

# EHPA 2007 ENQUÊTE AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES EN 2007

## CONSIGNES GÉNÉRALES

### Composition du questionnaire :

- Pour tous les établissements :**
- Fiche 1 : Identification et caractéristiques générales
  - Fiche 2 : Activité
  - Fiche 3 : Personnel
  - Fiche 4 : Clientèle hébergée
  - Fiche 5 : Sorties
  - Fiche 6 : Bâti
- Pour certains établissements :**
- Fiche 7 : Pathologies et Morbidité

### Instructions de remplissage :

- Pour les fiches 1, 2, 3, 4, 5 et 6 : les consignes sont données sur le questionnaire.
- Pour la fiche 7 (le cas échéant) : se référer aux consignes jointes au questionnaire.
- **Toutes les données numériques doivent obligatoirement être cadrées à droite.**

Chaque fiche est imprimée en trois exemplaires autocopiants (sauf la fiche 7) ; **garder le troisième exemplaire** et renvoyer les autres à l'adresse suivante :

En cas de difficulté, vous pouvez contacter :

## A. IDENTIFICATION

*(LES ZONES PRÉIMPRIMÉES PEUVENT ÊTRE ÉRRONÉES ; DANS CE CAS, ON INSCRIRA LES MODIFICATIONS DANS LES ZONES PRÉVUES À CET EFFET).*

### ÉTABLISSEMENT

N° FINESS ÉTABLISSEMENT  
*Reporter ce n° sur les autres fiches du questionnaire*

N° SIRET ÉTABLISSEMENT

NOM ou RAISON SOCIALE

ADRESSE

TÉLÉPHONE

CATÉGORIE

STATUT

### ENTITÉ JURIDIQUE

N° FINESS ENTITÉ JURIDIQUE

NOM ou RAISON SOCIALE

## MODIFICATIONS ÉVENTUELLES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### NOMBRE D'ANNEXES :

\_\_\_\_\_

*Pour toute question relative à l'identification de la structure ou pour déterminer si un autre établissement peut être considéré comme une annexe de la structure, veuillez contacter la DRASS de la région de rattachement (coordonnées dans le cadre « Consignes générales »).*

### ÉCHANTILLON :

\_\_\_\_\_

## PERSONNE AYANT REMPLI LE QUESTIONNAIRE

Prénom ..... Téléphone .....

NOM ..... Mél .....

..... Fax .....

Disposez-vous (vous, en tant que gestionnaire de l'établissement) d'un accès à l'internet ? ..... } oui = 1 non = 0

➔ Si oui, possédez-vous une adresse mél ? ..... } oui = 1 non = 0

## B. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES AU 31.12.2007

### ◆ Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale

- ➔ Si oui :
- habilitation totale ..... } oui = 1 non = 0
  - habilitation partielle pour moins de 50 % des places ..... }
  - habilitation partielle pour 50 % ou plus des places ..... }
  - Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale en matière d'hébergement ..... }

### ◆ L'établissement bénéficie-t-il d'une convention relative à l'APL ? (aide personnalisée au logement) ..... } oui = 1 non = 0

*Il s'agit d'une convention passée avec le ministère de l'Équipement pour que les personnes hébergées bénéficient d'une aide au logement.*

- Nombre de bénéficiaires de l'APL ..... }

### ◆ L'établissement est-il sous dotation globale pour l'APA ? ..... } oui = 1 non = 0

### ◆ Le règlement de fonctionnement prévoit-il la possibilité de refuser l'admission

- de personnes âgées dépendantes ? ..... } oui = 1 non = 0
- de personnes âgées nécessitant une charge de soins importants ? ..... } oui = 1 non = 0

### ◆ L'établissement a-t-il passé une convention avec une équipe mobile ou une unité de soins palliatifs ? ..... } oui = 1 non = 0 Sans objet\* = 2

*(\*si l'établissement est rattaché à une structure sanitaire disposant d'une équipe mobile ou une unité de soins palliatifs)*

### ◆ L'établissement a-t-il passé une convention avec un (des) établissement(s) de santé au titre de la continuité des soins ? (hors « plan bleu ») ..... } oui = 1 non = 0 Sans objet\*\* = 2

*(\*\* Si l'établissement est rattaché à une structure sanitaire)*

## C. RÉFORME DE LA TARIFICATION

- L'établissement est-il dans le champ des établissements devant signer une convention tripartite ? ..... } oui = 1 non = 0
- Avez-vous signé une convention tripartite ? ..... }

### L'établissement a signé une convention tripartite au 31/12/2007

- S'agit-il d'un renouvellement ? ..... } oui = 1 non = 0
- Date de signature de la première convention tripartite ?  
..... / ..... / .....
- Si l'établissement est une maison de retraite publique, les lits d'EHPAD sont-ils d'anciens lits d'USLD ? ..... } oui = 1 non = 0 Partiellement = 2

### L'établissement n'a pas signé de convention tripartite au 31/12/2007

- Une demande de signature d'une convention tripartite est-elle en cours ? ..... } oui = 1 non = 0
  - L'établissement est-il habilité à dispenser des soins ? ..... }
  - L'établissement reçoit-il des crédits de l'assurance-maladie ? ..... }
- ➔ Si oui, pour combien de places ? \_\_\_\_\_
- SCM (Section de Cure Médicale) FSC (Forfait Soins Courants)

### Si l'établissement n'est pas dans le champ des établissements devant signer une convention tripartite :

- Avez-vous opté pour la perception d'un Forfait Soins Courants ? ..... } oui = 1 non = 0
- Avez-vous opté pour le recours aux services d'un SSIAD ? ..... }

## D. TARIFS AU 31.12.2007

### Hébergement

Tarif hébergement journalier moyen pour les places habilitées à l'aide sociale ..... €

