

# Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA 2015)

## Ident - Identification de l'établissement

### Identification de l'établissement

Partie 1 : Identification de l'établissement		Modifications éventuelles
Numéro FINESS de l'établissement	<input type="text"/>	
Date d'ouverture de l'établissement (JJ/MM/AAAA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro SIRET de l'établissement	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom ou raison sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complément d'adresse ou Boîte Postale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commune	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone (sans espace ni tiret)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse électronique	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code de la catégorie FINESS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Libellé de la catégorie FINESS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Partie 2 : Entité juridique		
Numéro FINESS de l'entité juridique	<input type="text"/>	
Nom ou raison sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code du statut	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Libellé du statut	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Partie 3 : Personne qui remplit le questionnaire			
Prénom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Téléphone (sans espace ni tiret)	<input type="text"/>	Adresse électronique	<input type="text"/>
Commentaire	<input type="text"/>		

# Fiche 1 - Caractéristiques de l'établissement

## Caractéristiques de l'établissement

EHPAD

Oui  
 Non

Logement-foyer

Oui  
 Non

### Partie 1 : Conventionnement

A remplir  
seulement si  
établissement =  
EHPAD

Date de signature de la première convention tripartite (JJ/MM/AAAA) ?

Avez-vous signé une convention tripartite ?

Oui  Non

**Si oui :** Date de signature de la première convention tripartite (JJ/MM/AAAA) ?

A remplir  
seulement si  
établissement  
n'est pas un  
EHPAD

**Si non :** Une demande de signature d'une convention tripartite est-elle en cours ?

Oui  Non

L'établissement est-il astreint à une tarification d'office par le Conseil départemental ?

Oui  Non

L'établissement a-t-il opté pour la perception d'un Forfait Soins ?

Oui  Non

L'établissement a-t-il opté pour le recours aux services d'un SSIAD ?

Oui  Non

L'établissement a-t-il signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) au 31/12/2015 ?

Oui  Non

L'établissement a-t-il passé une convention avec :

Une équipe mobile de soins palliatifs ?

Oui  
 Non  
 Sans objet\*

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2015

Un réseau de santé en soins palliatifs ?

Oui  
 Non  
 Sans objet\*

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2015

Une équipe mobile d'intervention gériatrique ?

Oui  
 Non  
 Sans objet\*

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2015

Une équipe mobile psychiatrique ?

Oui  
 Non  
 Sans objet\*

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2015

Un établissement d'Hospitalisation à domicile (HAD) ?

Oui  
 Non  
 Sans objet\*

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2015

*\* si l'établissement est rattaché à une structure sanitaire disposant d'une équipe mobile ou d'un réseau de ce type.*

L'établissement a-t-il passé une (des) convention(s) avec un (des) établissement(s) de santé au titre de la filière gériatrique ? (hors « plan bleu »)

Oui  
 Non  
 Sans objet\*\*

*\*\* si l'établissement est rattaché à une structure sanitaire.*

### Partie 2 : Aides et allocations

L'établissement est-il habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale en :

Habilitation totale ? Oui  Non

Habilitation partielle ? Oui  Non

Si oui, nombre de places habilitées :

Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement au 31/12/2015

L'établissement accueille-t-il des bénéficiaires de l'ALS ? (allocation de logement sociale)

Oui  Non

Si oui : Nombre de bénéficiaires de l'ALS au 31/12/2015

L'établissement bénéficie-t-il d'une convention relative à l'APL (aide personnalisée au logement) ?

Oui  Non

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

Si oui : Nombre de bénéficiaires de l'APL au 31/12/2015

L'établissement est-il sous dotation globale pour l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) ?

Oui  Non

*Il s'agit de la dotation basée sur le niveau de dépendance moyen des résidents de l'établissement et Non individualisée.*

Si non : Nombre de bénéficiaires de l'APA au 31/12/2015

### Partie 3 : Aspects comptables et tarifaires

L'établissement est-il soumis à la TVA ?

Oui  Non

#### Hébergement

Montant des charges d'exploitation afférentes à la section hébergement de l'exercice 2014\*

€

Montant des produits d'exploitation afférents à la section hébergement de l'exercice 2014\*

€

\* pour les établissements qui déposent un compte administratif, il s'agit du compte déposé au 30 avril 2015.

#### Tarif individuel

Tarif hébergement **journalier moyen hors TVA** pour les places habilitées à l'aide sociale au 31/12/2015

€

A remplir si l'établissement n'est pas un logement-foyer

Tarif hébergement journalier moyen hors TVA pour les places non habilitées à l'aide sociale ou tarif journalier moyen hors TVA pour les centres d'accueil de jour au 31/12/2015

€

A remplir si étab = logement-foyer

Redevance mensuelle moyenne pour un Type1bis (ou Type1 en l'absence de Type1bis) en décembre 2015 pour les places non habilitées à l'aide sociale

€

#### Dépendance

Montant des charges d'exploitation afférentes à la section dépendance de l'exercice 2014\*

€

Montant des produits d'exploitation afférents à la section dépendance de l'exercice 2014\*

€

\* pour les établissements qui déposent un compte administratif, il s'agit du compte déposé au 30 avril 2015.

