



**SPASAD LE LIEN**

*Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile*

## **LIVRET D'ACCUEIL DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE**

### **SSIAD Le lien**

SIRET : 330 231 309 00031

FINESS : 340 78 9767

Association Loi 1901

Financement : ARS

Tél : 04 67 52 18 18

### **SAAD Le Lien Services**

SIRET : 392 343 059 00037

Titulaire d'une autorisation d'exercice délivrée  
par le Conseil Départemental le 21/07/2005

Association Loi 1901

Financement : Conseil Départemental de  
l'Hérault

Tél : 04 67 52 82 00

**Adresse – 912 rue de la Croix Verte, Miniparc 2, Bâtiment 5 – BP 4478**

**34 198 MONTPELLIER Cedex 5**

[spasad@associationlelien.fr](mailto:spasad@associationlelien.fr)

# Table des matières

<b>Mot d'accueil de la Présidente des associations</b>	<b>2</b>
<b>Présentation du SPASAD</b>	<b>3</b>
<b>Le SPASAD, une histoire à deux</b>	<b>4</b>
<b>Nos instances de gouvernance</b>	<b>6</b>
<b>Les conseils d'administration</b>	<b>6</b>
<b>Nos secteurs d'intervention</b>	<b>7</b>
<b>Le rôle de nos intervenants</b>	<b>9</b>
<b>Les étapes de la prise en charge</b>	<b>11</b>
<b>Les engagements qualité de notre SPASAD</b>	<b>14</b>
<b>Vos droits en tant qu'utilisateur</b>	<b>15</b>
<b>Nos partenaires</b>	<b>19</b>
<b>Assurances souscrites par le SPASAD</b>	<b>20</b>
<b>Notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance</b>	<b>21</b>
<b>Annexes</b>	<b>24</b>
<b>Annexe 1 : Les principales missions de la personne de confiance</b>	<b>24</b>
<b>Annexe 2 : Information sur l'échange d'informations et consentement au partage d'informations</b>	<b>30</b>
<b>Annexe 3 : Liste des personnes qualifiées</b>	<b>34</b>
<b>Annexe 4 : Mes directives anticipées</b>	<b>35</b>
<b>Annexe 5 : Informations concernant la protection des données personnelles</b>	<b>38</b>
<b>Annexe 6 : Résumé projet de service 2019-2023 du SSIAD LE LIEN</b>	<b>39</b>

# Mot d'accueil de la Présidente Fondatrice des associations



Le Lien Soins et Le Lien Services sont deux Associations qui travaillent ensemble depuis 20 ans. Elles ont pour vocation d'aider les personnes en perte d'autonomie à demeurer dans leur lieu de vie.

Une équipe de professionnels multidisciplinaire leur apporte chaque jour, les soins, l'aide et les accompagnements nécessaires avec le même souci d'efficacité et la même énergie.

La vie intime, sociale, et la liberté de choix de la personne sont avant tout préservées.

Apporter un véritable soutien moral et physique aux personnes âgées, handicapées ou malades constitue principalement la vocation du SPASAD – Service Polyvalents d'aide et de soins à Domicile, nouvelle structure pour laquelle nous venons d'être agréée par l'ARS et le Conseil Départemental.

Fort de notre expérience de plus de 30 ans, nous partons d'un réel acquis nous permettant de conforter nos actions au travers de solutions individualisées pour chaque personne. Le SPASAD renforcera ses actions au travers un volet « Préventions ».

Présidente fondatrice, j'œuvre depuis 1983, au service de tous, pour le bon fonctionnement de la structure. Je veille à son dynamisme et au respect de l'éthique.

Rose-Marie DAUVERCHAIN

Présidente-Fondatrice

# Présentation du SPASAD

Les bureaux et standard téléphonique sont ouverts :



**Du lundi au vendredi de 8h à 17h**

Une astreinte téléphonique permet une continuité de service : **Tous les jours de 7h à 20h**

Par courrier : 912 rue de la Croix Verte, Miniparc 2,  
Bâtiment 5

BP 4478 - 34 198 MONTPELLIER Cedex 5

Par téléphone au 04.67.52.18.18 (Soins)

04.67.52.82.00 (Service)



BUS Ligne 6 – Direction Euromédecine – Arrêt Antenne.



Tramway Ligne 1 - Direction Mosson – Arrêt Occitanie, puis à la station, quitter le tramway pour prendre la ligne de bus 6.



En voiture – prendre la direction du Nord-Est de Montpellier (quartier Hôpitaux-Facultés par la Route de Ganges) et suivre la direction du Parc Euromédecine.



Par Internet à l'adresse : [spasad@associationlelien.fr](mailto:spasad@associationlelien.fr)

En visitant notre site Internet : <http://www.associationlelien.fr>



Au rond-point de la Lyre, prendre la sortie du supermarché Casino, longer son parking puis dans la montée, prendre la première rue à droite : la rue de la Croix Verte. Le n°912 se situe au bout de la rue sur la gauche.

Un parking gratuit se trouve devant le bâtiment.

# Le SPASAD, une histoire à deux...

Le SPASAD est porté par deux associations présidées par une même Présidente – Rose-Marie DAUVERCHAIN, Le Lien **SSIAD** et Le **Lien Services** qui ont toujours travaillé ensemble au sein de mêmes locaux.

**1983** Rose-Marie DAUVERCHAIN crée l'association « **Le Lien** » **Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)** dont elle est Présidente.

Cette association se veut être un lien entre le secteur hospitalier et la médecine de ville, pour une prise en charge harmonieuse, avec le souhait de travailler en étroite collaboration avec le secteur infirmier libéral, par l'établissement de conventions. L'association est un des premiers services à mettre en place un tel partenariat.

**1984** Autorisation du SSIAD pour 50 places sur le territoire Nord de Montpellier, puis 15 places supplémentaires en **1985**.

**1990** Le SSIAD obtient 10 places sur Lunel, puis 5 places supplémentaires en **1994**.

**1993** Dans un souci d'aider les personnes malades dans leur globalité, il apparaît indispensable de les soutenir non seulement dans leurs activités courantes (aide au lever, à la toilette, à l'habillage, à la prise des repas, ...) mais également dans leurs activités quotidiennes (ménage, démarches administratives...).

A la suite des lois encadrant « les emplois familiaux » et pour répondre aux demandes d'aide aux actes de la vie courante (activités ménagères, accompagnement...), Rose-Marie DAUVERCHAIN crée l'association « **Le Lien Services** », **Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)**.

**1997** Face à une forte demande de personnes en perte d'autonomie et/ou de personnes malades, Le Lien Services demande l'agrément qualité et intervient auprès des publics les plus fragilisés.

**2001** Le service de Montpellier s'agrandit de 15 places sur les communes de Palavas, Lattes et Pérols.

**2002** Le SSIAD Le Lien est saisi par la DDASS pour la prise en charge de personnes handicapées à titre expérimental.

**2002** La mise en place par le Conseil général de l'APA a conduit au fort développement de l'activité prestataire pour le SAAD.

**2004** Le SSIAD Le Lien s'inscrit dans une démarche qualité pour l'obtention de la Norme NF X 050-56.

**2005** Extension du service pour 15 places personnes âgées (5 places sur Lunel, 10 places sur Montpellier). Les 5 places personnes handicapées en expérimentation deviennent pérennes.

**2007** Le **SSIAD Le Lien** et le **SAAD Le lien Services** signent une convention de services.

**2009** Le Lien SSIAD est retenu pour le Projet Plan ALZHEIMER 2008-2012. L'Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile (ESAD) ouvre en **2010**.