Tarif journalier moyen pour les places non habilitées à l'aide sociale (hors logement-foyer) ..... €

Redevance mensuelle moyenne pour un F1 au 31.12.2007 pour les places non habilitées à l'aide sociale (logements-foyers) ..... €

### Dépendance

Tarif dépendance journalier GIR 1-2 ..... € GIR 3-4 ..... € GIR 5-6 ..... € sans objet (cocher)

### Soins

Dotation globale de soins annuelle ..... €

L'établissement a-t-il opté pour :  
Le tarif soins global ..... } oui = 1 non = 0  
Le tarif soins partiel ..... }

### ■ L'établissement dispose-t-il d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) ? ..... } cf. article L5126-1 à L5126-4 du CSP

# EHPA 2007 ENQUÊTE AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES EN 2007

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ,  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS,  
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE  
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

Reproduire le N° FINESS figurant sur la fiche 1 (le N° modifié, le cas échéant)

N° FINESS ÉTABLISSEMENT

## A. ACTIVITÉ SELON LE TYPE D'HÉBERGEMENT

(1) Y compris les personnes temporairement absentes pour hospitalisation, vacances...  
Mais hors accueil de jour ou accueil de nuit.

(\*) Des précisions sur ces champs sont indiquées dans les consignes de remplissage figurant sur le rabat de cette fiche

Type d'hébergement	Capacité installée au 31.12.2007 (Nombre de lits ou de logement) (*)	Effectifs présents au 31.12.2007 (1)	CHAMBRES		LOGEMENTS		
			Nombre de journées-lits réalisées en chambre en 2007 (*)	Nombre de journées-lits exploitables en chambre en 2007 (*)	Nombre de logements occupés au 31.12.2007 (*)	Nombre de mois-logements réalisés en 2007 (*)	Nombre de mois-logements exploitables en 2007 (*)
1	2	3	4	5	6	7	8
Chambre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Logement F1 ou Type I	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Logement Type I'	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Logement F1 bis ou Type I bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Logement F2, F3 ou Type II, III	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## B. MOUVEMENT DE LA POPULATION HÉBERGÉE EN 2007

	En hébergement temporaire A	En hébergement permanent B	Ensemble des personnes hébergées (5) A+B
Nombre de présents au 1.01.2007 (1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
+ Nombre de premières entrées en 2007 (2)	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>
- Nombre de sorties définitives en 2007 (3)	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>
= Nombre de présents au 31.12.2007 (1) et (4)	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>

- (1) Y compris les personnes temporairement absentes pour hospitalisation, vacances... et hors accueil de jour et accueil de nuit
- (2) Nombre total de premières entrées dans la section en 2007, y compris les premières entrées en provenance d'une section hôpital de la même entité juridique. Ne pas comptabiliser les réadmissions après hospitalisation ou retour de vacances si le lit ou le logement a été conservé.
- (3) Nombre total de sorties définitives en 2007. Compter une sortie définitive si le lit ou le logement n'a pas été conservé.
- (4) Présents au 31.12.2007 = présents au 01.01.2007 + premières entrées en 2007 - sorties définitives en 2007
- (5) Ensemble = hébergement permanent + hébergement temporaire. Vérifier que le total des effectifs des différents types d'hébergement renseignés dans le cadre A correspond au nombre de présents au 31/12/2007 de l'ensemble des personnes hébergées.

## G. NOMBRE DE PLACES RÉSERVÉES AUX PERSONNES ATTEINTES DE DÉTÉRIORATION INTELLECTUELLE (y compris Alzheimer et troubles apparentés) :

- hébergement permanent.....
- hébergement temporaire.....
- accueil de jour.....
- accueil de nuit.....

## H. HOSPITALISATION EN 2007

- ◆ **En hôpital**
- Nombre de jours d'hospitalisation.....
- Nombre de personnes hospitalisées.....
- ◆ **HAD (Hospitalisation à Domicile) cf décret du 22/02/2007**
- Nombre de jours de HAD.....
- Nombre de personnes concernées.....

## C. GROUPES ISO-RESSOURCES (GIR)

GIR à la dernière évaluation	Nombre de personnes au 31/12/2007
GIR1	<input type="text"/>
GIR2	<input type="text"/>
GIR3	<input type="text"/>
GIR4	<input type="text"/>
GIR5	<input type="text"/>
GIR6	<input type="text"/>
Ensemble de la clientèle	<input type="text"/>

- GIR moyen pondéré.....
- La répartition du GIR a-t-elle été validée par la Commission Départementale de Coordination Médicale ?.....  oui = 1 non = 0
- Pathos moyen pondéré.....
- Le PMP (Pathos Moyen Pondéré) a-t-il été validé par un médecin de l'assurance maladie ?.....  oui = 1 non = 0

## D. ACCUEIL DE JOUR (le résident ne passe pas la nuit dans l'établissement)

- ◆ **L'établissement propose-t-il un accueil de jour ?**.....  oui = 1 non = 0
- ➔ Si oui : ■ nombre de places installées au 31.12.2007.....
- nombre de journées réalisées en 2007.....
- effectifs présents au 31.12.2007.....

## E. ACCUEIL DE NUIT (le résident ne passe pas la journée dans l'établissement)

- ◆ **L'établissement propose-t-il un accueil de nuit ?**.....  oui = 1 non = 0
- ➔ Si oui : ■ nombre de places installées au 31.12.2007.....
- nombre de nuits réalisées en 2007.....
- effectifs présents au 31.12.2007.....

