Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA 2019)

Questionnaire EHPAD

Afin d'enregistrer vos réponses, veuillez suivre le lien qui vous a été transmis par courriel et utilisez vos codes d'accès.
Attention, seul les versions électroniques du questionnaire seront prises en compte.

Fiche ident - Identification de l'établissement

Identification de l'établissement

Informations complétées avec les données du répertoire FINESS			Modifications éventuelles	
Numéro FINESS de l'établissement	A01			
Date d'ouverture de l'établissement (JJ/MM/AAAA)	A02		B02	
Numéro SIRET de l'établissement	A03		B03	
Nom ou raison sociale	A04		B04	
Adresse	A05		B05	
Complément d'adresse ou Boîte Postale	A06		B06	
Code postal	A07		B07	
Code commune	A08		B08	
Libellé commune	A09			
Téléphone (sans espace ni tiret)	A10		B10	
Adresse électronique	A11		B11	
Code de la catégorie FINESS	A12		B12	
Libellé de la catégorie FINESS	A13		B13	
Capacité installée indiquée dans FINESS	A14			

Entité juridique

Numéro FINESS de l'entité juridique	A15			
Nom ou raison sociale	A16		B16	
Code du statut	A17		B17	
Libellé du statut	A18		B18	

Personne qui remplit le questionnaire

Prénom	B19		Nom	B20	
(sans espace ni	B21		Adresse électronique	B22	

Commentaire B23

Pré-remplissage du questionnaire et transmission des données

Dans l'objectif de faciliter le remplissage du questionnaire EHPA et de limiter les questions faisant doublon avec d'autres relevés de données, plusieurs variables ont été pré-renseignées avec des données issues d'autres sources. Le symbole , accolé aux variables pré-saisies, précise la source mobilisée (données du répertoire FINESS, du portail pour les personnes âgées et le tableau de bord de la performance du secteur médico-social). Nous vous remercions par avance à veiller à l'exactitude des données pré-saisies et, le cas échéant, à corriger les données erronées.

Par ailleurs, la DREES propose également de transmettre, avec votre accord, certaines données du questionnaire EHPA afin de pré-remplir directement le Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social.

B24 ☐ En cochant cette case, j'accepte que mes données soient transmises à l'ATIH pour pré-renseigner certaines variables du tableau de bord de la performance.

NE PAS REMPLIR

Fiche 1 - Caractéristiques de l'établissement

EHPAD	USLD	Résidence -autonomie
A01 ☐ Oui	**A03** ☐ Oui	**A05** ☐ Oui
A02 ☐ Non	**A04** ☐ Non	**A06** ☐ Non

Conventionnement

L'établissement a-t-il signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) au 31/12/2019 ? ⓘ **A10** Oui ○ Non ○

Si non : L'établissement a-t-il signé une convention tripartite ? ⓘ **A10a** Oui ○ Non ○

Si oui **:** Date d'échéance de la convention tripartite en cours (JJ/MM/AAAA) ? ⓘ **A10b** ☐

Si l'Ehpad n'a pas signé de convention tripartite ou si l'Ehpad a signé un CPOM :

L'établissement a-t-il opté pour la perception d'un Forfait Soins ? **A10c** Oui ○ Non ○

L'établissement a-t-il opté pour le recours aux services d'un SSIAD ? **A10d** Oui ○ Non ○

L'établissement a-t-il passé une convention, ou peut-il bénéficier par le biais de son rattachement à une structure sanitaire, de …

Une équipe mobile de soins palliatifs ? **A15**
- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'une équipe de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre d'interventions de l'équipe mobile auprès du personnel soignant de l'établissement en 2019 **A15a** ☐

Un réseau de santé en soins palliatifs (ou autre dispositif territorial de coordination disposant de compétences spécifiques en soins palliatifs)? **A16**
- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'un réseau de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2019 **A16a** ☐

Une équipe mobile d'intervention gériatrique ? **A17**
- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'une équipe de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2019 **A17a** ☐

Une équipe mobile psychiatrique ? **A18**
- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'une équipe de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2019 **A18a** ☐

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 ») **A19**
- ○ Oui
- ○ Non

NE PAS REMPLIR

Aides et allocations

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

Habilitation totale ? **A20** Oui ◯ Non ◯

Si oui : Avez-vous signé une convention d'aide sociale (343-3-1)? **A20a** Oui ◯ Non ◯

Si oui : Nombre de places réservées aux bénéficiaires de l'aide sociale **A20b** [ ]

Habilitation partielle ? **A21** Oui ◯ Non ◯

Si oui : Nombre de places habilitées ⓘ **A21a** [ ]

Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement au 31/12/2019 **A22** [ ]

L'établissement accueille-t-il des bénéficiaires de l'ALS ? (allocation de logement sociale) **A23** Oui ◯ Non ◯

Si oui : Nombre de bénéficiaires de l'ALS au 31/12/2019 **A23a** [ ]

L'établissement bénéficie-t-il d'une convention relative à l'APL (aide personnalisée au logement) ? **A24** 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 31/12/2019 **A24a** [ ]

L'établissement est-il sous dotation globale pour l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) ? **A25** 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 31/12/2019 **A25a** [ ]

Aspects comptables et tarifaires

Hébergement

Tarif individuel en hébergement permanent

Tarif hébergement journalier moyen, en chambre simple, TTC, pour les places habilitées à l'aide sociale au 31/12/2019 ⓘ **A30** [ ]

Tarif hébergement journalier moyen, en chambre simple, TTC, pour les places habilitées à l'aide sociale occupées par des personnes non bénéficiaires de l'aide sociale **A31** [ ]

Tarif hébergement journalier moyen, en chambre simple, TTC, pour les places non habilitées à l'aide sociale au 31/12/2019 **A32** [ ]

Dépendance

Tarif individuel dépendance journalier TTC au 31/12/2019 ⓘ

GIR 1-2 **A35** [ ]

GIR 3-4 **A36** [ ]

GIR 5-6 **A37** [ ]

Soins

L'établissement a-t-il opté pour le tarif soins global ? ⓘ **A39** Oui ◯ Non ◯

L'établissement a-t-il opté pour le tarif soins partiel ? ⓘ **A40** Oui ◯ Non ◯

L'établissement a-t-il l'usage d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)* ? ⓘ **A41** Oui ◯ Non ◯

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

Si oui : par quel biais ?

L'établissement dispose de sa propre PUI ? **A41a** Oui ◯ Non ◯

L'établissement a accès à la PUI d'un établissement de santé gestionnaire de l'Ehpad ? **A41b** Oui ◯ Non ◯

L'établissement a accès à la PUI d'un GCSMS dont il est membre ? **A41c** Oui ◯ Non ◯

L'établissement a signé une convention dans le cadre du projet médical partagé d'un Groupement hospitalier de territoire ? **A41d** Oui ◯ Non ◯

Commentaire **A42** [ ]

NE PAS REMPLIR

Fiche 2 - Activité de l'établissement

EHPAD		USLD		Résidence -autonomie	
A01	☐ Oui	**A03**	☐ Oui	**A05**	☐ Oui
A02	☐ Non	**A04**	☐ Non	**A06**	☐ Non

Activité de l'établissement selon le mode d'accueil

		Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour	Accueil de nuit	**Total tous modes d'accueil**
		A	**B**	**C**	**D**	**E**
(a)	***Pour l'hébergement permanent et l'hébergement temporaire*** *: effectifs présents au 31/12/2019.* ***Pour l'accueil de jour et l'accueil de nuit*** *: nombre de personnes* ***différentes*** *prises en charge au cours de la semaine du 16 au 22 décembre 2019.*					
(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 2019.*					
Nombre de places installées au 31/12/2019	**10**					
Nombre total de personnes âgées accueillies au 31/12/2019 (a)	**11**					
Nombre de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs caractéristiques de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (diagnostiquées ou non) accueillies au 31/12/2019 (a)	**12**					
dont nombre de personnes âgées diagnostiquées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée accueillies au 31/12/2019 (a)	**12a**					
Nombre de personnes âgées accueillies au 31/12/2019 ayant eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans (a)	**13**					
Nombre de personnes entrées pour la première fois en 2019	**14**					
Nombre de personnes sorties définitivement en 2019 (b)	**15**					

GIR et Pathos moyens pondérés

GIR moyen pondéré validé ⓘ	**A20**	
Dernier Pathos moyen pondéré réalisé par l'établissement ⓘ	**A21**	
Pathos moyen pondéré validé par l'ARS ⓘ	**A22**	
Année de la validation par l'ARS du Pathos moyen pondéré ⓘ	**A23**	

Admissions

Au cours de l'année 2019, la Commission d'admission a-t-elle refusé l'admission (alors qu'une place était disponible) :

de personnes désorientées ?	**A30**	Oui ◯	Non ◯
de personnes handicapées avançant en âge ?	**A31**	Oui ◯	Non ◯
de personnes âgées nécessitant une charge de soins importante ?	**A32**	Oui ◯	Non ◯
d'autres personnes âgées dépendantes (addiction, agressivité, troubles du comportement, troubles psychiatriques, etc.) ?	**A33**	Oui ◯	Non ◯
de personnes non solvables ?	**A34**	Oui ◯	Non ◯

Accueils spécifiques

Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)

L'établissement dispose-t-il d'un PASA au 31/12/2019 ? ⓘ	**A40**	Oui ◯	Non ◯
Capacité totale de ce(s) pôle(s) (nombre de places) au 31/12/2019	**A40a**		
Nombre de personnes différentes prises en charge en 2019	**A40b**		

Unité d'hébergement renforcé (UHR)

L'établissement dispose-t-il d'une ou de plusieurs UHR au 31/12/2019? ⓘ	**A41**	Oui ◯	Non ◯
Capacité totale de cette (ces) unité(s) (nombre de places) au 31/12/2019	**A41a**		
Nombre de personnes différentes prises en charge en 2019	**A41b**		
Nombre de personnes accueillies au 31/12/2019	**A41c**		

NE PAS REMPLIR

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 31/12/2019 ? **A42** Oui ◯ Non ◯

Capacité totale de cette (ces) unité(s) (nombre de places) au 31/12/2019 **A42a** [ ]

Nombre de personnes différentes prises en charge en 2019 **A42b** [ ]

Nombre de personnes accueillies au 31/12/2019 **A42c** [ ]

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 31/12/2019 ? **A43** Oui ◯ Non ◯

Capacité totale de cette (ces) unité(s) (nombre de places) au 31/12/2019 **A43a** [ ]

Nombre de personnes différentes prises en charge en 2019 **A43b** [ ]

Nombre de personnes accueillies au 31/12/2019 **A43c** [ ]

Télémédecine

Les professionnels ou résidents de votre établissement bénéficient-ils d'actes médicaux à distance ?			
- de téléconsultation (acte médical qui se réalise en présence du patient, celui-ci dialoguant avec le médecin requérant et/ou le ou les médecins téléconsultants requis)	**A50**	◯ Oui	◯ Non
- de téléexpertise (acte diagnostique et/ou thérapeutique effectué par un professionnel médical sollicité à distance par un ou plusieurs professionnels pour donner son avis sur la base de données radiologiques ou biologiques figurant dans le dossier médical du patient, celui-ci étant absent)	**A51**	◯ Oui	◯ Non

L'équipe de la structure a-t-elle accès à un équipement de télémédecine extérieur à l'établissement pour une intervention auprès de ses propres résidents ? **A52** Oui ◯ Non ◯

Prévention de la maltraitance

Des outils de repérage des situations ou de risque de maltraitance ont-ils été mis en place ? **A60** Oui ◯ Non ◯

Des protocoles, procédures et/ou référentiels de gestion de situation ou des risques de maltraitance sont-ils formalisés et mis en œuvre ? **A61** Oui ◯ Non ◯

Existe-t-il un volet « Prévention de la Maltraitance » dans votre projet d'établissement ? **A62** Oui ◯ Non ◯

Effectif du personnel ayant suivi une formation spécifique sur la prévention et la gestion des situations de maltraitance **A63** [ ]

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 ? **A70** Oui ◯ Non ◯

Existe-t-il un volet « soins palliatifs » dans votre projet d'établissement ? **A71** Oui ◯ Non ◯

Des prescriptions anticipées personnalisées sont-elles mises à disposition du personnel de l'établissement ? **A72** Oui ◯ Non ◯

Les résidents sont-ils informés de la possibilité d'être accompagnés au sein de l'établissement pour rédiger leurs directives anticipées ? **A73** Oui ◯ Non ◯

Effectif du personnel possédant un diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire (DIU) de soins palliatifs ou un master en médecine palliative ou soins palliatifs **A74** [ ]

Hospitalisations en 2019

En établissement de santé :

Nombre de jours d'hospitalisation **A80** [ ]

dont : Nombre de jours d'hospitalisation programmée **A80a** [ ]

Nombre de jours d'hospitalisation non programmée **A80b** [ ]

Nombre de personnes hospitalisées **A81** [ ]

Hospitalisation à domicile (HAD) :

Nombre de jours de HAD **A82** [ ]

dont : Nombre de jours d'HAD en soins palliatifs **A82a** [ ]

Nombre de personnes concernées **A83** [ ]

L'établissement a-t-il constitué un dossier de liaison d'urgence (DLU) pour l'ensemble des résidents ? **A84** Oui ◯ Non ◯

Commentaire **A85** [ ]

NE PAS REMPLIR

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

Ensemble du personnel en fonction dans l'établissement au 31/12/2019

Nombre de personnes en fonction au 31/12/2019	**A01**	
Equivalent temps plein (ETP) de l'ensemble du personnel en fonction	**A02**	

Présence des professionnels

Y a-t-il au moins un professionnel présent sur place 24h/24 et 7j/7 ?	**A10**	◯ Oui	◯ Non
Y a-t-il au moins un infirmier présent 24h/24 et 7j/7?	**A11**	◯ Oui	◯ Non
Si non : une astreinte d'infirmier est-elle assurée la nuit 7j/7 ?	**A12**	◯ Oui	◯ Non
Si oui : En cas d'astreinte, est-elle mutualisée entre plusieurs établissements ?	**A13**	◯ Oui	◯ Non
Y a-t-il au moins un aide-soignant présent 24h/24 et 7j/7?	**A14**	◯ Oui	◯ Non