**2010** Obtention de la marque NF X50- 056 Service aux Personnes à Domicile (NF 311).

**2011** Le **SSIAD Le Lien** et le **SAAD Le lien Services** signent une convention de partenariat.

**2015** La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement met en place des expérimentations d'une nouvelle forme de SPASAD assurant des prestations d'aide, d'accompagnement et des soins au domicile des personnes fragiles. La loi donne également la possibilité à ceux-ci de mettre

en place des actions de prévention financées dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

2016 Afin de toujours mieux répondre aux besoins du territoire, le **SSIAD Le Lien** et le **SAAD Le lien Services** se positionnent ensemble sur un projet de création d'un SPASAD et sont retenus pour une expérimentation de deux années, pouvant donner lieu à une pérennisation du service.

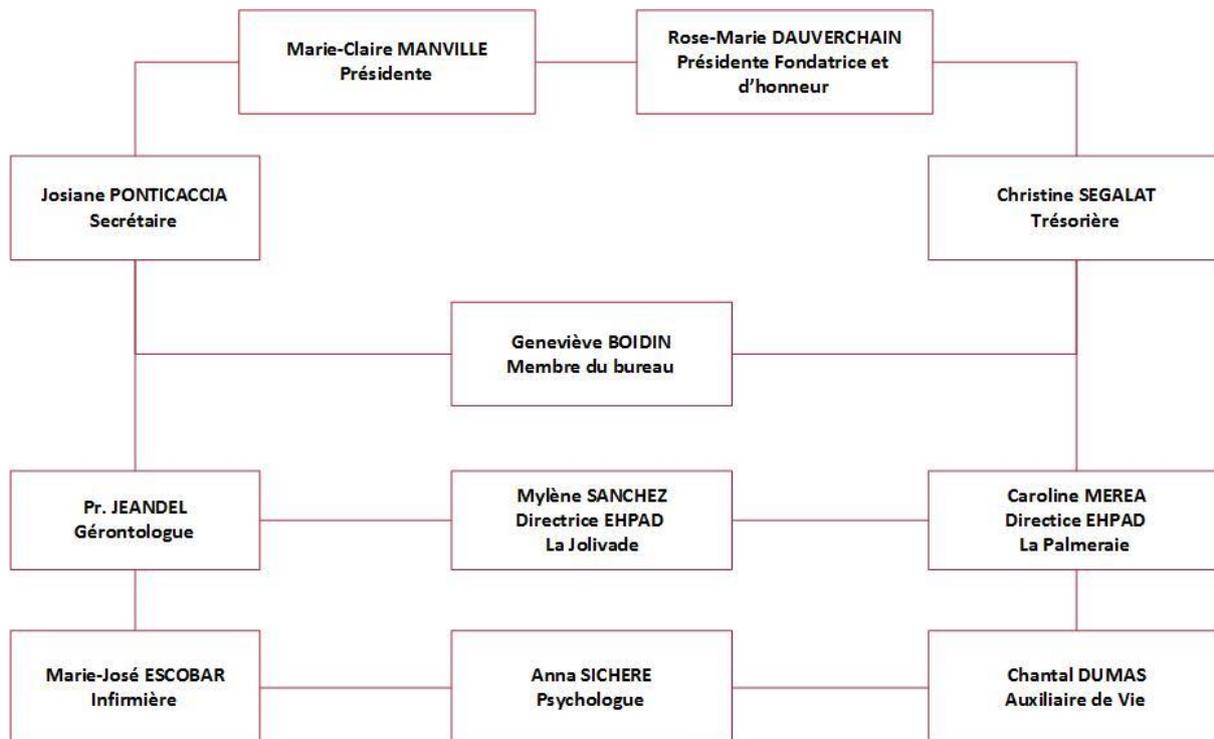
2017 Création d'une Equipe Spécialisée de Prévention des Risques (ESPR) : thèmes sélectionnés – Nutrition – Sommeil – Tablettes tactiles.

2021 Election d'une nouvelle Présidente : Madame Marie-Claire MANVILLE.

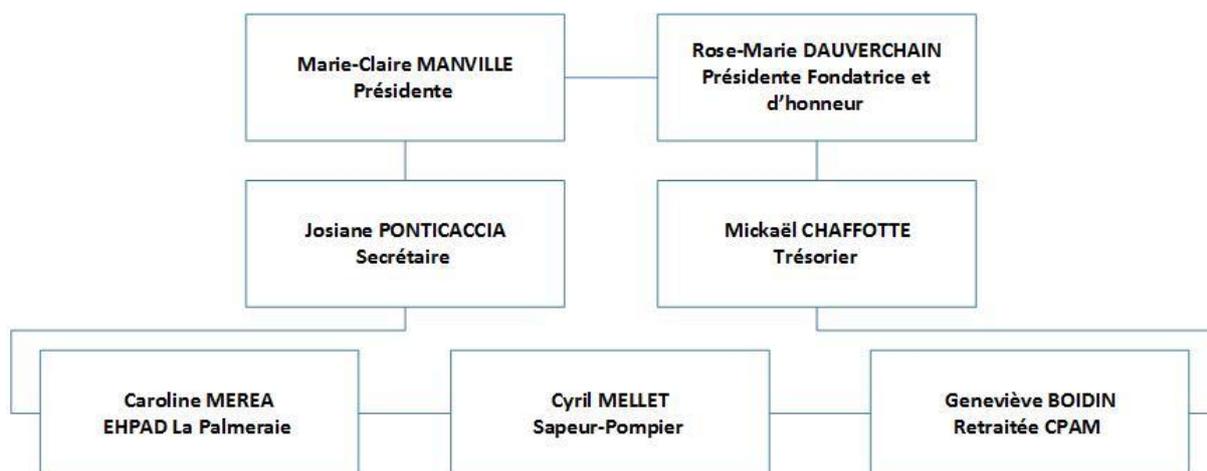
# Nos instances de gouvernance

## Les conseils d'administration

### SSIAD Le Lien



### SAAD Le Lien Services



# Nos secteurs d'intervention

Equipe de soins  
Personnes âgées

Equipe Aide et  
Accompagnement

ESA  
Equipe Spécialisée  
Autonomie

Equipe Soins  
Personnes handicapées

Montpellier    Montferrier    Clapiers  
Castelnau    Le Crès    Grabels  
Juvignac    Saint Jean de Védas Lattes  
Palavas    Pérols    Lunel

# Une équipe à votre écoute



**Intervenants libéraux sous convention  
(IDE, Pédicures, Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Diététiciens,  
Psychologues...)**

# Le rôle de nos intervenants

## L'aide-soignant(e)

Diplômé(e) (CAFAS- DEAS), l'aide-soignant(e) fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire. Il/Elle a pour mission de mener le patient au maximum de son autonomie.

Ses tâches principales sont :

- D'assurer les soins d'hygiène et de confort du patient,
- De participer à la surveillance de l'état de santé physique et moral du patient et d'en informer l'infirmière coordinatrice aussi souvent que nécessaire, mais au minimum, une fois par semaine,
- De stimuler et mobiliser les patients afin de maintenir leur autonomie,
- D'aider à l'élaboration des plans de soins, sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice,
- De participer à la tenue du dossier de soins (recueil de données et transmissions fiables par écrit,
- De contribuer à l'établissement d'une relation de qualité avec le bénéficiaire et son entourage,
- De rechercher l'amélioration de la qualité de la prestation.

## L'infirmier - ère (bureau)

Diplômé(e) d'état, l'infirmier - ère fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire.

Ses principales missions sont :

- D'organiser les prises en charge en accord avec l'infirmière coordinatrice
- De dispenser des soins de nature technique, relationnelle ou éducative
- D'élaborer les plans de soins
- D'encadrer les aides-soignants
- D'ajuster les prises en charge en fonction de l'évolution de l'état de santé des patients.