## F. STAGIAIRES ET BÉNÉVOLES

- ◆ **L'établissement encadre-t-il des stages pratiques ?** (AS, AMP, IDE, BEP, rémunérés ou non, hors stagiaires fonctionnaires).....  oui = 1 non = 0
- Nombre de stagiaires de ce type en décembre 2007.....
- ◆ **Des personnes bénévoles interviennent-elles dans l'établissement ?**.....  oui = 1 non = 0
- Nombre de bénévoles en décembre 2007.....

## I. « VEILLE »

- Y a-t-il au moins une personne qui assure une « veille » sur place 24 h/ 24 et 7 j/7 ?
- Oui = 1 Non = 0

➔ Si oui, en général, **combien** de personnes assurent la veille...

	aides-soignants	infirmiers	autres personnes (gardien)
...la nuit en semaine ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...le week-end ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## J. SOUS-TRAITANCE ET INTÉRIM

- L'établissement fait-il appel à une société de sous-traitance ou d'intérim (y compris adhésion à un syndicat inter-hospitalier) pour les activités de :
- ménage ?  blanchisserie ?  cuisine ?  Oui = 1 Non = 0

## K. RESTAURATION

- La restauration est-elle un service :
- facultatif ?  obligatoire ?  Oui = 1 Non = 0 Sans objet (pas de prestation de restauration) = 2

## Fiche 2 « ACTIVITÉ »

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Le cadre **A - ACTIVITÉ SELON LE TYPE D'HÉBERGEMENT** - comporte un certain nombre de notions qu'il est nécessaire de définir avec précision :

- ❶ **Définition du concept de chambre et de logement** : pour les logements-foyers, se référer à l'annexe II (normes minimales d'habitabilité) de l'arrêté du 10 juin 1996 (JO n°142 du 20 juin 1996).
- ❷ **Capacité installée au 31 décembre 2007** : nombre total de lits ou de logements en état d'accueillir des personnes âgées, y compris les lits et les logements temporairement fermés pour cause de travaux, congé de personnel...
- ❸ **Nombre de journées-lits réalisées en chambre en 2007** : à renseigner pour l'hébergement en chambre. Il s'agit du nombre de journées pendant lesquelles les lits ont été occupés ou réservés.  
*Exemple : si 10 lits ont été occupés pendant toute l'année et 2 lits pendant 300 jours, il faut indiquer 4 250 journées-lits réalisées ( $10 \times 365 + 2 \times 300 = 4\,250$ ).*
- ❹ **Nombre de journées-lits exploitables en chambre en 2007** : à renseigner pour l'hébergement en chambre. Il s'agit du nombre de journées pendant lesquelles les lits ont été exploitables ; il faut donc déduire les lits provisoirement fermés pour cause de travaux, désinfection, manque de personnel, du nombre de lits installés. Un lit exploitable pendant toute l'année fournira 365 journées-lits exploitables dans l'année.
- ❺ **Nombre de logements occupés au 31 décembre 2007** : à renseigner pour l'hébergement en logement. Le logement est considéré occupé même si la personne est temporairement absente (hospitalisation, vacances...).
- ❻ **Nombre de mois-logements réalisés en 2007** : à renseigner pour l'hébergement en logement. Il s'agit du nombre de mois pendant lesquels les logements ont été occupés ou réservés.  
*Exemple : si 10 logements ont été occupés pendant toute l'année et 2 logements pendant 10 mois, il faut indiquer 140 mois réalisés ( $10 \times 12 + 2 \times 10 = 140$ ).*
- ❼ **Nombre de mois-logements exploitables en 2007** : à renseigner pour l'hébergement en logement. Il s'agit du nombre de mois pendant lesquels les logements ont été exploitables ; il faut donc déduire les logements provisoirement fermés pour cause de travaux, désinfection, manque de personnel du nombre de logements installés. Un logement exploitable pendant toute l'année fournira 12 mois-logements exploitables dans l'année.

.....

**NB** - Au cas où le décompte se fait en journées plutôt qu'en mois, appliquer la règle de conversion suivante :  
Nombre de mois-logement = (nombre de journées-logement) divisé par 30,42.  
(30,42 est le nombre moyen de journées dans un mois).



## FONCTION PRINCIPALE, STATUT ET DIPLÔME

### Col 4 FONCTION PRINCIPALE EXERCÉE

#### I. PERSONNEL DE DIRECTION

- 01 Directeur
- 02 Médecin-directeur
- 03 Directeur adjoint, attaché de direction, économiste
- 04 Agent administratif et personnel de bureau (secrétaire, standardiste, hôtesse d'accueil, personnel informatique, comptable...)
- 05 Autre personnel de direction, de gestion ou d'administration

#### II. PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX

- 06 Ouvrier professionnel (plombier, électricien, jardinier, cuisinier...)
- 07 Agent de service général (agent de buanderie, agent de cuisine...)
- 08 Autre personnel des services généraux

#### III. PERSONNEL D'ENCADREMENT

- 09 Cadre infirmier
- 10 Cadre infirmier psychiatrique
- 11 Cadre paramédical non infirmier
- 12 Cadre socio-éducatif ou autre cadre social

#### IV. PERSONNEL ÉDUCATIF, PÉDAGOGIQUE, SOCIAL ET D'ANIMATION

- 13 Educateur spécialisé
- 14 Moniteur-éducateur
- 15 Aide médico-psychologique
- 16 Assistant de service social
- 17 Conseiller en économie sociale familiale
- 18 Technicien de l'intervention sociale et familiale
- 19 Animateur social
- 20 Auxiliaire de vie sociale
- 21 Autre personnel éducatif, pédagogique et social

#### V. PERSONNEL MÉDICAL

- 22 Médecin coordonnateur
- 23 Médecin spécialiste en gériatrie
- 24 Médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelle
- 25 Médecin spécialiste en psychiatrie
- 26 Autre spécialiste
- 27 Médecin titulaire d'un autre diplôme (capacité, DIU...)
- 28 Médecin généraliste

