

SUR LE CHEMIN DES ATTENTES DES USAGERS, LE PROJET PERSONNALISÉ

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

Édition 2025

SSIAD – SAD

LEXIQUE ET SOMMAIRE

LEXIQUE

ANESM

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

DIPC

Document Individuel de Prise en Charge

HAS

Haute Autorité de Santé

IDE

Infirmière Diplômée d'État

EPP

Évaluation des Pratiques Professionnelles

SAD

Service d'Aide à Domicile

SRA

Structure Régionale d'Appui

SSIAD

Service de Soins Infirmiers À Domicile

SPASAD

Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile

ARS

Agence Régionale de Santé

MOOC

Massive Open Online Course



SOMMAIRE



INTRODUCTION

POINTS CLÉS DE LA RECOMMANDATION DE L'ANESM

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

A. LES PRÉ-REQUIS

B. LE DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL

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

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

9

13

15

17

18

21

23

24

25

26

27

28

29

31

33

33



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

35

Outil n°1 : Document-support pour l'élaboration du Projet Individualisé d'Aide, d'Accompagnement et de Soins de la personne prise en charge

37

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

42

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

43

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

45

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

47

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

48

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

49

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

50

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

52

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

58

NOTES PERSONNELLES

60

STRUCTURES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉLABORATION DU GUIDE

61

RÉFÉRENCES

61

INTRODUCTION

INTRODUCTION

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

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

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

Le projet CAP comprend 3 outils d'accompagnement



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



2 – Un guide méthodologique sur le projet personnalisé.



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

Ce guide vise à accompagner les 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

ATTENTION

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

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

Bonne lecture et bonne mise en oeuvre,

Le groupe de travail
Projet Personnalisé



POINTS CLÉS DE LA RECOMMANDATION DE L'ANESM

PRÉAMBULE

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

L'objectif de cette recommandation est de donner des points de repères aux établissements afin de favoriser l'expression et la participation de l'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 • Fiche de missions du référent	Voir exemple dans le guide EHPAD/ Handicap Outil 8 - p.50
Communiquer l'information		• Organiser l'information auprès de l'ensemble des professionnels • Organiser l'information auprès des usagers	• Groupe de pilotage • Référents	• 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
Suivre des indicateurs		• Mettre en place des indicateurs de suivi (nombre de projets personnalisés formalisés, réévalués...)	• Groupe de pilotage	• Tableau de bord	Voir exemple dans le guide EHPAD/ Handicap Outil 10 - p.58

B. LE DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL

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

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

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

NEW
2019

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

Cet outil est disponible
sur la plateforme eFORAP.

QualiREL

DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL SUR LE PROJET PERSONNALISÉ

Objectifs du diagnostic organisationnel :
Le diagnostic organisationnel permet :
- de réaliser un premier état des lieux de la démarche du projet personnalisé
- d'identifier les points forts et les points à améliorer dans l'organisation mise en place pour répondre à la démarche du projet personnalisé
- de mesurer votre progression dans le temps (l'analyse peut être réalisée à 3, 6, 9, 12, 18, 24, 36, 48, 60, 72, 84, 96, 108, 120, 132, 144, 156, 168, 180, 192, 204, 216, 228, 240, 252, 264, 276, 288, 300, 312, 324, 336, 348, 360, 372, 384, 396, 408, 420, 432, 444, 456, 468, 480, 492, 504, 516, 528, 540, 552, 564, 576, 588, 600, 612, 624, 636, 648, 660, 672, 684, 696, 708, 720, 732, 744, 756, 768, 780, 792, 804, 816, 828, 840, 852, 864, 876, 888, 900, 912, 924, 936, 948, 960, 972, 984, 996, 1000)

Quels sont les pré-requis pour utiliser cet outil ?
avant de réaliser cette évaluation, le guide fournit des points de vigilance et des repères structuraux 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. Il a pour objectif de vous permettre de conduire votre enquête de façon collective et autonome.

Comment ça marche ?