Tarif individuel dépendance **journalier** hors TVA au 31/12/2015

GIR 1-2

€

GIR 3-4

€

GIR 5-6

€

#### Soins

Montant des charges d'exploitation afférentes à la section soins de l'exercice 2014\*

€

Montant des produits d'exploitation afférents à la section soins de l'exercice 2014\*

€

\* pour les établissements qui déposent un compte administratif, il s'agit du compte déposé au 30 avril 2015.

Dotation globale de soins annuelle pour l'année 2015

€

Dotation de soins théorique calculée avec la formule au GMPS au 31/12/2015  
(Groupe iso-ressources Moyen Pondéré "Soins")

€

L'établissement a-t-il opté pour le tarif soins global ?

Oui  Non

L'établissement a-t-il opté pour le tarif soins partiel ?

Oui  Non

L'établissement dispose-t-il d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)\*\* ?

Oui  Non

\*\* Réf. articles L5126-1 à L5126-4 du CSP

Commentaire

## Fiche 2 - Activité de l'établissement

### Activité de l'établissement

EHPAD ou SLD      **A01**  Oui  Non

Logement-foyer      **A02**  Oui  Non

#### Partie 1 : Activité selon le mode d'accueil

	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour	Accueil de nuit	Total tous modes d'accueil
Nombre de places installées au 31/12/2015					
Nombre total de personnes âgées accueillies au 31/12/2015 (a)					
Nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées accueillies au 31/12/2015 (a)					
Nombre de personnes ayant un handicap (au sens de la loi n°2005-102 du 11 février 2005) repéré avant l'âge de 60 ans au 31/12/2015 (a)					
<i>(a) Pour l'hébergement permanent et l'hébergement temporaire : effectifs présents au 31/12/2015. Pour l'accueil de jour et l'accueil de nuit : nombre de personnes différentes prises en charge au cours de la semaine du 14 au 20 décembre 2015.</i>					
Nombre de personnes entrées pour la première fois en 2015					
Nombre de personnes sorties définitivement en 2015 (b)					
<i>(b) Pour l'hébergement temporaire : si certains résidents sont entrés et sortis plusieurs fois dans l'année, compter uniquement la dernière sortie de ces résidents en 2015.</i>					
Nombre de journées-lits ou journées-logements réalisées en 2015					
Nombre de journées-lits ou journées-logements exploitables en 2015					

#### Partie 1b : Activité par type de logement

Type de logement	Nombre de logements occupés au 31/12/2015	Effectifs présents au 31/12/2015
Type I ou Type I' ou F1		
Type I bis ou F1 bis		
Type II, III ou F2, F3		
<b>Total</b>		

A remplir seulement si l'établissement est un logement-foyer

#### Partie 2 : GIR et Pathos moyens pondérés

GIR moyen pondéré validé

Dernier Pathos moyen pondéré réalisé par l'établissement

Pathos moyen pondéré validé par l'ARS

Année de la validation par l'ARS du Pathos moyen pondéré

#### Partie 3 : Admissions

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

de personnes désorientées ? Oui  Non

de personnes handicapées avançant en âge ? Oui  Non

de personnes âgées nécessitant une charge de soins importante ? Oui  Non

d'autres personnes âgées dépendantes (addiction, agressivité, troubles du comportement, troubles psychiatriques, etc.) ? Oui  Non

Au cours de l'année 2015, la Commission d'admission a-t-elle refusé l'admission :

de personnes désorientées ? Oui  Non

de personnes handicapées avançant en âge ? Oui  Non

de personnes âgées nécessitant une charge de soins importante ? Oui  Non

d'autres personnes âgées dépendantes (addiction, agressivité, troubles du comportement, troubles psychiatriques, etc.) ? Oui  Non

#### Partie 4a : Accueils spécifiques

Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)

L'établissement dispose-t-il d'un PASA au 31/12/2015 ? Oui  Non

Capacité totale de ce(s) pôle(s) (nombre de places) au 31/12/2015

Nombre de personnes différentes prises en charge en 2015

Nombre de personnes accueillies au 31/12/2015

**Unité d'hébergement renforcé (UHR)**

L'établissement dispose-t-il d'une ou de plusieurs UHR au 31/12/2015 ?

Oui  Non

Capacité totale de cette (ces) unité(s) (nombre de places) au 31/12/2015

Nombre de personnes différentes prises en charge en 2015

Nombre de personnes accueillies au 31/12/2015

**Unité spécifique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées hors UHR**

L'établissement dispose-t-il d'une ou de plusieurs unité(s) spécifique(s) pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (hors UHR) au 31/12/2015 ?

