



**PROJET DE SERVICE 2019 - 2023**

## **ASSOCIATION LE LIEN**

### **Service de Soins Infirmiers à Domicile**

*« Unir nos compétences pour  
développer un service de qualité et  
permettre aux personnes de rester  
au domicile »*

Association Le Lien – SSIAD  
912 Rue de la Croix Verte, 34090 Montpellier  
04 67 52 18 18

<http://associationlelien.fr/soins-a-domicile/>

# SOMMAIRE

<b>Avant-propos</b> .....	<b>3</b>
<b>TITRE 1 – NOS ENGAGEMENTS ET NOTRE ORGANISATION</b> .....	<b>5</b>
<b>Chapitre 1 – Présentation générale du Service</b> .....	<b>5</b>
La mission .....	5
L'Engagement Qualité .....	6
Le Public accompagné .....	7
Les Zones d'intervention .....	9
<b>Chapitre 2 – L'accompagnement des personnes</b> .....	<b>10</b>
La mise en œuvre des engagements de service .....	10
La Déontologie .....	11
L'équipe professionnelle au service des personnes accompagnées .....	12
La prévention des risques professionnels .....	15
<b>Chapitre 3 – L'Environnement du Service</b> .....	<b>16</b>
L'hérault, un département vieillissant .....	16
Des partenariats nécessaires pour la qualité de l'accompagnement des personnes .....	18
<b>TITRE 2 – POUR REpondre AUX ENJEUX DE DEMAIN</b> .....	<b>20</b>
<b>Chapitre 1 – L'analyse des besoins et des enjeux</b> .....	<b>20</b>
l'évolution du contexte légal et réglementaire .....	20
Les préconisations des schémas directeurs .....	20
Les besoins déterminés par l'évaluation du projet de service 2013-2018 .....	22
<b>Chapitre 2 – Le projet stratégique</b> .....	<b>23</b>
VOLET 1 – Veiller à la qualité de l'accompagnement proposé .....	23
VOLET 2 – Accompagner le développement de l'offre pour mieux répondre aux besoins .....	25
VOLET 3 – Le volet organisationnel et social .....	26
<b>Chapitre 3 – Les fiches actions du projet de service</b> .....	<b>29</b>
FICHE ACTION 1 – L'individualisation de l'accompagnement .....	29
FICHE ACTION 2 – Le développement des partenariats .....	30
FICHE ACTION 3 – L'accompagnement des personnes démentes .....	31
FICHE ACTION 4 – Le soutien aux aidants .....	32
FICHE ACTION 5 – Extension de la capacité d'accueil .....	33
FICHE ACTION 6 – La création de places de SSIAD renforcé .....	34
FICHE ACTION 7 – Le développement des actions de prévention .....	35
FICHE ACTION 8 – L'optimisation des tournées .....	36
FICHE ACTION 9 – La professionnalisation constante des acteurs .....	37
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>38</b>
<b>ANNEXE 1 – Fiche d'identité du service</b> .....	<b>39</b>
<b>ANNEXE 2 – Histoire et genèse du SSIAD</b> .....	<b>40</b>

La loi du 2 janvier 2002, dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, place la personne accompagnée au cœur des préoccupations et des organisations.

Pour ce faire, nous devons poser une réflexion partagée en équipe, et proposer un document « cadre » à notre action, complémentaire aux textes de l'environnement légal et réglementaire.

L'actualisation du projet de service<sup>1</sup> est un moment fort de notre association, invitant chacun à participer à poser **les principes d'actions et d'organisation de l'activité des professionnels, en leur donnant sens et repères.**

**Feuille de route pour 5 ans (2019-2023), le projet de service garantit le droit des personnes bénéficiaires, puisqu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisible les modes d'organisation et de fonctionnement du service.**

Il est un levier de cohésion des équipes autour de la personne accompagnée – âgée ou en situation de handicap, *en donnant un cadre validé institutionnellement*. Il est également un outil de prospective et d'amélioration de la qualité *en engageant la structure sur des projets d'actions, proposant objectifs, modalités de travail et indicateurs d'évaluation*.