- 1 Réalisez votre évaluation**
1° Cliquez sur le bouton orange ci-dessus pour accéder à l'évaluation (ou sur l'onglet "Evaluation" en bas du menu).
2° Répondre 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 menu des ateliers ou ateliers "projet personnalisé" à votre disposition sur la clé USB du dossier CAP ou téléchargeable sur : www.qualirelsante.com
- 2 Consultez la synthèse des résultats**
Selon les données renseignées sur la plateforme eFORAP sur www.qualirelsante.com, à l'issue de la séance, vous pourrez générer un rapport de résultats de cette évaluation.

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

POINTS DE VIGILANCE

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

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

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

IMPORTANCE DU SYSTÈME D'INFORMATIONS DANS LE PROJET PERSONNALISÉ

Le partage d'informations entre les différents professionnels est un élément clé du projet personnalisé. Il interroge nécessairement l'organisation du système d'information au niveau de l'établissement. Une source d'information unique 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'utilisateur dans le secteur médico-social ainsi que l'interprétation des différents aspects réglementaires le régissant. Un chapitre spécifique est dédié au lien entre dossier de l'utilisateur et projet personnalisé.

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé



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

Structure 1 - Site A

Objectif du diagnostic organisationnel :

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

Modalités de remplissage du questionnaire :

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

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

© FORAP, 2025



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

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

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

☐ Oui ☐ En grande partie ☐ Partiellement ☐ Non

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

☐ Oui ☐ En grande partie ☐ Partiellement ☐ Non

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

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

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

☐ Oui ☐ En grande partie ☐ Partiellement ☐ Non

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

☐ Oui ☐ En grande partie ☐ Partiellement ☐ Non

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

☐ Oui ☐ En grande partie ☐ Partiellement ☐ Non

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

☐ Oui ☐ En grande partie ☐ Partiellement ☐ Non

DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

© FORAP, 2025



II.

LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ



A. LES ÉTAPES

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

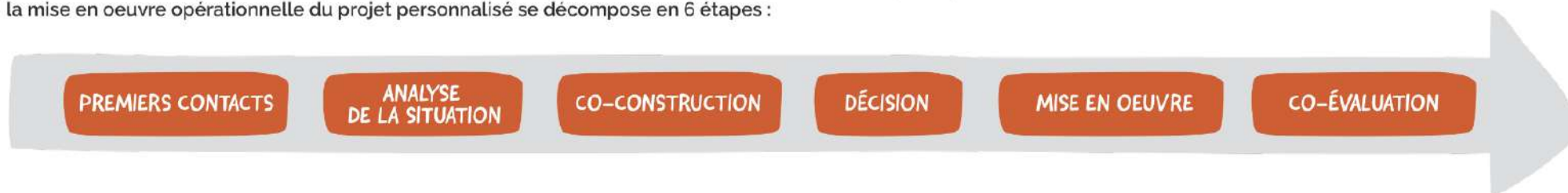
B. L'OUTIL D'ÉVALUATION SUR DOSSIER



II – LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ

A. LES ÉTAPES :

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



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



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



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

PREMIERS CONTACTS

QUOI ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI ?	OUTILS RESSOURCES	PAGE
Demande de renseignements → Communication d'informations sur le projet personnalisé → Recueil des données/attentes	• Lors de la 1ère prise de contact → • Pendant la rencontre de pré-admission / admission → • Avant ou après la validation du dossier • Lors de la visite à domicile • Lors de la rencontre de pré-admission • Après une première prise en charge • Tout au long du séjour	• Par contact téléphonique • Par contact physique • Par contact informatique → • Par entretien physique avec l'usager et/ou aidant sur le lieu de vie (domicile, hôpital,...) → • Par temps d'échanges • Par temps d'observation • Par étude du dossier d'admission	Qui fait la demande : • Usager et/ou aidant • Professionnels extérieurs Qui reçoit la demande : • Accueil/administration SSIAD/ SPASAD • Infirmière coordinatrice • Responsable de secteur (si SPASAD) → • Usager • Infirmière coordinatrice • CLIC • Référent pressenti → • Usager et/ou aidant • Equipe soignante • Référent pressenti ou identifié	• Outil n°1* : Document-support pour l'élaboration du Projet Individualisé d'Aide, d'Accompagnement et de Soins de la personne prise en charge (pages 1 et 2) Dossier administratif Processus d'appel pour les personnes à l'accueil Livret d'accueil Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) • Outil n°2* : Paragraphe type sur le projet personnalisé à insérer dans le DIPC Charte des droits et des libertés	p.37 p.42