Oui  Non

Capacité totale de cette (ces) unité(s) (nombre de places) au 31/12/2015

Nombre de personnes différentes prises en charge en 2015

Nombre de personnes accueillies au 31/12/2015

**Unité ou service dédié à l'accueil des personnes handicapées avançant en âge**

L'établissement dispose-t-il d'une ou de plusieurs unité(s) ou service(s) spécifique(s) dédiés à l'accueil des personnes handicapées avançant en âge au 31/12/2015 ?

Oui  Non

Capacité totale de cette (ces) unité(s) / service(s) (nombre de places) au 31/12/2015

Nombre de personnes différentes prises en charge en 2015

Nombre de personnes accueillies au 31/12/2015

**Partie 4b : Prise en charge des personnes en fin de vie**

L'établissement dispose-t-il de chambres spécifiquement aménagées pour l'accueil des personnes en fin de vie ?

Oui  Non

Existe-t-il un volet « soins palliatifs » dans votre projet d'établissement ?

Oui  Non

Des protocoles, procédures et/ou référentiels liés à la fin de vie sont-ils formalisés et mis en œuvre ?

Oui  Non

Effectif du personnel possédant un diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire (DIU) de soins palliatifs

Une convention a-t-elle été passée avec une association de bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs ?

Oui  Non

**Partie 5 : Hospitalisations en 2015**

En établissement de santé :

Nombre de jours d'hospitalisation

Nombre de personnes hospitalisées

Hospitalisation à domicile (HAD) :  
*cf. décret du 22/02/2007*

Nombre de jours de HAD

Nombre de personnes concernées

Commentaire

A34

A remplir seulement si l'établissement est un EHPAD ou une USLD

## Fiche 3a - Données agrégées sur le personnel de l'établissement

### Données agrégées sur le personnel de l'établissement

#### Partie 1 : Ensemble du personnel en fonction dans l'établissement au 31/12/2015

Nombre de personnes en fonction au 31/12/2015

Equivalent temps plein (ETP) de l'ensemble du personnel en fonction

#### Partie 2 : Continuité de l'accompagnement

Y a-t-il au moins un professionnel présent sur place 24h/24 et 7j/7 ?  Oui  Non

Si oui, en général, **combien** de personnes sont présentes (en moyenne si le nombre varie au cours de la nuit ou au cours du week-end)...

	aides-soignants ou aides médico-psychologiques	infirmiers	autres personnes (gardien, etc.)
... la nuit en semaine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
... la journée le week-end	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
... la nuit le week-end	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Partie 3 : Stagiaires et Bénévoles en 2015

L'établissement encadre-t-il des **stages pratiques** ?  
(AS, AMP, IDE, BEP, rémunérés ou non, hors stagiaires fonctionnaires)  Oui  Non

Nombre total de stagiaires accueillis pendant l'année 2015

Des **personnes bénévoles** interviennent-elles dans l'établissement ?  
(hors membres du conseil d'administration)  Oui  Non

#### Partie 4 : Difficultés de recrutement durant l'année 2015

L'établissement rencontre-t-il des difficultés de recrutement ?  Oui  Non

Nombre de postes inscrits au tableau des emplois retenus mais non pourvus depuis au moins 6 mois au 31/12/2015  
(ni par un titulaire, ni par un contractuel, ni par un personnel de remplacement, ni par un CDD, CDI ou autre personnel)

Directeur

Médecin coordonnateur

Infirmier

Aide-soignant

Autre

#### Partie 5 : Personnel extérieur ou d'intérim durant le mois de décembre 2015

L'établissement emploie-t-il du personnel libéral ?  Oui  Non  
(non compris le personnel remplaçant les titulaires en congé ou en disponibilité depuis au moins 6 mois)

Médecin  Oui  Non

Infirmier  Oui  Non

Masseur-kinésithérapeute  Oui  Non

Autre  Oui  Non

L'établissement emploie-t-il du personnel intérimaire ?  Oui  Non  
(non compris le personnel remplaçant les titulaires en congé ou en disponibilité depuis au moins 6 mois)

Aide-soignant  Oui  Non

Infirmier  Oui  Non

Autre  Oui  Non

## Partie 6 : Sous-traitance en 2015

L'établissement fait-il appel à une société de sous-traitance pour les activités de :

- |                     |                           |                           |
|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| ménage              | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| blanchisserie       | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| cuisine             | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| entretien extérieur | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

Commentaire







## Fiche 6 - Bâti

### Bâti

EHPAD ou SLD

Oui  Non

Logement-foyer

Oui

Non

### Partie 1 : Identification du propriétaire au 31/12/2015

Le propriétaire est-il le gestionnaire ?