Stagiaires et Bénévoles en 2019

L'établissement encadre-t-il des **stages pratiques** ? *(ensemble des stages, rémunérés ou non, hors stagiaires fonctionnaires)*	**A20**	◯ Oui	◯ Non
L'établissement accueille-t-il des **jeunes volontaires en service civique** ?	**A21**	◯ Oui	◯ Non
Des **personnes bénévoles** interviennent-elles dans l'établissement ? *(hors membres du conseil d'administration)*	**A22**	◯ Oui	◯ Non

Difficultés de recrutement durant l'année 2019

L'établissement rencontre-t-il des difficultés de recrutement ?	**A30**	◯ Oui	◯ Non

Si oui : Nombre de postes inscrits au tableau des emplois retenus mais non pourvus depuis au moins 6 mois au 31/12/2019
(ni par un titulaire, ni par un contractuel, ni par un personnel de remplacement, ni par un personnel en intérim, ni par un autre personnel)

Médecin coordonnateur	**A31**	
Infirmier	**A32**	
Aide-soignant	**A33**	
Accompagnant éducatif et social (ex AMP et AVS)	**A34**	
Autre	**A35**	

Personnel d'intérim durant le mois de décembre 2019

L'établissement emploie-t-il du personnel intérimaire? *(<u>non compris</u> le personnel remplaçant les titulaires en congé ou en disponibilité depuis 6 mois ou plus)*	**A40**	◯ Oui	◯ Non
Si oui : Aide-soignant	**A40a**	◯ Oui	◯ Non
Infirmier	**A40b**	◯ Oui	◯ Non
Autre	**A40c**	◯ Oui	◯ Non

Sous-traitance en 2019

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

ménage	**A50**	◯ Oui	◯ Non
blanchisserie	**A51**	◯ Oui	◯ Non
cuisine	**A52**	◯ Oui	◯ Non
entretien extérieur	**A53**	◯ Oui	◯ Non

Commentaire **A60**

NE PAS REMPLIR

Fiche 3b - Personnel en fonction au 31/12/2019

Description de l'ensemble du personnel en fonction dans l'établissement au 31/12/2019

Veuillez lire attentivement les consignes ci-dessous avant de renseigner le tableau :

Inclure :

- le personnel **en congé ou en disponibilité depuis moins de 6 mois** au 31/12/2019 *(le personnel remplaçant ne doit pas être décrit)*
- le personnel **remplaçant des personnes en congé ou disponibilité depuis 6 mois ou plus** au 31/12/2019
- le personnel **mis à disposition** de l'établissement
- le personnel en fonction dans l'établissement et **partagé** dans le cadre de coopération y compris les groupements de coopération sanitaire (GCS) et les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) [hors sous-traitance]
- les **congréganistes** non salariés
- le personnel des **CCAS** ou de la **mairie** qui gère, sur son poste de travail, un établissement pour personnes âgées
- le personnel payé par l'établissement à la **vacation**
- le personnel bénéficiant d'un **contrat "Parcours emploi compétence"** (ex contrat aidé)
- le personnel en **intérim**
- les **apprentis**
- les **stagiaires fonctionnaires**

Exclure :

- le personnel **en congé ou en disponibilité depuis 6 mois ou plus** au 31/12/2019
- le personnel **remplaçant des personnes en congé ou en disponibilité depuis moins de 6 mois** au 31/12/2019
- les intervenants exerçant une **activité libérale** dans l'établissement
- le personnel des sociétés de **sous-traitance**
- les **bénévoles**
- les **stagiaires** (sauf les stagiaires fonctionnaires)
- les **volontaires en service civique**

L'effectif et l'ETP de l'ensemble du personnel décrit dans cette fiche doivent correspondre à l'effectif et à l'ETP inscrits dans la partie « Ensemble du personnel en fonction dans l'établissement au 31/12/2019 » de la fiche 3a "Données agrégées sur le personnel de l'établissement", et rappelés dans les lignes ci-dessous à droite.

Tableau n° **A0**

Nombre de personnes en fonction au 31/12/2019 **B0**
(valeur saisie sur la Fiche3a "Données agrégées sur le personnel de l'établissement")

Nombre de personnes en fonction, décrites dans la Fiche 3b **S0**
(Total toutes feuilles confondues. Les lignes vides ne sont pas comptabilisées.)

ETP de l'ensemble du personnel en fonction au 31/12/2019 **C0**
(valeur saisie sur la Fiche3a "Données agrégées sur le personnel de l'établissement")

ETP des personnes décrites dans la Fiche 3b **T0**
(Total toutes feuilles confondues.)

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Année de naissance	Fonction principale exercée au 31/12/2019	Année d'entrée dans l'établissement	Statut ou type de contrat	Équivalent temps plein (ETP) au 31/12/2019	La personne travaille-t-elle ? 1 = Le jour uniquement 2 = La nuit uniquement 3 = En alternance	**A remplir uniquement si fonction principale (col. D) = 01, 02, 03, 15, 18, 20, 22, 36, 37.** Diplôme ou corps statutaire
A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**

NE PAS REMPLIR

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Année de naissance	Fonction principale exercée au 31/12/2019	Année d'entrée dans l'établissement	Statut ou type de contrat	Équivalent temps plein (ETP) au 31/12/2019	La personne travaille-t-elle ? 1 = Le jour uniquement 2 = La nuit uniquement 3 = En alternance	Diplôme ou corps statutaire

Pour ajouter des lignes supplémentaires, veuillez cliquer sur +, sur le bandeau en haut à gauche de la page ou dans la liste des bordereaux.

Commentaire : **A51**

NE PAS REMPLIR

Fiche 4 - Personnes accueillies - Effectifs présents au 31/12/2019

Description des personnes présentes au 31/12/2019

Veuillez lire attentivement les consignes ci-dessous avant de renseigner le tableau :

➜ Les effectifs présents au 31/12/2019 comprennent les personnes temporairement absentes, notamment pour hospitalisation et vacances.
➜ Pour les accueils de jour et de nuit, décrire les personnes différentes prises en charge au cours de la semaine du 16 au 22 décembre 2019.
➜ Le nombre de personnes accueillies décrites dans cette fiche doit correspondre à l'effectif des personnes accueillies inscrit dans la partie "Activité selon le mode d'accueil" de la fiche 2 « Activité de l'établissement », et rappelé dans la ligne ci-dessous à droite.
➜ Colonne G : Attention, le libellé de la commune sélectionnée ne s'affichera qu'après enregistrement du bordereau.
➜Attention, le tableau s'étend de la colonne A à la colonne AB.

Tableau n° **A0**

Nombre total de personnes âgées accueillies au 31/12/2019 **B0**
(valeur saisie sur la Fiche 2 « Activité de l'établissement »)

Nombre total de personnes accueillies au 31/12/2019, décrites dans la Fiche 4 **S0**
(Total toutes feuilles confondues. Les lignes vides ne sont pas comptabilisées.)

					Hébergement antérieur / Provenance								Variables évaluatives du niveau de perte d'autonomie Référence : guide de remplissage de la grille nationale AGGIR, annexe 2-1 du code de l'action sociale et des familles. **Ces colonnes ne sont pas à renseigner pour les résidents dont le GIR est de niveau 5 ou 6.**															
						Code **COMMUNE** Insee													Orientation		Cohérence							
N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Situation familiale	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Type	Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**	Mode d'accueil	Accueil spécifique	Protection juridique	Nature de la protection juridique	GIR	Transferts	Déplacements à l'intérieur	Toilette	Élimination	Habillage	Alimentation	Temps	Espace	Comportement	Communication	Aides au logement	Aide sociale à l'hébergement (ASH) 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans-? 1 = oui 0 = non 9 =ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénerative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Si la personne est entrée en 2019 date de réception du dossier de demande d'admission (JJ/MM/AAAA)	N° d'ordre de la personne
A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**		**H**	**I**	**J**	**K**	**L**	**M**	**N**	**O**	**P**	**Q**	**R**	**S**	**T**	**U**	**V**	**W**	**X**	**Y**	**Z**	**AA**	**AB**

NE PAS REMPLIR

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Situation familiale	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Type	Code **COMMUNE** Insee		Mode d'accueil	Accueil spécifique	Protection juridique	Nature de la protection juridique	GIR	Transferts	Déplacements à l'intérieur	Toilette	Élimination	Habillage	Alimentation	Orientation		Cohérence		Aides au logement	Aide sociale à l'hébergement (ASH) 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans-? 1 = oui 0 = non 9 =ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénerative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Si la personne est entrée en 2019 date de réception du dossier de demande d'admission (JJ/MM/AAAA)	N° d'ordre de la personne
						Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**												Temps	Espace	Comportement	Communication						

Pour ajouter des lignes supplémentaires, veuillez cliquer sur ⊞ , sur le bandeau en haut à gauche de la page ou dans la liste des bordereaux.

Commentaire : **A51**

NE PAS REMPLIR

Fiche 5 - Sorties définitives pour l'année 2019

Description des personnes sorties définitivement au cours de l'année 2019

Veuillez lire attentivement les consignes ci-dessous avant de renseigner le tableau :

➜ Il y a sortie définitive seulement si le lit ou le logement n'a pas été conservé pour la personne.

➜ Les changements de mode d'accueil au sein d'un même établissement ne doivent pas être considérés comme des sorties.

➜ Cette fiche concerne les personnes sorties définitivement entre le 1er janvier et le 31 décembre 2019.

➜ Pour l'hébergement temporaire, ne décrire pour une même personne que la dernière sortie de l'établissement.

➜ Le nombre de personnes sorties décrites dans cette fiche doit correspondre à l'effectif de personnes sorties inscrit dans la partie "Activité selon le mode d'accueil" de la fiche 2 « Activité de l'établissement », et rappelé dans la ligne ci-dessous à droite.

➜Colonne K : Attention, le libellé de la commune sélectionnée ne s'affichera qu'après enregistrement du bordereau.

➜Attention, le tableau s'étend de la colonne A à la colonne N.

Tableau n° **A0** _____
NUMTAB_SOR

Nombre de personnes sorties défitinivement en 2019 **B0** _____
(valeur saisie sur la Fiche 2 « Activité de l'établissement »)

Nombre total de personnes sorties définitivement de l'établissement au cours de l'année 2019, décrites dans la Fiche 5. **S0** _____
(Total toutes feuilles confondues. Les lignes vides ne sont pas comptabilisées.)

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	GIR	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Mode d'accueil avant la sortie	Accueil spécifique avant la sortie	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénérative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Provenance			Date de sortie définitive (JJ/MM/AAAA)	Motif de sortie définitive de l'établissement	Type de destination de la sortie défintive (pour les motifs de sortie 4 à 7)
									Type	Code **COMMUNE** Insee				
										Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**			
A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**	**J**	**K**		**L**	**M**	**N**

NE PAS REMPLIR

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	GIR	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Mode d'accueil avant la sortie	Accueil spécifique avant la sortie	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans-? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénérative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Type	Code **COMMUNE** Insee		Date de sortie définitive (JJ/MM/AAAA)	Motif de sortie définitive de l'établissement	Type de destination de la sortie défintive (pour les motifs de sortie 4 à 7)
										Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**			

Pour ajouter des lignes supplémentaires, veuillez cliquer sur +, sur le bandeau en haut à gauche de la page ou dans la liste des bordereaux.

Commentaire : **A51**

NE PAS REMPLIR

Fiche 6 - BÂTI

EHPAD		USLD		Résidence-Autonomie	
A01	☐ Oui	**A03**	☐ Oui	**A05**	☐ Oui
A02	☐ Non	**A04**	☐ Non	**A06**	☐ Non

Identification du propriétaire au 31/12/2019

Le propriétaire est-il le gestionnaire ? **A10** ◯ Oui ◯ Non

Le propriétaire de l'ensemble des bâtiments est : **A11** [ ]

Caractéristiques générales au 31/12/2019

L'établissement est composé de : **A20** [ ] **bâtiment(s)**

Surface SHON des bâtiments

		Surface en m²		
		Surface totale ⓘ	Dont espaces collectifs	Dont espaces privatifs
Ensemble des bâtiments	**21**	**A**	**B**	**C**

Surface extérieure accessible aux résidents : **A22** [ ] **m²**

Environnement des bâtiments

Implantation à proximité (moins de 500 mètres) des commerces ou des services **A23** ◯ Oui ◯ Non

Accessibilité aux transports collectifs ⓘ **A24** ◯ Oui ◯ Non

Transports mis en place par l'établissement **A25** ◯ Oui ◯ Non

Description des espaces privatifs au 31/12/2019

Type d'hébergement

Nombre de chambres à :			Nombre total de chambres ⓘ
1 lit ⓘ	2 lits	3 lits et plus	
A30	**B30**	**C30**	**D30**

Équipements sanitaires et confort de base

L'établissement comprend-t-il des chambres sans WC ? **A31** ◯ Oui ◯ Non

L'établissement comprend-t-il des chambres sans lavabo ? **A32** ◯ Oui ◯ Non

L'établissement comprend-t-il des chambres sans douche ? **A33** ◯ Oui ◯ Non

L'établissement dispose-t-il d'un accès à internet ? » **A34**
◯ Oui, dans l'ensemble de l'établissement.
◯ Oui, dans une partie de l'établissement.
◯ Non

Espaces réservés aux personnes âgées désorientées au 31/12/2019

Y a-t-il un ou des espaces réservés aux personnes âgées désorientées dans l'établissement ? **A40** ◯ Oui ◯ Non

Description de l'unité ou des unités réservée(s) aux personnes âgées désorientées, hors PASA et UHR :

		Espace dédié aux personnes désorientées hors PASA, hors UHR
Espace(s) fermé(s) (digicode, badge)	**41a**	◯ Oui ◯ Non
Espaces de vie intérieurs librement accessibles aux personnes âgées désorientées :		
salle à manger	**41b**	◯ Oui ◯ Non
espace salon / détente	**41c**	◯ Oui ◯ Non
espace d'activités adaptées	**41d**	◯ Oui ◯ Non
espace commun de bain, de soins et de « bien-être »	**41e**	◯ Oui ◯ Non
Espaces extérieurs attenants et librement accessibles aux personnes âgées désorientées (jardin, terrasse)	**41f**	◯ Oui ◯ Non
Surface hors œuvre nette (SHON) (hors jardin, hors terrasses de l'unité ou des unités	**41g**	[ ] m²
Surface totale (extérieur compris)	**41h**	[ ] m²