#### VI. PSYCHOLOGUE, PERSONNEL PARAMÉDICAL OU SOIGNANT

- 29 Psychologue
- Personnel paramédical ou soignant :**
- 30 Infirmier diplômé d'Etat
- 31 Infirmier psychiatrique
- 32 Masseur-kinésithérapeute
- 33 Orthophoniste
- 34 Orthoptiste
- 35 Ergothérapeute
- 36 Pédicure – podologue
- 37 Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité
- 38 Diététicien
- 39 Aide-soignant
- 40 Autre personnel paramédical ou soignant

#### VII. AGENT DE SERVICE HOSPITALIER (PUBLIC) OU AGENT DE SERVICE (PRIVÉ)

- 41 Agent de service hospitalier (public) ou agent de service (privé)

### Col 7 FONCTION PUBLIQUE OU CONVENTIONS

#### I. FONCTION PUBLIQUE

- 01 Titre IV de la fonction publique hospitalière (y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)
- 02 Titre III de la fonction publique territoriale (département ou commune, y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)
- 03 Titre II (fonctionnaire de l'Etat, y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)

#### II. CONVENTIONS COLLECTIVES

- 04 Convention Collective Nationale de 1951
- 05 Convention Collective Nationale de 1965
- 06 Convention Collective Nationale de 1966
- 07 Convention Collective de l'Union des caisses nationales de Sécurité Sociale (UCANSS)
- 08 Syndicat général des organismes sanitaires et sociaux à but non lucratif (accord SOP)
- 09 Convention Croix-Rouge
- 10 Convention Collective Unique
- 11 Autre convention collective

#### III. AUTRE PERSONNEL

- 12 Accord d'établissement
- 13 Pas d'accord d'établissement ni de convention collective
- 14 Congréganistes non salariés

### Col 8 STATUT OU TYPE DE CONTRAT

#### I. FONCTION PUBLIQUE

- 01 Titulaire
- 02 Stagiaire fonctionnaire ou fonctionnaire-élève
- 03 Agent non titulaire sur emploi permanent
- 04 Agent non titulaire sur emploi non permanent (Contractuel, vacataire, auxiliaire)

#### II. CONVENTIONS COLLECTIVES OU AUTRES ACCORDS (hors emplois aidés)

- 05 CDI (hors emplois aidés)
- 06 CDD (hors emplois aidés)
- 07 Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
- 08 Vacation

#### III. CONTRATS AIDÉS

- 09 Contrat d'avenir
- 10 Contrat d'accompagnement dans l'emploi
- 11 Autre contrat aidé

### Col 9 DIPLÔME OU CORPS STATUTAIRE CORRESPONDANT À LA FONCTION PRINCIPALE EXERCÉE

*à indiquer uniquement pour le personnel de direction, le personnel d'animation et le personnel médical*

#### I. FONCTIONS DE DIRECTION

- 01 CAFDES (certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou service d'intervention sociale)
- 02 Corps des DH (Directeurs d'hôpital), DESS (Directeurs d'établissement sanitaire et social) et DESMS (Directeurs d'établissement social et médico-social)
- 03 CAFERUIS (certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale)
- 04 DSTS (Diplôme supérieur en travail social)
- 05 Autre diplôme de niveau I ou II
- 06 Diplôme de niveau III
- 07 Autre diplôme (niveau IV ou V)
- 08 Aucun diplôme

#### II. FONCTIONS D'ANIMATION

- 09 DEFA (diplôme d'Etat relatif aux fonctions d'animation)
- 10 DUT carrière sociale option « animation sociale et socio-culturelle »
- 11 BEATEP (brevet d'Etat d'animateur technicien de l'éducation populaire et de la jeunesse) ou BPJEPS (brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport)
- 12 Autres diplômes ou brevets relatifs à l'animation
- 13 Aucun diplôme ou brevet relatif à l'animation

#### III. FONCTIONS MÉDICALES

- 14 Diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie
- 15 Capacité de gérontologie
- 16 Diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- 17 Attestation de formation continue (au sens de l'article D312 - 157)





# EHPA 2007 ENQUÊTE AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES EN 2007

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ,  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS,  
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE  
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

Reproduire le N° FINESS figurant sur la fiche 1 (le N° modifié, le cas échéant)

N° FINESS ÉTABLISSEMENT

## VOLET DESCRIPTIF DE L'ÉTABLISSEMENT

## VOLET DESCRIPTIF DU OU DES BÂTIMENT(S)

### A. IDENTIFICATION DU PROPRIÉTAIRE au 31.12.2007

■ Le propriétaire est-il le gestionnaire ? .....  oui = 1 non = 0

■ Le propriétaire de l'ensemble des bâtiments est : .....

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| 01. Collectivité territoriale (région, département, commune...) | 05. Bailleur HLM (OPHLM/OPACSA...HLM/SEM/coopérative HLM...) | 09. Fondation                      |
| 02. Etablissement public de santé                               | 06. Organisme de retraite                                    | 10. Organisme privé à but lucratif |
| 03. Etablissement public social ou médico-social                | 07. Organisme mutualiste                                     | 11. Autre propriétaire public      |
| 04. Centre communal ou intercommunal d'action sociale           | 08. Association (loi 1901, droit local Alsace-Moselle)       | 12. Autre propriétaire privé       |

### B. DESCRIPTION DES ESPACES PRIVATIFS (CHAMBRES ou LOGEMENTS) au 31.12.2007

#### ◆ Surface habitable

	Nombre de chambres*			Nombre de logements*			
	1 lit	2 lits	3 lits et plus	F1 ou Type I	Type I'	F1 bis ou Type I bis	F2, F3 ou Type II, III
Inférieure ou égale à 9 m <sup>2</sup>	<input type="text"/>						
Plus de 9m <sup>2</sup> et inférieure ou égale à 16 m <sup>2</sup>	<input type="text"/>						
Plus de 16 m <sup>2</sup> et inférieure ou égale à 20 m <sup>2</sup>	<input type="text"/>						
Plus de 20 m <sup>2</sup> et inférieure ou égale à 30 m <sup>2</sup>	<input type="text"/>						
Plus de 30 m <sup>2</sup>	<input type="text"/>						
<b>Total</b>	<input type="text"/>						

\* Pour les logements foyers : se référer à l'annexe II de l'arrêté technique du 10 juin 1996 (JO n°142 du 20 juin 1996) pour la définition du concept de chambre et de logement.

