

## GUIDE DE REMPLISSAGE

### QUESTIONNAIRE « BIENTRAITANCE DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES EN ETABLISSEMENT »

#### Structure du guide

Ce guide de remplissage adopte la structure du questionnaire : les questions apparaissent en grisé ; un commentaire ou un complément d'information est apporté à chaque question.

Dans le questionnaire « bientraitance », trois principales modalités de réponse existent :

- Modalités en « oui/non » ;
- Modalités en « Moins de 30% - 30 à 60% - 60 à 90% - Plus de 90% » : il s'agit d'identifier, de façon consensuelle en équipe, la proportion correspondant à la situation exposée - par rapport à l'ensemble des personnes accueillies dans l'établissement et présentes au moment de la complétion du questionnaire.
- Modalités en « Jamais – Parfois – Souvent – Toujours » : il s'agit d'identifier, de façon consensuelle en équipe, la réponse qui correspond le mieux aux pratiques.

#### A- Données sur le profil de l'établissement

N° FINESS de l'établissement :		Département :
Statut : <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé non lucratif <input type="checkbox"/> Privé lucratif		
Nombre de places autorisées		
▪ Dont nombre de places en accueil temporaire		
▪ Dont nombre de places en accueil de jour		
Nombre total de personnes accueillies (effectif présent)		
▪ Dont nombre de personnes en accueil temporaire		
▪ Dont nombre de personnes en accueil de jour		
Age moyen des personnes accueillies (hors accueil temporaire et accueil de jour)		
Nombre de personnes accueillies atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées		
GMP		
PMP (si disponible)		

#### Commentaires :

Item	Commentaire
Nombre de places autorisées	Nombre total de places figurant sur la dernière autorisation en cours (incluant accueil temporaire et accueil de jour)
Dont nombre de places en accueil temporaire	Nombre de places autorisées en accueil temporaire (dernière autorisation en cours)
Dont nombre de places en accueil de jour	Nombre de places autorisées en accueil de jour (dernière autorisation en cours)
Nombre total de personnes accueillies (effectif présent)	Effectif total de résidents présents au moment de l'enquête (incluant accueil temporaire et accueil de jour). On inclura dans les effectifs présents les personnes temporairement absentes (pour hospitalisation ou vacances par exemple).
Dont nombre de personnes en accueil temporaire	Effectif de résidents présents au moment de l'enquête en accueil temporaire
Dont nombre de personnes en accueil de jour	Effectif de résidents présents au moment de l'enquête en accueil de jour
Age moyen des personnes accueillies (hors accueil temporaire et accueil de jour)	On exclura du calcul les personnes en accueil temporaire et en accueil de jour. Moyenne calculée sur la population des personnes accueillies au moment de l'enquête

Item	Commentaire
Nombre de personnes accueillies atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées	Effectif de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, selon l'estimation du médecin-coordonnateur, présents au moment de l'enquête On inclura dans les effectifs présents les personnes temporairement absentes (pour hospitalisation ou vacances par exemple).
GMP	GIR moyen pondéré (dernier validé en cours)
PMP (si disponible)	Pathos moyen pondéré – si non disponible, indiquer 0

L'établissement dispose-t-il...	Non	Oui	Si oui : nombre de personnes accueillies dans ce dispositif
D'unité(s) dédiée(s) à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées – hors PASA et UHR ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'un PASA (pôle d'activités et de soins adaptés) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'une UHR (unité d'hébergement renforcée) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Item	Commentaire
L'établissement dispose-t-il d'unité(s) dédiée(s) à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées – hors PASA et UHR ?	Unité dédiée : unité spécifique au sein de l'EHPAD dédiée à l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée (ex. CANTOU, unité Alzheimer, unité pour personnes désorientées...) Si oui : indiquer le nombre de résidents pouvant être accueillis dans l'unité – hors accueil de jour
L'établissement dispose-t-il d'un PASA (pôle d'activités et de soins adaptés) ?	Unité ayant obtenu la labellisation PASA selon les exigences du cahier des charges établi en avril 2009 par la Direction générale de l'action sociale, défini dans le cadre de la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 Si oui : indiquer le nombre de résidents pouvant être accueillis sur le pôle
L'établissement dispose-t-il d'une UHR (unité d'hébergement renforcée) ?	Unité ayant obtenu la labellisation UHR selon les exigences du cahier des charges établi en avril 2009 par la Direction générale de l'action sociale, défini dans le cadre de la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 Si oui : indiquer le nombre de résidents pouvant être accueillis dans l'unité

Effectif budgété autorisé, en ETP (tous types de postes confondus) (budget 2009)	
Effectif présent, en ETP (tous types de postes confondus) (au 31.12.2009)	
Effectif en ETP ayant définitivement quitté l'établissement (en 2009)	

Répartition des effectifs par contrat – au 31.12.2009	CDI ou titulaires	CDD	Vacataires ou autres
Effectif présent, en ETP			

#### Commentaires :

Item	Commentaire
Effectif budgété autorisé, en ETP (tous types de postes confondus) (budget 2009)	Effectif total, prévu au budget de l'année 2009 et autorisé, en ETP (équivalent temps plein) On pourra s'appuyer sur la convention tripartite.
Effectif présent, en ETP (tous types de postes confondus) (au 31.12.2009)	Nombre total de personnes rémunérées par l'établissement, présentes au 31 décembre 2009, exprimé en ETP Exclure : stagiaires, intérimaires, personnel des sociétés de sous-traitance, bénévoles
Effectif en ETP ayant définitivement quitté l'établissement (en 2009)	Nombre total de départs définitifs (démissions, licenciements, ruptures conventionnelles, fin de CDD) sur l'ensemble de l'année 2009 et exprimé en ETP Exclure : départs en retraite, intérimaires
CDI ou titulaires	Fonction publique : agent titulaire, fonctionnaire-stagiaire ou fonctionnaire-élève, agent contractuel disposant d'un contrat à durée indéterminée Contrat de droit privé : personnel en contrat à durée indéterminée, hors emploi aidé
CDD	Fonction publique : agent contractuel disposant d'un contrat à durée déterminée Contrat de droit privé : personnel en contrat à durée déterminée, hors emploi aidé
Vacataires ou autres	Personnels payés par l'établissement à la vacation ; professionnels libéraux rémunérés par l'établissement ; personnes en emploi aidé, en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation Exclure : stagiaires (hors fonctionnaire-stagiaire), intérimaires, personnel des sociétés de sous-traitance, bénévoles, personnel à la charge des résidents (professionnels libéraux rendant visite à leurs clients et payés directement par eux)

	Non	Oui
Des bénévoles interviennent-ils dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser le(s) domaine(s) de leurs interventions :		
Animations, activités de loisirs, accompagnement de sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins, incluant l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement de fin de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Commentaires :