Le SSIAD Le Lien a actualisé son projet de service en 2019, et a souhaité une démarche plurielle permettant :

- La participation active des équipes de professionnels, dans le cadre de groupes de travail, participe de « *la mobilisation et de la cohésion entre les finalités, l'organisation, les acteurs et leurs actions*<sup>2</sup> » ;
- L'intégration des résultats des enquêtes de satisfaction a permis de tenir compte de l'avis exprimé des personnes accompagnées et leurs proches ;
- La prise en compte de la démarche Qualité et des rapports d'audits – conduits dans une logique d'évaluation externe<sup>3</sup>,
- L'évaluation des besoins d'intervention, par une analyse du dernier projet de service (2013-2018) et son déploiement, mais aussi par une lecture attentive des schémas départementaux et leur plan d'actions.

Ce projet de service prend nécessairement en compte les nombreuses évolutions du secteur social et médico-social, et les différents textes de référence – dont *les recommandations de bonnes pratiques* du secteur, afin d'être un appui au développement du service, aux évolutions des compétences des professionnels essentielles pour répondre aux enjeux de demain. En effet, les services de soins infirmiers à domicile comme Le Lien sont et seront de plus en plus sollicités pour leur capacité à répondre aux besoins des usagers, comme une alternative possible à l'hospitalisation ou l'entrée en établissement.

Le projet de service présente donc le SSIAD (première partie), puis les besoins et enjeux auxquels le service doit et devra répondre dans les années à venir et les évolutions souhaitées en conséquence, au travers de « Fiches Action » (seconde partie).

Il est élaboré en référence à la Recommandation « **Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service** » – ANESM, Mai 2010.

---

<sup>1</sup> L'article L311-8 de la loi n°2002-2 définit la finalité essentielle du projet d'établissement : « *garantir les droits des usagers en définissant des objectifs en matière de qualité d'accompagnement et de soins, en rendant lisibles les modes d'organisation, de coopération et de fonctionnement de la structure* ».

<sup>2</sup> P. DUCALET et M. LAFORCADE, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* – Editions Seli Arslan, 2000.

<sup>3</sup> Selon le décret n°2017-705 du 2 mai 2017

La finalisation (rédaction) du document a été confiée à un prestataire, appuyée d'un Comité de lecture composé de l'encadrement et de professionnels.

Le projet de service – finalisé en mai 2019, a été soumis à l'approbation du Conseil d'Administration de l'Association le **XX XX 2019**, présenté aux différents professionnels de l'association et transmis aux autorités de contrôle et tarification.

Ce projet n'en est pas pour autant figé. Il pourra évoluer au gré des mutations, tant de la population accueillie que des attentes de l'association gestionnaire et des organismes de tarification. Ainsi, les orientations posées en prospective lors de sa rédaction seront régulièrement évaluées quant à leur déploiement, pour être réajustées le cas échéant.

Ces orientations sont déclinées dans la dernière partie du document, pour guider les projets et démarches, de manière évolutive. Un plan d'actions pourra être formalisé, indiquant les responsabilités et les échéances ; son suivi et son actualisation sera gage, d'année en année, de l'évaluation des actions conduites, d'une prise de décisions factuelle et de l'actualisation d'un projet de service « vivant ».

*Nous tenons à remercier toutes celles et ceux qui ont contribué à la réalisation de ce document et qui sont prêts à mettre en œuvre l'ensemble des projets qui y sont détaillés en fonction des moyens qui seront alloués.*

## CHAPITRE 1 – PRESENTATION GENERALE DU SERVICE

### LA MISSION

SSIAD Le Lien est un service social et médico-social, au sens de l'**article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles**, alinéa 6 : « *Les établissements ou services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* ».

L'action du SSIAD Le Lien s'inscrit dans des missions d'utilité sociale : « *Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, et de réhabilitation* ».