#### ◆ Equipements sanitaires et confort de base

	Sanitaires			Confort						
	WC	Lavabo	Douche	Réglage individuel du chauffage	Occultation des fenêtres (rideaux, stores, volets...)	Prise téléphone	Prise télévision	Réfrigérateur	Équipement cuisine*	Climatisation fixe
Nombre de chambres avec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de logements avec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Un équipement de cuisine comporte un évier avec siphon et un aménagement pour recevoir un appareil de cuisson (gaz ou électrique).

#### ◆ Accessibilité et sécurité des espaces privés

		Nombre de chambres avec	Nombre de logements avec
Accessibilité	■ Porte du logement du résident équipée d'une signalétique particulière (couleur, dessin...) autre ou en plus de nom ou numéro.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Portes et circulations du logement du résident permettant l'accès en fauteuil roulant.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ W.c. adapté à une personne en fauteuil roulant (porte, barre d'appui et surélévation).....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Douche adaptée à une personne en fauteuil roulant (porte, siphon de sol et barre d'appui).....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Équipement fixe pour la toilette en position assise.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sécurité	■ Stores électriques ou domotisés.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Prises électriques, interrupteurs et commandes (interphone ou autre) accessibles sans se baisser.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Mitigeur thermostatique pour limiter la température de l'eau chaude.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Appel malade portatif.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Appel malade fixe.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Détection incendie.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### C. ESPACES RÉSERVÉS AUX PERSONNES ÂGÉES DÉSORIENTÉES

- Le cadre de vie des personnes âgées désorientées est commun à celui de l'ensemble des résidents.....
- Si oui : l'établissement dispose d'espaces spécialement aménagés pour activités particulières : repas animation.....
- Si non : l'établissement dispose d'une unité de vie spécialisée type « CANTOU ».....
- L'établissement dispose d'un espace de déambulation intérieur.....
- L'établissement dispose d'un espace de déambulation extérieur.....
- } oui = 1 non = 0

### D. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES au 31.12.2007

■ L'établissement est composé de  bâtiment(s) un bâtiment = 1, deux bâtiments = 2, trois bâtiments = 3. Si le nombre de bâtiments est supérieur à 3, on utilisera la fiche complémentaire 6 en attribuant un numéro au(x) bâtiment(s) décrit(s). Cette fiche est obtenue à votre demande auprès du gestionnaire de l'enquête de la DRASS, dont les coordonnées figurent sur la fiche 1.

#### ■ Surface des bâtiments

	Surface en m <sup>2</sup>					Nombre d'étages	Nombre d'ascenseurs
	Privatifs	Circulation	Collectifs	Techniques	Surface totale		
Bâtiment 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bâtiment 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bâtiment 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### ■ Environnement des bâtiments

Implantation	Bât. 1	Bât. 2	Bât. 3	Desserte en transports collectifs			
A proximité (moins de 500 mètres) des commerces ou des services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bât. 1	Bât. 2	Bât. 3	} oui = 1 non = 0
Transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transports mis en place par l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### ■ Années de construction et années des derniers travaux

	Construction	Rénovation lourde* ou extension	Sécurité incendie	Mise aux normes de l'accessibilité	Hygiène	Climatisation ou rafraîchissement	Autre
Bâtiment 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bâtiment 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bâtiment 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* On entend par rénovation : les travaux de modernisation ou d'extension de l'établissement dont les travaux de confort des résidents (ex : restructuration des chambres ou logements, des espaces collectifs, aménagement des espaces extérieurs, etc.)

#### ■ Accessibilité au 31.12.2007

	Bât. 1	Bât. 2	Bât. 3
■ Les abords sont accessibles aux personnes en fauteuil roulant*.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Le bâtiment dispose de places de stationnement adaptées*.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ L'entrée est accessible aux personnes en fauteuil roulant*.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Les circulations horizontales sont dépourvues de marche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Les circulations horizontales sont équipées de mains courantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Ascenseur(s) accessible(s) par un fauteuil roulant*.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Les étages et couloirs disposent d'une signalétique particulière (dessin, couleur...) autre ou en plus de nom ou n°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Les circulations (verticales et horizontales) sont éclairées en permanence ou équipées d'un détecteur de présence.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* (Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées)

### E. DESCRIPTION ET LOCALISATION DES ESPACES COLLECTIFS au 31.12.2007

#### ■ Espaces de vie, de soins et techniques

		Bât. 1	Bât. 2	Bât. 3
Espaces de vie	■ Un espace de restauration.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Un salon aménagé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Chambre(s) d'accueil pour les familles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Une salle de bains à usage collectif.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Un espace pour les activités, les animations, les spectacles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Un espace télévision dédié.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Un salon de coiffure/esthétique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Un jardin aménagé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins	■ Des lieux de culte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Un espace de kinésithérapie/rééducation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Un espace pour les soins médicaux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Techniques	■ Des chambres de fin de vie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Cuisines relais situées dans les étages.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ Nombre de m<sup>2</sup> climatisés ou rafraîchis (hors climatiseurs mobiles).....