Item	Commentaire
Des bénévoles interviennent-ils dans l'établissement ?	On s'intéresse ici aux bénévoles autres que les membres des familles des résidents, que ces bénévoles interviennent au titre d'une association de bénévoles ou à titre individuel.
Animations, activités de loisirs, accompagnement de sorties	Toute activité favorisant la vie sociale, que ces activités soient réalisées individuellement ou collectivement
Soins, incluant l'alimentation	Toute intervention de bénévoles dans le domaine du soin : notamment toilette, alimentation
Accompagnement de fin de vie	Toute intervention de bénévoles dans l'accompagnement de la fin de vie auprès des résidents et/ou de leur entourage

## B- Évaluation initiale

1. Pour combien de nouveaux résidents existe-t-il :

	Moins de 30% des résidents	30 à 60% des résidents	60 à 90% des résidents	Plus de 90% des résidents
Une visite préalable de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un temps d'observation pour définir un projet personnalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un recueil de leur accord sur leur séjour dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Commentaires :

L'objectif est de poser un diagnostic initial sur l'organisation et l'accueil initial des nouveaux résidents. La question est centrée sur le résident, et non sur sa famille ou son entourage.

Cette évaluation initiale conditionne fortement l'effectivité d'un déploiement de la bientraitance au sein de l'établissement.

Item	Commentaire
Une visite préalable de l'établissement	Tout nouveau résident a-t-il pu visiter l'établissement avant le jour de son entrée, alors que la mise en œuvre de cette visite préalable doit être prévue de façon systématique ?
Un temps d'observation pour définir un projet personnalisé	Existe-t-il un temps d'observation suffisant (selon l'équipe) pour mieux connaître la personne et ainsi lui proposer un véritable projet personnalisé, donnant lieu à une discussion d'équipe et avec la personne elle-même ?
Un recueil de leur accord sur leur séjour dans l'établissement	La personne a-t-elle consenti à venir vivre dans l'établissement ? Pour les personnes qui ne sont pas en mesure de consentir explicitement, l'équipe prend-elle le temps d'évaluer le degré d'accord de la personne à sa nouvelle situation ? Le fait qu'une personne ne soit pas d'accord avec son séjour dans l'établissement est-il bien pris en compte par l'équipe ? Un mode de relation d'aide est-il développé de manière collective en conséquence ?

2. Selon vous, pour combien de personnes les éléments suivants sont-ils collectés lors de l'évaluation initiale ?

	Moins de 30% des personnes	30 à 60% des personnes	60 à 90% des personnes	Plus de 90% des personnes
Les attentes de la personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les attentes de l'entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une évaluation des risques et des fragilités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une évaluation des risques psychologiques, dont le risque suicidaire, et/ou comportementaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les besoins de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les habitudes, les centres d'intérêt et les potentialités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Commentaires :

L'élaboration du projet personnalisé nécessite, en amont, l'évaluation des besoins et attentes de la personne. La distinction faite dans ce questionnaire entre recueil initial formalisé de l'ensemble des éléments et élaboration du projet personnalisé souligne la place primordiale de cette étape d'évaluation des besoins et attentes au développement d'un projet personnalisé de qualité.

Cette question permet également d'évaluer la disponibilité de ces informations, leur degré de documentation et d'accessibilité. Si elles ne sont pas disponibles, c'est l'occasion d'engager une réflexion sur la manière d'organiser leur recueil au sein de l'équipe.

Item	Commentaire
Les attentes de la personne	Existe-t-il un recueil formalisé et documenté des désirs, souhaits... de la personne ? Lorsque la personne accueillie présente des difficultés de communication, des temps d'observation sont-ils mis en place pour évaluer les éléments favorisant le bien-être (ex. rythmes, activités, etc.) ?
Les attentes de l'entourage	Existe-t-il un recueil formalisé et documenté des désirs, souhaits... de l'entourage de la personne (famille, amis...) ?
Une évaluation des risques et des fragilités	Les risques et fragilités sont-ils identifiés individuellement, pour chaque résident, dans le cadre de son projet personnalisé ? Risques et éléments de fragilité spécifiques au profil de la population accueillie en Ehpad : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risques liés à la santé : chutes, douleur, iatrogénie, dénutrition, déshydratation, escarres, infections ;</li> <li>▪ Eléments de fragilité : troubles cognitifs, déficiences sensorielles (audition, vision), état bucco-dentaire, isolement social, fin de vie.</li> </ul>
Une évaluation des risques psychologiques, dont le risque suicidaire, et/ou comportementaux	Les risques psychologiques ou comportementaux sont-ils identifiés individuellement, pour chaque résident, dans le cadre de son projet personnalisé ? Risques psychologiques ou comportementaux spécifiques au profil de la population accueillie en Ehpad : apathie, agitation, dépression, risque suicidaire
Les besoins de soins	Existe-t-il, pour chaque résident, un recueil de l'ensemble des soins qui devront être fournis incluant les facteurs de risques et les fragilités et les besoins en soins courants : soins dentaires, audition, vision ?
Les habitudes, les centres d'intérêt et les potentialités	Existe-il un recueil initial formalisé de l'ensemble des éléments permettant une proposition de projet de vie personnalisé ? Ce recueil inclut-il une évaluation des potentialités c'est-à-dire des ressources, des capacités mobilisables de la personne accueillie (y compris pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée) ? Ce recueil comprend-il des données sur l'histoire de vie de la personne ? Comprend-il : les habitudes, les goûts, les centres d'intérêt, les croyances, la vie affective, l'environnement familial et socio-culturel de la personne ?  <i>Nota : concerne également les Ehpad qui procèdent à ce recueil d'informations en préalable à l'entrée en établissement</i>

### C- Mise en œuvre du projet personnalisé

L'élaboration de projets personnalisés de qualité s'appuie sur l'ensemble des évaluations faites et du recueil d'informations lors de l'évaluation initiale et intègre toutes les dimensions de l'accompagnement (soins, maintien de l'autonomie, qualité de vie, activité...). La mise en œuvre des projets personnalisés va dépendre en grande partie de l'organisation de l'établissement.

Ces projets ne sont pas figés et vont évoluer selon que l'état de la personne elle-même s'améliore ou se dégrade. La réévaluation des besoins et attentes (amélioration ou dégradation des capacités, évolution de la fréquence des troubles psychologiques ou comportementaux, souhait de changer d'activités, apparition de nouvelles fragilités...) contribue à actualiser les projets personnalisés en adaptant les différentes dimensions de l'accompagnement.

Les questions suivantes ont pour objectif de préciser les modalités organisationnelles ainsi que les éléments pouvant avoir un impact sur l'évolution d'un projet personnalisé pour une personne accueillie dans l'établissement.

