER

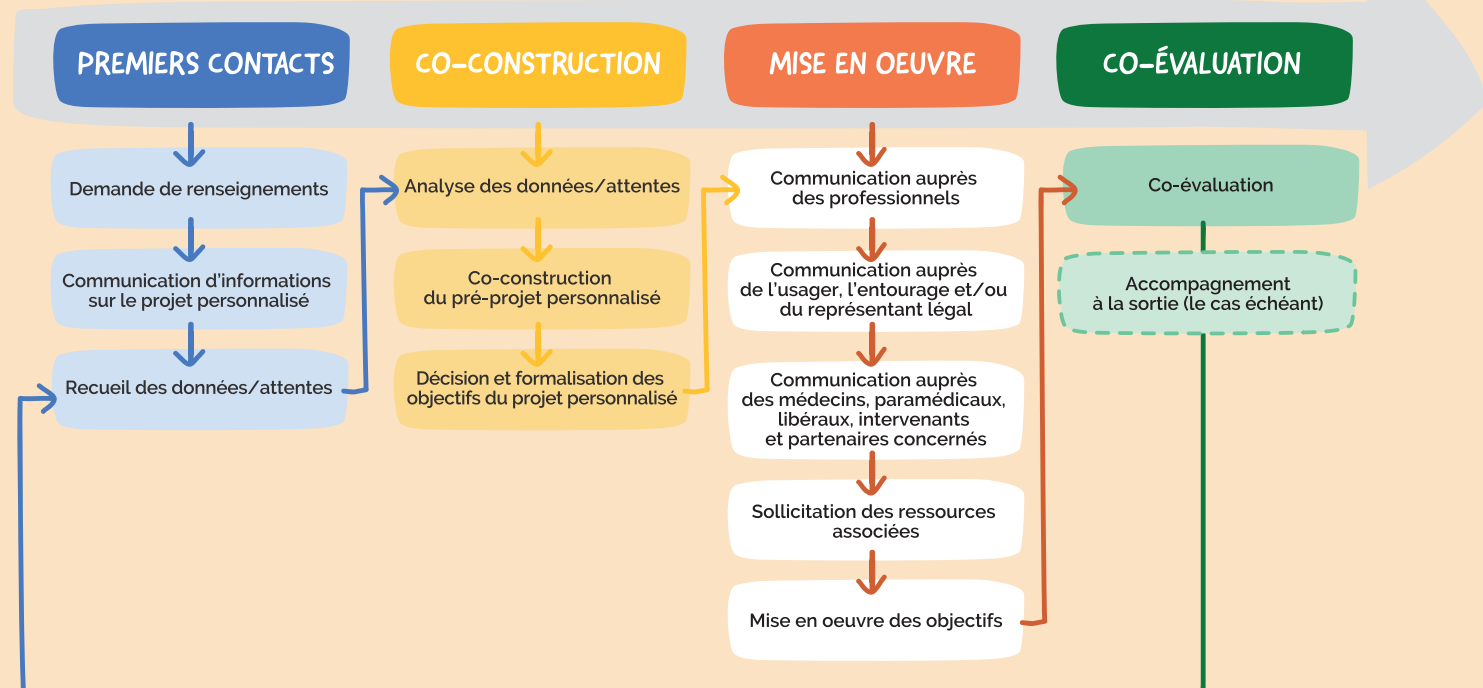
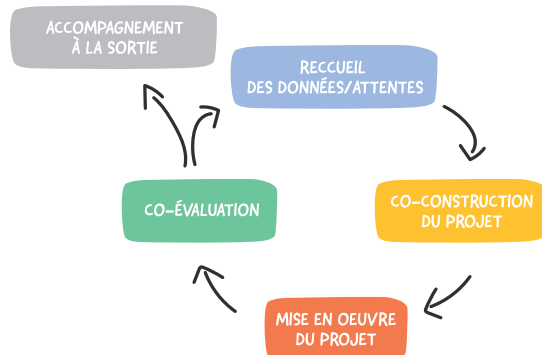
## Le cycle continu du projet personnalisé

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

Cet outil est disponible sur la plateforme eFORAP.