## L'infirmier - ère à domicile

Diplômé(e) d'état, l'infirmier - ère fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire.

Ses principales missions sont :

- De dispenser des soins de nature technique, relationnelle, et éducative
- De superviser et/ou réaliser des soins d'hygiène et de nursing, d'alimentation
- D'ajuster les prises en charge en fonction de l'évolution de l'état de santé des patients.

## L'infirmier coordonnateur, L'infirmière coordinatrice, référent(e) SPASAD

Responsable de l'équipe du SSIAD et de l'ESAD, l'IDEC conduit :

- Les activités de coordination du fonctionnement interne du service, notamment :
  - L'accueil des personnes aidées et de leur entourage,
  - L'évaluation des besoins en soins de ces personnes au moyen de visites à leur domicile, afin d'élaborer et de mettre en œuvre les projets individualisés de soins,
  - La coordination de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale qui intervient chez une même personne (aide-soignant, infirmier, pédicures-podologues),
  - La relation avec tout autre intervenant médical et paramédical.
- Les activités de coordination du fonctionnement externe du service :
  - La participation du service aux activités conduites par la MAIA, le C.L.I.C. (Centre Local d'Information et de Coordination en gérontologie) et autres organismes partenaires.
  - La participation aux réseaux de santé.

Dans le cadre du SPASAD, l'IDEC assure le rôle de référent de la personne accompagnée. Il / elle, réalise les visites d'évaluation ainsi que les visites de réévaluation.

## **Le - la psychomotricien – ne**

Diplômé(e) d'état, la psychomotricienne fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire.

Il / elle prend soin et accompagne les personnes présentant des troubles psychomoteurs divers. Ces troubles se manifestent par des troubles du comportement, des conduites et des compétences motrices sensorielles, cognitives et relationnelles et sont liés à une perturbation de l'équilibre entre les différents aspects de l'organisation psychomotrice des personnes.

## **L'assistant(e) de soins en gériatrie (ASG)**

Diplômé(e) d'état (DEAS ou DEAMP), l'assistant(e) de soins en gériatrie (ASG) est un(e) aide-soignant(e) ou un(e) aide-médecin-psychologue, formé(e) spécifiquement à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

L'ASG est délégué(e) par l'ergothérapeute ou le, la psychomotricien(ne).

→ Il / elle réalise des activités en lien avec la prestation de soins de réhabilitation et d'accompagnement, au domicile des patients.

→ Il / elle participe aux actes qui peuvent concourir à maintenir ou restaurer les capacités physiques dans les actes de la vie quotidienne, les liens sociaux, par des activités de stimulation sociales et cognitives, en redonnant confiance.

→ Il / elle contribue également au soutien de l'entourage des bénéficiaires.

→ Il / elle rédige le bilan de fin d'accompagnement des bénéficiaires, en collaboration avec toute l'équipe ESAD.

## **L'aide à domicile**

Salarié(e) du service d'aide à domicile, l'aide à domicile peut être diplômé(e) (DEAVS ou DEAES), ou équivalent. Il / elle est toujours formé(e) pour conduire ses missions :

→ Nettoyage et entretien du logement,

→ Hygiène et confort,

→ Entretien de la cuisine,

→ Entretien du linge courant,

→ Préparation des repas,

→ Aide aux actes de la vie courante,

→ Courses,

→ Aide aux démarches administratives,

→ Entretien de la vie sociale.

## **Le- la responsable de secteur**

Le - la responsable de secteur est l'interlocuteur(trice) privilégié(e) des personnes pour les services demandés d'aide à domicile.

→ Il / elle évalue les besoins en concertation avec l'utilisateur,

→ Il / elle organise la prestation et veille au bon déroulement du plan d'aide,

→ Il / elle encadre les intervenants à domicile et assure le suivi de la prestation.

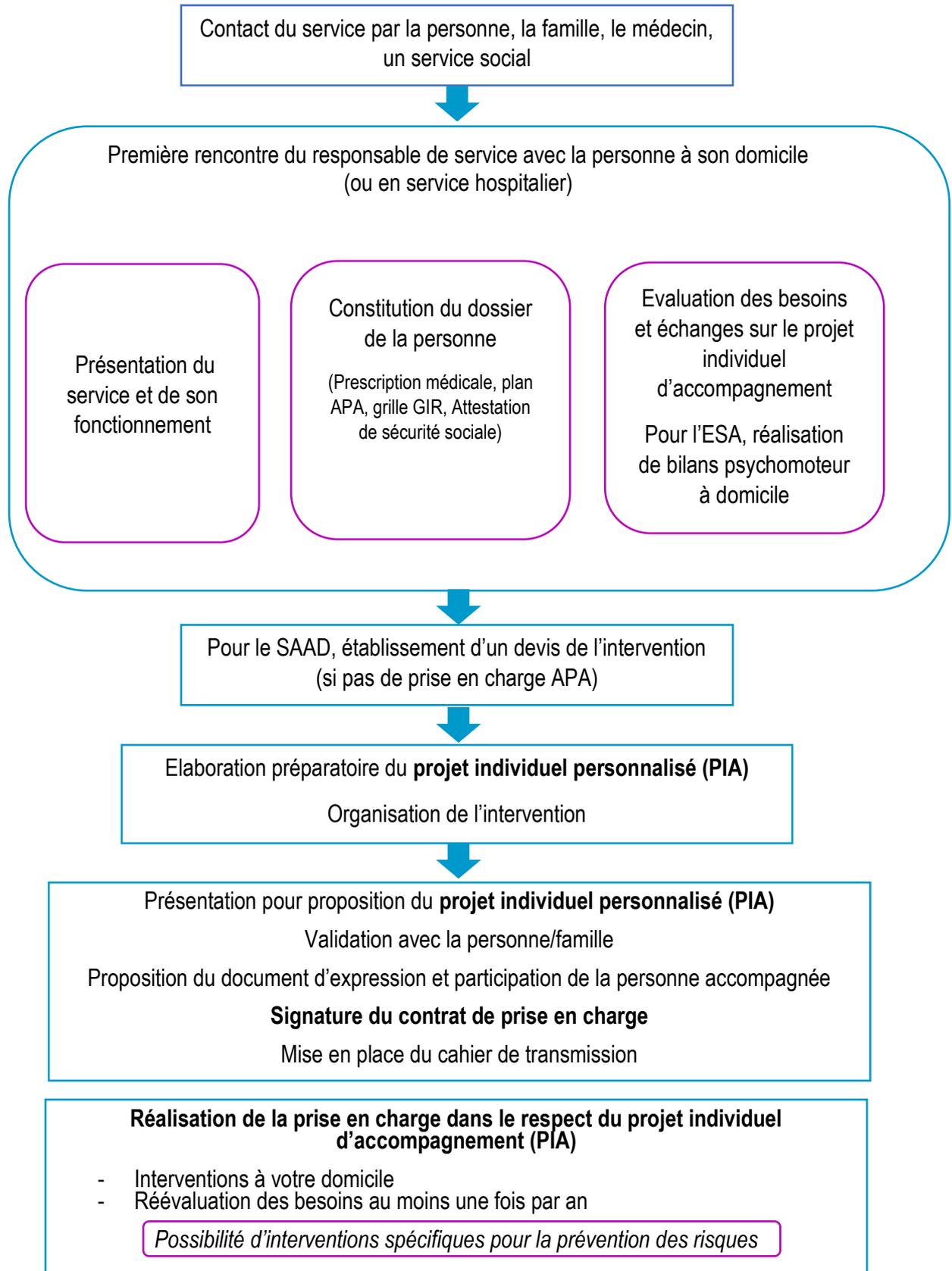
## **Le- l'assistant de secteur**

→ Il / elle assiste le-la responsable de secteur,

→ Il / elle organise les remplacements des salariés et effectue les plannings,

→ Il / elle assure le suivi de la prestation.