3. Pour combien de personnes existe-t-il :

	Moins de 30% des personnes	30 à 60% des personnes	60 à 90% des personnes	Plus de 90% des personnes
Un projet personnalisé élaboré en équipe pluridisciplinaire avec la personne accueillie...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un projet personnalisé élaboré en équipe pluridisciplinaire avec l'entourage de la personne accueillie...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... incluant un projet spécifique pour la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... incluant une adaptation de l'organisation du travail, de l'environnement physique et de l'accessibilité pour soutenir l'autonomie et les capacités fonctionnelles de la personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un partage formalisé des informations individuelles entre professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une coordination des professionnels dans la mise en œuvre du projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une évaluation de l'impact des actions réalisées et l'appréciation du projet par la personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une actualisation régulière du projet personnalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Commentaires :**

Item	Commentaire
Un projet personnalisé élaboré en équipe pluridisciplinaire avec la personne accueillie...	<p>L'élaboration du projet personnalisé se base-t-elle sur l'ensemble des évaluations faites et des informations recueillies : les besoins de soins, les risques psychologiques ou comportementaux repérés, l'évaluation des potentialités, la prise en compte des déficiences sensorielles, l'histoire et les habitudes de vie, les centres d'intérêt, ... ?</p> <p>Le projet personnalisé intègre-t-il les différentes dimensions de l'accompagnement (soins, maintien de l'autonomie, qualité de vie, activités...) ? Fait-il donc l'objet d'une réflexion associant toutes les compétences professionnelles de l'équipe pluridisciplinaire (médecin, soignants, psychologue, animateur, psychomotricien, kiné...) ?</p> <p>Comment l'expression et la participation de la personne lors de la phase de construction du projet personnalisé sont-elles recherchées ? L'établissement s'assure-t-il l'adhésion de la personne accueillie à son projet ?</p> <p>Sa contribution peut être indirecte (en cas de difficultés de communication par exemple) en s'appuyant sur des temps d'observations (réactions de la personne, positives comme négatives) afin de s'assurer si les dispositions du projet conviennent ou non à la personne (la personne est-elle coopérante ou opposante ? se referme-t-elle ? est-elle moins agitée ?...)</p> <p>Afin de faciliter la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du projet personnalisé, il est recommandé que le projet personnalisé soit formalisé (cf. recommandation de bonnes pratiques professionnelles « <i>Les attentes de la personne et le projet personnalisé</i> » publiée par l'Anesm).</p>
Un projet personnalisé élaboré en équipe pluridisciplinaire avec l'entourage de la personne accueillie...	<p>La participation de l'entourage à l'élaboration du projet personnalisé ne remplace pas celle de la personne accueillie. Cependant l'entourage peut offrir des éléments permettant l'élaboration du projet, être partie intégrante de sa mise en œuvre.</p> <p>Quelle place est donnée à l'entourage dans l'élaboration du projet ? lors de sa mise en œuvre ? Le projet personnalisé précise-t-il la place de l'entourage ?</p>
... incluant un projet spécifique pour la nuit	<p>Selon les besoins et attentes de la personne, le projet personnalisé intègre-t-il des modalités d'accompagnement spécifique à la nuit ? (ex. possibilité de libre circulation, de collation nocturne, d'activités individuelles...)</p> <p>Quelle organisation est alors mise en place pour la mise en œuvre ? (par ex. un espace d'accueil et d'activités pour la nuit existe-t-il ? quels intervenants ?)</p>
... incluant une adaptation de l'organisation du travail, de l'environnement physique et de l'accessibilité pour soutenir l'autonomie et les capacités fonctionnelles de la personne	<p>Dans quelle mesure l'organisation du travail permet-elle de s'adapter aux rythmes des résidents (ex. laisser la personne dormir jusqu'à midi et faire la toilette l'après midi...) ?</p> <p>Le projet personnalisé fait-il des propositions spécifiques concernant l'adaptation de l'environnement physique aux capacités et aux besoins de la personne dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ? Par exemple : repérage des besoins d'orientation individuels pour des personnes désorientées, mise en place et évaluation d'aides personnelles à l'orientation, évaluation de l'accessibilité des espaces extérieurs...</p>
Un partage formalisé des informations individuelles entre professionnels	<p>Quelles sont les informations à documenter pour permettre la mise en œuvre du projet personnalisé dans toutes ses dimensions (projet de soins, habitudes de vie – goûts, rythme, activités personnelles et collectives) et l'articulation et la coordination des interventions ?</p> <p>Existe-il un support d'information commun aux différents intervenants (soignants et non soignants) permettant la mise en œuvre du projet personnalisé et la prise en compte des facteurs de risque de chaque résident ? Ce support est-il adapté à l'organisation de l'établissement ? Cette documentation est-elle accessible à tout moment aux professionnels selon leur niveau d'intervention ?</p> <p>Existe-t-il une organisation permettant l'échange des informations entre professionnels ? Par exemple : un temps de transmission régulier et suffisant, impliquant tous les professionnels concernés est-il assuré ?</p>
Une coordination des professionnels dans la mise en œuvre du projet	<p>L'ensemble des professionnels intervenants a-t-il connaissance du projet pour pouvoir le décliner de façon coordonnée ? Comment cela est-il intégré au niveau de l'organisation de l'établissement, du travail, des différentes interventions ?</p>

Item	Commentaire
Une évaluation de l'impact des actions réalisées et l'appréciation du projet par la personne	Existe-t-il une évaluation des effets du projet par la personne elle-même afin de juger de sa pertinence ? Cette procédure est-elle instituée ?  Pour les personnes ayant des difficultés dans la communication, cette évaluation s'appuie-t-elle sur des phases d'observation de la personne ? Sa contribution peut être indirecte en s'appuyant sur des temps d'observations (réactions de la personne, positives comme négatives) afin de s'assurer si les dispositions du projet conviennent ou non à la personne.
Une actualisation régulière du projet personnalisé	La réévaluation des besoins et attentes (amélioration ou dégradation des capacités, fréquence des troubles psychologiques ou comportementaux, souhait de changer d'activités, apparition de nouvelles fragilités...) contribue à actualiser le projet personnalisé en adaptant les différentes dimensions de l'accompagnement. Comment et à quelle fréquence le projet personnalisé est-il mis à jour ? L'actualisation se fait-elle dès que la situation l'exige (cf. question n°4), ou au moins tous les mois ?

Quels sont les facteurs (caractéristiques des résidents, éléments organisationnels et structurels) qui ... ?

<u>FREINENT</u> le déploiement de l'ensemble de ces modalités à tous les résidents ?	<u>FAVORISENT</u> le déploiement de l'ensemble de ces modalités à tous les résidents ?