Oui  Non

Le propriétaire de l'ensemble des bâtiments est :

### Partie 2 : Caractéristiques générales au 31/12/2015

L'établissement est composé de :

 bâtiment(s)

#### Surface des bâtiments

	Surface en m <sup>2</sup>		
	Surface totale	Dont espaces collectifs	Dont espaces privatifs
Ensemble des bâtiments			

Surface extérieure accessible aux résidents :

 m<sup>2</sup>

#### Environnement des bâtiments

Implantation à proximité (moins de 500 mètres) des commerces ou des services

Oui  Non

Transports en commun à proximité

Oui  Non

Transports mis en place par l'établissement

Oui  Non

### Partie 3 : Description des espaces privatifs au 31/12/2015

#### Type d'hébergement

A remplir si l'établissement n'est pas un logement foyer

Nombre de chambres à :			Nombre total de chambres
1 lit	2 lits	3 lits et plus	

A remplir si l'établissement est un logement foyer

Nombre de logements de :				Nombre total de logements
Type I ou F1	Type I'	Type I bis ou F1 bis	Type II, III ou F2, F3	

#### Équipements sanitaires et confort de base

##### Équipements sanitaires

A remplir si l'établissement n'est pas un logement foyer

Nombre de chambres avec :

WC

lavabo

douche

A remplir si l'établissement est un logement foyer

Nombre de logements avec :

WC

lavabo

douche

##### Confort de base

A remplir si l'établissement n'est pas un logement foyer

Nombre de chambres avec :

réglage individuel du chauffage

occultation des fenêtres (rideaux, stores, volets, etc.)

allèges vitrées inférieures à 60 cm

prise téléphone

prise télévision

accès internet (y compris Wifi)

réfrigérateur

équipement cuisine\*

climatisation fixe

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

A remplir si l'établissement est un logement foyer

**Nombre de logements avec :**

réglage individuel du chauffage

occultation des fenêtres (rideaux, stores, volets, etc.)

allèges vitrées inférieures à 60 cm

prise téléphone

prise télévision

accès internet (y compris Wifi)

réfrigérateur

équipement cuisine\*

climatisation fixe

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

**Partie 3b : Espaces réservés aux personnes âgées désorientées au 31/12/2015**

Y a-t-il un ou des espaces réservés aux personnes âgées désorientées dans l'établissement ?  Oui  Non

Description de l'unité ou des unités réservée(s) aux personnes âgées désorientées :

Espace(s) fermé(s) (digicode, badge)	PASA		UHR		Autre espace dédié	
	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
<b>Espaces de vie intérieurs librement accessibles aux personnes âgées désorientées :</b>						
salle à manger	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
espace salon / détente	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
espace d'activités adaptées	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
espace commun de bain, de soins et de « bien-être »	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
deux WC dont un avec douche	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
deux WC	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Espaces extérieurs attenants et librement accessibles aux personnes âgées désorientées (jardin, terrasse)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Surface hors œuvre nette (SHON) (hors jardin, hors terrasse) de l'unité ou des unités	<input type="text"/> m <sup>2</sup>		<input type="text"/> m <sup>2</sup>		<input type="text"/> m <sup>2</sup>	

A remplir si l'établissement est un EHPAD ou une USLD

**Partie 4 : Description et localisation des espaces collectifs au 31/12/2015**

**Espaces de vie, de soins et techniques**

		L'établissement dispose-t-il des espaces suivants ?	
		<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
<b>Espaces de vie</b>	un espace de restauration	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	un salon aménagé	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	chambre(s) d'accueil pour les familles	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	une salle de bain ou une salle d'eau à usage collectif	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	un espace pour les activités, les animations, les spectacles	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	un espace télévision dédié	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	un salon de coiffure / esthétique	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	un jardin aménagé	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
<b>Espaces de soins</b>	accès internet (y compris Wifi)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	un espace de kinésithérapie / rééducation	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	un espace pour les soins médicaux	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	un système adapté à la pesée (chaise-balance, système de pesée couplé au lève malade)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
<b>Espaces techniques</b>	une salle multisensorielle (type Snoezelen, balnéothérapie, bien-être, etc.)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	cuisines relais ou offices situés dans les étages	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

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

**Partie 5 : Accessibilité, sécurité, travaux et autres au 31/12/2015**

**Accessibilité et sécurité**

L'établissement a-t-il réalisé le diagnostic réglementaire accessibilité ?  Oui  Non

Année de la dernière visite de la commission de sécurité et d'accessibilité :

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-t-elle prescrit des travaux ?

oui  non

... ont-ils été réalisés ?