# Les étapes de la prise en charge



\*Pour le SAAD voir ci-après les modalités de contractualisation, de facturation et modes de paiement

## Les conditions générales d'intervention

Les plages horaires d'intervention, les conditions de continuité de service et les modalités de remplacement en cas d'absence sont indiquées dans le règlement de fonctionnement du SPASAD et dans les conditions générales du service d'aide et d'accompagnement à domicile.

## Modalités de contractualisation, de facturation et modes de paiement des prestations d'aide et d'accompagnement

Un devis indiquant la nature des prestations, le tarif horaire de base et le coût moyen mensuel à votre charge vous est remis lorsque le prix mensuel des prestations est supérieur ou égal à 100 € TTC, ou lorsque vous en faites la demande, quel que soit le montant mensuel des prestations.

Lors de la signature du contrat d'intervention, et dans le respect de la loi, vous disposez d'un délai de rétractation de 14 jours – un formulaire de rétractation est mis à votre disposition dans les conditions générales du service.

## Tarifs des prestations d'aide et d'assistance à domicile au 1<sup>er</sup> juin 2023

	Personnes de plus de 70 ans	Personnes de moins de 70 ans
<b>APA</b>	27.51€/H selon participation fixé sur le plan d'aide	27.51€/H selon participation fixé sur le plan d'aide
<b>Particuliers</b>	30.51€/H	30.51€/H
<b>CARSAT</b>	25.60€/H	25.60€/H
<b>Chèques liberté</b>	25.60€/H	25.60€/H

Pour tout déplacement à la demande du bénéficiaire une indemnité de 0.50 euros du kilomètre sera demandée.

### Frais annuels :

Des frais annuels de traitement du dossier dont le montant s'élève à 7.05 € au 1er juillet 2022, sont facturés à tous les bénéficiaires des prestations d'aide et d'assistance à domicile.

Les tarifs des prestations d'aide et d'assistance et des frais annuels de traitement du dossier sont susceptibles d'évoluer dans les conditions précisées dans les conditions générales de vente du service.

### Les aides financières possibles :

Selon votre situation, les frais d'intervention à domicile peuvent être pris en charge totalement ou en partie par un organisme financeur : conseil départemental, CARSAT, CPAM, mutuelles, caisses de retraite.

Ces organismes fixent les barèmes de leur participation financière et la durée de la prise en charge pour certains. Les prestations ne peuvent débuter qu'après accord du prescripteur qui les financent. En cas de dépassement des heures d'interventions par rapport à la prise en charge, vous serez redevable de la totalité des frais d'intervention.

### Conseil départemental de l'Hérault :

- ✓ Allocation Personnalisée Autonomie financée par le conseil départemental de l'Hérault,

1000, rue d'Alco à MONTPELLIER / 04 67 67 67 67

✓ CARSAT :

- ARDH : Aide au retour après une hospitalisation,
- Aide aux aidants,
- Plan d'aide Personnalisé.

29 Cours Gambetta - CS 49001 MONTPELLIER ☎ 3960

**Devis - Modalités de facturation :**

La facture des heures effectuées est établie dès réception de la feuille de présence et envoyée à votre domicile.

Celle-ci tient compte de la participation du prescripteur financeur, s'il y a lieu.

# Les engagements qualité de notre SPASAD

Le SPASAD Le Lien, dans la continuité des démarches des deux associations, est engagé dans une démarche qualité. Nos objectifs :

## Déontologie :

- Respecter la personne et son environnement dans une intervention individualisée, coordonnée par un référent identifié ;
- Assurer le respect des droits du bénéficiaire, par une approche bienveillante et bientraitante, dans le respect de notre Charte de bientraitance interne ;
- Protéger les intervenants en renforçant leurs compétences et développant les bonnes pratiques professionnelles, en appui des Recommandations publiées par l'ANESM ou l'HAS.

## Accueil et suivi du bénéficiaire :

- Garantir la qualité de l'accueil et le suivi de la prise en charge, par une disponibilité des équipes administratives, de coordination et d'intervention ;
- Analyser les besoins et proposer une prise en charge adaptée et évolutive autant que de besoin ;
- Proposer un projet individualisé, revu et réactualisé avec le bénéficiaire (et son entourage le cas échéant) au moins une fois par an ;
- Assurer la continuité des soins, par une coordination des intervenants et une communication pertinente.

## Qualité du service :

- S'assurer de la satisfaction des bénéficiaires pris en charge par le service ;
- S'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations de soins et d'accompagnement du bénéficiaire ;
- Prendre en compte les remontées d'informations et répondre aux réclamations.

## Compétence des personnels :

- Garantir de bonnes conditions d'exercice professionnel à tous ses intervenants, notamment en termes de prévention des risques ;
- Proposer des actions d'amélioration et d'acquisition de compétences (formation, échanges de pratiques, appui des recommandations de bonnes pratiques professionnelles...) pour toujours améliorer la qualité de la prise en charge ;
- Respecter la réglementation en vigueur, le droit du travail, la convention collective.

# Vos droits en tant qu'usager

Nos interventions s'inscrivent dans un cadre légal :

- ✓ Le code de l'action sociale et des familles, et notamment les articles L116-1, L116-2, L311-3, L 313-24,
- ✓ Le code de la santé publique, et notamment les articles L 1110-1, L 1110-2, L 1110-3, L1110-4, L 1110-5, L 1111-2, L 1111-3, L 1111-4, L 1111-5, L 1111-6, L 1111-7,
- ✓ Les dispositions générales du code de la consommation, et celles relatives aux contrats conclus hors établissement (Articles L221-1 21-4 à L221-29 du code ).

Conformément à **la Charte des droits et libertés de la personne accueillie** (annexée à ce livret d'accueil), nous portons une attention particulière aux droits des usagers.

## La confidentialité :

En tant qu'usager du SPASAD, vous avez droit au respect de votre vie privée, et au secret des informations vous concernant (Art. L.1110-4 du code de la santé publique). Ce secret couvre l'ensemble des informations venues à la connaissance d'un professionnel du service et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec le service.

La mise en œuvre d'un accompagnement de qualité et qui s'adapte à votre situation nécessite que des informations vous concernant soient échangées entre les professionnels du SPASAD et entre ces derniers et les professionnels extérieurs au service qui participent à votre prise en charge (médecins, infirmiers libéraux, services d'accueil de jour, établissement d'accueil temporaire, kinésithérapeute.).

Cet échange d'informations doit être nécessaire et pertinent au regard des objectifs fixés, du rôle et du statut du professionnel concerné.

## Le partage d'information entre les professionnels de notre structure :

Les professionnels du service qui participent à votre prise en charge seront amenés à échanger des informations vous concernant nécessaires à l'évaluation continue de vos besoins, l'élaboration et l'évolution du projet individualisé d'aide et d'accompagnement et de soins, la coordination des intervenants, et la communication avec des professionnels extérieurs au service.

Ce partage d'informations sera effectué notamment lors de réunion de coordination du service et au moyen des supports suivant :

- Le dossier informatisé des personnes accompagnées par le service,
- Le logiciel de gestion des plannings des intervenants,
- Une messagerie sécurisée,
- Le cahier de liaison.

Il est précisé que des procédures garantissent la sécurité des informations vous concernant ont été mises en place : utilisation d'identifiants et de mots de passe individualisés pour l'accès aux logiciels, procédure de rangement du cahier de liaison ayant pour objectif d'éviter qu'il soit consulté par des tiers.