#### Commentaires :

Item	Commentaire
Quels sont les facteurs (caractéristiques des résidents, éléments organisationnels et structurels) qui <u>FREINENT</u> le déploiement de l'ensemble de ces modalités à tous les résidents ?	Il s'agit de préciser les éléments qui font que (le cas échéant) une partie des résidents n'est pas concernée par le déploiement des pratiques proposées au point 3 (ci-avant). Ces facteurs peuvent, par exemple, relever de : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ profil de ces résidents (niveau d'autonomie, présence ou non de troubles cognitifs, types de risques inhérents à leur situation...)</li> <li>▪ environnement (ex. architecture non adaptée)</li> <li>▪ organisation interne</li> <li>▪ ressources humaines disponibles qualifiées et formées</li> </ul>
Quels sont les facteurs (caractéristiques des résidents, éléments organisationnels et structurels) qui <u>FAVORISENT</u> le déploiement de l'ensemble de ces modalités à tous les résidents ?	Il s'agit de préciser les éléments (organisationnels, structurels, ressources, etc.) qui favorisent le déploiement des pratiques proposées au point 3 (ci-avant) à l'ensemble des résidents. Cela s'appuie notamment une bonne connaissance de la personne accueillie (par une évaluation initiale à son entrée (ses besoins de soins, ses capacités, ses goûts, etc.), par le recueil de son parcours de vie...) afin de pouvoir lui proposer un projet adapté à son nouvel environnement de vie dans la structure.

4. Le projet est-il réévalué :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
En cas de modification de l'humeur ou du comportement de la personne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas de modification de son état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas de modification de ses capacités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la demande de la personne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la demande de l'entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Commentaires :

Un projet personnalisé peut devenir inadapté en raison d'une modification de l'état de la personne, de ses besoins, de ses demandes. L'objectif est de préciser les éléments sur lesquels l'équipe se base pour envisager une adaptation du projet personnalisé. L'adaptation suppose au préalable de s'interroger sur le motif de la modification. Cela peut être lié à une évolution de l'état de santé mais cela peut également avoir pour origine une modification environnementale ou un événement familial (par exemple, décès...).

5.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Les professionnels sont-ils invités à noter tout élément qui semble contribuer au bien-être ou pour lequel ils ont constaté une amélioration de l'humeur et des potentialités de la personne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Commentaires :**

L'objectif est d'interroger sur les données individuelles qui sont documentées dans le dossier de la personne, et notamment les données qui permettent aux professionnels de noter une évolution positive dans la situation de la personne et de sa qualité de vie. Cela suppose un recueil de toute observation permettant d'ajuster le projet personnalisé, notamment sur les capacités fonctionnelles, les réactions positives, les éléments facilitant la communication avec la personne accueillie. Par ailleurs, ces observations sont-elles accessibles aux professionnels selon leur niveau d'intervention ? Existe-t-il un support d'information commun à l'ensemble des intervenants (soignants et non-soignants) permettant la mise en œuvre du projet personnalisé et la prise en compte des facteurs de risques potentiels ?

6.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Les facteurs susceptibles de déclencher ou de majorer les troubles psychologiques ou comportementaux sont-ils explorés en équipe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Commentaires :**

Il s'agit de préciser quelle exploration des facteurs déclenchants ou majorants est faite par l'équipe, concernant les personnes accueillies présentant des troubles psychologiques ou comportementaux tels que l'agressivité, l'agitation, les délires ou hallucinations mais aussi pour l'apathie, l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil.

**D- Équilibre entre autonomie, indépendance et sécurité**

7.	Pour combien de personnes existe-t-il :			
	Moins de 30% des personnes	30 à 60% des personnes	60 à 90% des personnes	Plus de 90% des personnes
Une évaluation des risques et des fragilités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La présentation à la personne (le cas échéant expliqué à son entourage ou la personne de confiance) des risques potentiellement encourus et des mesures prises, ayant fait l'objet d'un échange préalable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Commentaires :**

Item	Commentaire
Une évaluation des risques et des fragilités	Un mode de prévention des risques et fragilités identifiés individuellement est-il développé ? Ces informations sont-elles transmises à tous les intervenants ? Risques et éléments de fragilité spécifiques au profil de la population accueillie en Ehpad : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risques liés à la santé : chutes, douleur, iatrogénie, dénutrition, déshydratation, escarres, infections ;</li> <li>▪ Risques psychologiques ou comportementaux : apathie, agitation, dépression, risque suicidaire ;</li> <li>▪ Eléments de fragilité : troubles cognitifs, déficiences sensorielles (audition, vision), état bucco-dentaire, isolement social, fin de vie.</li> </ul>
La présentation à la personne (le cas échéant expliqué à son entourage ou la personne de confiance) des risques potentiellement encourus et des mesures prises, ayant fait l'objet d'un échange préalable ?	En situation à risque, les solutions recherchées maximisent-elles avant tout la liberté du résident dans un espace sécurisant ? Les options retenues sont-elles documentées ? Résultent-elles d'une décision commune avec la personne et/ou (le cas échéant en cas de troubles de la communication de la part de la personne accueillie) avec son entourage (ou la personne de confiance) ?

8. Pour combien de personnes existe-t-il... ?	Moins de 30% des personnes	30 à 60% des personnes	60 à 90% des personnes	Plus de 90% des personnes
La liberté d'aller et venir au sein de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La liberté d'aller et venir à l'extérieur de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quels sont les facteurs qui limitent la mise en œuvre d'une liberté de circulation ?	Quelles solutions avez-vous mises en place pour favoriser la liberté de circulation ?			
	Au niveau collectif :			
	Au niveau individuel :			

### Commentaires :

Item	Commentaire
La liberté d'aller et venir au sein de l'établissement	<p>La liberté d'aller et venir au sein de l'établissement concerne l'ensemble des locaux à l'intérieur des murs d'enceinte de l'EHPAD, y compris les espaces extérieurs (jardins) sécurisés ou non, et à l'exclusion des locaux techniques accessibles uniquement au personnel autorisé (ex. chaufferie).</p> <p>Pour quelle proportion de résidents est-il possible d'offrir cette possibilité ? L'accessibilité effective à ces espaces pour toutes les personnes accueillies a-t-elle été évaluée ? Les personnes atteintes de troubles cognitifs ont-elle au moins accès à un espace extérieur sécurisé ? Comment l'établissement s'assure-t-il de l'effectivité de la liberté d'aller et de venir (ex. la personne doit-elle avoir recours à une tierce personne pour sortir dans cet espace sécurisé ou un dispositif adapté lui donne-t-il un accès libre) ?</p>
La liberté d'aller et venir à l'extérieur de l'établissement	<p>La liberté d'aller et venir à l'extérieur de l'établissement concerne l'espace à l'extérieur des murs d'enceinte de l'EHPAD (non compris les espaces extérieurs (jardins) sécurisés ou non qui sont compris dans l'espace intérieur de l'EHPAD).</p> <p>Pour quelle proportion de résidents est-il possible d'offrir cette possibilité ? Comment l'établissement s'assure-t-il de l'effectivité de la liberté d'aller et de venir à l'extérieur ?</p>
Quels sont les facteurs qui limitent la mise en œuvre d'une liberté de circulation ?	<p>Il s'agit de préciser les éléments qui font que (le cas échéant) une partie des résidents ne dispose pas d'une liberté de circulation, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. Ces facteurs peuvent, par exemple, relever de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ profil de ces résidents (ex. niveau d'autonomie, présence ou non de troubles cognitifs, types de risques inhérents à leur situation et prise en compte de ces risques...)</li> <li>▪ environnement (ex. architecture non adaptée)</li> <li>▪ organisation interne</li> <li>▪ ressources humaines disponibles qualifiées et formées</li> <li>▪ décision du médecin (avec prescription écrite)</li> </ul> <p>L'Ehpad peut envisager des mesures spécifiques personnalisées limitant la circulation d'une personne, notamment sur décision médicale (cf. recommandation « <i>L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social</i> » éditée par l'Anesm).</p>
Quelles solutions avez-vous mises en place pour favoriser la liberté de circulation ? Au niveau individuel Au niveau collectif	<p>Il s'agit de préciser les dispositions (organisationnelles, structurelles, ressources, etc.) déployées par l'établissement et visant à soutenir une liberté de circulation effective pour les résidents, et notamment la liberté d'aller et venir des personnes désorientées, tout en veillant à assurer leur sécurité.</p> <p>Par ex. : accès libre à des espaces intérieur et extérieur sécurisés permettant une déambulation en toute sécurité ; promenades accompagnées par des professionnels ; ajustement du niveau de surveillance selon les capacités individuelles.</p>