Oui = 1 Non = 0 En cours = 2

### Confort d'usage

**Nombre de chambres avec :**

porte de la chambre du résident équipée d'une signalétique particulière (couleur, dessin, etc.) autre ou en plus du nom ou numéro

portes et circulations de la chambre du résident permettant l'accès en fauteuil roulant (largeur supérieure à 90 cm)

portes et circulations de la chambre du résident permettant l'accès à un lit médicalisé (largeur supérieure à 1m10)

WC adapté à une personne en fauteuil roulant (porte, barre d'appui et surélévation)

douche adaptée à une personne en fauteuil roulant (porte, siphon de sol et barre d'appui)

équipement fixe pour la toilette en position assise

stores électriques ou domotisés

prises électriques, interrupteurs et commandes (interphone ou autre) accessibles sans se baisser

A remplir si l'établissement n'est pas un logement foyer

**Nombre de logements avec :**

porte du logement du résident équipée d'une signalétique particulière (couleur, dessin, etc.) autre ou en plus du nom ou numéro

portes et circulations du logement du résident permettant l'accès en fauteuil roulant (largeur supérieure à 90 cm)

portes et circulations du logement du résident permettant l'accès à un lit médicalisé (largeur supérieure à 1m10)

WC adapté à une personne en fauteuil roulant (porte, barre d'appui et surélévation)

douche adaptée à une personne en fauteuil roulant (porte, siphon de sol et barre d'appui)

équipement fixe pour la toilette en position assise

stores électriques ou domotisés

prises électriques, interrupteurs et commandes (interphone ou autre) accessibles sans se baisser

A remplir si l'établissement est un logement foyer

### Accessibilité des bâtiments

Les abords sont accessibles aux personnes en fauteuil roulant\*  Oui  Non

Le bâtiment dispose de places de stationnement adaptées\*  Oui  Non

L'entrée est accessible aux personnes en fauteuil roulant\*  Oui  Non

Les circulations horizontales sont dépourvues de marche  Oui  Non

Les circulations horizontales sont équipées de mains courantes  Oui  Non

Ascenseur(s) accessible(s) en fauteuil roulant\*  Oui  Non

Ascenseur(s) accessible(s) en lit médicalisé  Oui  Non

Les étages et couloirs disposent d'une signalétique particulière (dessin, couleur, etc.) autre ou en plus du nom ou numéro  Oui  Non

Les circulations (verticales et horizontales) sont éclairées en permanence ou équipées d'un détecteur de présence  Oui  Non

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

### Sécurité

**Nombre de chambres avec :**

mitigeur thermostatique pour limiter la température de l'eau chaude

appel malade portatif

appel malade fixe

détection incendie

A remplir si l'établissement n'est pas un logement foyer

**Nombre de logements avec :**

mitigeur thermostatique pour limiter la température de l'eau chaude

appel malade portatif

appel malade fixe

détection incendie

A remplir si l'établissement est un logement foyer

L'établissement est-il équipé d'un ou de plusieurs groupe(s) électrogène(s) ?  Oui  Non

**Années de construction et années des derniers travaux**

	Construction	Rénovation lourde* ou extension
Bâtiment 1		
Bâtiment 2		
Bâtiment 3		
Bâtiment 4		
Bâtiment 5		

(\*) 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.).

**Autres**

L'établissement a-t-il engagé une démarche HQE (Haute Qualité Environnementale) ?  Oui  Non

L'établissement répond-il au label BBC (Bâtiment Basse Consommation) ?  Oui  Non

**Classification de l'établissement**

Habitation « logement-foyer »  Oui  Non

Établissement recevant du public (ERP) de type U du 25 mai 1989  Oui  Non

Établissement recevant du public (ERP) de type J du 19 novembre 2001  Oui  Non

Commentaire

## Nomenclatures

### Catégorie

CATEG	Libellé
101	Centre hospitalier régional (C.H.R.) ayant une activité de soins de longue durée
106	Hôpital local ayant une activité de soins de longue durée
202	Logement foyer
207	Centre de jour pour personnes âgées
292	Centre hospitalier spécialisé dans la lutte de maladies mentales (CHS) ayant une activité de soins de longue durée
355	Centre hospitalier (non dénommé ailleurs) ayant une activité de soins de longue durée
362	Etablissement de soins de longue durée
381	Etablissement expérimental pour personnes âgées
500	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
501	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées percevant des crédits d'assurance maladie
502	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées ne percevant pas de crédits d'assurance maladie