Au-delà du CASF et de la loi 2002-2, la mission du SSIAD est inscrite dans des textes dédiés :

- Le **décret n°2004-613 du 25 juin 2004**, relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile
- La **Circulaire DGAS/2 C n°2005-111 du 28 février 2005** relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

Ainsi, le SSIAD Le Lien a pour missions de :

- Assurer des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins relationnels, dont le but est de favoriser le maintien à domicile, et ainsi :
  - Eviter, retarder ou écourter – en facilitant le retour à domicile – une hospitalisation,
  - Prévenir ou retarder l'entrée en EHPAD.
- Permettre aux personnes en situation de dépendance, de fragilité, de maintenir le plus longtemps possible leur autonomie (ou d'en ralentir la perte).
- Participer à la mise en place d'un réseau coordonné d'intervenants à domicile associant les différents acteurs.
- Proposer des actions de « Prévention santé / perte autonomie » – l'Hérault étant préfigurateur pour la mise en place de la CFPPA.

*C'est dans le cadre de ces deux dernières missions que le SSIAD s'est inscrit dès 2016, dans une expérimentation de SPASAD, en collaboration avec l'association Le Lien Services*



### **Le Lien – SSIAD est autorisé par l'ARS.**

L'arrêté préfectoral n°06-XVI-004 du 6 janvier 2006 stipule la capacité d'accueil autorisée (110 places pour personnes âgées et 5 places pour personnes handicapées).

L'ESA – suite au rapport de visite favorable du 14 janvier 2011, est autorisée pour 10 places.

Le SSIAD Le Lien est certifié NF 311 (NF Service) depuis 2009. Dans ce cadre, une **lettre d'engagement du Conseil d'administration** et de l'équipe est formalisée, affichée dans les locaux et est systématiquement diffusée à l'interne (livret d'accueil salarié), et aux personnes accompagnées et familles (livret d'accueil) ; elle est également transmise sur demande aux partenaires et aux financeurs.



Le Lien est attaché aux valeurs du maintien à domicile pour toutes les personnes qui en font le choix. Ses objectifs sont de proposer des prestations de soins de qualité, des séances de réhabilitation et d'accompagnement permettant le maintien et la stimulation des capacités, dans le respect de la personne, de son histoire, de sa dignité et de son autonomie, quelques soient ses handicaps ou fragilités.

Ces objectifs ne pourraient être légitimes sans l'attention particulière que l'association porte à la qualité de vie au travail de ses équipes et aux compétences de ses collaborateurs, éléments déterminants pour la satisfaction de ses bénéficiaires.

Les axes de notre politique Qualité, sont au nombre de trois :

### **Axe 1 : Répondre au plus près aux besoins des usagers**

- En favorisant une intervention pluridisciplinaire : les collaborations entre le SSIAD, l'ESA et le SAAD Le Lien Services sont ainsi suivies, qu'elles soient concomitantes ou pas ;
- En veillant à une réactivité ajustée : *Le délai de prise en charge* est de 5 jours ouvrés, dans le respect d'un *taux d'occupation* de 85% minimum ; parallèlement, sont étudiés les refus de la part du service ou de la personne ;
- En étant constamment à l'écoute pour adapter l'intervention : le taux de satisfaction des personnes, des aidants, et le traitement dans les 15 jours des dysfonctionnements et réclamations sont nos points de vigilance.

### **Axe 2 : Assurer une prestation de qualité au domicile**

- En individualisant systématiquement l'intervention : la prise en charge est évaluée à 1 mois – pour le réajustement nécessaire, et tous les ans (a minima) notamment par le suivi de la fixation des objectifs du projet individualisé d'accompagnement (objectif à 85% minimum) ;
- En accompagnant tout intervenant lors de la première intervention – le taux visé de présentation lors du premier soin est de 90% ;
- En s'assurant du respect des bonnes pratiques professionnelles – procédures, protocoles, recommandations.

### **Axe 3 : Permettre une performance organisationnelle au service de l'usager**

- En professionnalisant les équipes par des formations – au moins 60% de notre personnel est formé chaque année, des échanges structurés – 5 thématiques sont mises au travail annuellement et des réunions régulières (taux de participation suivi).
- En favorisant de bonnes pratiques professionnelles ciblées – des formations thématiques sont systématiques pour l'ensemble des professionnels (*le choix des thématiques est fonction des besoins des équipes mais également de l'évolution du public accompagné et de notre offre de services*) ;
- En veillant à des tournées optimisées pour une présence terrain pertinente.