9. Existe-t-il une procédure ou un protocole pour prendre en charge... ?	Non	Oui
Les risques majeurs identifiés par les professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La gestion des évènements indésirables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Dont la survenue de suicides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le traitement des faits de maltraitance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le recours à la contention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Commentaires :

Item	Commentaire
Les risques majeurs identifiés par les professionnels	Pour les risques identifiés, des dispositions visant à adapter dans la durée l'environnement (physique, organisation des professionnels...) sont-elles prises pour minimiser les risques tout en maintenant le niveau d'autonomie de la personne et favorisant sa qualité de vie ?
La gestion des évènements indésirables (1)	Tout évènement non souhaité – par exemple, iatrogénie, troubles comportementaux suite à une activité, chute, suicide, survenue d'une infection nosocomiale – et tout dysfonctionnement sont-ils : recueillis ? évalué ? Cette procédure ou ce protocole est-il connu de l'ensemble du personnel ? Les évènements indésirables sont-ils globalement analysés pour identifier des actions d'amélioration ? (1) On se reportera à la définition de l'évènement indésirable retenue dans le <i>manuel de certification, version 2009</i> (page 83) diffusé par la Haute Autorité de Santé
Dont la survenue de suicides	La procédure ou le protocole relatif à la gestion des évènements indésirables prévoit-il un focus particulier sur les décès imprévisibles (ex. un résident est retrouvé étranglé avec le cordon de sa sonnette) ou les suicides avérés ? Ces décès sont-ils analysés en équipe ? Cette analyse est-elle également réalisée avec la famille ou l'entourage des résidents ?
Le traitement des faits de maltraitance	Les faits de maltraitance (2) sont-ils documentés, traités et évalués ? Cette procédure ou ce protocole est-il connu de l'ensemble du personnel ? Les cas donnent-ils lieu systématiquement à déclaration ? (2) On se reportera à la définition de la maltraitance retenue dans la recommandation « <i>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance</i> » (page 11) éditée par l'Anesm.
Le recours à la contention	Existe-t-il un protocole pour le recours à la contention ? Nota : Le recours à la contention ne peut se faire que sur prescription médicale écrite (cf. recommandation « <i>L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social</i> » éditée par l'Anesm). On pourra se reporter utilement au guide « <i>limiter les risques de contention physique de la personne âgée</i> » diffusé par la Haute Autorité de Santé.

#### E- Participation collective

10. Le Conseil de vie sociale (CVS)	
Le Conseil de la vie sociale ...	<input type="checkbox"/> Est en place et opérationnel (réunions régulières) <input type="checkbox"/> Est en place mais n'est pas opérationnel <input type="checkbox"/> En cours de mise en place (1ères élections en cours) <input type="checkbox"/> N'est pas mis en place
Son président est...	<input type="checkbox"/> Un résident <input type="checkbox"/> Un représentant des familles de résidents
Nombre de membres du CVS	Nombre de réunions (en 2009)

#### Commentaires :

La composition et le fonctionnement du conseil de vie sociale sont définis dans le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire – articles D311-4 à D311-20).

Item	Commentaire
Le CVS de l'établissement est en place et opérationnel (réunions régulières)	Le CVS est mis en place et se réunit à un rythme au moins égal aux exigences réglementaires (au moins 3 fois par an).

Item	Commentaire
Le CVS de l'établissement est en place mais n'est pas opérationnel	Le CVS est en place mais ne se réunit pas du tout, ou pas aussi régulièrement demandé par le cadre réglementaire (a minima 3 fois par an). Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Le CVS a été opérationnel mais certains de ces représentants ne sont plus présents (démission ou décès) ce qui ne permet plus de tenir les réunions en 2009 : des réélections sont en cours pour renouveler ses membres.</li> <li>Le CVS est en place (les membres sont élus) mais il ne s'est jamais réuni ou ses réunions n'ont pas été régulières (moins de 3 fois en 2009).</li> </ul>
Le CVS de l'établissement est en cours de mise en place (1ères élections en cours)	Le CVS n'a jamais été mis en place : l'établissement procède aux 1ères élections et désignation de ces membres.
Le CVS de l'établissement n'est pas mis en place	Le CVS n'a jamais été mis en place et l'établissement ne prévoit de mise en œuvre de cette instance.
Nombre de membres du CVS	Nombre total de membres, y compris représentants du personnel et de l'organisme gestionnaire – A préciser uniquement si le CVS est en place
Nombre de réunions (en 2009)	A préciser uniquement si le CVS était opérationnel en 2009

11.

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
L'animation du conseil de la vie sociale permet-elle une expression réelle des résidents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les compliments, suggestions ou plaintes émanant des résidents et/ou leur entourage sont-ils recueillis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les personnes qui sont dans l'incapacité de s'exprimer sont-elles sollicitées par d'autres moyens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La participation de l'entourage à la vie de l'établissement est-elle favorisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une analyse en équipe de l'expression des résidents dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes est-elle régulièrement effectuée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluez-vous l'impact de tous ces modes d'expression collective des résidents en termes de changement introduit dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Commentaires :

Item	Commentaire
L'animation du conseil de la vie sociale permet-elle une véritable expression des résidents ?	L'implication des personnes accueillies dans l'établissement est-elle recherchée ? Les propositions émises par le conseil de la vie sociale sont-elles régulièrement prises en compte pour améliorer la qualité de vie dans l'établissement ?
Les compliments, suggestions ou plaintes émanant des résidents et/ou leur entourage sont-ils recueillis ?	L'établissement incite-t-il les résidents et leur entourage à transmettre ces éléments ? Compliments, suggestions ou plaintes sont-ils recueillis ? traités ?
Les personnes qui sont dans l'incapacité de s'exprimer sont-elles sollicitées par d'autres moyens ?	Lorsque les personnes accueillies ont des difficultés dans la communication, la sollicitation de ces personnes s'appuie-t-elle sur des outils de recueil et d'observation adaptés ?
La participation de l'entourage à la vie de l'établissement est-elle favorisée ?	L'implication de l'entourage des personnes accueillies dans la vie de l'établissement est-elle recherchée ? A-t-elle des effets ?
Une analyse en équipe de l'expression des résidents dans le but d'améliorer les pratiques est-elle régulièrement effectuée ?	Toutes ces données sont-elles analysées ? Ces analyses sont-elles suivies d'une mise en œuvre effective d'actions ?
Evaluez-vous l'impact de tous ces modes d'expression collective des résidents en termes de changement introduit dans l'établissement ?	Dans quelle proportion ces analyses sont-elles suivies d'une mise en œuvre effective d'actions ? L'établissement dispose-t-il d'indicateurs lui permettant d'évaluer l'impact de l'expression collective ?