NE PAS REMPLIR

Description et localisation des espaces collectifs au 31/12/2019

Espaces de vie et de soins

			L'établissement dispose-t-il des espaces suivants ?			
Espaces de vie	un espace de restauration	**A50**	○	Oui	○	Non
	un salon aménagé	**A51**	○	Oui	○	Non
	chambre(s) d'accueil pour les familles	**A52**	○	Oui	○	Non
	une salle de bain ou une salle d'eau à usage collectif	**A53**	○	Oui	○	Non
	un espace pour les activités, les animations, les spectacles	**A54**	○	Oui	○	Non
	un espace télévision dédié	**A55**	○	Oui	○	Non
	un salon de coiffure / esthétique	**A56**	○	Oui	○	Non
	un jardin aménagé	**A57**	○	Oui	○	Non
Espaces de soins	un espace de kinésithérapie / rééducation	**A58**	○	Oui	○	Non
	un espace pour les soins médicaux	**A59**	○	Oui	○	Non
	présence d'un système adapté à la pesée (chaise-balance, système de pesée couplé au lève malade)	**A60**	○	Oui	○	Non
	une salle multisensorielle (type Snœlzen, balnéothérapie, bien-être, etc.)	**A61**	○	Oui	○	Non
Autres espaces	Chambre funéraire	**A62**	○	Oui	○	Non

Les espaces de vie commune de la structure sont-ils entièrement climatisés ?	**A63**	○	Oui	○	Non
Les espaces privatifs (chambres, logements) de la structure sont-ils climatisés ?	**A64**	○	Oui	○	Non

Accessibilité, travaux et autres au 31/12/2019

Accessiblité des bâtiments

Le bâtiment dispose-t-il de places de stationnement adaptées ?	**A70**	○	Oui	○	Non
roulant ?	**A71**	○	Oui	○	Non
Les étages et couloirs disposent-ils d'une signalétique particulière (dessin, couleur, etc.)autre ou en plus du nom ou numéro ?	**A72**	○	Oui	○	Non

Années de construction et années des derniers travaux

		Construction	Rénovation lourde* ou extension	Surface SHON en m²
		A	B	C
Bâtiment 1 (bâtiment principal)	**73**			
Bâtiment 2	**74**			
Bâtiment 3	**75**			
Bâtiment 4	**76**			
Bâtiment 5	**77**			

(*) 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) ?	**A78**	○	Oui	○	Non
L'établissement répond-il au label BBC (Bâtiment Basse Consommation) ?	**A79**	○	Oui	○	Non

Classification de l'établissement

Établissement recevant du public (ERP) de type U du 25 mai 1989	**A80**	○	Oui	○	Non
Établissement recevant du public (ERP) de type J du 19 novembre 2001	**A81**	○	Oui	○	Non

Commentaire **A90**

NE PAS REMPLIR

Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA 2019)

Questionnaire Résidence Autonomie

Afin d'enregistrer vos réponses, veuillez suivre le lien qui vous a été transmis par courriel et utilisez vos codes d'accès.
Attention, seul les versions électroniques du questionnaire seront prises en compte.

Fiche ident - Identification de l'établissement

Identification de l'établissement

Informations complétées avec les données du répertoire FINESS		Modifications éventuelles	
Numéro FINESS de l'établissement	A01		
Date d'ouverture de l'établissement (JJ/MM/AAAA)	A02	B02	
Numéro SIRET de l'établissement	A03	B03	
Nom ou raison sociale	A04	B04	
Adresse	A05	B05	
Complément d'adresse ou Boîte Postale	A06	B06	
Code postal	A07	B07	
Code commune	A08	B08	
Libellé commune	A09		
Téléphone (sans espace ni tiret)	A10	B10	
Adresse électronique	A11	B11	
Code de la catégorie FINESS	A12	B12	
Libellé de la catégorie FINESS	A13	B13	
Capacité installée indiquée dans FINESS	A14		

Entité juridique

Numéro FINESS de l'entité juridique	A15		
Nom ou raison sociale	A16	B16	
Code du statut	A17	B17	
Libellé du statut	A18	B18	

Personne qui remplit le questionnaire

Prénom	B19		Nom	B20	
(sans espace ni	B21		Adresse électronique	B22	
Commentaire	B23				

NE PAS REMPLIR

Fiche 1 - Caractéristiques de l'établissement

EHPAD	USLD	Résidence -autonomie
A01 ☐ Oui	**A03** ☐ Oui	**A05** ☐ Oui
A02 ☐ Non	**A04** ☐ Non	**A06** ☐ Non

Conventionnement

L'établissement a-t-il signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) au 31/12/2019 ? ⓘ	**A10**	Oui ○	Non ○
L'établissement a-t-il opté pour la perception d'un Forfait Soins ?	**A11**	Oui ○	Non ○
L'établissement perçoit-il un Forfait Autonomie ?	**A12**	Oui ○	Non ○
Si oui : Montant du forfait autonomie en euros :	**A12a**		
En 2019, le forfait autonomie de l'établissement a-t-il permis de financer des actions individuelles et collectives de prévention de la perte d'autonomie ?	**A13**	Oui ○	Non ○
Si oui, a-t-il permis de financer :			
le maintien et entretien des facultés (physiques, cognitives,…) ?	**A13a**	Oui ○	Non ○
des ateliers de prévention santé (nutrition, mémoire, sommeil,…) ?	**A13b**	Oui ○	Non ○
des actions visant à favoriser le lien social, améliorer le cadre de vie et repérer des fragilités ?	**A13c**	Oui ○	Non ○
des actions d'informations et de conseil en matière de prévention en santé et d'hygiène ?	**A13d**	Oui ○	Non ○
Ces actions ont-elles été ouvertes à d'autres personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement ?	**A13e**	Oui ○	Non ○
En 2019, le forfait autonomie de l'établissement a-t-il été mobilisé pour des dépenses de fonctionnement ou d'intervention de personnel ?	**A14**	Oui ○	Non ○
Si oui, a-t-il permis de financer :			
la rémunération de personnel (animateurs, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens ou autres) hors personnel de soins donnant lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale ?	**A14a**	Oui ○	Non ○
le recours à un ou plusieurs intervenants extérieurs ?	**A14b**	Oui ○	Non ○
le recours à une ou plusieurs personnes en service civique ?	**A14c**	Oui ○	Non ○

L'établissement a-t-il passé une convention, ou peut-il bénéficier par le biais de son rattachement à une structure sanitaire, de …

Une équipe mobile de soins palliatifs ?	**A15**	○ Oui, par le biais d'une convention. ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'une équipe de ce type. ○ Non
Si oui :		
Nombre d'interventions de l'équipe mobile auprès du personnel soignant de l'établissement en 2019	**A15a**	
Un réseau de santé en soins palliatifs (ou autre dispositif territorial de coordination disposant de compétences spécifiques en soins palliatifs)?	**A16**	○ Oui, par le biais d'une convention. ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'un réseau de ce type. ○ Non
Si oui :		
Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2019	**A16a**	

NE PAS REMPLIR

Une équipe mobile d'intervention gériatrique ? **A17**

- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'une équipe de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2019 **A17a** [ ]

Une équipe mobile psychiatrique ? **A18**

- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'une équipe de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2019 **A18a** [ ]

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 ») **A19**

- ○ Oui
- ○ Non

Aides et allocations

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

Habilitation totale ? **A20** Oui ○ Non ○

Si oui : Avez-vous signé une convention d'aide sociale (343-3-1)? **A20a** Oui ○ Non ○

Si oui : Nombre de places réservées aux bénéficiaires de l'aide sociale **A20b** [ ]

Habilitation partielle ? **A21** Oui ○ Non ○

Si oui : Nombre de places habilitées ⓘ **A21a** [ ]

Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement au 31/12/2019 **A22** [ ]

L'établissement accueille-t-il des bénéficiaires de l'ALS ? (allocation de logement sociale) **A23** Oui ○ Non ○

Si oui : Nombre de bénéficiaires de l'ALS au 31/12/2019 **A23a** [ ]

L'établissement bénéficie-t-il d'une convention relative à l'APL (aide personnalisée au logement) ? **A24** 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 31/12/2019 **A24a** [ ]

Aspects comptables et tarifaires

Hébergement

Tarif individuel en hébergement permanent

Redevance mensuelle moyenne ou tarif mensuel moyen pour un Type1bis (ou Type1 en l'absence de Type1bis) en décembre 2019 pour les places habilitées à l'aide sociale **A33** [ ]

Redevance mensuelle moyenne ou tarif mensuel moyen pour un Type1bis (ou Type1 en l'absence de Type1bis) en décembre 2019 pour les places non habilitées à l'aide social **A34** [ ]

Commentaire **A42** [ ]

NE PAS REMPLIR

Fiche 2 - Activité de l'établissement

EHPAD		USLD		Résidence -autonomie	
A01	☐ Oui	**A03**	☐ Oui	**A05**	☐ Oui
A02	☐ Non	**A04**	☐ Non	**A06**	☐ Non

Activité de l'établissement selon le mode d'accueil

		Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour	Accueil de nuit	**Total tous modes d'accueil**
		A	**B**	**C**	**D**	**E**
(a)	***Pour l'hébergement permanent et l'hébergement temporaire*** *: effectifs présents au 31/12/2019.* ***Pour l'accueil de jour et l'accueil de nuit*** *: nombre de personnes* ***différentes*** *prises en charge au cours de la semaine du 16 au 22 décembre 2019.*					
(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 2019.*					
Nombre de places installées au 31/12/2019	**10**					
Nombre total de personnes âgées accueillies au 31/12/2019 (a)	**11**					
Nombre de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs caractéristiques de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (diagnostiquées ou non) accueillies au 31/12/2019 (a)	**12**					
dont nombre de personnes âgées diagnostiquées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée accueillies au 31/12/2019 (a)	**12a**					
Nombre de personnes âgées accueillies au 31/12/2019 ayant eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans (a)	**13**					
Nombre de personnes entrées pour la première fois en 2019	**14**					
Nombre de personnes sorties définitivement en 2019 (b)	**15**					

Activité par type de logement

Type de logement		Nombre de logements occupés au 31/12/2019	Effectifs présents au 31/12/2019
		A	**B**
Type I ou Type I' ou F1	**16a**		
Type I bis ou F1 bis	**16b**		
Type II, III ou F2, F3	**16c**		
Total	**16d**		

La résidence autonomie accueille-t-elle d'autres publics que les personnes âgées ? **A17** Oui ○ Non ○

Si oui, la résidence autonomie accueille-t-elle :

des personnes en situation de handicap (ayant moins de 60 ans) ? **A17a** Oui ○ Non ○

des étudiants ? **A17b** Oui ○ Non ○

des jeunes travailleurs ? **A17c** Oui ○ Non ○

Autre ? Préciser. **A17d** ☐

En 2019, la résidence offre-t-elle les prestations suivantes ?

Prestations d'administration générale (dont état des lieux d'entrée et de sortie) **A18a** Oui ○ Non ○

Mise à disposition et entretien de locaux collectifs **A18b** Oui ○ Non ○

Offre d'actions collectives et individuelles de prévention de la perte d'autonomie au sein de l'établissement ou extérieur à celui-ci **A18c** Oui ○ Non ○

Accès à un dispositif de sécurité 24h/24h apportant aux résidents une assistance par tous moyens permettant de se signaler **A18d** Oui ○ Non ○

Prestations d'animation de la vie sociale (internes et externes) **A18e** Oui ○ Non ○

Accès à un service de restauration **A18f** ○ Oui, réalisé par le personnel de l'établissement ○ Oui, réalisé par un service externe à l'établissement ○ Non

Accès à un service de blanchisserie **A18g** ○ Oui, réalisé par le personnel de l'établissement ○ Oui, réalisé par un service externe à l'établissement ○ Non

Accès à internet **A18h** ○ Oui, réalisé par le personnel de l'établissement ○ Oui, réalisé par un service externe à l'établissement ○ Non

NE PAS REMPLIR

GIR et Pathos moyens pondérés

GIR moyen pondéré validé ⓘ	**A20**	
Dernier Pathos moyen pondéré réalisé par l'établissement ⓘ	**A21**	
Pathos moyen pondéré validé par l'ARS ⓘ	**A22**	
Année de la validation par l'ARS du Pathos moyen pondéré ⓘ	**A23**	

Admissions

Au cours de l'année 2019, la Commission d'admission a-t-elle refusé l'admission (alors qu'une place était disponible) :

de personnes désorientées ?	**A30**	Oui ◯	Non ◯
de personnes handicapées avançant en âge ?	**A31**	Oui ◯	Non ◯
de personnes âgées nécessitant une charge de soins importante ?	**A32**	Oui ◯	Non ◯
d'autres personnes âgées dépendantes (addiction, agressivité, troubles du comportement, troubles psychiatriques, etc.) ?	**A33**	Oui ◯	Non ◯
de personnes non solvables ?	**A34**	Oui ◯	Non ◯

Télémédecine

Les professionnels ou résidents de votre établissement bénéficient-ils d'actes médicaux à distance ?			
- de téléconsultation (acte médical qui se réalise en présence du patient, celui-ci dialoguant avec le médecin requérant et/ou le ou les médecins téléconsultants requis)	**A50**	◯ Oui	◯ Non
- de téléexpertise (acte diagnostique et/ou thérapeutique effectué par un professionnel médical sollicité à distance par un ou plusieurs professionnels pour donner son avis sur la base de données radiologiques ou biologiques figurant dans le dossier médical du patient, celui-ci étant absent)	**A51**	◯ Oui	◯ Non

L'équipe de la structure a-t-elle accès à un équipement de télémédecine extérieur à l'établissement pour une intervention auprès de ses propres résidents ?	**A52**	Oui ◯	Non ◯

Prévention de la maltraitance

Des outils de repérage des situations ou de risque de maltraitance ont-ils été mis en place ?	**A60**	Oui ◯	Non ◯
Des protocoles, procédures et/ou référentiels de gestion de situation ou des risques de maltraitance sont-ils formalisés et mis en œuvre ?	**A61**	Oui ◯	Non ◯
Existe-t-il un volet « Prévention de la Maltraitance » dans votre projet d'établissement ?	**A62**	Oui ◯	Non ◯
Effectif du personnel ayant suivi une formation spécifique sur la prévention et la gestion des situations de maltraitance	**A63**		