Par ailleurs, les personnels du service sont soumis au secret professionnel.

## Le partage d'information avec des professionnels d'autres structures :

Les professionnels du service qui participent à votre prise en charge seront également amenés à partager avec d'autres professionnels extérieurs (médecins, hôpitaux, infirmiers libéraux, service d'accueil de jour, établissement d'accueil temporaire, kinésithérapeute.) des informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité de votre prise en charge et à l'évolution de votre situation.

Afin de permettre ce partage d'informations, les professionnels utilisent, outre les échanges téléphoniques :

- Une messagerie sécurisée,
- Le cahier de liaison.

Il est précisé que des procédures garantissant la sécurité des informations vous concernant ont été mises en place : utilisation d'identifiants et de mots de passe individualisés pour l'accès aux logiciels, procédure de rangement du cahier de liaison ayant pour objectif d'éviter qu'il soit consulté par des tiers.

La loi nous imposant de recueillir votre consentement sur ces échanges d'informations, ce livret comprend un formulaire détachable, annexe n°2 en fin de classeur.

### La protection des données personnelles traitées par informatique :

Les informations personnelles recueillies par le service font l'objet d'un traitement informatique destiné à organiser les interventions et gérer les relations avec le bénéficiaire.

Les destinataires des données sont les salariés du service

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en écrivant à l'adresse suivante, 912 rue de la croix verte, bat 5, 34198 Montpellier cedex 5

Vous pouvez également informer l'association que vous vous opposez pour des motifs légitimes au traitement informatique des données vous concernant.

### Le droit à l'information :

Nous portons aussi une attention particulière en matière de **droit à l'information**.

Ce **livret d'accueil**, le **règlement de fonctionnement** de l'Association (que vous trouverez en annexe) et le **contrat de prise en charge** sont pour nous l'occasion de vous présenter l'organisation et le fonctionnement du SPASAD afin d'assurer la complétude de l'information.

Toute personne prise en charge par notre SPASAD a un **droit d'accès à son dossier et aux informations** liées à sa prise en charge.

Elle a le pouvoir de faire rectifier, compléter, préciser, mettre à jour ou effacer des erreurs qu'elle peut trouver à l'occasion de la communication des informations la concernant.

### La participation des bénéficiaires au fonctionnement du service et de leur famille :

Afin de vous associer au fonctionnement du service et pour prendre en compte vos remarques et propositions les moyens suivants ont été mis en place :

→ **L'enquête de satisfaction annuelle** nous permet de tenir compte de vos remarques ou suggestions proposées dans un rubrique de libre expression.

→ A votre écoute tous les jours, par téléphone, par mail, dans nos bureaux ou à votre domicile pour recueillir toute **remontée d'informations, réclamation ou suggestion d'amélioration**.

→ Tout bénéficiaire du service (ou son représentant) peut à tout moment contacter la direction par téléphone ou par courrier, pour solliciter une rencontre avec elle.

→ Toute réclamation est systématiquement enregistrée et traitée dans les 15 jours, selon la procédure en cours.

→ A votre demande, des réunions de coordination peuvent être organisées avec vous, les intervenants, votre famille ou entourage, et la responsable du service.

Enfin, nos associations sont ouvertes au bénévolat et vous pouvez, si vous le souhaitez, poser votre candidature pour être désigné pour participer **aux Conseils d'Administration**.

### **Le proche aidant – La personne de confiance :**

Vous pouvez désigner une personne de confiance dont le rôle et les modalités de désignation sont présentés dans la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance annexée au présent livret d'accueil.

Par ailleurs, chaque bénéficiaire de prestations d'aide à domicile a la possibilité de désigner, dans les conditions particulières du contrat de prestation, un proche aidant qui sera associé pour l'évaluation des besoins, la conclusion du contrat, la mise en place et le suivi des prestations et leur évolution.

Nous vous précisons que même si ce n'est pas obligatoire, il est préférable pour faciliter l'intervention du service et la cohérence de l'organisation que le proche aidant soit désigné également personne de confiance.

### **La personne qualifiée :**

Article L. 311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

« Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'État dans le département et le président du conseil général. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

En application de la loi et bien que nous prenions toutes les mesures pour satisfaire votre demande et assurer un service de qualité, vous ou votre famille pouvez faire appel à un intervenant extérieur, qui tient **un rôle de conciliateur :**

**C'est « la personne qualifiée ».**

**Cette personne peut, gratuitement, vous aider à faire valoir vos droits en cas de conflit avec notre service.**

Ainsi, toute personne prise en charge dans un service médicosocial peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur la liste en annexe n°3 du présent livret.

### **Information sur les directives anticipées :**

Le bénéficiaire du SPASAD peut demander à s'entretenir avec l'infirmier(e) coordonnateur(trice) référent(e) afin de recevoir des informations sur la possibilité que prévoit la loi pour toute personne d'exprimer « sa volonté relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux », « pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté », appelées directives anticipées (voir documents en annexe 4).

### **Droit de faire appel à un médiateur**

Outre le droit de faire appel à une personne qualifiée, le bénéficiaire du SPASAD peut recourir ; en cas de désaccord avec le service à propos du contrat de prestation relatif aux prestations d'aide et d'assistance ou de son exécution, à une procédure de médiation conventionnelle ou à tout autre mode alternatif de règlement des différends en application de l'article L.211-30 du code de la consommation.

Notamment, le bénéficiaire pourra recourir gratuitement à un médiateur de la consommation répondant aux exigences légales et réglementaires en vigueur comme le prévoit l'article L.612-1 du même code, à condition à condition d'avoir contacté au préalable le professionnel pour tenter de régler le litige.

Le recours à la médiation est gratuit pour le bénéficiaire. Toutefois, si le bénéficiaire décide de se faire représenter par un avocat ou assister par toute personne de son choix, notamment un expert, il en assume les coûts afférents.

En tout état de cause, le bénéficiaire peut solliciter une médiation en envoyant un mail à [services@associationlelien.fr](mailto:services@associationlelien.fr) ou un courrier simple à l'association le lien services, 912 rue de la croix verte, bât 5, 34198 MONTPELLIER cedex 5. Le client se verra transmettre les coordonnées de de l'organisme de médiation auquel il peut recourir.

En outre, le bénéficiaire peut obtenir des informations sur la médiation et sur le ou les médiateurs habilités sur le site internet de la médiation de la consommation : <http://www.mediation-conso.fr>.

Il est précisé que la solution proposée par le médiateur ne s'impose pas aux parties au contrat.

# Nos partenaires

## Des partenaires, financeurs des prises en charge

L'ARS- Agence Régionale de Santé

Le Conseil Départemental de l'Hérault

Les caisses d'Assurance Maladie

La CARSAT

La CNRACL (Caisse Nationale de retraite des Agents des Collectivités Territoriales)

La CFPPA- Conférence des Financeurs de la Prévention et de la Perte d'Autonomie

## Des partenaires institutionnels

Les travailleurs sociaux du CHU (Montpellier), de l'hôpital de Lunel et des UTAG

La MAIA - Le PAERPA – La CTA

Monalisa34

PFS34 (prévention Fragilité Seniors 34)

PARA REPAIR (Plateforme d'accompagnement et de Répits des aidants)

Les CCAS

ALMA (Association de lutte contre la maltraitance)

France Alzheimer

France Parkinson

Centre régional Equilibre et prévention des chutes du CHRU de Montpellier

## Des partenaires sanitaires, sociaux et médicosociaux

Médecin traitants et médecins hospitaliers,

Réseaux de libéraux sous convention (IDE, pédicures, orthophonistes.)