**QualiREL Santé**

**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.

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

**Comment réaliser votre évaluation ?**

- 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 (uniquement O9) 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](http://www.qualirelsante.com)
- 3 Saisir les données recueillies sur la plateforme eFORAP sur [www.qualirelsante.com](http://www.qualirelsante.com). A l'issue de la saisie, vous pourrez générer un rapport de résultats de cette évaluation.

Grille d'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**



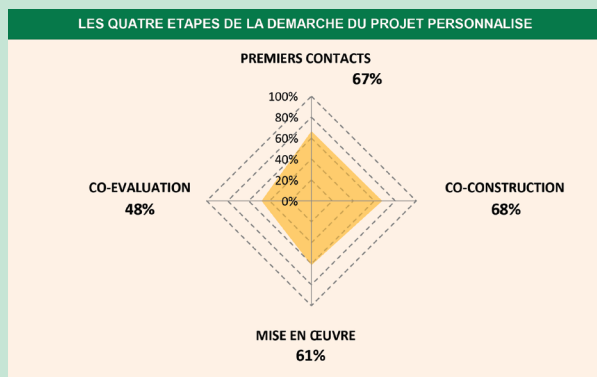
# III - L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ

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

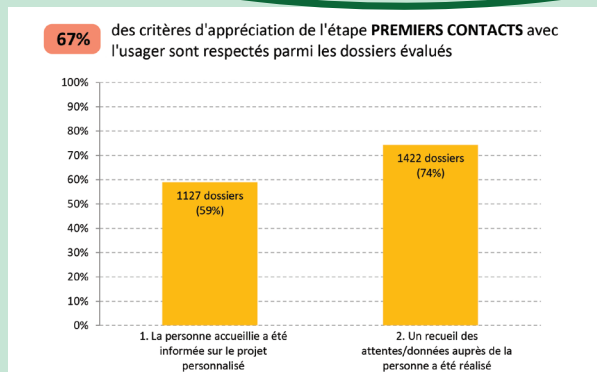
A l'issue de l'évaluation de la démarche du projet personnalisé, réalisée à l'aide du diagnostic organisationnel (p.19-20) et de l'audit de dossiers (p.29-30), vous pourrez saisir les résultats sur la plateforme eFORAP mise à disposition par QualiREL Santé sur son site internet.

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

## B. LES OUTILS DE COMMUNICATION DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

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

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

et ajuster la démarche du projet personnalisé dans l'établissement. Pour faciliter cette étape, vous trouverez sur la clé USB du dossier CAP ou sur [www.qualirelsante.com](http://www.qualirelsante.com), une affiche d'invitation des professionnels à la rencontre de restitution des résultats de l'évaluation, ainsi qu'une présentation Power Point® à compléter au regard de vos résultats.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

## LA PERSONNE PRISE EN CHARGE : CONTACTS

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

## LA PERSONNE : CONTEXTE DE SA PRISE EN CHARGE

Contexte de prise  
en charge :

Situation en santé  
et autonomie :

Habitudes de vie :

## LA PERSONNE : SES ATTENTES

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

## LA PERSONNE : LES ATTENTES DE SON ENTOURAGE

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

## LA PERSONNE : INTERVENTIONS

Interventions (rythme et missions)	Aide	
	Soins	

## LA PERSONNE : SON PROJET CO-CONSTRUIT

Personnes présentes pour la construction du projet							
Objectifs spécifiques (cf. exemples d'actions)	Initiales du/des professionnels	Actions envisagées	Moyens à mettre en place	Intervenants	Critères d'atteintes des résultats	Bilan d'étape	
						Date	Atteintes des résultats ?

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

Signature de la personne :

Signature de l'entourage :

Signature Du référent SSIAD :

Remarques ou réserves :

# OUTIL 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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





**OUTIL  
3**

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

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

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

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

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

#### Préparation et déroulement de la réunion :

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

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



**OUTIL  
4**

**EXEMPLE DE COMPTE RENDU  
RÉUNION HEBDOMADAIRE SSIAD**

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

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

**Hospitalisations :**

**Entrées :**

**Sorties :**

**Autres (selon un ordre de priorités 1.2.3 et à partir de liste des patients) :**

**Tâches à effectuer par l'IDEC à l'issue de la réunion :**

# OUTIL 5

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

# LES ATTENTES DE LA PERSONNE & LE PROJET PERSONNALISÉ

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

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

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



© QualiREL Santé 2019

### 1 ANALYSE DE LA SITUATION

Construire la base du projet à la suite du bilan de la personne.