### F. SÉCURITÉ INCENDIE au 31.12.2007

■ L'établissement a-t-il reçu la visite de la commission de sécurité et d'accessibilité ?.....  oui = 1 non = 0  
 si oui, en quelle année ?.....

#### Répartition selon la conformité à la réglementation

	Bât 1	Bât2	Bât3
■ Habitation "logement-foyer".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ ERP* de type U du 25 mai 1989 (établissement de soins).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ ERP de type J du 19 novembre 2001 (établissement d'accueil pour personnes âgées ou handicapées).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Etablissement recevant du public

■ L'avis de la commission à la poursuite d'activité de l'établissement est .....  favorable = 1 défavorable = 0 ne sait pas = 9  
 ■ La commission a prescrit des travaux .....  oui = 1 non = 0 qui ont été réalisés  oui = 1 non = 0 en cours = 2

**FICHE 6  
COMPLÉMENTAIRE :  
BÂTI**

**EHPA 2007  
ENQUÊTE  
AUPRÈS DES  
ÉTABLISSEMENTS  
D'HÉBERGEMENT  
POUR  
PERSONNES ÂGÉES  
EN 2007**

MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ,  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ,  
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS,  
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS  
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE  
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES,  
DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

Reproduire le N° FINESS figurant sur la fiche 1  
(le N° modifié, le cas échéant)

N° FINESS ÉTABLISSEMENT

**VOLET DESCRIPTIF DU OU DES BÂTIMENT(S)**

**D. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES au 31.12.2007**

■ Surface des bâtiments

	Surface en m²					Nombre d'étages	Nombre d'ascenseurs
	Privatifs	Circulation	Collectifs	Techniques	Surface totale		
Bâtiment .....	<input type="text"/>						
Bâtiment .....	<input type="text"/>						
Bâtiment .....	<input type="text"/>						

■ Environnement des bâtiments

Implantation	Bât. ....	Bât. ....	Bât. ....	Desserte en transports collectifs	Bât. ....	Bât. ....	Bât. ....
A proximité (moins de 500 mètres) des commerces ou des services	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Transports en commun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Transports mis en place par l'établissement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

} oui = 1  
non = 0

■ Années de construction et années des derniers travaux

	Construction	Extension	Sécurité incendie	Mise aux normes de l'accessibilité	Hygiène	Climatisation ou rafraîchissement	Autre
Bâtiment .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bâtiment .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bâtiment .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* On entend par rénovation : les travaux de modernisation ou d'extension de l'établissement dont les travaux de confort des résidents (ex : restructuration des chambres ou logements, des espaces collectifs, aménagement des espaces extérieurs, etc.)

■ Accessibilité au 31.12.2007

	Bât. ....	Bât. ....	Bât. ....
■ Les abords sont accessibles aux personnes en fauteuil roulant*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
■ Le bâtiment dispose de places de stationnement adaptées*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
■ L'entrée est accessible aux personnes en fauteuil roulant*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
■ Les circulations horizontales sont dépourvues de marche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
■ Les circulations horizontales sont équipées de mains courantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
■ Ascenseur(s) accessible(s) par un fauteuil roulant*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
■ Les étages et couloirs disposent d'une signalétique particulière (dessin, couleur...) autre ou en plus de nom ou n°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
■ Les circulations (verticales et horizontales) sont éclairées en permanence ou équipées d'un détecteur de présence	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

} oui = 1  
non = 0

\* (Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées)

**E. DESCRIPTION ET LOCALISATION DES ESPACES COLLECTIFS au 31.12.2007**

■ Espaces de vie, de soins et techniques

	Bât. ....	Bât. ....	Bât. ....
Espaces de vie	■ Un espace de restauration	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Un salon aménagé	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Chambre(s) d'accueil pour les familles	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Une salle de bains à usage collectif	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Un espace pour les activités, les animations, les spectacles...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Un espace télévision dédié	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Un salon de coiffure/esthétique	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Un jardin aménagé	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Soins	■ Un espace de kinésithérapie/rééducation	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Un espace pour les soins médicaux	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	■ Des chambres de fin de vie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Techniques	■ Cuisines relais situées dans les étages	<input type="text"/>	<input type="text"/>

} oui = 1  
non = 0

■ Nombre de m² climatisés ou rafraîchis (hors climatiseurs mobiles)

**F. SÉCURITÉ INCENDIE au 31.12.2007**

Répartition selon la conformité à la réglementation

	Bât. ....	Bât. ....	Bât. ....
■ Habitation "logement-foyer"	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
■ ERP (établissement recevant du public) de type U du 25 mai 1989 (établissement de soins)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
■ ERP de type J du 19 novembre 2001 (établissement d'accueil pour personnes âgées ou handicapées)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

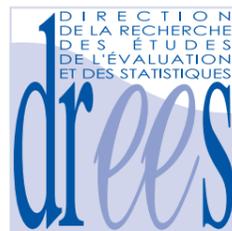
} oui = 1  
non = 0

Nom : .....

Prénom : .....

A découper avant de renvoyer au gestionnaire de l'établissement, sous enveloppe cachetée pour rendre anonyme ce questionnaire.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE



COMPLÉMENT À L'ENQUÊTE EHPA 2007

FICHE 7 : PATHOLOGIES ET MORBIDITÉ

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et de qualité statistique sans avoir de caractère obligatoire. Label n°2008X7075A du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2008. En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à la DREES. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de la direction de l'établissement entre le 1er février et le 30 juin 2008.

