

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE D’AUTO-DECLARATION AE** |

**Renouvellement de l’autorisation d’exploiter (AE)**

**un établissement médico-social (EMS)**

**par le Service du médecin cantonal (SMC)**

Basé sur les conditions cadres pour l’exploitation d’un EMS du 25 juillet 2023

SERVICE DU MEDECIN CANTONAL – VILLARS-SUR-GLANE

Octobre 2024

**Introduction**

Le SMC assure la surveillance de la qualité des soins dans les EMS par des contrôles réguliers et systématiques. Ce contrôle se fait sur la base des conditions cadres pour l’exploitation d’un établissement médico-social (annexe).

Chaque institution au bénéfice d’une autorisation d’exploiter par le canton de Fribourg fait l’objet d’un contrôle des critères nécessaires pour assurer le respect des bases légales, la qualité des soins et la sécurité des résidents, avant l’échéance de l’autorisation, en principe tous les 5 ans.

Ce contrôle se fait sur dossier, à la demande du SMC. Un contrôle sur site, annoncé ou non selon la situation, ciblé ou complet, peut être effectué à tout moment, en particulier lors de plaintes, d’une nouvelle mission, de transformations architecturales, de difficultés spécifiques relevées ou décelées dans l’analyse du dossier transmis. Si nécessaire, des mesures correctives sont exigées.

**Formulaire d’auto-déclaration**

Ce formulaire est un outil de surveillance des prestations dans les établissements offrant des prestations médico-sociales (EMS). Il peut être complété par le « formulaire d’inspection AE » utilisé lors des contrôles effectués sur site, dans le cadre du renouvellement de l’autorisation d’exploiter (AE).

Par leur signature, les responsables de l’institution attestent de la véracité de l’ensemble des informations fournies. Ce document fait partie du dossier de renouvellement de l’AE.

**Procédure**

Le « formulaire d’auto-déclaration » est complété par les responsables de l’institution. Il est retourné sous pli, ou par voie électronique, dûment complété et signé, accompagné des documents marqués d’un **X**, **dans un délai d’un mois** dès la réception de la demande, au

Service du médecin cantonal

Secteur infirmier

Route de Villars 101

1752 Villars-sur-Glâne

[smc@fr.ch](mailto:médecin.cantonal@fr.ch)

**Abréviations :**

AE Autorisation d’exploiter

EMS Etablissement médico-social

SMC Service du médecin cantonal

UATO Unité d’accueil temporaire et d’orientation

USD Unité spécialisée en démence

CAS *Certificate of Advanced Studies*

DAS *Diploma of Advanced Studies*

MAS *Master of Advanced Studies*

AFISA Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Âgées et de l’aide et des Soins à domicile

MFÄF Médecins Fribourg – Ärztinnen und Ärzte Freiburg

EP En projet

P Partiellement**RECUEIL D’INFORMATIONS**

Veuillez compléter le formulaire et cocher les cases X selon la réponse correspondante.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’établissement : | Cliquez ici pour taper du texte. |

| 1. PERSONNES RESPONSABLES | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de la directrice ou du directeur :  *(La direction peut être partagée entre plusieurs personnes. Si tel est le cas, préciser les noms et les responsabilités.)* | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| Nom de l’infirmière cheffe ou de l’infirmier chef :  *(La responsabilité des soins est obligatoirement confiée à une personne titulaire d’un titre d’infirmier-ère diplômé-e HES ou jugé équivalent)* | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| Nom du médecin répondant :  *(Titulaire d’un droit de pratique dans le canton et disposant de compétences ou expérience en gériatrie)* | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| Contrat avec la ou le médecin répondant : | oui | non | Si oui : type de contrat  «standard» (AFISA/MFÄF)  option piquets/gardes (AFISA/ MFÄF)  autre, lequel Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
|  |  |
| Nom de la pharmacienne conseil ou du pharmacien conseil : | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| Nom de l’infirmière répondante ou de l’infirmier répondant HPCI :  Formation ad’hoc *(Espace Compétences ou H+)* | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| oui  *Attestation de formation à transmettre au SMC* | | | en cours | | non |
| Si USD :  Nom du médecin répondant de l’USD :  Nom de l’infirmier-ère spécialisé-e :  Nom de la personne responsable de la supervision : | Cliquez ici pour taper du texte.  Cliquez ici pour taper du texte.  Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| Si USD :  Convention de liaison avec le RFSM ou un -e psychogériatre en cabinet | oui | | | | non | |
| **Commentaire / s :**  Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | |

| **2. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT** | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Différents éléments de contrôle** | | | | | oui | | | non | | en cours | | Document à soumettre | | Remarque |
| Veuillez soumettre au SMC les statuts s’ils ont été modifiés depuis l’octroi de l’AE précédente. | | | | |  | | |  | |  | | **X** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Mission reconnue : | | | | | lits reconnus  lits admis  Foyer de jour  Court-séjour  UATO  USD  Autre : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | | | |
| Nombre de lits / places autorisés : | | | | | lits reconnus Cliquez ici pour taper du texte.  lits admis Cliquez ici pour taper du texte.  Foyer de jour Cliquez ici pour taper du texte.  Court-séjour Cliquez ici pour taper du texte.  UATO Cliquez ici pour taper du texte.  USD Cliquez ici pour taper du texte.  Autre : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | | | |
| L’organigramme démontre les rapports hiérarchiques et les suppléances. Il est conforme à la réalité et connu du personnel. | | | | |  | | |  | |  | | **X** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Un cahier des charges / descriptif de fonction existe pour chaque fonction. Leur contenu est de la responsabilité de l’établissement. | | | | |  | | |  | |  | |  | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| L’institution respecte les directives du 1er novembre 2018 sur l’exercice d’une profession de la santé dans une institution de santé. Elle vérifie notamment que la personne qu’elle souhaite engager dispose des qualifications professionnelles et personnelles pour remplir les tâches qui leur sont confiées (CV actualisé et titre de formation suisse requis / vérification de l’inscription dans le Registre national des professions de la santé ([GESREG - Recherche de personnes](https://www.gesreg.ch/))) | | | | |  | | |  | |  | |  | |  |
| Veuillez transmettre les plannings du personnel soignant des 3 derniers mois permettant une vision mensuelle (plannings de jour et de nuit), ainsi qu’une distinction entre les différentes catégories de personnel soignant et d’y joindre la légende des horaires de travail.  *(Le SMC vérifie notamment la présence de personnel infirmier jour/nuit ou la planification de piquets, le nombre de veilleurs-euses)* | | | | |  | | |  | |  | | **X** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Si **Foyer de jour**  Veuillez transmettre les plannings du personnel soignant des 3 derniers mois permettant une vision mensuelle ainsi qu’une distinction entre les différentes catégories de personnel soignant et d’y joindre la légende des horaires de travail.  (Le SMC vérifie notamment la présence de personnel infirmier ou la planification de piquets) | | | | |  | | |  | |  | | X | |  |
| Si **Foyer de jour**  Nombre d’hôtes accueillis (moyenne par jour d’ouverture) | | | | |  | | |  | |  | |  | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Si **Foyer de jour**  Le foyer de jour est sous la responsabilité d’une infirmière diplômée | | | | |  | | |  | |  | |  | |  |
| La présence d’au moins un-e infirmier-ère diplômé-e est assurée, de jour comme de nuit, tous les jours de l’année. | | | | |  | | |  | |  | | **X[[1]](#footnote-1)** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Il existe un concept écrit de soins et accompagnement.  *(Il est en cohérence avec la mission. Les spécificités liées à des prises en charge particulières doivent être décrites et distinctes des longs séjours traditionnels, notamment pour les accueils de courte durée ou les unités de soins démence. Il a pour finalité le projet de vie et comprend au minimum des éléments relatifs à une théorie / philosophie de soins, l’interdisciplinarité, la procédure d’admission, l’accompagnement en fin de vie.)* | | | | |  | | |  | |  | |  | | Cliquez ici pour taper du texte. |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Formations complémentaires du personnel, menant à un certificat (post diplôme)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Formation/ thème | Directeur  / trice | Médecin | Inf.-chef | ICUS | | Infirmiers  /ères | | | Animateur  /trice | | Cuisinier/ère  Intendant/e | | Type | |