* disponible dans ce guide

PREMIERS CONTACTS

CO-CONSTRUCTION

MISE EN ŒUVRE

CO-ÉVALUATION

CO-CONSTRUCTION

QUOI ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI ?	OUTILS RESSOURCES	PAGE
Analyse des données/attentes	De l'admission à 1 mois, pendant les temps de transmissions en équipe ou un temps de réunion dédié (1h/semaine)	Temps d'échanges avec la personne et analyse en équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnelle	- Référent Aide-Soignant - Professionnels internes - Si besoin, professionnels externes à la structure (CLIC, médecin, SAD, IDE libéral, services de l'hôpital, équipes mobiles, réseaux de santé...)	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)	p.37
Co-construction du pré-projet personnalisé	De l'admission à 1 mois, pendant les temps de transmissions en équipe ou un temps de réunion dédié (1h/semaine)	- Rédaction du pré-projet - Temps d'échanges avec l'usager et/ou son repré-sentant légal - Présentation des objectifs et ajustements possibles selon les échanges avec l'usager	- Référent - Professionnels - Usager - Un professionnel du service ou le référent	- 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	p.43 p.45
Décision et formalisation des objectifs* du projet personnalisé	Dans les suites immédiates de la co-construction du pré-projet personnalisé pendant les temps de transmissions en équipe ou un temps de réunion	- Par temps d'échanges - Traçabilité de l'accord ou du refus de l'usager	- Usager - Un professionnel du service ou le référent	Outil n°9* : Exemple d'objectifs en lien avec le DIPC et le projet personnalisé	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'intéressa à l'évaluation globale des objectifs du projet personnalisé.

PREMIERS CONTACTS

CO-CONSTRUCTION

MISE EN ŒUVRE

CO-ÉVALUATION

MISE EN OEUVRE

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

* disponible dans ce guide

PREMIERS CONTACTS

CO-CONSTRUCTION

MISE EN OEUVRE

CO-ÉVALUATION

CO-ÉVALUATION

QUOI ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI ?	OUTILS RESSOURCES	PAGE
Co-évaluation	• Une fois par an au minimum	• Temps de recueil des données auprès des intervenants du projet • Temps de synthèse	• Référent • Personnes concernées par le projet personnalisé	• Document « Projet personnalisé »	Voir exemple dans le guide EHPAD/Handicap Outil 1 - p.37
→	→	→	→		
Accompagnement à la sortie (le cas échéant)	• Si possible, au moins un mois avant le transfert vers une autre structure	• Temps d'échanges avec l'utilisateur • Temps d'échanges avec les professionnels de la structure d'accueil • Traçabilité de la transmission des informations • Transmission du dossier • Traçabilité de l'accord de l'utilisateur	• Référent • Usager et/ou représentant légal • Personnes concernées par le projet personnalisé • Professionnels de la structure d'accueil	• Document « projet personnalisé » • Guide HAS : « Modèle de plan personnalisé de coordination en Santé », Juillet 2019. • Procédure de sortie/transfert	Voir exemple dans le guide EHPAD/Handicap
	• Lors d'une situation de fin de vie	• Recueil des souhaits liés à la fin de vie • Intervention de professionnels externes (HAD, Equipe Mobile de Soins Palliatifs...)	• Référent • Usager et/ou personne de confiance • Personnes concernées par le projet personnalisé • Professionnels externes à la structure	• Document « projet personnalisé » • Recueil des souhaits de fin de vie • Procédure d'accompagnement à la fin de vie	Voir exemple dans le guide EHPAD/Handicap