À REMPLIR PAR LE GESTIONNAIRE POUR CHAQUE PERSONNE SÉLECTIONNÉE

Form for administrative data: ÉTABLISSEMENT n° FINESSE, Nom ou raison sociale, NUMÉRO D'ORDRE de la personne attribué sur la fiche 4, DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (recopier les informations fournies sur la fiche 4), Sexe, Date de naissance, Date d'entrée dans l'établissement, GIR de la personne, La personne a-t-elle quitté définitivement l'établissement depuis le 31.12.2007?, Si oui, destination de la sortie définitive.

À REMPLIR PAR LE MEDECIN pour chaque personne sélectionnée

Période de référence à prendre en compte

- Si le résident est toujours hébergé dans l'établissement : période de référence = la semaine dernière
Si le résident a quitté définitivement l'établissement : période de référence = semaine du 24 au 30 décembre 2007

I. DIAGNOSTICS (cocher la case correspondant à la situation de la personne)

Table with 4 columns: Pathologie chronique stabilisée, Poussée aiguë d'une pathologie chronique ou pathologie chronique non stabilisée, Etat, affection aiguë. Rows include: A. AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, B. AFFECTIONS NEURO-PSYCHIATRIQUES, C. AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, D. PATHOLOGIES INFECTIEUSES, E. AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES, F. AFFECTIONS OSTÉO-ARTICULAIRES.

Table with 4 columns: Pathologie chronique stabilisée, Poussée aiguë d'une pathologie chronique ou pathologie chronique non stabilisée, Etat, affection aiguë. Rows include: G. AFFECTIONS GASTRO-ENTÉROLOGIQUES, H. AFFECTIONS ENDOCRINIENNES ET MÉTABOLIQUES, I. AFFECTIONS URO-NÉPHROLOGIQUES, J. AFFECTIONS EN HÉMATOLOGIE ET CANCÉROLOGIE, K. PATHOLOGIE OCULAIRE, L. ÉTAT RÉGRESSIF\*\*, M. ÉTAT GRABATAIRE, N. AUTRE(S) PATHOLOGIE(S), O. ÉTAT TERMINAL, P. ABSENCE DE PATHOLOGIE.

(\*) cette rubrique concerne, pour chaque groupe de pathologies, une ou des pathologies qui sont bien identifiées et n'apparaissent pas dans la liste proposée. Précisez, pour chaque groupe, le nombre de pathologies ainsi identifiées.
(\*\*) syndrome post-chute, syndrome de glissement, syndrome de désadaptation motrice.

II. DÉFICIENCES, AUTRES PRÉCISIONS (cocher le cas échéant) :

Table with 2 columns: Déficiency/condition, Présence. Rows include: 1. Déficience intellectuelle, 2. Déficience du comportement, 3. Déficience du langage et de la parole, 4. Déficience visuelle, 5. Déficience auditive, 6. Trouble de la mastication, 7. Trouble de la déglutition, 8. Déficience motrice touchant les membres supérieurs, 9. Déficience motrice touchant les membres inférieurs, 10. Surcharge pondérale, 11. Amaigrissement, 12. Douleur, 13. Éthylisme, 14. Tabagisme.

III. AUTRES QUESTIONS (répondre 1 = oui ou 0 = non, sauf dernière question)

- Quel est le contexte psychologique de ce résident ? (Coopérant, Opposant, Démissionnaire)
Le résident a-t-il fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de l'année 2007 ?
Le résident a-t-il fait une ou plusieurs chute(s) au cours de l'année 2007 ?
Le résident a-t-il présenté un ou plusieurs accident(s) iatrogène(s) au cours de l'année 2007 ?
Le résident exprime-t-il souvent une douleur importante ?
Le résident exprime-t-il des idées de suicide ?
Nombre de spécialités pharmaceutiques différentes prescrites par jour, par voies orale ou injectable, pour ce résident, au cours de la semaine de référence

À quelle date le questionnaire a-t-il été renseigné ?

- Qui a rempli le questionnaire ? (Médecin coordonnateur, Médecin salarié de l'établissement, Médecin généraliste libéral, Médecin spécialiste libéral, Une autre personne)
Précisez sa fonction :

# NOTICE EXPLICATIVE à l'attention du directeur d'établissement

## Fiche 7 « PATHOLOGIES ET MORBIDITÉ »

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

La fiche 7 « PATHOLOGIES ET MORBIDITÉ » a pour objet de recueillir des données sur les pathologies des personnes hébergées en établissement pour personnes âgées et de les rapprocher des variables évaluatives du niveau de perte d'autonomie décrites sur la fiche 4.

Ce volet n'a pas été adressé à l'ensemble des établissements enquêtés mais seulement à un échantillon constitué selon un plan de sondage.

Il présente la particularité d'être rempli d'une part par le gestionnaire de l'établissement (qui rappelle les données socio-démographiques du résident) et d'autre part par un médecin (pour établir le diagnostic porté sur l'état de santé du résident).

En outre, cette fiche n'est pas à renseigner pour chaque résident de votre établissement, présent au 31 décembre 2007.

En conséquence, nous vous demandons de bien vouloir suivre la méthode suivante :

#### **A - SÉLECTION DES RÉSIDENTS CONCERNÉS PAR LA FICHE 7 « PATHOLOGIES ET MORBIDITÉ »**

Parmi les résidents présents au 31 décembre 2007 et qui ont fait l'objet d'une description de leurs caractéristiques dans la fiche 4 « CLIENTÈLE HEBERGÉE », vous ne sélectionnez que ceux nés à une certaine période de l'année quelle que soit l'année de naissance.