| Gérontologie  Gériatrie  Psychogériatrie[[2]](#footnote-2) |  |  |  |  | |  | | |  | |  | | CAS  DAS  MAS  [[3]](#footnote-3) | |
| Psychiatrie |  |  |  |  | |  | | |  | |  | | CAS  DAS  MAS  [[4]](#footnote-4) | |
| Soins palliatifs | ☐ |  |  |  | |  | | |  | |  | | CAS  DAS  MAS  [[5]](#footnote-5) | |
| Gestion |  |  |  |  | |  | | |  | |  | | CAS  DAS  MAS  [[6]](#footnote-6) | |
| Alimentation en EMS |  |  |  |  | |  | | |  | |  | | CAS  DAS  MAS  [[7]](#footnote-7) | |
| Autre (péciser) |  |  |  |  | |  | | |  | |  | | CAS  DAS  MAS  [[8]](#footnote-8) | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Il existe une planification écrite des cours proposés et suivis pour l’ensemble du personnel soignant.  *(Comprend : année, dénomination/thème des cours proposés et durée, nbre de participant/ formation)* | | | | |  | | |  | |  | | **X** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Si exploitation d’une **USD**, il existe un plan de formation spécialisée dédiée aux personnel soignant de l’USD. | | | | |  | | |  | |  | | **X** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Si exploitation d’une **USD**, il existe un plan des supervisions (fréquence, contenu) | | | | |  | | |  | |  | | **X** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Si exploitation d’une USD, une personne détient un CAS en Psychogériatrie | | | | |  | | |  | |  | |  | |  |
| La visite du médecin est régulière et sur appel ; chaque résident est vu à son admission et au moins 2 fois par année. | | | | |  | | |  | |  | |  | | Cliquez ici pour taper du texte. |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gestion du personnel\_ indicateurs RH pour les soins et l’accompagnement (base Quafipa)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux de rotation du personnel | | | | | | | % (année :       ) | | | | | | | |
| Taux collaborateurs avec absences | | | | | | | % (année :       ) | | | | | | | |
| Taux heures d’absences | | | | | | | % (année :       ) | | | | | | | |
| Taux heures d’absence de très courte durée (≤3 jours) | | | | | | | % (année :       ) | | | | | | | |
| Taux formation continue (% collaborateurs) | | | | | | | % (année :       ) | | | | | | | |
| Taux formation continue (% heures) | | | | | | | % (année :       ) | | | | | | | |
| Taux perfectionnement (% collaborateurs) | | | | | | | % (année :       ) | | | | | | | |
| Taux perfectionnement (% heures) | | | | | | | % (année :       ) | | | | | | | |
| **Commentaire / s :** Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Qualité** | | | | | |
| **OUI** |  | Un certificat a été délivré par un organisme reconnu ou démarche d’amélioration continue (auto-évaluation…) | | Organisme : Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Norme auditée :Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Validité : Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **EP** |  | Démarche en cours | | Laquelle : Cliquez ici pour taper du texte.  Délai : Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **P** |  | Démarche en suspens pour une durée déterminée | | | |
| **NON** |  | Aucune démarche en cours | | | |
| Nom de la ou du responsable qualité : | | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| Veuillez transmettre au SMC l’attestation QUAFIPA ou autre attestation « qualité » obtenue | | | | | **X** |
| **Commentaire / s :** Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |

| **Droits des résident-e-s** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Différents éléments de contrôle** | oui | non | en cours | Document à soumettre | Remarque |
| Les résidents, les éventuels hôtes d’un Foyer de jour, leurs proches le cas échéant, sont informés des droits des patients, de la documentation est à leur disposition. Si oui, préciser lesquels en cochant les cases correspondantes ci-dessous :  La brochure « L’essentiel sur les droits des patients »  La loi sur la santé  La Charte éthique de l’AFISA  Le document « Droits et protection des résidents » de l’AFISA  Autre : préciser  Cliquez ici pour taper du texte. |  |  |  |  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Le personnel est informé des droits de patients, de la documentation est à leur disposition. Si oui, préciser lesquels en cochant les cases correspondantes ci-dessous :  La brochure « L’essentiel sur les droits des patients »  La loi sur la santé  La Charte éthique de l’AFISA  Le document « Respect et protection de l’intégrité et des droits des résidents » de l’AFISA  Autre : préciser  Cliquez ici pour taper du texte. |  |  |  |  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| L’établissement assure des soins personnalisés, centrés sur le, la résident-e, et favorisant son auto-détermination, de manière continue ; en cas d’incapacité de discernement du ou de la résident-e, le personnel soignant s’oriente selon les directives anticipées ou les volontés présumées relevées auprès des proches, conformément au droit en vigueur (code civil). |  |  |  |  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Chaque résident est au bénéfice d’un contrat d’hébergement passé avec l’établissement et signé par lui-même ou son représentant légal.  *(Contenu minimum : prestations fournies, conditions financières, droits et obligations de chacune des parties, durée du contrat et modalités de résiliation)* |  |  |  |  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| L’établissement a élaboré un concept de protection des données.  *(Il présente au minimum les principes de base à respecter, les mesures à adopter pour garantir la sécurité des données, les droits des personnes concernées, les instructions relatives à la manière de procéder, un descriptif des responsabilités.)* |  |  |  | **X** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Un document décrit la procédure interne et externe de traitement des plaintes.  *(Personnes de référence internes, gestion de la plainte, traçabilité et retour au plaignant ; 3 voies de recours externes précisées selon les situations)* |  |  |  | **X** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| L’établissement dispose d’un concept de prévention de la maltraitance.  *(Il comprend au minimum les mesures de prévention et de détection mis en place, les interventions prévues et la formation du personnel)* |  |  |  | **X** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| L’établissement a établi un concept précisant sa position sur le recours aux mesures limitant la liberté de mouvement comprenant les mesures utilisées, la prévention, la documentation et la formation du personnel. Ce document intégrera la prévention des chutes. |  |  |  | **X** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| L’établissement tient à jour un registre répertoriant toutes les mesures donnant lieu à l’établissement d’un protocole de mesure de contrainte ou de limitation de mouvement chez une personne incapable de discernement.  *(Il comprend les coordonnées du, de la résident-e, les dates d’instauration et de levée ; les données sont disponibles en tout temps.)* |  |  |  |  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| L’établissement respecte les recommandations du SMC et de l’Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées (AFIPA) concernant l’assistance au suicide dans les EMS (Etat au 21 novembre 2019). |  |  |  |  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Commentaire / s :** Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. EQUIPEMENTS ET LOCAUX** | | | | | |
| **Différents éléments de contrôle** | oui | non | en cours | Document à soumettre | Remarque |
| Une chambre commune fumeurs est mise à disposition des résidents, selon les directives du 15 décembre 2009 concernant l’interdiction de fumer dans des lieux de séjours permanents ou prolongés. Veuillez transmettre au SMC une déclaration de mise à disposition d’une telle pièce, à usage exclusif des résidents, si tel est le cas. |  |  |  | **X** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| En cas de mise à disposition d’un fumoir, ce dernier doit respecter les critères de l’Ordonnance du 3 juin 2009 concernant la protection contre la fumée passive. Veuillez transmettre au SMC une attestation de conformité de la ventilation incluant le respect de la norme SIA 382/1, délivrée par un spécialiste et datée de moins de 5 ans. |  |  |  | **X** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Commentaire / s :** Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |

Lieu : Cliquez ici pour taper du texte.

Date : Cliquez ici pour taper du texte.

Nom, prénom de la directrice ou du directeur : Cliquez ici pour taper du texte.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Annexe : Conditions cadres pour l’exploitation d’un établissement médico-social

1. En cas de réponse négative, transmettre au SMC une copie du concept de sécurité actuel (service de piquet). [↑](#footnote-ref-1)
2. Si USD, copie du CAS en psychogériatrie si changement de personne depuis la reconnaissance / dernière AE [↑](#footnote-ref-2)
3. Spécifier quoi [↑](#footnote-ref-3)
4. Spécifier quoi [↑](#footnote-ref-4)
5. Spécifier quoi [↑](#footnote-ref-5)
6. Spécifier quoi [↑](#footnote-ref-6)
7. Spécifier quoi [↑](#footnote-ref-7)
8. Spécifier quoi [↑](#footnote-ref-8)