PREMIERS CONTACTS

CO-CONSTRUCTION

MISE EN ŒUVRE

CO-ÉVALUATION

POUR RÉSUMER

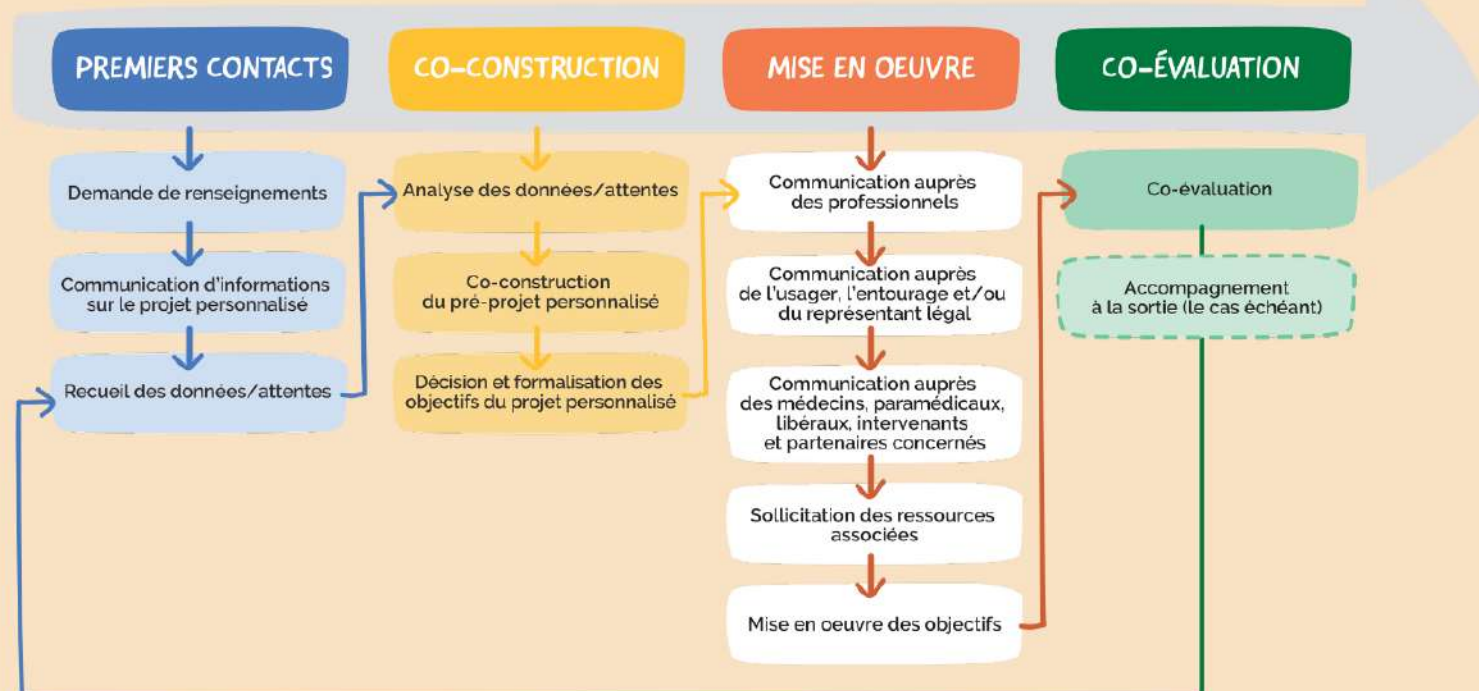
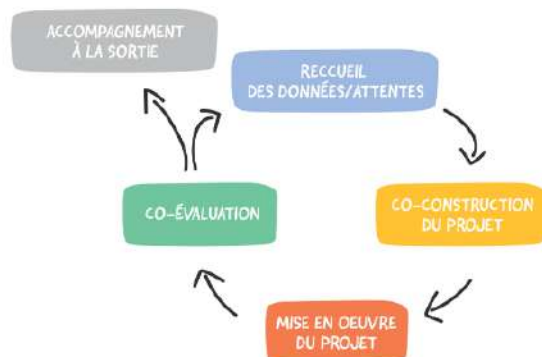
Le cycle continu du projet personnalisé

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'usager 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 œuvre
"opérationnelle"
du projet personnalisé
grâce à un tirage
au sort de dossier

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

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

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 œuvre au sein de la structure.