## F- Gestion des ressources humaines et ouverture de l'établissement vers l'extérieur

12. Sur les 3 dernières années, quelle proportion des membres du personnel et de l'équipe de direction bénéficie de :	Moins de 30%	30 à 60%	60 à 90%	Plus de 90%
Formation sur l'accompagnement des personnes âgées dépendantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dont formations sur :				
▪ La bientraitance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ La douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ La fin de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Commentaires :

La formation des personnels permet de répondre de manière plus adéquate à des aspects spécifiques de l'accompagnement ; elle favorise une consolidation des compétences et des pratiques professionnelles par rapport à des aspects complexes de l'accompagnement. Les formations devront avoir été suivies **dans les 3 dernières années** au maximum pour être prises en compte.

La formation sur l'accompagnement des personnes âgées dépendantes porte sur les pratiques professionnelles spécifiques, comme par exemple : besoins de la personne âgée dépendante, valorisation des capacités restantes, relation aidant-aidé, utilisation d'outils d'évaluation gériatrique, techniques d'observation, prévention des risques au profil de la population accueillie en Ehpad, etc.

Elle inclut les thématiques déroulées ci-après :

⇒ La formation sur la bientraitance peut porter sur le repérage des situations à risques, la promotion des bonnes pratiques permettant le déploiement de la bientraitance et l'organisation favorisant ces pratiques (prise en compte de l'entourage, ouverture de l'établissement sur l'extérieur, etc.).

⇒ La formation sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées porte notamment sur :

- La connaissance de la maladie et les retentissements fonctionnels
- La prévention et la gestion des troubles psychologiques et comportementaux
- Les modalités de personnalisation du projet de la personne
- Les techniques de communication
- L'évaluation de la douleur

⇒ La formation sur la douleur porte sur l'évaluation de la douleur chez la personne âgée ayant ou non des difficultés de communication et la gestion des antalgiques.

⇒ La formation sur la fin de vie porte sur l'accompagnement de la personne accueillie (prise en compte des souhaits), la réflexion éthique, la qualité des soins palliatifs, et l'accompagnement de son entourage dans ce moment particulier.

13. L'impact de ces formations est-il évalué :	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Par l'équipe de direction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par les professionnels eux-mêmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auprès des résidents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Commentaires :

Généralement l'impact des formations est évalué par la direction.

L'objectif est d'identifier si l'impact des formations fait également l'objet d'une évaluation par les professionnels eux-mêmes (satisfaction des personnels y ayant participé, sentiment pour les professionnels d'être en mesure de gérer les situations rencontrées quotidiennement, dynamique nouvelle au sein de l'équipe, adaptation ou modification des pratiques...).

Une évaluation en terme d'amélioration des pratiques auprès des personnes accueillies est-elle réalisée ? (évaluation de la mise en œuvre dans la pratique quotidienne, évaluation d'effets auprès des résidents – par exemple : évaluation de la douleur, prévention et gestion des troubles du comportement...).

14.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Vous assurez-vous de l'actualisation régulière des connaissances des membres du personnel et de l'équipe de direction, en particulier à partir d'une veille relative aux productions de l'Anesm et aux publications internationales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Commentaires :

Les productions de l'Anesm, et plus largement les publications internationales, sur l'accompagnement des personnes accueillies en Ehpad contribuent à l'actualisation des connaissances des professionnels. De quelle manière l'établissement s'assure-t-il d'une actualisation des connaissances du personnel et notamment d'une diffusion des recommandations de pratiques professionnelles au sein de l'établissement ? La veille concerne également les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ayant trait aux dimensions du soin et de la gestion des risques s'appliquant aux populations accueillies en Ehpad.

15. L'établissement a-t-il recours à des structures ou partenaires extérieurs... ?	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Pour assurer la continuité des soins et de l'accompagnement (réseau sanitaire et médico-social de proximité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour la mise à disposition de compétences non disponibles en interne, nécessaires à la mise en œuvre du projet personnalisé des personnes accueillies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour la mise en œuvre d'activités (ateliers, animations, excursions...) contribuant à la qualité de vie des personnes accueillies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Commentaires :

Les Ehpad en tant que lieux de vie doivent être ouverts sur l'extérieur : cette ouverture contribue à la qualité de vie des personnes qui y vivent. L'objectif est d'identifier la fréquence au recours aux partenariats existants entre l'établissement et différentes structures extérieures, que ces partenariats soient formalisés ou non par des conventions.

Trois volets sont examinés :

- l'inscription de l'Ehpad dans le réseau sanitaire et médico-social de proximité de la filière gériatrique, afin d'assurer la continuité des soins et de l'accompagnement (service de court séjour gériatrique, SSR gériatriques, USLD, équipe mobile de gériatrie, pôle d'évaluation gériatrique, équipe de psychogériatrie, consultation médico-psycho-sociale, consultation mémoire, etc.)
- la mise à disposition, pour l'accompagnement des personnes accueillies, de compétences non disponibles en interne, nécessaires à la mise en œuvre du projet personnalisé (ex. : kinésithérapeute, diététicienne, ergothérapeute, psychomotricien, audioprothésiste, podologue...);
- la mise en œuvre d'activités (ateliers, animations, excursions...), collectives ou individuelles, contribuant à la qualité de vie des personnes. Cela inclut la présence de bénévoles au sein de la structure dans l'organisation de ces activités.

## G- Organisation de l'établissement

16.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
L'organisation de l'établissement favorise-t-elle le partage, la formalisation et la transmission des informations au quotidien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe-t-il des réunions régulières et documentées de l'équipe de direction (directeur, IDE coordonnateur, médecin-coordonnateur) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe-t-il des temps réguliers d'écoute et de partage interprofessionnels dans une démarche d'amélioration continue des pratiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe-t-il une identification et une mise à profit des ressources des professionnels (compétences spécifiques) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les nouveaux membres du personnel sont-ils accompagnés dans leur prise de poste ? (travail en doublon, accompagnement par un pair durant le temps de travail, formations aux spécificités des personnes accueillies, accès aux informations individuelles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Commentaires :

L'organisation au quotidien a un impact important en termes de bien-être tant pour le personnel que pour les résidents.