CHU, équipe mobile de gériatrie,  
Equipe de soins palliatifs  
UCC Antonin Balmès

HAD Apard

Mont d'Aurelle- soins de suite

Résidence foyer Aragon, Lattes

Résidence foyer Rieucoulon, Maurin

Ciel Bleu – accueil de jour,

Jardins de Sophia, accueil de jour,

L'étape de Lattes

SAAD ORIALYS, Lunel

SSIAD de l'hôpital de Lunel

La CPTS

Réseau de SAAD et SSIAD

Foyers logements

Prestataires de livraison de repas

Prestataires de matériel médical

# Assurances souscrites par le SPASAD

Conformément aux réglementations en vigueur, le service a souscrit :

- Une assurance responsabilité civile couvrant les dommages corporels ou matériels pouvant être causés par les intervenants à votre domicile, salariés du service.
- Une assurance « autodomi » couvrant les déplacements des intervenants dans le cadre de leur mission et également lors du transport de bénéficiaires (lors des manifestations organisées par le service).

Ces assurances ont été souscrites auprès du cabinet PLENITA et couvrent le département de l'Hérault.

Tous nos contrats d'assurance sont tenus à votre disposition dans nos bureaux.

**Remarque** : les professionnels libéraux exerçant sous convention travaillent sous leur propre responsabilité.

# Notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance

(Article D. 311-0-4 du code de l'action sociale et des familles)

La présente notice d'information comprend :

- ✓ Des explications concernant le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- ✓ Cinq annexes :
  - Annexe 1 : Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique ;
  - Annexe 2 : Formulaire de désignation de la personne de confiance ;
  - Annexe 3 : Formulaire de révocation de la personne de confiance ;
  - Annexe 4 : Formulaires à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul (e) le formulaire de désignation ou de révocation de la personne de confiance,
  - Annexe 5 : Un modèle d'attestation de délivrance de l'information sur la personne de confiance.

## Le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance

La loi donne le droit à toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social (1) de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

### 1. Quel est son rôle ?

La personne de confiance a plusieurs missions :

#### ✓ **Accompagnement et présence :**

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Être présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher votre consentement à être accueillie dans l'établissement d'hébergement (en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui et, chaque fois que nécessaire, du médecin coordonnateur si la structure d'accueil est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).
- Elle sera la seule personne de votre entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien.

- Vous accompagner dans vos démarches liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.
- Assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.
- 

✓ **Aide pour la compréhension de vos droits :**

Votre personne de confiance sera consultée par l'établissement ou le service qui vous prend en charge au cas où vous rencontriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits.

Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions.

Par ailleurs, lors de la désignation de la personne de confiance du code de l'action sociale et des familles (dans le cadre de votre prise en charge sociale ou médico-sociale), si vous souhaitez que cette personne exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique (concernant les usagers du système de santé, par exemple, en cas d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie ...), vous devrez l'indiquer expressément dans le formulaire de désignation. Les missions de cette personne de confiance sont rappelées dans l'annexe.

La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations qui vous concernent.

## **2. Qui peut la désigner ?**

Cette faculté est ouverte à toute personne majeure prise en charge par une structure sociale ou médico-sociale.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice lorsqu'un mandataire spécial a été désigné, tutelle, curatelle) pour les actes relatifs à la personne, la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles.

## **3. Qui peut être la personne de confiance ?**

Vous pouvez désigner comme personne de confiance toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant.

Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer de sa portée.

La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation figurant en annexe 2. Il convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

#### **4. Quand la désigner ?**

Vous pouvez la désigner lorsque vous le souhaitez.

Lors du début d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, qu'elle soit effectuée par un service ou dans un établissement d'hébergement, il vous sera proposé, si vous n'aviez désigné personne auparavant, de désigner une personne de confiance.

Il est possible que vous ayez déjà désigné une personne de confiance pour votre santé (2), notamment au cours d'une hospitalisation, avant votre début de prise en charge sociale ou médico-sociale. Cette personne n'est pas automatiquement autorisée à être votre personne de confiance pour votre prise en charge sociale ou médico-sociale. Il vous sera donc nécessaire, si vous souhaitez que cette même personne soit également votre personne de confiance dans le cadre de votre prise en charge sociale et médico-sociale, de procéder à une nouvelle désignation.

La désignation de la personne de confiance du secteur social et médico-social est valable sans limitation de durée, sauf si vous l'avez nommé pour une autre durée plus limitée.

Si vous êtes demandeurs d'asile, la notice d'information et le formulaire de désignation d'une personne de confiance vous ont été remis par l'Office français de l'immigration et de l'intégration lors de votre passage au guichet unique en même temps que la proposition d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile ou, si cette proposition d'hébergement intervient postérieurement à votre passage au guichet unique, en même temps que la proposition d'une offre d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile. Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, il convient dès votre arrivée que vous remettiez le formulaire de désignation au responsable du centre afin qu'il puisse engager sans délais la prise de contact avec la personne que vous aurez désignée.

#### **5. Comment la désigner ?**

La désignation se fait par écrit. Il est préférable d'utiliser le formulaire figurant en annexe 2, mais vous pouvez aussi le faire sur papier libre, daté et signé en précisant bien le nom, le prénom et les coordonnées de la personne de confiance.

La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire ou, le cas échéant, le document.

Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment. Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour la désignation (formulaire figurant en annexe 3).

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, notamment au moyen du formulaire figurant en annexe 4, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

#### **6. Comment faire connaître ce document et le conserver ?**

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer la structure et l'équipe de prise en charge que vous avez désigné une personne de confiance, afin qu'ils connaissent son nom et ses coordonnées, et d'en donner une copie. Il est souhaitable d'en tenir vos proches informés.

Il peut être utile de conserver le document de désignation avec vous.

(1) Etablissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'il prend en charge des personnes majeures.

(2) En application de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

# Annexes

## Annexe 1 : Les principales missions de la personne de confiance

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple, en cas d'hospitalisation), la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique peut exercer les missions suivantes.

- ✓ Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement :

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- Assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
- Prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.
- Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

- ✓ Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale :

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche serait consulté.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches ...).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas d'une contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera.

Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Nota. Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'autorisation de votre personne de confiance sera en revanche requise.

## Désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e)

NOM Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Désigne comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles :

NOM Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Qualité (lien avec la personne) :  Un proche  Un parent  Mon médecin traitant

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de ma prise en charge. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit à l'association Le Lien.

• Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :  OUI  NON

• Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera ses missions mentionnées à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code :

OUI  NON

• Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :  OUI  NON

• Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :  OUI  NON

Fait à ..... Le.....