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

Cet outil est disponible
sur la plateforme eFORAP.

Outil d'évaluation sur dossier - LE PROJET PERSONNALISÉ -

Objectifs de l'outil :

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

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

Quels sont les pré-requis pour utiliser cet outil ?

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

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

Un protocole d'évaluation est à votre disposition sur la clé USB du dossier CAP ou téléchargeable sur : 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 : **sélection de 30 dossiers par tirage au sort**
- 2 - Pour les structures de moins de 30 résidents/usagers présents dans la structure depuis plus de 12 mois : **exhaustivité**

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

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

Remplissez la grille d'évaluation en vous appuyant sur les éléments des dossiers. Pour chaque item, cocher OUI ou NON ou Item Applicable (uniquement OS) 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

Saisissez les données requises sur la plateforme eFORAP sur www.qualirelsante.com. À 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'EVALUATION SUR DOSSIER

- LE PROJET PERSONNALISÉ -

Objectifs de l'outil :

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

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

Quels sont les pré-requis pour utiliser cet outil ?

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

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

Comment réaliser votre évaluation ?

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

Attention :

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

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

Références utilisées :

Recommandations de l'Anesm "Les attentes de la personne et le projet personnalisé" (Décembre 2008)

Guide méthodologique Réseau QualiSanté "Sur le Chemin des Attentes des usagers : le Projet personnalisé" (Décembre 2014)

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé



PREMIERS CONTACTS

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

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

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

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

CO-CONSTRUCTION

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

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

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

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



MISE EN ŒUVRE

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

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

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

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

12. Les ressources associées sont sollicitées

CO-EVALUATION

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

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

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

VERS UN NOUVEAU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

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

© FORAP, 2025

Valider

-31



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

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



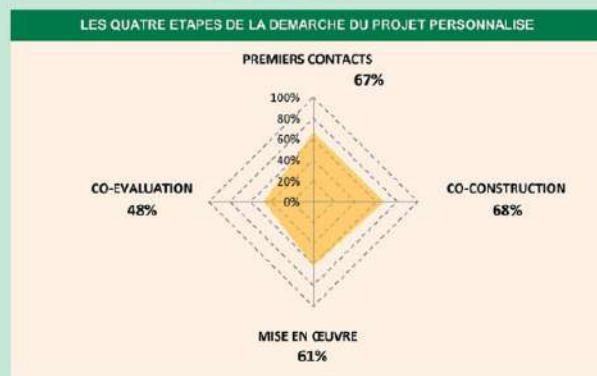
III – L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA DÉMARCHE DU PROJET PERSONNALISÉ

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

À 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.

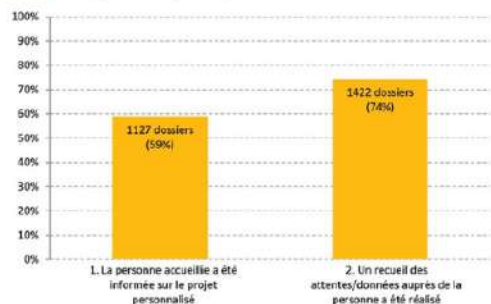
Ce rapport vous présente les résultats de votre évaluation. Il met en exergue les points d'amélioration et les points forts de la démarche dans votre structure. Il reprend notamment les 4 étapes indispensables à la réalisation du projet personnalisé :

DE FAÇON GLOBALE :



ET ENSUITE DE FAÇON PLUS DÉTAILLÉE

67% des critères d'appréciation de l'étape **PREMIERS CONTACTS** avec l'utilisateur sont respectés parmi les dossiers évalués