### 2 CO-CONSTRUCTION DU PROJET

En lien avec les habitudes de vie et souhait de la personne.

### 5 CO-ÉVALUATION

Analyser avant 6 mois les écarts entre le projet attendu et réalisé et formuler de nouvelles attentes.



## DÉMARCHE DYNAMIQUE DE CO-CONSTRUCTION ISSUE D'UN DIALOGUE RÉGULIER

### 4 MISE EN ŒUVRE

Accompagner la personne en respectant les objectifs dans son projet.

### 3 PHASE DE DÉCISION

Dégager les objectifs en lien avec l'offre proposée et réorienter si nécessaire.

## EN PRATIQUE CHEZ NOUS :

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

### EXEMPLE DE PROJET PERSONNALISÉ

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

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

#### OBJECTIFS DU PROJET :

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

#### ANALYSE DU PROJET :

Temps d'analyse du projet de la personne accompagnée en équipe pluri-disciplinaire.

#### MOYENS MIS EN PLACE PAR LE SERVICE :

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

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

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

#### Supports et outils nécessaires

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



Selon les Recommandations des Bonnes Pratiques de la HAS



# OUTIL 6

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

### OBJECTIFS

*De quoi s'agit-il ?*

Le **Projet Personnalisé** est une démarche de co-construction entre la personne accompagnée (et la personne de confiance et/ou entourage), les équipes professionnelles et les intervenants extérieurs (ex. : médecins traitants, hôpital, HAD, etc.). Il témoigne explicitement de la prise en compte des attentes de la personne.

C'est un document évolutif issu de la loi 2002-2.

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

**IL EST POSSIBLE DE S'APPUYER SUR PLUSIEURS SUPPORTS ET OUTILS POUR LE CONSTRUIRE :**

- Document Individuel de Prise en Charge
- Document support pour élaborer le projet
- Exemple d'objectifs pour construire un projet personnalisé
- Outils de recueil de la satisfaction de la personne prise en charge

Selon les Recommandations des Bonnes Pratiques de la HAS

### COORDONNÉES DU SSIAD

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

NOM

ADRESSE

### LES ATTENTES DE LA PERSONNE & LE PROJET PERSONNALISÉ

Selon les Recommandations des Bonnes Pratiques de la HAS

votre logo ici

### UNE DÉMARCHE EN 5 ÉTAPES POUR CONSTRUIRE LE PROJET PERSONNALISÉ DE L'USAGER EN TENANT COMPTE DE SES ATTENTES

**DÉMARCHE DYNAMIQUE DE CO-CONSTRUCTION ISSUE D'UN DIALOGUE RÉGULIER**

- 1**  
ANALYSE DE LA SITUATION  
Construire la base du projet à la suite du bilan de la personne.
- 2**  
CO-CONSTRUCTION DU PROJET  
En lien avec les habitudes de vie et souhait de la personne.
- 3**  
PHASE DE DÉCISION  
Dégager les objectifs en lien avec l'offre proposée et réorienter si nécessaire.
- 4**  
MISE EN ŒUVRE  
Accompagner la personne en respectant les objectifs dans son projet.
- 5**  
CO-ÉVALUATION  
Analyser avant 6 mois les écarts entre le projet attendu et réalisé et formuler de nouvelles attentes.

#### EN PRATIQUE CHEZ NOUS :

Le projet personnalisé est réalisé entre 1 à 6 mois d'accompagnement afin que la personne et les professionnels se connaissent mieux.

Si la personne souhaite un projet, il est formalisé conjointement entre l'équipe et la personne. Le service le rédige dans le dossier de soins informatisé et il peut être imprimé et transmis à la demande.

**EXEMPLE DE PROJET PERSONNALISÉ**

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

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

**OBJECTIFS DU PROJET :**

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

**ANALYSE DU PROJET :**

Temps d'analyse du projet de la personne accompagnée en équipe pluri-disciplinaire.