Commentaire **A85**

NE PAS REMPLIR

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

Ensemble du personnel en fonction dans l'établissement au 31/12/2019

Nombre de personnes en fonction au 31/12/2019	**A01**	
Equivalent temps plein (ETP) de l'ensemble du personnel en fonction	**A02**	

Présence des professionnels

Y a-t-il au moins un professionnel présent sur place 24h/24 et 7j/7 ?	**A10**	◯ Oui	◯ Non
Y a-t-il au moins un infirmier présent 24h/24 et 7j/7?	**A11**	◯ Oui	◯ Non
Si non : une astreinte d'infirmier est-elle assurée la nuit 7j/7 ?	**A12**	◯ Oui	◯ Non
Si oui : En cas d'astreinte, est-elle mutualisée entre plusieurs établissements ?	**A13**	◯ Oui	◯ Non
Y a-t-il au moins un aide-soignant présent 24h/24 et 7j/7?	**A14**	◯ Oui	◯ Non

Stagiaires et Bénévoles en 2019

L'établissement encadre-t-il des **stages pratiques** ? *(ensemble des stages, rémunérés ou non, hors stagiaires fonctionnaires)*	**A20**	◯ Oui	◯ Non
L'établissement accueille-t-il des **jeunes volontaires en service civique** ?	**A21**	◯ Oui	◯ Non
Des **personnes bénévoles** interviennent-elles dans l'établissement ? *(hors membres du conseil d'administration)*	**A22**	◯ Oui	◯ Non

Difficultés de recrutement durant l'année 2019

L'établissement rencontre-t-il des difficultés de recrutement ?	**A30**	◯ Oui	◯ Non

Si oui : Nombre de postes inscrits au tableau des emplois retenus mais non pourvus depuis au moins 6 mois au 31/12/2019
(ni par un titulaire, ni par un contractuel, ni par un personnel de remplacement, ni par un personnel en intérim, ni par un autre personnel)

Médecin coordonnateur	**A31**	
Infirmier	**A32**	
Aide-soignant	**A33**	
Accompagnant éducatif et social (ex AMP et AVS)	**A34**	
Autre	**A35**	

Personnel d'intérim durant le mois de décembre 2019

L'établissement emploie-t-il du personnel intérimaire? *(<u>non compris</u> le personnel remplaçant les titulaires en congé ou en disponibilité depuis 6 mois ou plus)*	**A40**	◯ Oui	◯ Non
Si oui : Aide-soignant	**A40a**	◯ Oui	◯ Non
Infirmier	**A40b**	◯ Oui	◯ Non
Autre	**A40c**	◯ Oui	◯ Non

Sous-traitance en 2019

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

ménage	**A50**	◯ Oui	◯ Non
blanchisserie	**A51**	◯ Oui	◯ Non
cuisine	**A52**	◯ Oui	◯ Non
entretien extérieur	**A53**	◯ Oui	◯ Non

Commentaire **A60**

NE PAS REMPLIR

Fiche 3b - Personnel en fonction au 31/12/2019

Description de l'ensemble du personnel en fonction dans l'établissement au 31/12/2019

Veuillez lire attentivement les consignes ci-dessous avant de renseigner le tableau :

Inclure :

- le personnel **en congé ou en disponibilité depuis moins de 6 mois** au 31/12/2019 *(le personnel remplaçant ne doit pas être décrit)*
- le personnel **remplaçant des personnes en congé ou disponibilité depuis 6 mois ou plus** au 31/12/2019
- le personnel **mis à disposition** de l'établissement
- le personnel en fonction dans l'établissement et **partagé** dans le cadre de coopération y compris les groupements de coopération sanitaire (GCS) et les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) [hors sous-traitance]
- les **congréganistes** non salariés
- le personnel des **CCAS** ou de la **mairie** qui gère, sur son poste de travail, un établissement pour personnes âgées
- le personnel payé par l'établissement à la **vacation**
- le personnel bénéficiant d'un **contrat "Parcours emploi compétence"** (ex contrat aidé)
- le personnel en **intérim**
- les **apprentis**
- les **stagiaires fonctionnaires**

Exclure :

- le personnel **en congé ou en disponibilité depuis 6 mois ou plus** au 31/12/2019
- le personnel **remplaçant des personnes en congé ou en disponibilité depuis moins de 6 mois** au 31/12/2019
- les intervenants exerçant une **activité libérale** dans l'établissement
- le personnel des sociétés de **sous-traitance**
- les **bénévoles**
- les **stagiaires** (sauf les stagiaires fonctionnaires)
- les **volontaires en service civique**

L'effectif et l'ETP de l'ensemble du personnel décrit dans cette fiche doivent correspondre à l'effectif et à l'ETP inscrits dans la partie « Ensemble du personnel en fonction dans l'établissement au 31/12/2019 » de la fiche 3a "Données agrégées sur le personnel de l'établissement", et rappelés dans les lignes ci-dessous à droite.

Tableau n° **A0**

Nombre de personnes en fonction au 31/12/2019 **B0**
(valeur saisie sur la Fiche3a "Données agrégées sur le personnel de l'établissement")

Nombre de personnes en fonction, décrites dans la Fiche 3b **S0**
(Total toutes feuilles confondues. Les lignes vides ne sont pas comptabilisées.)

ETP de l'ensemble du personnel en fonction au 31/12/2019 **C0**
(valeur saisie sur la Fiche3a "Données agrégées sur le personnel de l'établissement")

ETP des personnes décrites dans la Fiche 3b **T0**
(Total toutes feuilles confondues.)

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Année de naissance	Fonction principale exercée au 31/12/2019	Année d'entrée dans l'établissement	Statut ou type de contrat	Équivalent temps plein (ETP) au 31/12/2019	La personne travaille-t-elle ? 1 = Le jour uniquement 2 = La nuit uniquement 3 = En alternance	**A remplir uniquement si fonction principale (col. D) = 01, 02, 03, 15, 18, 20, 22, 36, 37.** Diplôme ou corps statutaire
A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**

NE PAS REMPLIR

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Année de naissance	Fonction principale exercée au 31/12/2019	Année d'entrée dans l'établissement	Statut ou type de contrat	Équivalent temps plein (ETP) au 31/12/2019	La personne travaille-t-elle ? 1 = Le jour uniquement 2 = La nuit uniquement 3 = En alternance	Diplôme ou corps statutaire

Pour ajouter des lignes supplémentaires, veuillez cliquer sur +, sur le bandeau en haut à gauche de la page ou dans la liste des bordereaux.

Commentaire : **A51**

NE PAS REMPLIR

Fiche 4 - Personnes accueillies - Effectifs présents au 31/12/2019

Description des personnes présentes au 31/12/2019

Veuillez lire attentivement les consignes ci-dessous avant de renseigner le tableau :

➜ Les effectifs présents au 31/12/2019 comprennent les personnes temporairement absentes, notamment pour hospitalisation et vacances.
➜ Pour les accueils de jour et de nuit, décrire les personnes différentes prises en charge au cours de la semaine du 16 au 22 décembre 2019.
➜ Le nombre de personnes accueillies décrites dans cette fiche doit correspondre à l'effectif des personnes accueillies inscrit dans la partie "Activité selon le mode d'accueil" de la fiche 2 « Activité de l'établissement », et rappelé dans la ligne ci-dessous à droite.
➜ Colonne G : Attention, le libellé de la commune sélectionnée ne s'affichera qu'après enregistrement du bordereau.
➜Attention, le tableau s'étend de la colonne A à la colonne AB.

Tableau n° **A0**

Nombre total de personnes âgées accueillies au 31/12/2019 **B0**
(valeur saisie sur la Fiche 2 « Activité de l'établissement »)

Nombre total de personnes accueillies au 31/12/2019, décrites dans la Fiche 4 **S0**
(Total toutes feuilles confondues. Les lignes vides ne sont pas comptabilisées.)

					Hébergement antérieur / Provenance								Variables évaluatives du niveau de perte d'autonomie Référence : guide de remplissage de la grille nationale AGGIR, annexe 2-1 du code de l'action sociale et des familles. **Ces colonnes ne sont pas à renseigner pour les résidents dont le GIR est de niveau 5 ou 6.**															
						Code **COMMUNE** Insee													Orientation		Cohérence							
N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Situation familiale	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Type	Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**	Mode d'accueil	Accueil spécifique	Protection juridique	Nature de la protection juridique	GIR	Transferts	Déplacements à l'intérieur	Toilette	Élimination	Habillage	Alimentation	Temps	Espace	Comportement	Communication	Aides au logement	Aide sociale à l'hébergement (ASH) 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans-? 1 = oui 0 = non 9 =ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénerative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Si la personne est entrée en 2019 date de réception du dossier de demande d'admission (JJ/MM/AAAA)	N° d'ordre de la personne
A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**		**H**	**I**	**J**	**K**	**L**	**M**	**N**	**O**	**P**	**Q**	**R**	**S**	**T**	**U**	**V**	**W**	**X**	**Y**	**Z**	**AA**	**AB**

NE PAS REMPLIR

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Situation familiale	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Type	Code **COMMUNE** Insee		Mode d'accueil	Accueil spécifique	Protection juridique	Nature de la protection juridique	GIR	Transferts	Déplacements à l'intérieur	Toilette	Élimination	Habillage	Alimentation	Orientation		Cohérence		Aides au logement	Aide sociale à l'hébergement (ASH) 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans-? 1 = oui 0 = non 9 =ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénerative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Si la personne est entrée en 2019 date de réception du dossier de demande d'admission (JJ/MM/AAAA)	N° d'ordre de la personne
						Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**												Temps	Espace	Comportement	Communication						

Pour ajouter des lignes supplémentaires, veuillez cliquer sur ⊞ , sur le bandeau en haut à gauche de la page ou dans la liste des bordereaux.

Commentaire : **A51**

NE PAS REMPLIR

Fiche 5 - Sorties définitives pour l'année 2019

Description des personnes sorties définitivement au cours de l'année 2019

Veuillez lire attentivement les consignes ci-dessous avant de renseigner le tableau :

➜ Il y a sortie définitive seulement si le lit ou le logement n'a pas été conservé pour la personne.

➜ Les changements de mode d'accueil au sein d'un même établissement ne doivent pas être considérés comme des sorties.

➜ Cette fiche concerne les personnes sorties définitivement entre le 1er janvier et le 31 décembre 2019.

➜ Pour l'hébergement temporaire, ne décrire pour une même personne que la dernière sortie de l'établissement.

➜ Le nombre de personnes sorties décrites dans cette fiche doit correspondre à l'effectif de personnes sorties inscrit dans la partie "Activité selon le mode d'accueil" de la fiche 2 « Activité de l'établissement », et rappelé dans la ligne ci-dessous à droite.

➜Colonne K : Attention, le libellé de la commune sélectionnée ne s'affichera qu'après enregistrement du bordereau.

➜Attention, le tableau s'étend de la colonne A à la colonne N.

Tableau n° **A0** _____
NUMTAB_SOR

Nombre de personnes sorties défitinivement en 2019 **B0** _____
(valeur saisie sur la Fiche 2 « Activité de l'établissement »)

Nombre total de personnes sorties définitivement de l'établissement au cours de l'année 2019, décrites dans la Fiche 5. **S0** _____
(Total toutes feuilles confondues. Les lignes vides ne sont pas comptabilisées.)

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	GIR	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Mode d'accueil avant la sortie	Accueil spécifique avant la sortie	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénérative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Provenance			Date de sortie définitive (JJ/MM/AAAA)	Motif de sortie définitive de l'établissement	Type de destination de la sortie défintive (pour les motifs de sortie 4 à 7)
									Type	Code **COMMUNE** Insee				
										Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**			
A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**	**J**	**K**		**L**	**M**	**N**

NE PAS REMPLIR

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	GIR	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Mode d'accueil avant la sortie	Accueil spécifique avant la sortie	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans-? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénérative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Type	Code **COMMUNE** Insee		Date de sortie définitive (JJ/MM/AAAA)	Motif de sortie définitive de l'établissement	Type de destination de la sortie défintive (pour les motifs de sortie 4 à 7)
										Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**			

Pour ajouter des lignes supplémentaires, veuillez cliquer sur +, sur le bandeau en haut à gauche de la page ou dans la liste des bordereaux.

Commentaire : **A51**

NE PAS REMPLIR

Fiche 6 - BÂTI

EHPAD		USLD		Résidence-Autonomie	
A01	☐ Oui	**A03**	☐ Oui	**A05**	☐ Oui
A02	☐ Non	**A04**	☐ Non	**A06**	☐ Non

Identification du propriétaire au 31/12/2019

Le propriétaire est-il le gestionnaire ?	**A10**	○	Oui	○	Non
Le propriétaire de l'ensemble des bâtiments est :	**A11**				

Caractéristiques générales au 31/12/2019

L'établissement est composé de : **A20** ☐ **bâtiment(s)**

Surface SHON des bâtiments

		Surface en m²		
		Surface totale ⓘ	Dont espaces collectifs	Dont espaces privatifs
Ensemble des bâtiments	**21**	**A**	**B**	**C**

Surface extérieure accessible aux résidents : **A22** ☐ **m²**

Environnement des bâtiments

Implantation à proximité (moins de 500 mètres) des commerces ou des services	**A23**	○	Oui	○	Non
Accessibilité aux transports collectifs ⓘ	**A24**	○	Oui	○	Non
Transports mis en place par l'établissement	**A25**	○	Oui	○	Non

Description et localisation des espaces collectifs au 31/12/2019

Espaces de vie et de soins

			L'établissement dispose-t-il des espaces suivants ?			
Espaces de vie	un espace de restauration	**A50**	○	Oui	○	Non
	un salon aménagé	**A51**	○	Oui	○	Non
	chambre(s) d'accueil pour les familles	**A52**	○	Oui	○	Non
	une salle de bain ou une salle d'eau à usage collectif	**A53**	○	Oui	○	Non
	un espace pour les activités, les animations, les spectacles	**A54**	○	Oui	○	Non
	un espace télévision dédié	**A55**	○	Oui	○	Non
	un salon de coiffure / esthétique	**A56**	○	Oui	○	Non
	un jardin aménagé	**A57**	○	Oui	○	Non
Espaces de soins	un espace de kinésithérapie / rééducation	**A58**	○	Oui	○	Non
	un espace pour les soins médicaux	**A59**	○	Oui	○	Non
	présence d'un système adapté à la pesée (chaise-balance, système de pesée couplé au lève malade)	**A60**	○	Oui	○	Non
	une salle multisensorielle (type Snœlzen, balnéothérapie, bien-être, etc.)	**A61**	○	Oui	○	Non
Autres espaces	Chambre funéraire	**A62**	○	Oui	○	Non

Les espaces de vie commune de la structure sont-ils entièrement climatisés ?	**A63**	○	Oui	○	Non
Les espaces privatifs (chambres, logements) de la structure sont-ils climatisés ?	**A64**	○	Oui	○	Non

Accessibilité, travaux et autres au 31/12/2019

Accessiblité des bâtiments

Le bâtiment dispose-t-il de places de stationnement adaptées ?	**A70**	○	Oui	○	Non
roulant ?	**A71**	○	Oui	○	Non
Les étages et couloirs disposent-ils d'une signalétique particulière (dessin, couleur, etc.)autre ou en plus du nom ou numéro ?	**A72**	○	Oui	○	Non

Années de construction et années des derniers travaux

Construction	**Rénovation lourde* ou extension**	**Surface SHON en m²**

NE PAS REMPLIR

		A	B	C
Bâtiment 1 (bâtiment principal)	**73**			
Bâtiment 2	**74**			
Bâtiment 3	**75**			
Bâtiment 4	**76**			
Bâtiment 5	**77**			

(*) 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) ? **A78** ◯ Oui ◯ Non

L'établissement répond-il au label BBC (Bâtiment Basse Consommation) ? **A79** ◯ Oui ◯ Non

Commentaire **A90**

NE PAS REMPLIR

Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA 2019)

Questionnaire Autres établissements

Afin d'enregistrer vos réponses, veuillez suivre le lien qui vous a été transmis par courriel et utilisez vos codes d'accès.
Attention, seul les versions électroniques du questionnaire seront prises en compte.