Item	Commentaire
L'organisation de l'établissement favorise-t-elle le partage, la formalisation et la transmission des informations au quotidien ?	La transmission des informations individuelles est-elle organisée ? Les observations relevées par les professionnels en contact fréquent avec les personnes accueillies (aides-soignantes par ex.) sont-elles exploitées ? Les transmissions quotidiennes sont-elles organisées (prévues dans le planning, réunissant IDE et AS) ? Des synthèses pluridisciplinaires permettant l'examen de certaines situations individuelles de personnes accueillies sont-elles organisées ? Qui y est associé ? A quelle fréquence ?
Existe-t-il des réunions régulières et documentées de l'équipe de direction ?	A quelle fréquence se réunit l'équipe de direction ? Des comptes-rendus sont-ils rédigés à l'issue de ces réunions ? Un suivi en est-il fait ?
Existe-t-il des temps réguliers d'écoute et de partage interprofessionnels dans une démarche d'amélioration continue des pratiques ?	En dehors des formations institutionnelles, existe-il des temps d'écoute et d'échanges de pratiques entre professionnels ?
Existe-t-il une identification et une mise à profit des ressources internes (compétences spécifiques de membres du personnel) ?	L'établissement a-t-il mis en place des dispositions permettant d'identifier les compétences générales (liées directement à la formation et au métier exercé) et spécifiques des professionnels, tant sur des dimensions ordinaires de l'accompagnement que sur des occasions exceptionnelles (activités ou événements exceptionnels : ex. aptitudes à l'animation observées chez une aide-soignante) ? L'établissement les met-il à profit (allocation de ces ressources) ?

Item	Commentaire
Les nouveaux membres du personnel sont-ils accompagnés dans leur prise de poste ? (travail en doublon, accompagnement par un pair durant le temps de travail, formations aux spécificités des personnes accueillies, accès aux informations individuelles)	Chaque nouveau professionnel est-il accompagné dans sa prise de poste ? Existe-il une procédure ? Des modalités particulières d'accompagnement à l'égard de chaque nouveau professionnel sont-elles organisées (ex. travail en doublon débutant/expérimenté, accompagnement par un pair disponible durant le temps de travail, entretiens réguliers,...) ? Chaque nouveau membre bénéficie-t-il d'une formation concernant les spécificités des personnes qu'il accompagne ? L'établissement s'assure-t-il de l'accessibilité des informations sur chaque résident pour les nouveaux salariés ? <i>Cf. recommandation « mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » éditée par l'Anesm</i>

17. La continuité de la fonction Soins est-elle assurée... ?	Non ou très difficilement	Oui mais avec des difficultés	Oui, assez facilement	Oui, facilement
... Le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... La nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Le week-end	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... L'été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Commentaires :

La continuité de la fonction soins doit être assurée par l'établissement quelle que soit la période de l'année.

Il s'agit donc de préciser si la continuité de la fonction soins est facilement ou non mise en œuvre par l'Ehpad, selon des temporalités identifiées : jour, nuit, week-end, été. En particulier, des périodes à risques comme la nuit, le week-end et l'été (l'absence des personnels habituels du fait des congés annuels se combinant avec des facteurs de risques liés à la chaleur) ont-elles un impact particulier en termes d'organisation de la continuité de la fonction Soins ?

Au-delà, il s'agit d'interroger sur quelle organisation repose la continuité de la fonction Soins au sein de l'Ehpad, tant en termes d'organisation en interne que d'exploitation des ressources externes disponibles sur le territoire.

Un(e) IDE est-il en permanence présent dans l'Ehpad (notamment la nuit) ? Si non, y-a-t-il en permanence un(e) aide-soignant(e) ? L'AS peut-il (elle) avoir facilement recours à un(e) IDE (par exemple sur astreinte téléphonique) ? A défaut le recours à un médecin (médecin-coordonnateur de l'Ehpad ou médecin libéral) est-il possible ? Ou bien la gestion des situations dépassant le champ d'intervention de l'AS conduit-elle à solliciter les services d'urgence et le recours à l'hospitalisation ?

18. L'accompagnement de la fin de vie des résidents	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
18.a) L'accompagnement des résidents en fin de vie pose-t-il des problèmes à l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.b) L'organisation de l'établissement s'appuie-t-elle sur les ressources suivantes pour accompagner la fin de vie des résidents ?				
HAD (hospitalisation à domicile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipe mobile de gériatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipe mobile de soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réseaux de soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel interne formé aux soins palliatifs (médecin, IDE, psychologue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Commentaires :

Il s'agit en premier lieu de préciser si l'accompagnement de la fin de vie des résidents pose (ou non) des difficultés à l'Ehpad, quelle que soit l'origine de ces difficultés.

Il s'agit ensuite d'interroger sur l'organisation mise en œuvre dans l'accompagnement de fin de vie des personnes accueillies. L'Ehpad a-t-il recours à des ressources spécifiques, notamment en soins palliatifs, pour accompagner jusqu'au bout de la vie dans de bonnes conditions ? Ces ressources sont-elles externes à l'Ehpad (HAD, équipes mobiles, réseaux) ou internes (personnel formé spécifiquement à l'accompagnement de la fin de vie) ?

19. Pour combien de personnes accueillies, l'organisation de l'établissement permet-elle effectivement... ?	Moins de 30% des personnes	30 à 60% des personnes	60 à 90% des personnes	Plus de 90% des personnes
La réalisation d'activité(s) individuelle(s) définie(s) dans le cadre du projet personnalisé, plusieurs fois par semaine et quelle que soit la période de l'année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La réalisation d'une activité (et/ou animation) collective définie dans le cadre du projet personnalisé, plusieurs fois par semaine, quelle que soit la période de l'année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Commentaires :

La continuité de l'accompagnement doit également s'inscrire sur la dimension sociale.

Le projet personnalisé a-t-il permis d'identifier d'une (ou plusieurs) activité(s) individuelle(s) à laquelle la personne tient particulièrement ? L'organisation de l'accompagnement est-elle en mesure d'assurer la possibilité pour chaque résident de vaquer à cette (ou ces) occupation(s), plusieurs fois par semaine - même en période de congés pour le personnel ?

Il peut s'agir d'activités anodines mais dont l'élaboration du projet personnalisé a permis d'identifier la valeur particulière qu'y attache le résident (ex. lire le journal, promenades extérieures, activités de bricolage ou activités ménagères...).

Le projet personnalisé a-t-il également permis d'identifier une (ou des) activités collectives (ou animation) à laquelle il est proposé à la personne d'y participer en relation avec les autres résidents ? Cela interroge également sur la capacité de l'établissement d'adapter les activités et animations aux attentes et centres d'intérêt des résidents, plutôt que d'inscrire les résidents dans des activités pré-établies.