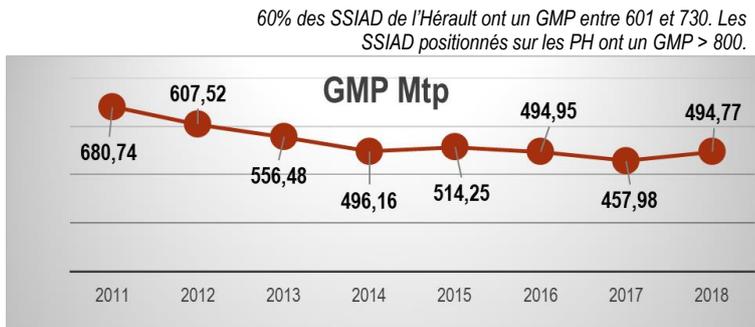
Pour mettre en œuvre les objectifs susvisés, la direction suit un tableau de bord d'indicateurs.

### LE SSIAD<sup>4</sup>

Le SSIAD vient en aide aux **personnes en perte d'autonomie nécessitant des soins**. Il contribue au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant ou différant l'hospitalisation ou l'entrée dans un établissement d'hébergement, et en écourtant les séjours.

Le SSIAD intervient au domicile des personnes ou dans les établissements non médicalisés, auprès :

- De **personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes** – 95 personnes accompagnés sur le service de Montpellier, 22 sur Lunel.
- De **personnes adultes de moins de soixante ans en situation de handicap** – 13 personnes accompagnés sur l'année.
- De personnes adultes de moins de soixante ans, atteintes de **pathologies chroniques ou d'affections invalidantes ou atteintes de la maladie d'Alzheimer**.



Les personnes accompagnées par le SSIAD sont principalement âgées de 75 à 95 ans. Toutefois, l'accompagnement de personnes âgées et en situation de handicap conduit à accompagner des bénéficiaires âgés de 29 à 105 ans.

L'âge moyen des personnes accompagnées par le service est de 79,5 ans. Les bénéficiaires sont majoritairement des femmes (66%).

Le SSIAD a vu sa capacité d'accueil augmenter depuis sa création – le service accompagne toutefois plus de personnes sur une année que le nombre de places autorisées :

#### Evolution de sa capacité d'accueil (Service personnes âgées)

- 1984 50 places sur Montpellier
- 1985 + 15 places sur Montpellier
- 1990 + 10 places sur Lunel
- 1994 + 5 places sur Lunel
- 2001 + 15 places sur Palavas-Lattes-Pérois
- 2005 + 10 places sur Montpellier  
+ 5 places sur Lunel

**Personnes âgées : 110 places**

**Personnes handicapées (depuis 2005) : 5 places**

**Total capacité 115 places**

**Le taux d'occupation est de 87,35% au 31/12/2018** – 74% des SSIAD de l'Hérault ont un taux supérieur à 85%. La maîtrise du taux d'occupation est prégnante, pour permettre d'une part une réponse aux besoins du territoire, d'autre part une optimisation du « forfait jour » (aujourd'hui identique quel que soit l'état de santé de la personne et ses besoins).

<sup>4</sup> Chiffres du rapport d'activité 2017

L'ESA Le Lien intervient, dans leur cadre de vie, auprès de personnes au stade précoce ou modéré de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, relevant d'un SSIAD ou non.

Le territoire d'intervention de l'ESA est étendu sur les communes de Montpellier, Lunel, Palavas, Lattes, Pérols.

<b>SECTION ALZHEIMER</b>		
<b>Nombre de forfaits autorisés par jour</b>	<b>10</b>	
<b>File active autorisée</b>	<b>30</b>	
<b>Nombre de patients traités</b>	<b>67</b>	
<b>Nombre de dossiers traités</b>	<b>67</b>	
<b>Nombre de dossiers ouverts</b>	<b>42</b>	
<b>Nombre de forfaits réalisés</b>	<b>10 364</b>	
<b>Nombre moyen de patients suivis par jour</b>	<b>28,39</b>	
	<b>2017</b>	<b>2016</b>
<b>Patients en attente en début de période</b>	<b>60</b>	<b>33</b>
<b>Patients en attente en fin de période</b>	<b>42</b>	<b>60</b>
<b>Nombre de jours moyen d'attente (soit environ 8,5 mois contre 6 en 2016)</b>	<b>256</b>	<b>176</b>