Fiche ident - Identification de l'établissement

Identification de l'établissement

Informations complétées avec les données du répertoire FINESS			Modifications éventuelles	
Numéro FINESS de l'établissement	A01			
Date d'ouverture de l'établissement (JJ/MM/AAAA)	A02		B02	
Numéro SIRET de l'établissement	A03		B03	
Nom ou raison sociale	A04		B04	
Adresse	A05		B05	
Complément d'adresse ou Boîte Postale	A06		B06	
Code postal	A07		B07	
Code commune	A08		B08	
Libellé commune	A09			
Téléphone (sans espace ni tiret)	A10		B10	
Adresse électronique	A11		B11	
Code de la catégorie FINESS	A12		B12	
Libellé de la catégorie FINESS	A13		B13	
Capacité installée indiquée dans FINESS	A14			

Entité juridique

Numéro FINESS de l'entité juridique	A15			
Nom ou raison sociale	A16		B16	
Code du statut	A17		B17	
Libellé du statut	A18		B18	

Personne qui remplit le questionnaire

Prénom	B19		Nom	B20	
(sans espace ni	B21		Adresse électronique	B22	
Commentaire	B23				

Pré-remplissage du questionnaire et transmission des données

Dans l'objectif de faciliter le remplissage du questionnaire EHPA et de limiter les questions faisant doublon avec d'autres relevés de données, plusieurs variables ont été pré-renseignées avec des données issues d'autres sources. Le symbole , accolé aux variables pré-saisies, précise la source mobilisée (données du répertoire FINESS, du portail pour les personnes âgées et le tableau de bord de la performance du secteur médico-social). Nous vous remercions par avance à veiller à l'exactitude des données pré-saisies et, le cas échéant, à corriger les données erronées.

Par ailleurs, la DREES propose également de transmettre, avec votre accord, certaines données du questionnaire EHPA afin de pré-remplir directement le Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social.

B24 ☐ En cochant cette case, j'accepte que mes données soient transmises à l'ATIH pour pré-renseigner certaines variables du tableau de bord de la performance.

NE PAS REMPLIR

Fiche 1 - Caractéristiques de l'établissement

EHPAD	USLD	Résidence -autonomie
A01 ☐ Oui	**A03** ☐ Oui	**A05** ☐ Oui
A02 ☐ Non	**A04** ☐ Non	**A06** ☐ Non

Conventionnement

L'établissement a-t-il signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) au 31/12/2019 ? ⓘ **A10** Oui ○ Non ○

L'établissement a-t-il passé une convention, ou peut-il bénéficier par le biais de son rattachement à une structure sanitaire, de …

Une équipe mobile de soins palliatifs ? **A15**
- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'une équipe de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre d'interventions de l'équipe mobile auprès du personnel soignant de l'établissement en 2019 **A15a** ☐

Un réseau de santé en soins palliatifs (ou autre dispositif territorial de coordination disposant de compétences spécifiques en soins palliatifs)? **A16**
- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'un réseau de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2019 **A16a** ☐

Une équipe mobile d'intervention gériatrique ? **A17**
- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'une équipe de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2019 **A17a** ☐

Une équipe mobile psychiatrique ? **A18**
- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'une équipe de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2019 **A18a** ☐

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 ») **A19**
- ○ Oui
- ○ Non

NE PAS REMPLIR

Aides et allocations

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

Habilitation totale ? **A20** Oui ◯ Non ◯

Si oui : Avez-vous signé une convention d'aide sociale (343-3-1)? **A20a** Oui ◯ Non ◯

Si oui : Nombre de places réservées aux bénéficiaires de l'aide sociale **A20b** [ ]

Habilitation partielle ? **A21** Oui ◯ Non ◯

Si oui : Nombre de places habilitées ⓘ **A21a** [ ]

Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement au 31/12/2019 **A22** [ ]

L'établissement accueille-t-il des bénéficiaires de l'ALS ? (allocation de logement sociale) **A23** Oui ◯ Non ◯

Si oui : Nombre de bénéficiaires de l'ALS au 31/12/2019 **A23a** [ ]

L'établissement bénéficie-t-il d'une convention relative à l'APL (aide personnalisée au logement) ? **A24** 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 31/12/2019 **A24a** [ ]

L'établissement est-il sous dotation globale pour l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) ? **A25** 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 31/12/2019 **A25a** [ ]

Aspects comptables et tarifaires

Hébergement

Tarif individuel en hébergement permanent

Tarif hébergement journalier moyen, en chambre simple, TTC, pour les places habilitées à l'aide sociale au 31/12/2019 ⓘ **A30** [ ]

Tarif hébergement journalier moyen, en chambre simple, TTC, pour les places habilitées à l'aide sociale occupées par des personnes non bénéficiaires de l'aide sociale **A31** [ ]

Tarif hébergement journalier moyen, en chambre simple, TTC, pour les places non habilitées à l'aide sociale au 31/12/2019 **A32** [ ]

Dépendance

Tarif individuel dépendance journalier TTC au 31/12/2019 ⓘ

GIR 1-2 **A35** [ ]

GIR 3-4 **A36** [ ]

GIR 5-6 **A37** [ ]

Commentaire **A42** [ ]

NE PAS REMPLIR

Fiche 2 - Activité de l'établissement

EHPAD		USLD		Résidence -autonomie	
A01	☐ Oui	A03	☐ Oui	A05	☐ Oui
A02	☐ Non	A04	☐ Non	A06	☐ Non

Activité de l'établissement selon le mode d'accueil

		Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour	Accueil de nuit	Total tous modes d'accueil
		A	B	C	D	E
(a)	***Pour l'hébergement permanent et l'hébergement temporaire*** *: effectifs présents au 31/12/2019.* ***Pour l'accueil de jour et l'accueil de nuit*** *: nombre de personnes* ***différentes*** *prises en charge au cours de la semaine du 16 au 22 décembre 2019.*					
(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 2019.*					
Nombre de places installées au 31/12/2019	**10**					
Nombre total de personnes âgées accueillies au 31/12/2019 (a)	**11**					
Nombre de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs caractéristiques de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (diagnostiquées ou non) accueillies au 31/12/2019 (a)	**12**					
dont nombre de personnes âgées diagnostiquées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée accueillies au 31/12/2019 (a)	**12a**					
Nombre de personnes âgées accueillies au 31/12/2019 ayant eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans (a)	**13**					
Nombre de personnes entrées pour la première fois en 2019	**14**					
Nombre de personnes sorties définitivement en 2019 (b)	**15**					

GIR et Pathos moyens pondérés

GIR moyen pondéré validé ⓘ	**A20**	
Dernier Pathos moyen pondéré réalisé par l'établissement ⓘ	**A21**	
Pathos moyen pondéré validé par l'ARS ⓘ	**A22**	
Année de la validation par l'ARS du Pathos moyen pondéré ⓘ	**A23**	

Admissions

Au cours de l'année 2019, la Commission d'admission a-t-elle refusé l'admission (alors qu'une place était disponible) :

de personnes désorientées ?	**A30**	Oui ◯	Non ◯
de personnes handicapées avançant en âge ?	**A31**	Oui ◯	Non ◯
de personnes âgées nécessitant une charge de soins importante ?	**A32**	Oui ◯	Non ◯
d'autres personnes âgées dépendantes (addiction, agressivité, troubles du comportement, troubles psychiatriques, etc.) ?	**A33**	Oui ◯	Non ◯
de personnes non solvables ?	**A34**	Oui ◯	Non ◯

Télémédecine

Les professionnels ou résidents de votre établissement bénéficient-ils d'actes médicaux à distance ?			
- de téléconsultation (acte médical qui se réalise en présence du patient, celui-ci dialoguant avec le médecin requérant et/ou le ou les médecins téléconsultants requis)	**A50**	◯ Oui	◯ Non
- de téléexpertise (acte diagnostique et/ou thérapeutique effectué par un professionnel médical sollicité à distance par un ou plusieurs professionnels pour donner son avis sur la base de données radiologiques ou biologiques figurant dans le dossier médical du patient, celui-ci étant absent)	**A51**	◯ Oui	◯ Non

L'équipe de la structure a-t-elle accès à un équipement de télémédecine extérieur à l'établissement pour une intervention auprès de ses propres résidents ?	**A52**	Oui ◯	Non ◯

Prévention de la maltraitance

Des outils de repérage des situations ou de risque de maltraitance ont-ils été mis en place ?	**A60**	Oui ◯	Non ◯
Des protocoles, procédures et/ou référentiels de gestion de situation ou des risques de maltraitance sont-ils formalisés et mis en œuvre ?	**A61**	Oui ◯	Non ◯
Existe-t-il un volet « Prévention de la Maltraitance » dans votre projet d'établissement ?	**A62**	Oui ◯	Non ◯
Effectif du personnel ayant suivi une formation spécifique sur la prévention et la gestion des situations de maltraitance	**A63**		

Commentaire **A85**

NE PAS REMPLIR

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

Ensemble du personnel en fonction dans l'établissement au 31/12/2019

Nombre de personnes en fonction au 31/12/2019	**A01**	
Equivalent temps plein (ETP) de l'ensemble du personnel en fonction	**A02**	

Présence des professionnels

Y a-t-il au moins un professionnel présent sur place 24h/24 et 7j/7 ?	**A10**	◯ Oui	◯ Non
Y a-t-il au moins un infirmier présent 24h/24 et 7j/7?	**A11**	◯ Oui	◯ Non
Si non : une astreinte d'infirmier est-elle assurée la nuit 7j/7 ?	**A12**	◯ Oui	◯ Non
Si oui : En cas d'astreinte, est-elle mutualisée entre plusieurs établissements ?	**A13**	◯ Oui	◯ Non
Y a-t-il au moins un aide-soignant présent 24h/24 et 7j/7?	**A14**	◯ Oui	◯ Non

Stagiaires et Bénévoles en 2019

L'établissement encadre-t-il des **stages pratiques** ? *(ensemble des stages, rémunérés ou non, hors stagiaires fonctionnaires)*	**A20**	◯ Oui	◯ Non
L'établissement accueille-t-il des **jeunes volontaires en service civique** ?	**A21**	◯ Oui	◯ Non
Des **personnes bénévoles** interviennent-elles dans l'établissement ? *(hors membres du conseil d'administration)*	**A22**	◯ Oui	◯ Non

Difficultés de recrutement durant l'année 2019

L'établissement rencontre-t-il des difficultés de recrutement ?	**A30**	◯ Oui	◯ Non

Si oui : Nombre de postes inscrits au tableau des emplois retenus mais non pourvus depuis au moins 6 mois au 31/12/2019
(ni par un titulaire, ni par un contractuel, ni par un personnel de remplacement, ni par un personnel en intérim, ni par un autre personnel)

Médecin coordonnateur	**A31**	
Infirmier	**A32**	
Aide-soignant	**A33**	
Accompagnant éducatif et social (ex AMP et AVS)	**A34**	
Autre	**A35**	

Personnel d'intérim durant le mois de décembre 2019

L'établissement emploie-t-il du personnel intérimaire? *(non compris le personnel remplaçant les titulaires en congé ou en disponibilité depuis 6 mois ou plus)*	**A40**	◯ Oui	◯ Non
Si oui : Aide-soignant	**A40a**	◯ Oui	◯ Non
Infirmier	**A40b**	◯ Oui	◯ Non
Autre	**A40c**	◯ Oui	◯ Non

Sous-traitance en 2019

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

ménage	**A50**	◯ Oui	◯ Non
blanchisserie	**A51**	◯ Oui	◯ Non
cuisine	**A52**	◯ Oui	◯ Non
entretien extérieur	**A53**	◯ Oui	◯ Non

Commentaire **A60**

NE PAS REMPLIR

Fiche 3b - Personnel en fonction au 31/12/2019

Description de l'ensemble du personnel en fonction dans l'établissement au 31/12/2019

Veuillez lire attentivement les consignes ci-dessous avant de renseigner le tableau :

Inclure :

- le personnel **en congé ou en disponibilité depuis moins de 6 mois** au 31/12/2019 *(le personnel remplaçant ne doit pas être décrit)*
- le personnel **remplaçant des personnes en congé ou disponibilité depuis 6 mois ou plus** au 31/12/2019
- le personnel **mis à disposition** de l'établissement
- le personnel en fonction dans l'établissement et **partagé** dans le cadre de coopération y compris les groupements de coopération sanitaire (GCS) et les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) [hors sous-traitance]
- les **congréganistes** non salariés
- le personnel des **CCAS** ou de la **mairie** qui gère, sur son poste de travail, un établissement pour personnes âgées
- le personnel payé par l'établissement à la **vacation**
- le personnel bénéficiant d'un **contrat "Parcours emploi compétence"** (ex contrat aidé)
- le personnel en **intérim**
- les **apprentis**
- les **stagiaires fonctionnaires**

Exclure :

- le personnel **en congé ou en disponibilité depuis 6 mois ou plus** au 31/12/2019
- le personnel **remplaçant des personnes en congé ou en disponibilité depuis moins de 6 mois** au 31/12/2019
- les intervenants exerçant une **activité libérale** dans l'établissement
- le personnel des sociétés de **sous-traitance**
- les **bénévoles**
- les **stagiaires** (sauf les stagiaires fonctionnaires)
- les **volontaires en service civique**

L'effectif et l'ETP de l'ensemble du personnel décrit dans cette fiche doivent correspondre à l'effectif et à l'ETP inscrits dans la partie « Ensemble du personnel en fonction dans l'établissement au 31/12/2019 » de la fiche 3a "Données agrégées sur le personnel de l'établissement", et rappelés dans les lignes ci-dessous à droite.