La recommandation de bonnes pratiques professionnelles « *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* » éditée par l'Anesm (février 2009) préconise que « *Les activités [soient] proposées sans forcer la personne ni tenter de la raisonner lorsqu'elle refuse d'y participer. Il est alors préférable de lui proposer des alternatives.* »

20. Selon vous, la vie dans l'établissement favorise-t-elle... ?	Non ou très partiellement	Oui, mais avec problèmes de mise en œuvre au quotidien	Oui, toujours
Une bonne image de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'expression de la volonté des résidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect des personnes (langage respectueux, respect des rythmes, respect de l'intimité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le maintien de l'autonomie des résidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une bonne qualité de vie des résidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Cet item n°20 est complété uniquement par le (la) Président(e) du Conseil de la Vie Sociale**

### Commentaires :

Il s'agit d'évaluer comment la vie dans l'Ehpad favorise pour les résidents...

Item	Commentaire
Une bonne image de soi	Les résidents ont-ils le sentiment d'être reconnu en tant qu'individu ? Ont-ils le sentiment d'être valorisé en tant que personne ? Les résidents ont-ils par exemple l'occasion de formaliser et transmettre certaines expériences de vie ? L'établissement permet-il de garder son identité sociale, en favorisant le maintien des relations familiales et amicales ?
L'expression de la volonté des résidents	Une réelle attention est-elle portée aux demandes des résidents ? Leur point de vue est-il pris en compte pour les décisions concernant leur propre accompagnement ? Par exemple, lorsque les résidents refusent de participer à une activité, ce refus est-il respecté par l'équipe ?
Le respect des personnes	Langage respectueux : par ex., le tutoiement n'est pas utilisé, les formes d'infantilisation sont bannies Respect des rythmes : par ex. le rythme de vie de chaque résident est connu et l'organisation permet de le respecter (horaires lever-coucher, repas, activités...) Respect de l'intimité : par ex. le personnel frappe à la porte de la chambre avant d'entrer, les toilettes se font porte fermée

Item	Commentaire
Le maintien de l'autonomie des résidents	La vie dans l'établissement favorise-t-elle que l'autonomie des résidents soit maintenue le plus longtemps possible dans les actes de la vie quotidienne (déplacements, soins corporels, alimentation, continence) ? L'organisation du travail, l'adaptation de l'environnement et la coordination des interventions des professionnels de l'Ehpad permettent-elles d'aider les résidents à conserver leur autonomie et de leur permettre de garder leurs capacités ?
Une bonne qualité de vie	La vie dans l'établissement permet-elle aux résidents d'avoir le sentiment que leur qualité de vie soit satisfaisante, d'avoir du bien-être ? L'organisation du travail d'équipe, la coordination des intervenants, la mise en œuvre d'activités individuelles et collectives, etc. permettent-elles d'assurer une qualité de vie en adéquation avec les attentes et besoins des personnes accueillies ?

Le Président du Conseil de vie sociale (CVS) pourra consulter – le cas échéant – les autres usagers et représentants d'usagers membres du CVS, pour renseigner cette question.

Trois modalités sont proposées :

- « Non ou très partiellement » : cet aspect n'est pas développé ou n'est mis en œuvre que dans certaines unités ou par certaines équipes (n'est pas une pratique partagée au niveau de l'établissement) ;
- « Oui, globalement mais avec des problèmes de mise en œuvre au quotidien » : concerne toutes les unités et équipes mais subsistent encore des difficultés organisationnelles (ex. les plannings ne permettent pas encore d'adapter au mieux le rythme des professionnels à celui des usagers)
- « Oui, toujours » : totalement mis en œuvre dans l'établissement, jusque dans l'organisation quotidienne par des ajustements de l'environnement et de l'organisation (ex. les plannings permettent d'adapter au mieux le rythme des professionnels à celui des usagers)

## Annexe : Méthodologie d'élaboration du questionnaire et du guide

Le questionnaire ainsi que le guide de remplissage ont été conçus par un groupe de travail piloté par l'Anesm et composé des personnes suivantes :

- Jean-Luc NOVELLA, médecin – professeur de santé publique, service de gériatrie CHU de Reims EA 3797
- Daniel ANGHELOU, chef du bureau Protection des personnes, DGCS
- Arielle ATTAL, médecin-coordonnateur, Ehpad Ste Anne d'Auray (Chatillon)
- Antoine AUDOIN, conseiller technique, FEHAP
- Isabelle BARGES, directrice qualité de vie, FNAQPA
- Valérie BLONDEL, psychologue, Ehpad Les Vergers (Noyarey)
- Gérard BRAMI, directeur, Ehpad La Vençoise (Vence)
- Kevin CHARRAS, responsable du pôle études, Fondation Médéric Alzheimer
- Rachida CHERGUI, coordonnatrice, ALMA Paris
- Jacques DOURY, représentant CFTC
- Joëlle ETCHEVERRY, IDE coordonnatrice, Ehpad Résidence Arcade (Fontenay-aux-Roses)
- Madame FEUVRIER, usager, résidente à l'Ehpad Résidence du chemin de la jonchère (Rueil-Malmaison)
- Yvan FERRIER, président de l'ANDASS, directeur-adjoint à l'action sociale, Conseil Général du Gard
- Françoise TOURSIERE, présidente, FNADEPA
- Joël JACQUES, inspecteur, ARS PACA
- Jean-Marie LAFOND, directeur, Ehpad Maison de retraite St Vincent de Paul (Stains)
- Judith MOLLARD, chef de projet, France-Alzheimer
- Norbert NAVARRO, directeur, AD-PA
- Nathalie PAIN, représentant CFTD
- Frederico PALERMITI, adjoint au responsable du pôle études, Fondation Médéric Alzheimer
- Thierry PAU, psychomotricien, Ehpad Résidence du chemin de la jonchère (Rueil-Malmaison)
- Florian ROGER, conseiller technique, SYNERPA
- Geneviève RUAULT, déléguée générale, SFGG
- Eric VANBRUGGHE, directeur qualité, groupe Korian
- Alain VILLEZ, conseiller technique, UNIOSS

### Equipe projet de l'Anesm

- Sophie MAUNIER, Pôle Etudes et Méthodes
- Carole AUBRY, Pôle Etudes et Méthodes
- Mahel BAZIN, Pôle Etudes et Méthodes
- Marie-Pierre HERVY, Pôle Recommandations

### Equipe d'organisation du projet

- Sophie MAUNIER, Pôle Etudes et Méthodes
- Daniel ANGHELOU, chef du bureau Protection des personnes, DGCS
- Thérèse FICATIER, responsable systèmes d'information, DGCS
- Céline HIRON, attachée d'information décisionnelle, DGCS
- Christian TRAUMEUR, DREES

Le questionnaire et le guide ont été testés auprès de 6 Ehpad lors de leur révision en 2010.