### Statut juridique

EJ_STATUT	Libellé
01	Etat
02	Département
03	Commune
04	Région
05	Territoire d'Outre Mer
06	Autre Collectivité Territoriale
10	Etablissement Public National d'Hospitalisation
11	Etablissement Public Départemental d'Hospitalisation
12	Etablissement Public Interdépartemental d'Hospitalisation
13	Etablissement Public Communal d'Hospitalisation
14	Etablissement Public Intercommunal d'Hospitalisation
15	Etablissement Public Régional d'Hospitalisation
16	Syndicat Inter Hospitalier
17	Centre Communal Action Sociale
18	Etablissement Social et Médico-Social National
19	Etablissement Social et Médico-Social Départemental
20	Etablissement Social et Médico-Social Interdépartemental
21	Etablissement Social et Médico-Social Communal
22	Etablissement Social et Médico-Social Intercommunal
23	Etablissement Social et Médico-Social Régional
24	Office Public d'H.L.M.
25	Caisse des Ecoles
26	Autre Etb. Public Local à caractère Administratif
27	Etb. Public Industriel et Commercial National
28	Groupement d'Intérêt Public (GIP)
29	Groupement de Coopération Sanitaire public
30	G.C.S.M.S public
40	Régime Général de Sécurité Sociale
41	Régime Spécial de Sécurité Sociale
42	Institut de Prévoyance
43	Mutualité Sociale Agricole (M.S.A.)
44	Régime Maladie des non Salariés non Agricole
45	Régime Vieillesse Particulier
46	Autre Régime de Prévoyance Sociale
47	Société Mutualiste
48	Assurance Mutuelle Agricole
49	Autre Organisme Mutualiste
50	Comité d'Entreprise et d'Etablissement
51	Syndicat
52	Syndicat de Propriétaires
60	Association Loi 1901 non Reconnue d'Utilité Publique
61	Association Loi 1901 Reconnue d'Utilité Publique
62	Association de Droit Local
63	Fondation
64	Congrégation
65	Autre Organisme Privé à But non Lucratif
66	G.C.S.M.S privé
70	Personne Physique
71	Société en Nom Collectif (S.N.C.)
72	Société à responsabilité limitée (S.A.R.L.)
73	Société Anonyme
74	Société Civile
75	Autre Société
76	Groupement Intérêt Economique (G.I.E.)
77	Autre Organisme Privé à Caractère Commercial
78	Entreprise Unipersonnelle Responsabilité Limitée (E.U.R.L.)
79	Société Civile de Moyens (S.C.M.)
85	Société Exercice Libéral Responsabilité Limitée (SELARL)
86	Société Exercice Libéral à Forme Anonyme (SELAFA)
87	Soc. Exer. Lib. Com. Actions
88	Société Civile Professionnelle (S.C.P.)
89	Groupement de Coopération Sanitaire Privé
90	Organisme de Droit Etranger
91	Sociétés Exercice Libéral par Actions Simplifiée (SELAS)
93	Société en commandite
95	Société par Actions Simplifiées (SAS)

## Sexe

SEXE	Libellé
1	Masculin
2	Féminin

## Fonction principale exercée

FPE	Libellé
<b>I. PERSONNEL DE DIRECTION, DE GESTION ET D'ADMINISTRATION</b>	
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, etc.)
05	Autre personnel de direction, de gestion ou d'administration
<b>II. PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX</b>	
06	Ouvrier professionnel (plombier, électricien, jardinier, cuisinier, etc.)
07	Agent de service général (agent de buanderie, agent de cuisine, etc.)
08	Autre personnel des services généraux
<b>III. PERSONNEL D'ENCADREMENT</b>	
09	Cadre infirmier
10	Cadre infirmier psychiatrique
11	Cadre paramédical non infirmier
12	Cadre socio-éducatif ou autre cadre social
<b>IV. PERSONNEL ÉDUCATIF, PÉDAGOGIQUE, SOCIAL ET D'ANIMATION</b>	
13	Éducateur spécialisé
14	Moniteur-éducateur
15	Aide-médecin-psychologique non assistant de soins en gériatrie
16	Aide-médecin-psychologique assistant de soins en gériatrie
17	Assistant de service social
18	Conseiller en économie sociale familiale
19	Technicien de l'intervention sociale et familiale
20	Animateur social
21	Auxiliaire de vie sociale non assistant de soins en gériatrie
22	Auxiliaire de vie sociale assistant de soins en gériatrie
23	Autre personnel éducatif, pédagogique et social
<b>V. PERSONNEL MÉDICAL</b>	
24	Médecin coordonnateur
25	Médecin spécialiste en gériatrie
26	Médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelle
27	Médecin spécialiste en psychiatrie
28	Autre spécialiste
29	Médecin titulaire d'un autre diplôme (capacité, DIU, etc.)
30	Médecin généraliste
<b>VI. PSYCHOLOGUE, PERSONNEL PARAMÉDICAL OU SOIGNANT</b>	
31	Psychologue
	<i>Personnel paramédical ou soignant :</i>
32	Infirmier diplômé d'État
33	Infirmier psychiatrique
34	Masseur-kinésithérapeute
35	Orthophoniste
36	Orthoptiste
37	Ergothérapeute
38	Pédicure-Podologue
39	Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité
40	Dietéticien
41	Aide-soignant non assistant de soins en gériatrie
42	Aide-soignant assistant de soins en gériatrie
43	Autre personnel paramédical
<b>VI. AGENT DE SERVICE HOSPITALIER (PUBLIC) OU AGENT DE SERVICE (PRIVÉ)</b>	
44	Agent de service hospitalier (public) ou agent de service (privé)