Tableau n° **A0**

Nombre de personnes en fonction au 31/12/2019 **B0**
(valeur saisie sur la Fiche3a "Données agrégées sur le personnel de l'établissement")

Nombre de personnes en fonction, décrites dans la Fiche 3b **S0**
(Total toutes feuilles confondues. Les lignes vides ne sont pas comptabilisées.)

ETP de l'ensemble du personnel en fonction au 31/12/2019 **C0**
(valeur saisie sur la Fiche3a "Données agrégées sur le personnel de l'établissement")

ETP des personnes décrites dans la Fiche 3b **T0**
(Total toutes feuilles confondues.)

								A remplir uniquement si fonction principale (col. D) = 01, 02, 03, 15, 18, 20, 22, 36, 37.
N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Année de naissance	Fonction principale exercée au 31/12/2019	Année d'entrée dans l'établissement	Statut ou type de contrat	Équivalent temps plein (ETP) au 31/12/2019	La personne travaille-t-elle ? 1 = Le jour uniquement 2 = La nuit uniquement 3 = En alternance	Diplôme ou corps statutaire
A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**

NE PAS REMPLIR

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Année de naissance	Fonction principale exercée au 31/12/2019	Année d'entrée dans l'établissement	Statut ou type de contrat	Équivalent temps plein (ETP) au 31/12/2019	La personne travaille-t-elle ? 1 = Le jour uniquement 2 = La nuit uniquement 3 = En alternance	Diplôme ou corps statutaire

Pour ajouter des lignes supplémentaires, veuillez cliquer sur +, sur le bandeau en haut à gauche de la page ou dans la liste des bordereaux.

Commentaire : **A51**

NE PAS REMPLIR

Fiche 4 - Personnes accueillies - Effectifs présents au 31/12/2019

Description des personnes présentes au 31/12/2019

Veuillez lire attentivement les consignes ci-dessous avant de renseigner le tableau :

➜ Les effectifs présents au 31/12/2019 comprennent les personnes temporairement absentes, notamment pour hospitalisation et vacances.
➜ Pour les accueils de jour et de nuit, décrire les personnes différentes prises en charge au cours de la semaine du 16 au 22 décembre 2019.
➜ Le nombre de personnes accueillies décrites dans cette fiche doit correspondre à l'effectif des personnes accueillies inscrit dans la partie "Activité selon le mode d'accueil" de la fiche 2 « Activité de l'établissement », et rappelé dans la ligne ci-dessous à droite.
➜ Colonne G : Attention, le libellé de la commune sélectionnée ne s'affichera qu'après enregistrement du bordereau.
➜Attention, le tableau s'étend de la colonne A à la colonne AB.

Tableau n° **A0**

Nombre total de personnes âgées accueillies au 31/12/2019 **B0**
(valeur saisie sur la Fiche 2 « Activité de l'établissement »)

Nombre total de personnes accueillies au 31/12/2019, décrites dans la Fiche 4 **S0**
(Total toutes feuilles confondues. Les lignes vides ne sont pas comptabilisées.)

					Hébergement antérieur / Provenance								Variables évaluatives du niveau de perte d'autonomie Référence : guide de remplissage de la grille nationale AGGIR, annexe 2-1 du code de l'action sociale et des familles. **Ces colonnes ne sont pas à renseigner pour les résidents dont le GIR est de niveau 5 ou 6.**																
						Code **COMMUNE** Insee													Orientation		Cohérence								
N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Situation familiale	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Type	Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**	Mode d'accueil	Accueil spécifique	Protection juridique	Nature de la protection juridique	GIR	Transferts	Déplacements à l'intérieur	Toilette	Élimination	Habillage	Alimentation	Temps	Espace	Comportement	Communication	Aides au logement	Aide sociale à l'hébergement (ASH) 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans-? 1 = oui 0 = non 9 =ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénerative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Si la personne est entrée en 2019 date de réception du dossier de demande d'admission (JJ/MM/AAAA)	N° d'ordre de la personne
A	B	C	D	E	F	G		H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB

NE PAS REMPLIR

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Situation familiale	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Type	Code **COMMUNE** Insee		Mode d'accueil	Accueil spécifique	Protection juridique	Nature de la protection juridique	GIR	Transferts	Déplacements à l'intérieur	Toilette	Élimination	Habillage	Alimentation	Orientation		Cohérence		Aides au logement	Aide sociale à l'hébergement (ASH) 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans-? 1 = oui 0 = non 9 =ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénerative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Si la personne est entrée en 2019 date de réception du dossier de demande d'admission (JJ/MM/AAAA)	N° d'ordre de la personne
						Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**												Temps	Espace	Comportement	Communication						

Pour ajouter des lignes supplémentaires, veuillez cliquer sur ⊞ , sur le bandeau en haut à gauche de la page ou dans la liste des bordereaux.

Commentaire : **A51**

NE PAS REMPLIR

Fiche 5 - Sorties définitives pour l'année 2019

Description des personnes sorties définitivement au cours de l'année 2019

Veuillez lire attentivement les consignes ci-dessous avant de renseigner le tableau :

➜ Il y a sortie définitive seulement si le lit ou le logement n'a pas été conservé pour la personne.

➜ Les changements de mode d'accueil au sein d'un même établissement ne doivent pas être considérés comme des sorties.

➜ Cette fiche concerne les personnes sorties définitivement entre le 1er janvier et le 31 décembre 2019.

➜ Pour l'hébergement temporaire, ne décrire pour une même personne que la dernière sortie de l'établissement.

➜ Le nombre de personnes sorties décrites dans cette fiche doit correspondre à l'effectif de personnes sorties inscrit dans la partie "Activité selon le mode d'accueil" de la fiche 2 « Activité de l'établissement », et rappelé dans la ligne ci-dessous à droite.

➜Colonne K : Attention, le libellé de la commune sélectionnée ne s'affichera qu'après enregistrement du bordereau.

➜Attention, le tableau s'étend de la colonne A à la colonne N.

Tableau n° **A0** NUMTAB_SOR

Nombre de personnes sorties défitinivement en 2019 **B0**
(valeur saisie sur la Fiche 2 « Activité de l'établissement »)

Nombre total de personnes sorties définitivement de l'établissement au cours de l'année 2019, décrites dans la Fiche 5. **S0**
(Total toutes feuilles confondues. Les lignes vides ne sont pas comptabilisées.)

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	GIR	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Mode d'accueil avant la sortie	Accueil spécifique avant la sortie	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans-? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénérative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Provenance			Date de sortie définitive (JJ/MM/AAAA)	Motif de sortie définitive de l'établissement	Type de destination de la sortie défintive (pour les motifs de sortie 4 à 7)
									Type	Code **COMMUNE** Insee				
										Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**			
A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**	**J**	**K**		**L**	**M**	**N**

NE PAS REMPLIR

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	GIR	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Mode d'accueil avant la sortie	Accueil spécifique avant la sortie	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans-? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénérative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Type	Code **COMMUNE** Insee		Date de sortie définitive (JJ/MM/AAAA)	Motif de sortie définitive de l'établissement	Type de destination de la sortie défintive (pour les motifs de sortie 4 à 7)
										Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**			

Pour ajouter des lignes supplémentaires, veuillez cliquer sur +, sur le bandeau en haut à gauche de la page ou dans la liste des bordereaux.

Commentaire : **A51**

NE PAS REMPLIR

Fiche 6 - BÂTI

EHPAD		USLD		Résidence-Autonomie	
A01	☐ Oui	**A03**	☐ Oui	**A05**	☐ Oui
A02	☐ Non	**A04**	☐ Non	**A06**	☐ Non

Identification du propriétaire au 31/12/2019

Le propriétaire est-il le gestionnaire ? **A10** ○ Oui ○ Non

Le propriétaire de l'ensemble des bâtiments est : **A11** [ ]

Caractéristiques générales au 31/12/2019

L'établissement est composé de : **A20** [ ] **bâtiment(s)**

Surface SHON des bâtiments

		Surface en m²		
		Surface totale ⓘ	Dont espaces collectifs	Dont espaces privatifs
Ensemble des bâtiments	**21**	**A**	**B**	**C**

Surface extérieure accessible aux résidents : **A22** [ ] **m²**

Environnement des bâtiments

Implantation à proximité (moins de 500 mètres) des commerces ou des services	**A23**	○ Oui	○ Non
Accessibilité aux transports collectifs ⓘ	**A24**	○ Oui	○ Non
Transports mis en place par l'établissement	**A25**	○ Oui	○ Non

Description et localisation des espaces collectifs au 31/12/2019

Espaces de vie et de soins

			L'établissement dispose-t-il des espaces suivants ?	
Espaces de vie	un espace de restauration	**A50**	○ Oui	○ Non
	un salon aménagé	**A51**	○ Oui	○ Non
	chambre(s) d'accueil pour les familles	**A52**	○ Oui	○ Non
	une salle de bain ou une salle d'eau à usage collectif	**A53**	○ Oui	○ Non
	un espace pour les activités, les animations, les spectacles	**A54**	○ Oui	○ Non
	un espace télévision dédié	**A55**	○ Oui	○ Non
	un salon de coiffure / esthétique	**A56**	○ Oui	○ Non
	un jardin aménagé	**A57**	○ Oui	○ Non
Espaces de soins	un espace de kinésithérapie / rééducation	**A58**	○ Oui	○ Non
	un espace pour les soins médicaux	**A59**	○ Oui	○ Non
	présence d'un système adapté à la pesée (chaise-balance, système de pesée couplé au lève malade)	**A60**	○ Oui	○ Non
	une salle multisensorielle (type Snœlzen, balnéothérapie, bien-être, etc.)	**A61**	○ Oui	○ Non
Autres espaces	Chambre funéraire	**A62**	○ Oui	○ Non

Les espaces de vie commune de la structure sont-ils entièrement climatisés ? **A63** ○ Oui ○ Non

Les espaces privatifs (chambres, logements) de la structure sont-ils climatisés ? **A64** ○ Oui ○ Non

NE PAS REMPLIR

Accessibilité, travaux et autres au 31/12/2019

Accessiblité des bâtiments

Le bâtiment dispose-t-il de places de stationnement adaptées ?	**A70**	○	Oui	○	Non
roulant ?	**A71**	○	Oui	○	Non
Les étages et couloirs disposent-ils d'une signalétique particulière (dessin, couleur, etc.)autre ou en plus du nom ou numéro ?	**A72**	○	Oui	○	Non

Années de construction et années des derniers travaux

		Construction	Rénovation lourde* ou extension	Surface SHON en m²
		A	B	C
Bâtiment 1 (bâtiment principal)	**73**			
Bâtiment 2	**74**			
Bâtiment 3	**75**			
Bâtiment 4	**76**			
Bâtiment 5	**77**			

(*) 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) ?	**A78**	○	Oui	○	Non
L'établissement répond-il au label BBC (Bâtiment Basse Consommation) ?	**A79**	○	Oui	○	Non

Commentaire **A90**

NE PAS REMPLIR

Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA 2019)

Questionnaire USLD

Afin d'enregistrer vos réponses, veuillez suivre le lien qui vous a été transmis par courriel et utilisez vos codes d'accès.
Attention, seul les versions électroniques du questionnaire seront prises en compte.