<b>MMSE</b>	
<i>Mini Mental State Examination</i>	%
<b>de 18 à 30</b>	<b>59%</b>
<b>De 15 à 18</b>	<b>12%</b>
<b>De 5 à 15</b>	<b>22%</b>
<b>Inférieurs à 5</b>	<b>7%</b>
<b>MMSE Moyen 2017</b>	<b>18,44</b>
MMSE Moyen 2016	17,95
MMSE Moyen 2015	17,01

**PRESCRIPTION :**  
 45% Médecin généraliste  
 21% Gériatre  
 22% Consultation mémoire

**PATHOLOGIES :**  
 36% Alzheimer  
 36% Pathologie dégénérative  
 28% Autres démences et maladies

SCORE < 24 presque tjs signe d'une dysfonction cognitive pathologique.  
 SCORE 26-30 : considéré comme « normal »  
 SCORE 20-25 : présence d'une atteinte cognitive légère  
 SCORE 10-18 : présence d'une atteinte cognitive modérée  
 SCORE 3-9 : présence d'une atteinte cognitive sévère  
 SCORE < 3 : présence d'une atteinte cognitive très sévère

L'ESA propose ainsi 10 places et la « file active » attendue est de 30 personnes. Le temps de bilan, essentiel à la qualité de la prise en charge, est inclus dans l'accompagnement proposé et le DIPEC signé.

Le délai d'attente est important, mais il s'est amélioré passant de 8,5 mois en 2017 à 4 mois en 2018.

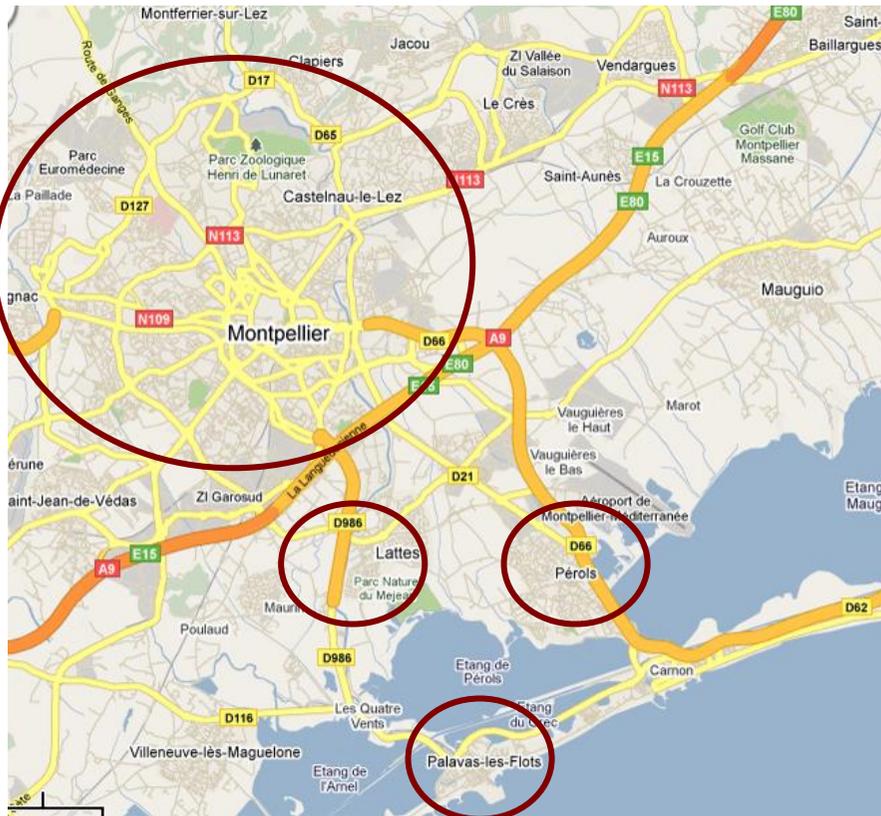
La part des interventions auprès de personnes en situation de troubles cognitifs modérés à sévères est significative, en raison . Des renouvellements de prise en charge d'une année sur l'autre (« nous connaissons les patients et continuons le travail engagé, alors même que leur situation cognitive se dégrade »), . De la mission essentielle d'appui aux aidants que porte l'ESA.