## Fonction publique ou convention

FPC	Libellé
<b>I. FONCTION PUBLIQUE</b>	
01	Titre IV de la fonction publique hospitalière (y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)
02	Titre III de la fonction publique territoriale (région, département ou commune, y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)
03	Titre II (fonctionnaires de l'État, y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)
<b>II. CONVENTIONS COLLECTIVES</b>	
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 des employeurs associatifs au service de l'action sociale et médico-sociale (SYNEAS)
09	Convention Croix-Rouge
10	Autre convention collective
<b>III. AUTRE PERSONNEL</b>	
11	Accord d'établissement
12	Pas d'accord d'établissement ni de convention collective
13	Congréganistes non salariés

### Statut ou type de contrat

STATUT	Libellé
I.	<b> FONCTION PUBLIQUE</b>
01	Titulaire
02	Stagiaire ou fonctionnaire-élève
03	Contractuel, vacataire, auxiliaire
II.	<b> CONTRAT DE DROIT PRIVE</b>
04	CDI (hors emploi aidé)
05	CDD (hors emploi aidé)
06	Vacation
07	Intérim
08	Contrat d'apprentissage
09	Contrat de professionnalisation
III.	<b> AUTRE STATUT</b>
10	Contrat unique d'insertion (Contrat d'avenir / Contrat d'accompagnement dans l'emploi)
11	Autre contrat aidé

### Travail du personnel

TRAV	Libellé
1	Le jour uniquement
2	La nuit uniquement
3	En alternance

### Diplôme ou corps statutaire correspondant à la fonction principale exercée

DIP	Libellé
I.	<b> FONCTION DE DIRECTION</b>
01	CAFDES (certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou service d'intervention sociale)
02	Corps des DH (Directeurs d'hôpital), D3S ou DESSMS (Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social)
03	CAFERUIS (certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale)
04	DEIS (Diplôme d'État ingénierie sociale)
05	DSTS (Diplôme supérieur en travail social)
06	Autre diplôme de niveau I (Niveau supérieur à la maîtrise / master 1)
07	Autre diplôme de niveau II (Niveau comparable à celui de la licence ou de la maîtrise / master 1)
08	Diplôme de niveau III (Niveau DUT, BTS ou fin de premier cycle de l'enseignement supérieur)
09	Diplôme de niveau IV (Niveau brevet professionnel, brevet de technicien, baccalauréat général, professionnel ou technologique)
10	Diplôme de niveau V (Niveau BEP, CAP, certificat de formation professionnelle des adultes du premier degré)
11	Aucun de ces diplômes
II.	<b> FONCTIONS SOCIALES : <u>UNIQUEMENT</u> POUR LES AIDES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES ET LES AUXILIAIRES DE VIE SOCIALE</b>
12	DEAVS (diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale) ou CAFAD (certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile)
13	DEAMP (diplôme d'État d'Aide médico-psychologique) ou CAFAMP (certificat d'aptitude aux fonctions d'Aide médico-psychologique)
14	Diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS) ou Diplôme professionnel d'aide-soignant (DPAS)
15	BEP (brevet d'études professionnelles) "Carrières sanitaires et sociales"
16	BEPA (Brevet d'études professionnelles agricoles) "Services", spécialité services aux personnes
17	Titre professionnel d'assistant de vie aux familles
18	Diplôme de niveau III (Niveau DUT, BTS ou fin de premier cycle de l'enseignement supérieur)
19	Diplôme de niveau IV (Niveau brevet professionnel, brevet de technicien, baccalauréat général, professionnel ou technologique)
20	Autre diplôme de niveau V (Niveau BEP, CAP, certificat de formation professionnelle des adultes du premier degré)
21	Autre diplôme relatif à l'intervention sociale
22	Aucun diplôme relatif à l'intervention sociale
III.	<b> FONCTIONS D'ANIMATION</b>
23	DEJEPS (diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport) ou DEFA (diplôme d'État relatif aux fonctions d'animation)
24	DUT carrière sociale option « animation sociale et socioculturelle »
25	BEATEP (brevet d'État 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)
26	Autres diplômes ou brevets relatifs à l'animation
27	Aucun diplôme ou brevet relatif à l'animation
IV.	<b> FONCTIONS MÉDICALES</b>
28	Diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie
29	Capacité de gérontologie
30	Diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
31	Attestation de formation continue (au sens de l'article D312 – 157 du Code de l'action sociale et des familles)
32	Aucun de ces diplômes

### Situation familiale

SF	Libellé
1	Personne sans conjoint (y compris si le conjoint est décédé)
2	Personne dont le conjoint vit également dans l'établissement
3	Personne dont le conjoint ne vit pas dans l'établissement