Fiche ident - Identification de l'établissement

Identification de l'établissement

Informations complétées avec les données du répertoire FINESS		Modifications éventuelles	
Numéro FINESS de l'établissement	A01		
Date d'ouverture de l'établissement (JJ/MM/AAAA)	A02	B02	
Numéro SIRET de l'établissement	A03	B03	
Nom ou raison sociale	A04	B04	
Adresse	A05	B05	
Complément d'adresse ou Boîte Postale	A06	B06	
Code postal	A07	B07	
Code commune	A08	B08	
Libellé commune	A09		
Téléphone (sans espace ni tiret)	A10	B10	
Adresse électronique	A11	B11	
Code de la catégorie FINESS	A12	B12	
Libellé de la catégorie FINESS	A13	B13	
Capacité installée indiquée dans FINESS	A14		

Entité juridique

Numéro FINESS de l'entité juridique	A15		
Nom ou raison sociale	A16	B16	
Code du statut	A17	B17	
Libellé du statut	A18	B18	

Personne qui remplit le questionnaire

Prénom	B19		Nom	B20	
(sans espace ni	B21		Adresse électronique	B22	
Commentaire	B23				

NE PAS REMPLIR

Fiche 1 - Caractéristiques de l'établissement

EHPAD	USLD	Résidence -autonomie
A01 ☐ Oui	**A03** ☐ Oui	**A05** ☐ Oui
A02 ☐ Non	**A04** ☐ Non	**A06** ☐ Non

Conventionnement

L'établissement a-t-il signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) au 31/12/2019 ? ⓘ **A10** Oui ○ Non ○

Si non : L'établissement a-t-il signé une convention tripartite ? ⓘ **A10a** Oui ○ Non ○

Si oui **:** Date d'échéance de la convention tripartite en cours (JJ/MM/AAAA) ? ⓘ **A10b** ☐

L'établissement a-t-il passé une convention, ou peut-il bénéficier par le biais de son rattachement à une structure sanitaire, de …

Une équipe mobile de soins palliatifs ? **A15**
- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'une équipe de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre d'interventions de l'équipe mobile auprès du personnel soignant de l'établissement en 2019 **A15a** ☐

Un réseau de santé en soins palliatifs (ou autre dispositif territorial de coordination disposant de compétences spécifiques en soins palliatifs)? **A16**
- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'un réseau de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2019 **A16a** ☐

Une équipe mobile d'intervention gériatrique ? **A17**
- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'une équipe de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2019 **A17a** ☐

Une équipe mobile psychiatrique ? **A18**
- ○ Oui, par le biais d'une convention.
- ○ Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'une équipe de ce type.
- ○ Non

Si oui :

Nombre de personnes accueillies ayant bénéficié de leur intervention en 2019 **A18a** ☐

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 ») **A19**
- ○ Oui
- ○ Non

NE PAS REMPLIR

Aides et allocations

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

Habilitation totale ? **A20** Oui ◯ Non ◯

Si oui : Avez-vous signé une convention d'aide sociale (343-3-1)? **A20a** Oui ◯ Non ◯

Si oui : Nombre de places réservées aux bénéficiaires de l'aide sociale **A20b** [ ]

Habilitation partielle ? **A21** Oui ◯ Non ◯

Si oui : Nombre de places habilitées ⓘ **A21a** [ ]

Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement au 31/12/2019 **A22** [ ]

L'établissement accueille-t-il des bénéficiaires de l'ALS ? (allocation de logement sociale) **A23** Oui ◯ Non ◯

Si oui : Nombre de bénéficiaires de l'ALS au 31/12/2019 **A23a** [ ]

L'établissement bénéficie-t-il d'une convention relative à l'APL (aide personnalisée au logement) ? **A24** 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 31/12/2019 **A24a** [ ]

L'établissement est-il sous dotation globale pour l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) ? **A25** 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 31/12/2019 **A25a** [ ]

Aspects comptables et tarifaires

Hébergement

Tarif individuel en hébergement permanent

Tarif hébergement journalier moyen, en chambre simple, TTC, pour les places habilitées à l'aide sociale au 31/12/2019 ⓘ **A30** [ ]

Tarif hébergement journalier moyen, en chambre simple, TTC, pour les places habilitées à l'aide sociale occupées par des personnes non bénéficiaires de l'aide sociale **A31** [ ]

Tarif hébergement journalier moyen, en chambre simple, TTC, pour les places non habilitées à l'aide sociale au 31/12/2019 **A32** [ ]

Dépendance

Tarif individuel dépendance journalier TTC au 31/12/2019 ⓘ

GIR 1-2 **A35** [ ]

GIR 3-4 **A36** [ ]

GIR 5-6 **A37** [ ]

Soins

Dotation globale de soins annuelle pour l'année 2019 A38 [ ]

L'établissement a-t-il opté pour le tarif soins global ? ⓘ **A39** Oui ◯ Non ◯

L'établissement a-t-il opté pour le tarif soins partiel ? ⓘ **A40** Oui ◯ Non ◯

L'établissement a-t-il l'usage d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)* ? ⓘ **A41** Oui ◯ Non ◯

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

Si oui : par quel biais ?

L'établissement dispose de sa propre PUI ? **A41a** Oui ◯ Non ◯

L'établissement a accès à la PUI d'un établissement de santé gestionnaire de l'Ehpad ? **A41b** Oui ◯ Non ◯

L'établissement a accès à la PUI d'un GCSMS dont il est membre ? **A41c** Oui ◯ Non ◯

L'établissement a signé une convention dans le cadre du projet médical partagé d'un Groupement hospitalier de territoire ? **A41d** Oui ◯ Non ◯

Commentaire **A42** [ ]

NE PAS REMPLIR

Fiche 2 - Activité de l'établissement

EHPAD		USLD		Résidence -autonomie	
A01	☐ Oui	**A03**	☐ Oui	**A05**	☐ Oui
A02	☐ Non	**A04**	☐ Non	**A06**	☐ Non

Activité de l'établissement selon le mode d'accueil

		Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour	Accueil de nuit	**Total tous modes d'accueil**
		A	**B**	**C**	**D**	**E**
(a)	***Pour l'hébergement permanent et l'hébergement temporaire*** *: effectifs présents au 31/12/2019.* ***Pour l'accueil de jour et l'accueil de nuit*** *: nombre de personnes* ***différentes*** *prises en charge au cours de la semaine du 16 au 22 décembre 2019.*					
(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 2019.*					
Nombre de places installées au 31/12/2019	**10**					
Nombre total de personnes âgées accueillies au 31/12/2019 (a)	**11**					
Nombre de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs caractéristiques de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (diagnostiquées ou non) accueillies au 31/12/2019 (a)	**12**					
dont nombre de personnes âgées diagnostiquées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée accueillies au 31/12/2019 (a)	**12a**					
Nombre de personnes âgées accueillies au 31/12/2019 ayant eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans (a)	**13**					
Nombre de personnes entrées pour la première fois en 2019	**14**					
Nombre de personnes sorties définitivement en 2019 (b)	**15**					

GIR et Pathos moyens pondérés

GIR moyen pondéré validé ⓘ	**A20**	
Dernier Pathos moyen pondéré réalisé par l'établissement ⓘ	**A21**	
Pathos moyen pondéré validé par l'ARS ⓘ	**A22**	
Année de la validation par l'ARS du Pathos moyen pondéré ⓘ	**A23**	

Admissions

Au cours de l'année 2019, la Commission d'admission a-t-elle refusé l'admission (alors qu'une place était disponible) :

de personnes désorientées ?	**A30**	Oui ◯	Non ◯
de personnes handicapées avançant en âge ?	**A31**	Oui ◯	Non ◯
de personnes âgées nécessitant une charge de soins importante ?	**A32**	Oui ◯	Non ◯
d'autres personnes âgées dépendantes (addiction, agressivité, troubles du comportement, troubles psychiatriques, etc.) ?	**A33**	Oui ◯	Non ◯
de personnes non solvables ?	**A34**	Oui ◯	Non ◯

Accueils spécifiques

Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)

L'établissement dispose-t-il d'un PASA au 31/12/2019 ? ⓘ	**A40**	Oui ◯	Non ◯
Capacité totale de ce(s) pôle(s) (nombre de places) au 31/12/2019	**A40a**		
Nombre de personnes différentes prises en charge en 2019	**A40b**		

Unité d'hébergement renforcé (UHR)

L'établissement dispose-t-il d'une ou de plusieurs UHR au 31/12/2019? ⓘ	**A41**	Oui ◯	Non ◯
Capacité totale de cette (ces) unité(s) (nombre de places) au 31/12/2019	**A41a**		
Nombre de personnes différentes prises en charge en 2019	**A41b**		
Nombre de personnes accueillies au 31/12/2019	**A41c**		

NE PAS REMPLIR

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 31/12/2019 ? **A42** Oui ◯ Non ◯

Capacité totale de cette (ces) unité(s) (nombre de places) au 31/12/2019 **A42a** [ ]

Nombre de personnes différentes prises en charge en 2019 **A42b** [ ]

Nombre de personnes accueillies au 31/12/2019 **A42c** [ ]

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 31/12/2019 ? **A43** Oui ◯ Non ◯

Capacité totale de cette (ces) unité(s) (nombre de places) au 31/12/2019 **A43a** [ ]

Nombre de personnes différentes prises en charge en 2019 **A43b** [ ]

Nombre de personnes accueillies au 31/12/2019 **A43c** [ ]

Télémédecine

Les professionnels ou résidents de votre établissement bénéficient-ils d'actes médicaux à distance ?			
- de téléconsultation (acte médical qui se réalise en présence du patient, celui-ci dialoguant avec le médecin requérant et/ou le ou les médecins téléconsultants requis)	**A50**	◯ Oui	◯ Non
- de téléexpertise (acte diagnostique et/ou thérapeutique effectué par un professionnel médical sollicité à distance par un ou plusieurs professionnels pour donner son avis sur la base de données radiologiques ou biologiques figurant dans le dossier médical du patient, celui-ci étant absent)	**A51**	◯ Oui	◯ Non

L'équipe de la structure a-t-elle accès à un équipement de télémédecine extérieur à l'établissement pour une intervention auprès de ses propres résidents ? **A52** Oui ◯ Non ◯

Prévention de la maltraitance

Des outils de repérage des situations ou de risque de maltraitance ont-ils été mis en place ? **A60** Oui ◯ Non ◯

Des protocoles, procédures et/ou référentiels de gestion de situation ou des risques de maltraitance sont-ils formalisés et mis en œuvre ? **A61** Oui ◯ Non ◯

Existe-t-il un volet « Prévention de la Maltraitance » dans votre projet d'établissement ? **A62** Oui ◯ Non ◯

Effectif du personnel ayant suivi une formation spécifique sur la prévention et la gestion des situations de maltraitance **A63** [ ]

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 ? **A70** Oui ◯ Non ◯

Existe-t-il un volet « soins palliatifs » dans votre projet d'établissement ? **A71** Oui ◯ Non ◯

Des prescriptions anticipées personnalisées sont-elles mises à disposition du personnel de l'établissement ? **A72** Oui ◯ Non ◯

Les résidents sont-ils informés de la possibilité d'être accompagnés au sein de l'établissement pour rédiger leurs directives anticipées ? **A73** Oui ◯ Non ◯

Effectif du personnel possédant un diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire (DIU) de soins palliatifs ou un master en médecine palliative ou soins palliatifs **A74** [ ]

Hospitalisations en 2019

En établissement de santé :

Nombre de jours d'hospitalisation **A80** [ ]

dont : Nombre de jours d'hospitalisation programmée **A80a** [ ]

Nombre de jours d'hospitalisation non programmée **A80b** [ ]

Nombre de personnes hospitalisées **A81** [ ]

Hospitalisation à domicile (HAD) :

Nombre de jours de HAD **A82** [ ]

dont : Nombre de jours d'HAD en soins palliatifs **A82a** [ ]

Nombre de personnes concernées **A83** [ ]

L'établissement a-t-il constitué un dossier de liaison d'urgence (DLU) pour l'ensemble des résidents ? **A84** Oui ◯ Non ◯

Commentaire **A85** [ ]

NE PAS REMPLIR

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

Ensemble du personnel en fonction dans l'établissement au 31/12/2019

Nombre de personnes en fonction au 31/12/2019	**A01**	
Equivalent temps plein (ETP) de l'ensemble du personnel en fonction	**A02**	

Présence des professionnels

Y a-t-il au moins un professionnel présent sur place 24h/24 et 7j/7 ?	**A10**	◯ Oui	◯ Non
Y a-t-il au moins un infirmier présent 24h/24 et 7j/7?	**A11**	◯ Oui	◯ Non
Si non : une astreinte d'infirmier est-elle assurée la nuit 7j/7 ?	**A12**	◯ Oui	◯ Non
Si oui : En cas d'astreinte, est-elle mutualisée entre plusieurs établissements ?	**A13**	◯ Oui	◯ Non
Y a-t-il au moins un aide-soignant présent 24h/24 et 7j/7?	**A14**	◯ Oui	◯ Non

Stagiaires et Bénévoles en 2019

L'établissement encadre-t-il des **stages pratiques** ? *(ensemble des stages, rémunérés ou non, hors stagiaires fonctionnaires)*	**A20**	◯ Oui	◯ Non
L'établissement accueille-t-il des **jeunes volontaires en service civique** ?	**A21**	◯ Oui	◯ Non
Des **personnes bénévoles** interviennent-elles dans l'établissement ? *(hors membres du conseil d'administration)*	**A22**	◯ Oui	◯ Non

Difficultés de recrutement durant l'année 2019

L'établissement rencontre-t-il des difficultés de recrutement ?	**A30**	◯ Oui	◯ Non

Si oui : Nombre de postes inscrits au tableau des emplois retenus mais non pourvus depuis au moins 6 mois au 31/12/2019
(ni par un titulaire, ni par un contractuel, ni par un personnel de remplacement, ni par un personnel en intérim, ni par un autre personnel)

Médecin coordonnateur	**A31**	
Infirmier	**A32**	
Aide-soignant	**A33**	
Accompagnant éducatif et social (ex AMP et AVS)	**A34**	
Autre	**A35**	

Personnel d'intérim durant le mois de décembre 2019

L'établissement emploie-t-il du personnel intérimaire? *(<u>non compris</u> le personnel remplaçant les titulaires en congé ou en disponibilité depuis 6 mois ou plus)*	**A40**	◯ Oui	◯ Non
Si oui : Aide-soignant	**A40a**	◯ Oui	◯ Non
Infirmier	**A40b**	◯ Oui	◯ Non
Autre	**A40c**	◯ Oui	◯ Non

Sous-traitance en 2019

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

ménage	**A50**	◯ Oui	◯ Non
blanchisserie	**A51**	◯ Oui	◯ Non
cuisine	**A52**	◯ Oui	◯ Non
entretien extérieur	**A53**	◯ Oui	◯ Non

Commentaire **A60**

NE PAS REMPLIR

Fiche 3b - Personnel en fonction au 31/12/2019

Description de l'ensemble du personnel en fonction dans l'établissement au 31/12/2019

Veuillez lire attentivement les consignes ci-dessous avant de renseigner le tableau :

Inclure :

- le personnel **en congé ou en disponibilité depuis moins de 6 mois** au 31/12/2019 *(le personnel remplaçant ne doit pas être décrit)*
- le personnel **remplaçant des personnes en congé ou disponibilité depuis 6 mois ou plus** au 31/12/2019
- le personnel **mis à disposition** de l'établissement
- le personnel en fonction dans l'établissement et **partagé** dans le cadre de coopération y compris les groupements de coopération sanitaire (GCS) et les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) [hors sous-traitance]
- les **congréganistes** non salariés
- le personnel des **CCAS** ou de la **mairie** qui gère, sur son poste de travail, un établissement pour personnes âgées
- le personnel payé par l'établissement à la **vacation**
- le personnel bénéficiant d'un **contrat "Parcours emploi compétence"** (ex contrat aidé)
- le personnel en **intérim**
- les **apprentis**
- les **stagiaires fonctionnaires**

Exclure :

- le personnel **en congé ou en disponibilité depuis 6 mois ou plus** au 31/12/2019
- le personnel **remplaçant des personnes en congé ou en disponibilité depuis moins de 6 mois** au 31/12/2019
- les intervenants exerçant une **activité libérale** dans l'établissement
- le personnel des sociétés de **sous-traitance**
- les **bénévoles**
- les **stagiaires** (sauf les stagiaires fonctionnaires)
- les **volontaires en service civique**

L'effectif et l'ETP de l'ensemble du personnel décrit dans cette fiche doivent correspondre à l'effectif et à l'ETP inscrits dans la partie « Ensemble du personnel en fonction dans l'établissement au 31/12/2019 » de la fiche 3a "Données agrégées sur le personnel de l'établissement", et rappelés dans les lignes ci-dessous à droite.