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

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

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

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

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



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



Modèle powerpoint de restitution des résultats

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

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 :	☐ Oui ☐ Non	<i>Commentaires de la personne :</i>
Souhaite partager son projet personnalisé avec les équipes du service :	☐ Oui ☐ Non	<i>Commentaires de la personne :</i>
Consentement à l'échange d'informations avec les partenaires :	☐ Oui ☐ Non	<i>Commentaires de la personne :</i>
Directives anticipées :	☐ Oui ☐ 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 :



PARAGRAPHE TYPE SUR LE PROJET PERSONNALISÉ À INSÉRER DANS LE DIPC

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

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

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

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

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

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

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

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

OUTIL 3

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

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

OBJECTIF	Définir comment préparer la réunion d'analyse sur le projet personnalisé et quels éléments abordés au cours de la réunion
DOMAINE D'APPLICATION	La définition ou réactualisation des projets personnalisés des personnes prises en charge
DESTINATAIRES	Ensemble des professionnels du service (IDE, AS, AVS...) et des partenaires externes
DOCUMENTS LIÉS	- Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) - Le dossier du patient : diagramme de soins, les transmissions ciblées, le plan de soins - Le projet personnalisé

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	Définition de la liste des projets créés/révisés à la réunion d'analyse <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	Information à la personne de la réunion et invitation à participer à la réunion	Professionnel référent, Aide-soignante et/ou l'IDE Coordonnateur	Modèle de consentement de la CLIC
1 semaine avant la réunion	Inviter les partenaires extérieurs : médecin traitant, CLIC, kinésithérapeute, ergothérapeute...	IDE Coordonnateur	Appel téléphonique / Mail Modèle de courrier d'invitation
2/3 jours avant la réunion d'analyse	Recueil des informations sur la personne prise en charge 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..	Présentation du recueil des informations sur la personne accompagnée, sa situation, ses soins, ses souhaits /ses objectifs, réajustement de la prise en soins... 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
	Si la personne accompagnée est présente, lui proposer de présenter ses souhaits et ses objectifs	IDE Coordonnateur / professionnel référent	Exemples d'objectifs de projet
	Discussion et validation pluridisciplinaire en réponse au souhait de la personne	Ensemble des professionnels présents à la réunion	
	Tracer les éléments recueillis dans le projet personnalisé et réajuster si besoin le plan de soins	IDE Coordonnateur / professionnel référent	Document support du projet personnalisé
	Fixer une date 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	Transmettre les objectifs fixés 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	Présentation, validation et signature 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, envoi de la synthèse aux partenaires ayant assisté à la réunion	IDEC Coordonnateur	Modèle de courrier de restitution
	Classement/clôture des transmissions ciblées et du dossier de soins	IDEC Coordonnateur	Dossier de soins
	Annexer le projet personnalisé 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

Date :		
Heure de début :	Heure de fin :	=h.....mn
<u>Vie du service</u>		
<u>Fonctionnement du service</u>		
<u>Astreinte du week-end</u>		
IDEC d'astreinte :		AS Référente :
<u>Situations</u> <u>La réunion a pour objectifs de transmettre :</u> * Toute modification de l'état de santé de la personne (problème cutané, malaise, problème respiratoire...), * Tout problème technique lors du soin nécessitant ou non une révision du plan de soins, * Tout problème technique lié à l'environnement de la personne (matériel, clé, portes, volets...) * Tout problème relationnel avec le patient ou son entourage, * Toute situation vécue difficilement par le soignant. <u>Priorités :</u> Au vu de l'information à transmettre ou de la problématique nécessitant un échange en équipe, les situations seront évoquées selon un ordre de priorité de 1 à 3 (1 étant très important et 3 moins important) définies ainsi : <u>Priorité 1 :</u> * Révision du plan de soins nécessitant un échange avec l'équipe et une validation IDEC * Co-construction ou révision du Projet personnalisé * Situation complexe sur des difficultés rencontrées par l'équipe nécessitant un échange en équipe * Reprise d'autonomie des patients pour envisager une fin de prise en charge * Patients prioritaires nécessitant une VAD de l'IDEC * Patients nécessitant un passage du soir et du dimanche * Patients vus par l'IDEC au cours de la semaine <u>Priorité 2 :</u> * 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. <u>Priorité 3 :</u> * Informations pratiques concernant les clés, les absences, l'accessibilité, les RDV...		