## Type d'hébergement antérieur

TYPE	Libellé
01	Domicile privé ou d'un proche
02	Accueil familial agréé
03	Logement-foyer
04	Maison de retraite non EHPAD
05	Maison de retraite médicalisée, EHPAD (hors UHR)
06	UHR d'une maison de retraite médicalisée ou d'un EHPAD
07	Soins de longue durée
08	Service de soins de suite et de réadaptation d'un établissement de santé (ex moyen séjour) (hors UCC)
09	Unité cognitivo-comportementale (UCC)
10	Unité de court séjour («médecine, chirurgie»)
11	Établissement psychiatrique ou service psychiatrique d'un établissement de santé
12	Établissement pour adultes handicapés
13	Autre
99	Ne sait pas

## Code commune de l'hébergement antérieur

La nomenclature du code commune étant trop volumineuse pour être imprimée, nous vous invitons à consulter le site de l'Insee pour y accéder.

<http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/cog/>

## Mode d'hébergement (situation principale au mois de décembre 2015)

HBGT	Libellé
1	Hébergement permanent
2	Hébergement temporaire
3	Accueil de jour
4	Accueil de nuit

## Accueils spécifiques

ACC_SPE	Libellé
1	Unité d'hébergement renforcé (UHR)
2	Unité spécifique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
3	Unité ou service dédié à l'accueil des personnes handicapées avançant en âge
4	Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)
5	Aucun de ces accueils spécifiques
9	Ne sait pas

## Protection juridique

JURI	Libellé
1	Non, aucune mesure
2	Demande en cours
3	Oui, et la mesure est assurée par la FAMILLE
4	Oui, et la mesure est assurée par un préposé de l'ÉTABLISSEMENT
5	Oui, et la mesure est assurée par un préposé d'un AUTRE ÉTABLISSEMENT
6	Oui, et la mesure est assurée par une ASSOCIATION
7	Oui, et la mesure est assurée par un TUTEUR PRIVÉ (PROFESSIONNEL ou BÉNÉVOLE HORS FAMILLE)
8	Oui, autre (CCAS, etc.)
9	Ne sait pas

## Nature de la protection juridique

NATJURI	Libellé
1	Sauvegarde de justice
2	Curatelle
3	Tutelle
4	Mandat de protection future
8	Sans objet
9	Ne sait pas

## Groupes iso-ressources

GIR	Libellé
1	GIR1
2	GIR2
3	GIR3
4	GIR4
5	GIR5
6	GIR6
9	Ne sait pas / GIR non évalué

## Variables évaluatives du niveau de perte d'autonomie

PERTE_AUTO	Libellé
A	Si la personne fait seule : spontanément et totalement et habituellement et correctement
B	Si la personne fait seule : non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement
C	Si la personne ne fait pas seule : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

#### Aides au logement

AIDE_LOG	Libellé
1	Aide personnalisée au logement (APL)
2	Allocation de logement sociale (ALS)
3	Aucune de ces aides
9	Ne sait pas

#### Aide sociale à l'hébergement

ASH	Libellé
0	Non
1	Oui
9	Ne sait pas

#### Handicap selon la loi n°2005-102

HAND_LOI	Libellé
0	Non
1	Oui

#### Type de destination de la sortie définitive

DEST	Libellé
01	Domicile privé ou d'un proche
02	Accueil familial agréé
03	Logement-foyer
04	Maison de retraite non EHPAD
05	Maison de retraite médicalisée, EHPAD (hors UHR)
06	UHR d'une maison de retraite médicalisée ou d'un EHPAD
07	Soins de longue durée
08	Service de soins de suite et de réadaptation d'un établissement de santé (ex moyen séjour) (hors UCC)
09	Unité cognitivo-comportementale (UCC)
10	Unité de court séjour («médecine, chirurgie»)
11	Établissement psychiatrique ou service psychiatrique d'un établissement de santé
12	Autre
99	Ne sait pas

#### Motif de sortie définitive de l'établissement

MOTSOR	Libellé
1	Décès dans l'établissement
2	Décès lors d'une hospitalisation
3	Décès lors d'une autre sortie temporaire
4	Départ volontaire à l'initiative du résident ou d'un proche
5	Fin d'un séjour volontaire à l'initiative du résident ou d'un proche
6	Résiliation du Contrat de séjour à l'initiative de l'établissement en raison de l'inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil
7	Résiliation du Contrat de séjour à l'initiative de l'établissement pour défaut de paiement
8	Autre

#### Statut du propriétaire des bâtiments

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

#### Avis de la commission à la poursuite d'activité de l'établissement

AVISCSA	Libellé
1	Favorable
2	Défavorable
9	Ne sait pas

#### Les travaux prescrits par la commission ont-ils été réalisés ?

TRAVREAL	Libellé
0	Non
1	Oui
2	En cours