Signature

Cosignature de la personne de confiance

**Formulaire de révocation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles**

Je soussigné(e)

Nom et prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Met fin à la désignation de

NOM Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Qualité (lien avec la personne) :  Un proche  Un parent  Mon médecin traitant

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Fait à, le

Signature :

## Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

### 1- Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance

<p>Témoïn 1 :</p> <p>Je soussigné(e), Nom Prénom</p> <p>Qualité (lien avec la personne)</p> <p>Atteste que la désignation de :</p> <p>Nom Prénom</p> <p>Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :</p> <p>Nom prénom</p> <p>Fait à</p> <p>Le</p> <p>Signature du témoin</p> <p>Cosignature de la personne de confiance</p> <p><b>Partie facultative</b></p> <p>Je soussigné(e), Nom Prénom</p> <p>Qualité (lien avec la personne)</p> <p>Atteste également que</p> <p>Nom prénom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> <li>- Lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle, n'est plus en état de s'exprimer : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> <li>- Lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>Fait à Montpellier</p> <p>Signature du témoin      Cosignature de la personne de confiance</p>	<p>Témoïn 2 :</p> <p>Je soussigné(e), Nom Prénom</p> <p>Qualité (lien avec la personne)</p> <p>Atteste que la désignation de :</p> <p>Nom Prénom</p> <p>Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :</p> <p>Nom prénom</p> <p>Fait à</p> <p>Le</p> <p>Signature du témoin</p> <p>Cosignature de la personne de confiance</p> <p><b>Partie facultative</b></p> <p>Je soussigné(e), Nom Prénom</p> <p>Qualité (lien avec la personne)</p> <p>Atteste également que</p> <p>Nom prénom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> <li>- Lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle, n'est plus en état de s'exprimer : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> <li>- Lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>Fait à Montpellier</p> <p>Signature du témoin      Cosignature de la personne de confiance</p>
---	---

## Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

<p>Témoïn 1 :</p> <p>Je soussigné(e), Nom Prénom</p> <p>Qualité (lien avec la personne)</p> <p>Atteste que:</p> <p>Nom Prénom</p> <p>A mis fin à la désignation de</p> <p>Nom prénom</p> <p>Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>Que par la suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique.</p> <p>Fait à</p> <p>Le</p> <p>Signature du témoin</p>	<p>Témoïn 2 :</p> <p>Je soussigné(e), Nom Prénom</p> <p>Qualité (lien avec la personne)</p> <p>Atteste que:</p> <p>Nom Prénom</p> <p>A mis fin à la désignation de</p> <p>Nom prénom</p> <p>Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>Que par la suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique.</p> <p>Fait à</p> <p>Le</p> <p>Signature du témoin</p>
---	---

## Modèles d'attestation relative à l'information sur la personne de confiance

Je soussigné(e) Nom et prénom : .....

Fonction dans l'établissement .....

Atteste avoir délivré l'information prévue à l'article L.311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

NOM Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Attestation signée à : .....

Signature du directeur ou de son représentant

Cosignature de la personne accueillie

## **Annexe 2 : Information sur l'échange d'informations et consentement au partage d'informations**

En faisant appel au service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) Le Lien, vous bénéficiez d'une prise en charge globale qui comprend, en fonction de vos besoins, des prestations de soins, d'aide, d'accompagnement à domicile et de prévention.

Pour que ces prestations soient de qualité et s'adaptent à votre situation, il est nécessaire que des informations vous concernant soient échangées entre les professionnels du SPASAD et entre ces derniers et les professionnels extérieurs au service qui participent à votre prise en charge.

Or la loi nous impose de vous informer et de recueillir votre consentement sur ces échanges d'information. C'est donc l'objet de ce document.

### **Le partage d'information entre les professionnels de notre structure.**

Les professionnels du service qui participent à votre prise en charge seront amenés à échanger des informations vous concernant nécessaires à l'évaluation continue de vos besoins, l'élaboration et l'évolution du projet individualisé d'aide et d'accompagnement et de soins, la coordination des intervenants, et la communication avec des professionnels extérieurs au service.

Ce partage d'informations sera effectué notamment lors de réunions de coordination du service et au moyen des supports suivant :

- Le dossier informatisé des personnes accompagnées par le service
- Le logiciel de gestion des plannings des intervenants
- Une messagerie sécurisée
- Le cahier de transmission.

Il est précisé que des procédures garantissent la sécurité des informations vous concernant ont été mises en place : utilisation d'identifiants et de mots de passe individualisés pour l'accès au logiciel, procédure de rangement du cahier de transmission ayant pour objectif d'éviter qu'il soit consulté par des tiers, procédure d'accès au dossier du patient.

Par ailleurs, les personnels du service sont soumis au secret professionnel.

### **Le partage d'information avec des professionnels d'autres structures.**

Les professionnels du service qui participent à votre prise en charge seront également amenés à partager avec d'autres professionnels extérieurs (médecins, hôpitaux, infirmiers libéraux, service d'accueil de jour, établissement d'accueil temporaire, kinésithérapeute...) des informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité de votre prise en charge et à l'évolution de votre situation.

Afin de permettre ce partage d'informations, les intervenants utilisent, outre les échanges téléphoniques :

- Une messagerie sécurisée,
- Le cahier de transmission.

Il est précisé que des procédures garantissant la sécurité des informations vous concernant ont été mises en place : utilisation d'identifiants et de mots de passe individualisés pour l'accès aux logiciels, procédure de rangement du cahier de transmission ayant pour objectif d'éviter qu'il soit consulté par des tiers.

---

Je soussigné, Madame, Monsieur,

- Reconnait avoir été informé de mon droit d'exercer à tout moment une opposition à l'échange et au partage d'informations décrites dans le présent document

- Accepte le principe du partage des informations me concernant entre les professionnels du SPASAD et entre ces derniers et les professionnels extérieurs au service, dans les conditions définies ci-dessus.

A Montpellier, fait en 2 exemplaires dont l'un est remis au bénéficiaire ou à son représentant légal, le

Signature du représentant du SPASAD

Signature du bénéficiaire du service ou de son représentant légal

## NOTE D'INFORMATION

### Relative à l'outil de Messagerie Sécurisée en Santé (MSS)

Dans le cadre de votre prise en charge au sein du SSIAD LE LIEN votre équipe soignante utilise le service de messagerie sécurisée en santé Medimail proposé par le MIPIH.

#### **A quoi sert Medimail ?**

C'est un service de messagerie qui permet d'échanger de manière sécurisée les données à caractère personnel – dont des données de santé - vous concernant entre des professionnels de santé ou des professionnels des secteurs sanitaires, social et médico-social.

Seules les personnes habilitées par la loi et intervenant dans votre prise en charge pourront échanger vos données de santé.

#### **Quel est le but de Medimail ?**

Medimail est un service de l'espace de confiance MSSanté qui permet de favoriser la coordination des soins et d'échanger de manière sécurisée au sein d'un espace de confiance utilisé par les professionnels titulaires d'un compte de messagerie MSSanté. Les professionnels impliqués dans votre prise en charge auront accès, de manière rapide, facile et dans le respect du secret professionnel à toutes les informations nécessaires à votre prise en charge.

Sauf opposition de votre part, les informations recueillies lors de votre consultation ou de votre hospitalisation, feront l'objet d'un enregistrement informatique et permettront, entre professionnels participant à la prise en charge, l'échange sécurisé des données de santé nécessaire à la continuité des soins.

Également vous avez la possibilité de désigner tout professionnel qui utilise cette messagerie pour qu'il puisse prendre connaissance et échanger des données vous concernant avec un autre professionnel.

N'hésitez pas à demander davantage d'explications auprès de votre équipe de soins.

#### **Quel est le cadre réglementaire de la messagerie sécurisée Medimail ?**

Le service Medimail est utilisé dans le respect des dispositions réglementaires et en conformité avec la protection des données. Il répond aux exigences de sécurité afin que vos données ne soient pas déformées ou endommagées ou que des tiers non habilités y accèdent. Vos données ne feront l'objet d'aucune exploitation commerciale et ne seront ni cédées, ni utilisées à d'autres fins. Les données à caractère personnel traitées sont réservées à l'équipe de soins en charge de votre suivi, à vos médecins et les professionnels de santé, ainsi qu'aux équipes du tiers technologique en charge de la maintenance du dispositif.

Les données échangées sont hébergées par le MIPIH certifié pour l'hébergement des données de santé. Cet hébergement consiste à garantir la conservation sécurisée des données de santé et leur confidentialité. Elles sont conservées pendant une durée de 3 mois maximum et seront ensuite supprimées définitivement de l'outil de messagerie. Seuls les professionnels de santé ayant participé à votre prise en charge conserveront vos données dans votre dossier médical.