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.



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.

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

5 CO-EVALUATION

Analyser avant 3 mois les écarts entre le projet attendu et réalisé et formuler de nouvelles attentes.

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



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, les professionnels 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 2012-2.

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

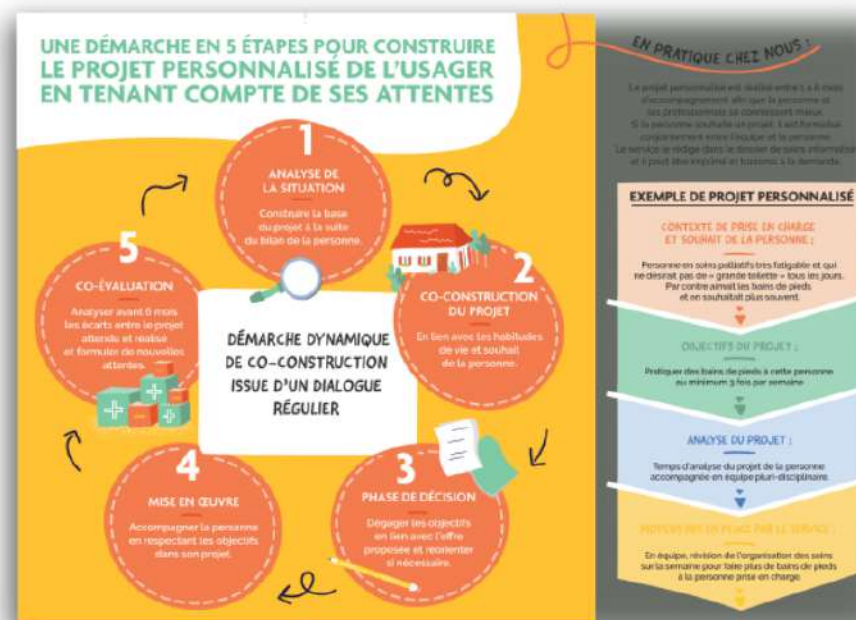
ADRESSE

LES ATTENTES DE LA PERSONNE & LE PROJET PERSONNALISÉ

Selon les recommandations des Bonnes Pratiques de la HAS

outil type 6

QualiREL santé



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
☐ Faciliter le retour à domicile après hospitalisation avec retour à l'autonomie	☐ Proposer un passage du SSIAD	Ex : Nombre de passage par jour et par semaine, Soins d'hygiène (guidance, stimulation, aide partielle / aide totale...)
☐ Faciliter un retour à domicile après hospitalisation en attente d'un relais Aide à domicile	☐ Mettre en place des aides humaines, matérielles, financières,...	
☐ Diminuer le temps d'hospitalisation	☐ Solliciter, coordonner, travailler en partenariat avec les autres professionnels (Médecins, IDEL, HAD, CLIC, EMS, MAIA, SAD,...)	
☐ Eviter une hospitalisation		
☐ Faciliter le maintien au domicile	☐ 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...
☐ Accompagner les situations palliatives	☐ Soutenir l'aidant	Echelles mini-Zarit ou Zarit
☐ 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
☐ 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	☐ 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
MOBILITE	☐ Faciliter les transferts et les déplacements ☐ Limiter le risque de chutes	☐ Stimuler et /ou accompagner lors des déplacements	
		☐ Mettre en place du matériel ou aides techniques	
		☐ Installer confortablement les personnes et ce, en toute sécurité	
		☐ Proposer des bilans par un kinésithérapeute et de la rééducation	
		☐ Améliorer l'aménagement de l'habitat et/ou proposer des actions correctrices	
		☐ Evaluer le risque de chutes ☐ 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
	☐ Prévenir le risque d'escarres	☐ 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	☐ Prévenir le risque de dénutrition ☐ Prévenir le risque de surpoids / perte de poids ☐ Prévenir le risque de fausses routes ☐ Assurer un suivi de l'observance d'un régime alimentaire	☐ Mettre en place une surveillance du poids	Fiche de surveillance du poids dans le dossier de la personne
		☐ 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, ...)
		☐ Apporter des conseils alimentaires auprès des personnes et de l'entourage (aidants familiaux ou professionnels)	Guide nutrition INPES
		☐ Mettre en place une aide aux repas (préparation/Prise)	Aide Humaine Portage des repas
		☐ Préconiser un suivi médical spécifique	Echelle MNA Médecins, Nutritionnistes, Diététiciennes, Equipes d'Appui En Adaptation Réadaptation, Equipe mobile de réadaptation,
	☐ Repérer les problèmes buccodentaires	☐ Surveiller et maintenir un bon état d'hygiène bucco-dentaire	
		☐ Préconiser une consultation bucco-dentaire	