Tableau n° **A0**

Nombre de personnes en fonction au 31/12/2019 **B0**
(valeur saisie sur la Fiche3a "Données agrégées sur le personnel de l'établissement")

Nombre de personnes en fonction, décrites dans la Fiche 3b **S0**
(Total toutes feuilles confondues. Les lignes vides ne sont pas comptabilisées.)

ETP de l'ensemble du personnel en fonction au 31/12/2019 **C0**
(valeur saisie sur la Fiche3a "Données agrégées sur le personnel de l'établissement")

ETP des personnes décrites dans la Fiche 3b **T0**
(Total toutes feuilles confondues.)

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Année de naissance	Fonction principale exercée au 31/12/2019	Année d'entrée dans l'établissement	Statut ou type de contrat	Équivalent temps plein (ETP) au 31/12/2019	La personne travaille-t-elle ? 1 = Le jour uniquement 2 = La nuit uniquement 3 = En alternance	**A remplir uniquement si fonction principale (col. D) = 01, 02, 03, 15, 18, 20, 22, 36, 37.** Diplôme ou corps statutaire
A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**

NE PAS REMPLIR

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Année de naissance	Fonction principale exercée au 31/12/2019	Année d'entrée dans l'établissement	Statut ou type de contrat	Équivalent temps plein (ETP) au 31/12/2019	La personne travaille-t-elle ? 1 = Le jour uniquement 2 = La nuit uniquement 3 = En alternance	Diplôme ou corps statutaire

Pour ajouter des lignes supplémentaires, veuillez cliquer sur +, sur le bandeau en haut à gauche de la page ou dans la liste des bordereaux.

Commentaire : **A51**

NE PAS REMPLIR

Fiche 4 - Personnes accueillies - Effectifs présents au 31/12/2019

Description des personnes présentes au 31/12/2019

Veuillez lire attentivement les consignes ci-dessous avant de renseigner le tableau :

➜ Les effectifs présents au 31/12/2019 comprennent les personnes temporairement absentes, notamment pour hospitalisation et vacances.
➜ Pour les accueils de jour et de nuit, décrire les personnes différentes prises en charge au cours de la semaine du 16 au 22 décembre 2019.
➜ Le nombre de personnes accueillies décrites dans cette fiche doit correspondre à l'effectif des personnes accueillies inscrit dans la partie "Activité selon le mode d'accueil" de la fiche 2 « Activité de l'établissement », et rappelé dans la ligne ci-dessous à droite.
➜ Colonne G : Attention, le libellé de la commune sélectionnée ne s'affichera qu'après enregistrement du bordereau.
➜Attention, le tableau s'étend de la colonne A à la colonne AB.

Tableau n° **A0**

Nombre total de personnes âgées accueillies au 31/12/2019 **B0**
(valeur saisie sur la Fiche 2 « Activité de l'établissement »)

Nombre total de personnes accueillies au 31/12/2019, décrites dans la Fiche 4 **S0**
(Total toutes feuilles confondues. Les lignes vides ne sont pas comptabilisées.)

					Hébergement antérieur / Provenance								Variables évaluatives du niveau de perte d'autonomie Référence : guide de remplissage de la grille nationale AGGIR, annexe 2-1 du code de l'action sociale et des familles. **Ces colonnes ne sont pas à renseigner pour les résidents dont le GIR est de niveau 5 ou 6.**															
						Code **COMMUNE** Insee													Orientation		Cohérence							
N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Situation familiale	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Type	Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**	Mode d'accueil	Accueil spécifique	Protection juridique	Nature de la protection juridique	GIR	Transferts	Déplacements à l'intérieur	Toilette	Élimination	Habillage	Alimentation	Temps	Espace	Comportement	Communication	Aides au logement	Aide sociale à l'hébergement (ASH) 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans-? 1 = oui 0 = non 9 =ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénerative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Si la personne est entrée en 2019 date de réception du dossier de demande d'admission (JJ/MM/AAAA)	N° d'ordre de la personne
A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**		**H**	**I**	**J**	**K**	**L**	**M**	**N**	**O**	**P**	**Q**	**R**	**S**	**T**	**U**	**V**	**W**	**X**	**Y**	**Z**	**AA**	**AB**

NE PAS REMPLIR

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Situation familiale	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Type	Code **COMMUNE** Insee		Mode d'accueil	Accueil spécifique	Protection juridique	Nature de la protection juridique	GIR	Transferts	Déplacements à l'intérieur	Toilette	Élimination	Habillage	Alimentation	Orientation		Cohérence		Aides au logement	Aide sociale à l'hébergement (ASH) 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans-? 1 = oui 0 = non 9 =ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénerative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Si la personne est entrée en 2019 date de réception du dossier de demande d'admission (JJ/MM/AAAA)	N° d'ordre de la personne
						Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**												Temps	Espace	Comportement	Communication						

Pour ajouter des lignes supplémentaires, veuillez cliquer sur ⊞ , sur le bandeau en haut à gauche de la page ou dans la liste des bordereaux.

Commentaire : **A51**

NE PAS REMPLIR

Fiche 5 - Sorties définitives pour l'année 2019

Description des personnes sorties définitivement au cours de l'année 2019

Veuillez lire attentivement les consignes ci-dessous avant de renseigner le tableau :

➜ Il y a sortie définitive seulement si le lit ou le logement n'a pas été conservé pour la personne.

➜ Les changements de mode d'accueil au sein d'un même établissement ne doivent pas être considérés comme des sorties.

➜ Cette fiche concerne les personnes sorties définitivement entre le 1er janvier et le 31 décembre 2019.

➜ Pour l'hébergement temporaire, ne décrire pour une même personne que la dernière sortie de l'établissement.

➜ Le nombre de personnes sorties décrites dans cette fiche doit correspondre à l'effectif de personnes sorties inscrit dans la partie "Activité selon le mode d'accueil" de la fiche 2 « Activité de l'établissement », et rappelé dans la ligne ci-dessous à droite.

➜Colonne K : Attention, le libellé de la commune sélectionnée ne s'affichera qu'après enregistrement du bordereau.

➜Attention, le tableau s'étend de la colonne A à la colonne N.

Tableau n° **A0** _____
NUMTAB_SOR

Nombre de personnes sorties défitinivement en 2019 **B0** _____
(valeur saisie sur la Fiche 2 « Activité de l'établissement »)

Nombre total de personnes sorties définitivement de l'établissement au cours de l'année 2019, décrites dans la Fiche 5. **S0** _____
(Total toutes feuilles confondues. Les lignes vides ne sont pas comptabilisées.)

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	GIR	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Mode d'accueil avant la sortie	Accueil spécifique avant la sortie	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénérative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Provenance			Date de sortie définitive (JJ/MM/AAAA)	Motif de sortie définitive de l'établissement	Type de destination de la sortie défintive (pour les motifs de sortie 4 à 7)
									Type	Code **COMMUNE** Insee				
										Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**			
A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**	**J**	**K**		**L**	**M**	**N**

NE PAS REMPLIR

N° d'ordre de la personne	Sexe 1 = Masculin 2 = Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	GIR	Date d'entrée dans l'établissement (JJ/MM/AAAA)	Mode d'accueil avant la sortie	Accueil spécifique avant la sortie	Le résident a-t-il eu une reconnaissance administrative d'un handicap avant l'âge de 60 ans-? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Le résident est-il atteint d'une maladie neurodégénérative ? 1 = oui 0 = non 9 = ne sait pas	Type	Code **COMMUNE** Insee		Date de sortie définitive (JJ/MM/AAAA)	Motif de sortie définitive de l'établissement	Type de destination de la sortie défintive (pour les motifs de sortie 4 à 7)
										Code **COMMUNE** Insee	Libellé de la commune **(s'affichera après enregistrement)**			

Pour ajouter des lignes supplémentaires, veuillez cliquer sur +, sur le bandeau en haut à gauche de la page ou dans la liste des bordereaux.

Commentaire : **A51**

NE PAS REMPLIR

Fiche 6 - BÂTI

EHPAD		USLD		Résidence-Autonomie	
A01	☐ Oui	**A03**	☐ Oui	**A05**	☐ Oui
A02	☐ Non	**A04**	☐ Non	**A06**	☐ Non

Identification du propriétaire au 31/12/2019

Le propriétaire est-il le gestionnaire ? **A10** ◯ Oui ◯ Non

Le propriétaire de l'ensemble des bâtiments est : **A11** ☐

Caractéristiques générales au 31/12/2019

L'établissement est composé de : **A20** ☐ **bâtiment(s)**

Surface SHON des bâtiments

		Surface en m²		
		Surface totale ⓘ	Dont espaces collectifs	Dont espaces privatifs
Ensemble des bâtiments	**21**	**A**	**B**	**C**

Surface extérieure accessible aux résidents : **A22** ☐ **m²**

Environnement des bâtiments

Implantation à proximité (moins de 500 mètres) des commerces ou des services **A23** ◯ Oui ◯ Non

Accessibilité aux transports collectifs ⓘ **A24** ◯ Oui ◯ Non

Transports mis en place par l'établissement **A25** ◯ Oui ◯ Non

Description des espaces privatifs au 31/12/2019

Type d'hébergement

Nombre de chambres à :			Nombre total de chambres ⓘ
1 lit ⓘ	2 lits	3 lits et plus	
A30	**B30**	**C30**	**D30**

Équipements sanitaires et confort de base

L'établissement comprend-t-il des chambres sans WC ? **A31** ◯ Oui ◯ Non

L'établissement comprend-t-il des chambres sans lavabo ? **A32** ◯ Oui ◯ Non

L'établissement comprend-t-il des chambres sans douche ? **A33** ◯ Oui ◯ Non

L'établissement dispose-t-il d'un accès à internet ? » **A34**
◯ Oui, dans l'ensemble de l'établissement.
◯ Oui, dans une partie de l'établissement.
◯ Non

Espaces réservés aux personnes âgées désorientées au 31/12/2019

Y a-t-il un ou des espaces réservés aux personnes âgées désorientées dans l'établissement ? **A40** ◯ Oui ◯ Non

Description de l'unité ou des unités réservée(s) aux personnes âgées désorientées, hors PASA et UHR :

		UHR	Espace dédié aux personnes désorientées hors PASA, hors UHR
		B	**A**
Espace(s) fermé(s) (digicode, badge)	**41a**	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
Espaces de vie intérieurs librement accessibles aux personnes âgées désorientées :			
salle à manger	**41b**	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
espace salon / détente	**41c**	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
espace d'activités adaptées	**41d**	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
espace commun de bain, de soins et de « bien-être »	**41e**	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
Espaces extérieurs attenants et librement accessibles aux personnes âgées désorientées (jardin, terrasse)	**41f**	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
Surface hors œuvre nette (SHON) (hors jardin, hors terrasses de l'unité ou des unités	**41g**	☐ m²	☐ m²
Surface totale (extérieur compris)	**41h**	☐ m²	☐ m²

NE PAS REMPLIR

Description et localisation des espaces collectifs au 31/12/2019

Espaces de vie et de soins

			L'établissement dispose-t-il des espaces suivants ?			
Espaces de vie	un espace de restauration	**A50**	○	Oui	○	Non
	un salon aménagé	**A51**	○	Oui	○	Non
	chambre(s) d'accueil pour les familles	**A52**	○	Oui	○	Non
	une salle de bain ou une salle d'eau à usage collectif	**A53**	○	Oui	○	Non
	un espace pour les activités, les animations, les spectacles	**A54**	○	Oui	○	Non
	un espace télévision dédié	**A55**	○	Oui	○	Non
	un salon de coiffure / esthétique	**A56**	○	Oui	○	Non
	un jardin aménagé	**A57**	○	Oui	○	Non
Espaces de soins	un espace de kinésithérapie / rééducation	**A58**	○	Oui	○	Non
	un espace pour les soins médicaux	**A59**	○	Oui	○	Non
	présence d'un système adapté à la pesée (chaise-balance, système de pesée couplé au lève malade)	**A60**	○	Oui	○	Non
	une salle multisensorielle (type Snœlzen, balnéothérapie, bien-être, etc.)	**A61**	○	Oui	○	Non
Autres espaces	Chambre funéraire	**A62**	○	Oui	○	Non

Les espaces de vie commune de la structure sont-ils entièrement climatisés ?	**A63**	○	Oui	○	Non
Les espaces privatifs (chambres, logements) de la structure sont-ils climatisés ?	**A64**	○	Oui	○	Non

Accessibilité, travaux et autres au 31/12/2019

Accessiblité des bâtiments

Le bâtiment dispose-t-il de places de stationnement adaptées ?	**A70**	○	Oui	○	Non
roulant ?	**A71**	○	Oui	○	Non
Les étages et couloirs disposent-ils d'une signalétique particulière (dessin, couleur, etc.)autre ou en plus du nom ou numéro ?	**A72**	○	Oui	○	Non

Années de construction et années des derniers travaux

		Construction	Rénovation lourde* ou extension	Surface SHON en m²
		A	B	C
Bâtiment 1 (bâtiment principal)	**73**			
Bâtiment 2	**74**			
Bâtiment 3	**75**			
Bâtiment 4	**76**			
Bâtiment 5	**77**			

(*) 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) ?	**A78**	○	Oui	○	Non
L'établissement répond-il au label BBC (Bâtiment Basse Consommation) ?	**A79**	○	Oui	○	Non

Classification de l'établissement

Établissement recevant du public (ERP) de type U du 25 mai 1989	**A80**	○	Oui	○	Non
Établissement recevant du public (ERP) de type J du 19 novembre 2001	**A81**	○	Oui	○	Non

Commentaire **A90**

NE PAS REMPLIR