**MOYENS MIS EN PLACE PAR LE SERVICE :**

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

# OUTIL 7

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





**FICHE DE MISSIONS  
DU RÉFÉRENT PROJET PERSONNALISÉ**



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

### 1. Définition

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

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

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

Le référent porte les valeurs du service.

### 2. Missions

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

### 3. Savoir faire

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

### 4. Savoir Etre

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

### 5. Références

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

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

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

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



**OUTIL  
9**

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

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

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

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

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

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

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

## Exemples d'objectifs d'accompagnement

Date de la version :  
Septembre 2019

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

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

	Objectifs spécifiques	Actions	Moyens à disposition
Traitement – Suivi Médical	<input type="checkbox"/> Faciliter la bonne observance du traitement <input type="checkbox"/> Faciliter le suivi médical	<input type="checkbox"/> Vérifier la non-observance du traitement	Médicaments non pris dans le pilulier, retrouvés dans diverses endroits (lit, sol, poubelles, ...)
		<input type="checkbox"/> Assurer une prise sécurisée (par la personne ou un tiers)	Ex : un pilulier, préparation par l'infirmière ou pharmacie...
		<input type="checkbox"/> S'assurer du renouvellement et de l'approvisionnement du traitement et de la gestion du stock (médicaments, produits médicamenteux, pansements,...)	En gestion du stock, sensibiliser la personne, IDE libéral ou à l'entourage Guide Anesm sur les 7 règles d'or du médicament à domicile
		<input type="checkbox"/> Assurer la surveillance de signes/comportements inhabituels et informer la personne / entourage	
		<input type="checkbox"/> Adapter l'horaire de passage en fonction des rendez-vous	Suivant les SSIAD, procédure de rappel téléphonique
		<input type="checkbox"/> Informer et conseiller sur des consultations spécialisées	Ex. : appeler le médecin TT et proposer une consultation ex. douleur, escarre ou en informer la famille
		<input type="checkbox"/> Veiller au bon déroulement du suivi médical et alerter, si besoin.	

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



**OUTIL  
10**

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



Nom	Prénom	Date de naissance	Date de l'admission	Etat de la prise en charge	Échéance pour signer le DIPC (en jour)	Date de signature du DIPC	Règlement de fonctionnement signé	Date buttoir du Projet personnalisé signé (en mois)	Date de la signature du Projet personnalisé	Réévaluation du projet personnalisé	Date de la réévaluation du projet personnalisé	Date de signature de l'Avenant	Renouvellement des ordonnances de la prescription d'admission à 1 an	Date du renouvellement des ordonnances de la prescription d'admission à 1 an	Total de visites année 1	
													Remplissez manuellement ci-dessous:	Choix multiple En cours / terminé		Remplissez manuellement ci-dessous:
Dubois	Martin		31/08/2018	En cours	15	15/09/2018	16/09/2018	01/09/2018	28/02/2019	13/02/2019	28/02/2020	13/02/2019		31/08/2019	13/02/2019	2
			01/09/2018	Terminé		16/09/2018	17/09/2018		01/03/2019	14/02/2019	01/03/2020	14/02/2019		01/09/2019	14/02/2019	
			12/12/2015	En cours		27/12/2015	18/09/2018		12/06/2016		12/06/2017			12/12/2016		
			11/12/2017	En cours		26/12/2017			11/06/2018		11/06/2019			11/12/2018		
						--			--		--			--		
						--			--		--			--		

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

# NOTES PERSONNELLES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# STRUCTURES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉLABORATION DU GUIDE

Adaptation en 2019 au secteur SSIAD des travaux réalisés en 2014 dans le cadre du groupe de travail « sur le Chemin des Attentes des usagers : le Projet Personnalisé (CAP) » QualiREL Santé



• Chef de projet : Marion LUCAS (Chargée de missions)



• Personne ressource : Noémie TERRIEN (Coordonnateur Responsable)

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

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

# RÉFÉRENCES

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

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

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

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

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

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

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

Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document indivi-duel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles. [Disponible à l'adresse : <http://www.legifrance.gouv.fr>. (accès le 04/03/13)]

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

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

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



**Siège social**

5, allée de l'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](http://www.qualirelsante.com)