Les périodes retenues dépendent du nombre de résidents et de la nature de l'activité de votre établissement :

#### ● *Pour un EHPAD et/ou une maison de retraite :*

Si vous avez des effectifs présents au 31 décembre 2007 <b>inférieurs ou égaux à 5 personnes (inclus)</b>	→ vous sélectionnez tous les résidents
Si vous avez des effectifs présents au 31 décembre 2007 <b>entre 6 et 69 personnes (inclus)</b>	→ vous sélectionnez les résidents nés en <b>mars</b> ainsi que ceux nés en <b>octobre</b> quelle que soit l'année
Si vous avez des effectifs présents au 31 décembre 2007 <b>entre 70 et 149 personnes (inclus)</b>	→ vous sélectionnez les résidents nés en <b>octobre</b> quelle que soit l'année
Si vous avez des effectifs présents au 31 décembre 2007 <b>entre 150 et 299 personnes (inclus)</b>	→ vous sélectionnez les résidents nés <b>entre le 1<sup>er</sup> et le 15 octobre inclus</b> quelle que soit l'année
Si vous avez des effectifs présents au 31 décembre 2007 <b>supérieurs ou égaux à 300 personnes</b>	→ vous sélectionnez les résidents nés <b>entre le 1<sup>er</sup> et le 8 octobre inclus</b> quelle que soit l'année

#### ● *Pour un logement foyer (non EHPAD) ou une USLD (non EHPAD) :*

Si vous avez des effectifs présents au 31 décembre 2007 <b>inférieurs ou égaux à 5 personnes (inclus)</b>	→ vous sélectionnez tous les résidents
Si vous avez des effectifs présents au 31 décembre 2007 <b>entre 6 et 29 personnes (inclus)</b>	→ vous sélectionnez les résidents nés en <b>mars</b> ainsi que ceux nés en <b>octobre</b> quelle que soit l'année
Si vous avez des effectifs présents au 31 décembre 2007 <b>entre 30 et 69 personnes (inclus)</b>	→ vous sélectionnez les résidents nés en <b>octobre</b> quelle que soit l'année
Si vous avez des effectifs présents au 31 décembre 2007 <b>entre 70 et 149 personnes (inclus)</b>	→ vous sélectionnez les résidents nés <b>entre le 1<sup>er</sup> et le 15 octobre inclus</b> quelle que soit l'année
Si vous avez des effectifs présents au 31 décembre 2007 <b>supérieurs ou égaux à 150 personnes</b>	→ vous sélectionnez les résidents nés <b>entre le 1<sup>er</sup> et le 8 octobre inclus</b> quelle que soit l'année

Une fiche 7 « PATHOLOGIES ET MORBIDITÉ » sera donc remplie pour chaque résident sélectionné, **y compris celui qui a quitté définitivement l'établissement depuis le 31 décembre 2007.**

## **B – REMPLISSAGE DE LA FICHE 7 « PATHOLOGIES ET MORBIDITÉ »**

### **● Par le gestionnaire de l'établissement :**

Après avoir inscrit en haut à gauche le nom et le prénom du résident sélectionné, vous devez rappeler d'une part, certaines caractéristiques relatives à votre établissement (n°finess, nom ou raison sociale,...) et d'autre part des données socio-démographiques du résident. Ces renseignements figurent sur la fiche 4 « CLIENTÈLE HEBERGÉE » ; nous vous demandons de les fournir de nouveau afin d'optimiser le repérage du résident parmi la clientèle décrite dans la fiche 4.

En outre, il vous est demandé de préciser si la personne a quitté définitivement l'établissement depuis le 31 décembre 2007 et d'indiquer, dans ce cas, la destination de la sortie définitive.

Cette information détermine la semaine de référence que le médecin prendra en compte pour établir le diagnostic sur l'état de santé de son patient.

### **● Par le médecin :**

La partie « diagnostics et morbidité » est à remplir par un médecin qui peut être celui qui est rattaché à votre établissement. En l'absence de médecin rattaché à votre établissement, nous vous demandons de bien vouloir prendre contact avec le médecin traitant du résident.

Dans les deux cas de figure, vous devrez remettre au médecin une fiche 7 correspondant au résident sélectionné (que vous aurez donc remplie pour la partie qui vous revient) ainsi que la lettre du ministère qui lui est destinée.

Si vous n'avez pas suffisamment de fiches 7, vous pouvez vous en procurer auprès du service des statistiques de la direction des affaires sanitaires et sociales (DRASS) dont les coordonnées sont indiquées sur la fiche 1 (tableau consignes générales).

## **C – CALENDRIER À SUIVRE**

Les différentes fiches 7 « PATHOLOGIES ET MORBIDITÉ » seront à renvoyer, par vos soins, à la DRASS, **en même temps que les autres fiches** qui constituent le questionnaire et ce, **avant le 28 mars 2008.**

Nous vous rappelons que le médecin doit vous remettre **sous pli cacheté** l'original des fiches 7 remplies, après les avoir anonymisées en découpant le coin supérieur gauche.

Il inscrira sur l'enveloppe, le nom de votre établissement et le nombre de fiches 7 contenues à l'intérieur. Si tel n'est pas le cas, précisez simplement sur l'enveloppe, le nom de votre établissement.

**Vous devrez donc les transmettre en l'état à la DRASS avec le reste du questionnaire.**

Le ou les médecin(s) conserveront un double de chacune de ces fiches 7 rendues anonymes jusqu'au 30 juin 2008, afin de permettre aux résidents concernés d'exercer le cas échéant, leur droit de recours. Dans cette éventualité, vous serez l'intermédiaire entre le résident et le médecin et devrez indiquer au médecin le numéro d'ordre sur lequel le résident est enregistré sur la fiche 7 le concernant (via la liste de correspondance relative à la fiche 4). Les médecins ne devront pas diffuser ces fiches et devront les détruire après le 30 juin 2008.