	Objectifs spécifiques	Actions	Moyens à disposition
Traitement – Suivi Médical	☐ Faciliter la bonne observance du traitement ☐ Faciliter le suivi médical	☐ Vérifier la non-observance du traitement	Médicaments non pris dans le pilulier, retrouvés dans diverses endroits (lit, sol, poubelles, ...)
		☐ Assurer une prise sécurisée (par la personne ou un tiers)	Ex : un pilulier, préparation par l'infirmière ou pharmacie...
		☐ 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
		☐ Assurer la surveillance de signes/comportements inhabituels et informer la personne / entourage	
		☐ Adapter l'horaire de passage en fonction des rendez-vous	Suivant les SSIAD, procédure de rappel téléphonique
		☐ Informer et conseiller sur des consultations spécialisées	Ex. : appeler le médecin TT et proposer une consultation ex. douleur, escarre ou en informer la famille
		☐ Veiller au bon déroulement du suivi médical et alerter, si besoin.	

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

OUTIL 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	Echéance pour signer le DIPC (en jour)	Date de signature du DIPC	Règlement de fonctionnement signé	Date butoir du Projet personnalisé signé (en mois)	Date de la signature du Projet personnalisé	Réévaluation du projet personnalisé	Date de la réévaluation du projet personnalisé	Date de signature de l'Avenant	Renouvellement des ordonnances de la prescription d'admission à 1 an	Date du renouvellement des ordonnances de la prescription d'admission à 1 an	Total de visites année 1
			Remplacez manuellement ci-dessous:	Chez multiple En cours / Terminé	15	Remplacez manuellement ci-dessous:	Remplacez manuellement ci-dessous:	6	Remplacez manuellement ci-dessous:	12	Remplacez manuellement ci-dessous:	Remplacez manuellement ci-dessous:	N+1	Remplacez manuellement ci-dessous:	automatique feuille 2
Dubois	Martin		31/08/2016	En cours	15/02/2018	16/02/2018	01/09/2018	28/02/2019	13/02/2019	29/02/2020	13/02/2019		31/08/2019	13/02/2019	2
			01/06/2018	Terminé	16/02/2018	17/02/2018		01/03/2019	14/02/2019	01/03/2020	14/02/2019		01/09/2019	14/02/2019	
			12/12/2016	En cours	27/12/2016	18/02/2018		12/06/2018		12/06/2019			12/12/2018		
			11/12/2017	En cours	28/12/2017			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	Remplacez manuellement ci-dessous:	N+1	Remplacez manuellement ci-dessous:	automatique feuille 3	N+3	Remplacez manuellement ci-dessous:	N+1	Remplacez manuellement ci-dessous:	automatique feuille 3
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		--			12/06/2018		--		
11/06/2020		--			11/06/2021		--		
--		--			--		--		
--		--			--		--		
--		--			--		--		

NOTES PERSONNELLES

[illegible]This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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 Longue
- 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