#### **Quels sont vos droits sur les données échangées ?**

À tout moment, vous pouvez vous opposer à l'échange des données vous concernant via Medimail. Dans ce cas, les professionnels ne pourront pas utiliser cet outil et devront recourir à un moyen d'échange alternatif (courrier par exemple).

Conformément au Règlement Général Européen relatif à la protection des données (RGPD), vous disposez à tout moment d'un droit d'information (article 13 RGPD), d'accès (article 15 RGPD) et de rectification des données à caractère personnel vous concernant et faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de ce projet (article 16 RGPD), d'un droit à la limitation du traitement (article 18 RGPD) et d'un droit à l'effacement (dans les conditions prévues à l'article 17 RGPD).

L'exercice de ces droits est subordonné à l'envoi, en parallèle de votre demande, d'un justificatif d'identité auprès de votre centre de prise en charge.

Vous disposez également d'un droit de réclamation auprès de l'autorité de contrôle en France à savoir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

### Annexe 3 : Liste des personnes qualifiées

La liste de personnes qualifiées est établie par le Préfet de l'Hérault, le Département et le Président du Conseil Départemental, par arrêté n°2020-3477

- ✓ Madame BERVELT Marcelle, membre de l'association « Pour le droit de mourir dans la dignité », 06 75 40 80 32 - [marcellebervelt@yahoo.fr](mailto:marcellebervelt@yahoo.fr)
  
- ✓ Madame SCHNEIDER Arlette, membre de l'association des accidentés de la vie (FNATH) 06 71 67 45 38 - [schneider.arlette@free.fr](mailto:schneider.arlette@free.fr)

## Annexe 4 : Mes directives anticipées

Je soussigné(e)

NOM Prénom : .....

Date et lieu de naissance .....

Rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie. Mes volontés sont les suivantes :

### 1.A propos des situations dans lesquelles le maintien artificiel en vie pourrait être proposé (accident vasculaire cérébral, etc. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible, phase terminale d'une maladie).

- J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches.

.....  
.....

### 2.A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

- J'indique donc si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardiorespiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, intervention chirurgicale, dialyse rénale...)

.....  
.....

### 3.A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

- En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

Fait à ..... Le.....

Signature

**Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e)** vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

**Témoin 1 :** Je soussigné(e)

Nom et Prénoms

.....

Qualité :

.....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Monsieur ou

Madame.....

Fait à ..... Le.....

Signature

**Témoin 2 :** Je soussigné(e)

Nom et Prénoms

.....

Qualité :

.....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Monsieur ou

Madame.....

Fait à ..... Le.....

Signature

**Modification ou annulation  
de mes directives anticipées**

Je soussigné(e)

Nom et Prénoms

.....

Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

Ou : **Déclare annuler mes directives anticipées datées** du.....

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit au formulaire « Directives anticipées : cas particuliers).

Fait à ..... Le.....

Signature

## Annexe 5 : Informations concernant la protection des données personnelles

La Protection des données à caractère personnel, celles que vous nous confiez pour les besoins de votre prise en est régie par le **Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)**, Règlement Européen depuis le 25 mai 2018 et par la Loi Informatique et Liberté. L'autorité compétente française en charge de l'application de ce Règlement reste la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté).

- Pourquoi recueillir des données personnelles ?

Nous réalisons le recueil de données afin de pouvoir remplir notre mission et répondre à vos besoins : aide, accompagnement, soins en collaborant avec les professionnels.

- Qui est responsable du traitement de ces données personnelles ?

Le responsable du traitement de ces données est la directrice Isabelle BAZIN. Elle délègue le traitement des données vous concernant à ses équipes administratives et de terrain qui interviennent à votre domicile.

- Quelles données personnelles traitons-nous ?

Pour rappel, nous ne collectons et traitons que les données qui nous sont nécessaires pour vous prendre en charge et assurer nos missions :

Données administratives civiles pour vous identifier et vous contacter (identité, adresse, numéro de téléphone...)

- Données de santé et de mode de vie pour vous soigner (ces données sensibles sont recueillies soit avec votre consentement explicite soit conformément à l'article 9, §2.h. du RGPD).

- Données administratives....

L'accès aux données personnelles est strictement limité aux salariés de l'association, habilités à les traiter en raison de leurs fonctions.

- Combien de temps conservons-nous les données ?

Nous conservons ces informations, et les mettons à jour à votre demande ou par obligation professionnelle, pendant toute la durée de votre prise en charge.

Dans le cas où vous ne seriez plus pris en charge, ces informations seront conservées au minimum pendant une durée de dix ans (10), conformément aux exigences réglementaires, fiscales, d'assurance et autres obligations juridiques, à moins que la Loi nous impose un délai plus long.

### Quels droits avez-vous sur vos données ?

Conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide exercer vos droits en contactant Isabelle Bazin par mail ou courrier : Courriel : [isabelle.bazin@associationlelien.fr](mailto:isabelle.bazin@associationlelien.fr)

Adresse : 912 rue de la Croix verte-BP 4478 34198 MONTPELLIER CDX 5

En cas de difficulté en lien avec la gestion de vos données personnelles, vous pouvez contacter la Commission nationale de l'informatique et des libertés (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

### VOLET 1 – Veiller à la qualité de l'accompagnement proposé

- Individualiser la prise en charge : optimiser la formalisation et la traçabilité des objectifs de l'accompagnement, dynamiser l'information interne pour une meilleure appropriation des objectifs de l'accompagnement,
- Faire du Projet Individualisé d'Accompagnement une référence partagée,
- Nommer un référent du projet individualisé,
- Favoriser une coordination autour de la personne, aux différents niveaux : équipes du SSIAD et intervenants externes,
- Développer la bientraitance et la bienveillance.

### VOLET 2 – Accompagner le développement de l'offre pour mieux répondre aux besoins

- Augmenter la capacité d'accueil et d'accompagnement du SSIAD à destination des personnes en situation de handicap, et celle de l'ESA,
- Créer des places de SSIAD renforcés : offre à destination des personnes dont la santé nécessite des soins et une présence accrue au domicile,
- Mieux identifier et prendre en compte les besoins spécifiques des personnes atteintes de démence et/ ou de troubles psychiques,
- Soutenir les aidants : favoriser le répit des aidants, favoriser l'accès à des activités sociales, culturelles : développer la participation des bénéficiaires et des familles,
- Développer de actions de prévention à destination des bénéficiaire prises en charges et des aidants,
- Optimiser les tournées : couchers tardifs,

### VOLET 3 – Le volet organisationnel et social

- Garantir des conditions d'exercice favorables, tant pour les professionnels que pour les personnes accompagnées et leur entourage,
- Permettre à chacun de s'épanouir dans l'exercice de son activité,
- Veiller à la constante professionnalisation des équipes.
- Garantir la prévention des risques professionnels et de l'usure.

## ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Objectifs généraux	Déclinaison des objectifs
<b>Veille sur les appels à projet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Création de places de SSIAD renforcé</li><li>- Extension de la capacité ESAD</li></ul>
<b>Participation des usagers</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cartographie de l'offre de répit de proximité à formaliser</li><li>- Formation des aidants</li></ul>
<b>Développement et renforcement des pratiques de bientraitance</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consolider la démarche de bientraitance au sein des équipes</li></ul>
<b>Consolider la coordination auprès des bénéficiaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mise en place de référent objectif</li><li>- Communication du PIA : Plan Individualisé d'Aide</li></ul>
<b>Renforcer les actions de prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mise en place d'ateliers collectifs et individuels</li></ul>