Il est enfin à noter que l'ESA du SSIAD Le Lien est la seule du secteur à proposer des interventions de psychomotricienne – compétence aujourd'hui repérée par les prescripteurs pour l'orientation des personnes.

<sup>5</sup> Chiffres du rapport d'activité 2017

## LES ZONES D'INTERVENTION

Le SSIAD LE LIEN – SSIAD et ESA – intervient sur les communes de Montpellier Métropole, Palavas les Flots et le Pays Lunellois. Les zones d'intervention sont définies par l'ARS.



## CHAPITRE 2 – L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES

### LA MISE EN ŒUVRE DES ENGAGEMENTS DE SERVICE

L'organisation du SSIAD Le Lien répond aux exigences légales et réglementaires, mais également aux exigences des référentiels **NF 311 Règles de certification** – Services aux Personnes à Domicile et **NF X50-056** – Services aux Personnes à Domicile, dans le cadre de sa certification Qualité.

Dans ce cadre, la structure et l'ensemble de ses professionnels s'attachent à mettre en œuvre les dispositions d'organisation cohérentes avec nos engagements, et exigées par la norme, notre secteur d'activité et les personnes accompagnées, et à assurer la traçabilité de l'application.

**Les besoins sont exprimés :**

- Soit par un « futur » bénéficiaire ou son aidant, dans le cadre d'un contact téléphonique ou d'une venue dans les locaux de l'association ;
- Soit par un acteur de l'action sociale et médico-sociale.

Afin d'assurer un accueil pertinent et efficace de tout « contact », des outils et méthodes sont opérationnels et décrits dans nos protocoles (« Accueil téléphonique » – « Accueil physique »), pour l'enregistrement de tout contact<sup>6</sup>. Les contacts concernant les demandes de prises en charge sont traités selon les procédures « Traitement de la demande de prise en charge en SSIAD », « Traitement de la demande de prise en charge en ESA ».

**Un rendez-vous est fixé au domicile pour réaliser l'évaluation des besoins.**

Les Livrets d'accueil du Lien sont alors remis au bénéficiaire et/ou à l'aidant principal.

L'évaluation des besoins est conduite, pour construire le projet individualisé d'accompagnement (PIA), cohérent avec le plan de soins le cas échéant ; le PIA est présenté à la personne, éventuellement modifié selon ses souhaits. Le Document Individuel de Prise en Charge (un document spécifique pour le SSIAD, et un autre pour l'ESA) est alors co-signé (personne et/ou aidant – Direction), en double exemplaire.

L'intervention est préparée selon les procédures « Organisation de la prise en charge » (organisation du travail – tournée, planning, coordination des soins des autres intervenants, ...).

L'information relative à la date de début d'intervention est diffusée à la personne / à l'aidant principal lors de la visite d'évaluation. Pour le SSIAD, la présentation de l'intervenant est effectuée par l'infirmière coordinatrice ou l'infirmière au premier rendez-vous, lors du 1<sup>er</sup> soin.

L'accompagnement est mis en œuvre selon le Guide Pratique du Personnel d'Intervention et le PIA (et plan de soin pour le SSIAD). Les interventions sont planifiées puis enregistrées (présence au domicile des intervenants), dans le logiciel « de gestion des plannings » (Solution WEB – Apologic).

La coordination entre les différents intervenants est sous la responsabilité par l'IDEC, et est outillée des différents protocoles en vigueur, des réunions, et du cahier de liaison au domicile de la personne accompagnée.

---

<sup>6</sup> Les contacts concernés par l'enregistrement sont les prospects, les clients, le personnel, les partenaires, les institutionnels, les fournisseurs. Sont hors de ce champ, les démarcheurs et candidats pour un poste de travail.

La coordination des interventions conduites simultanément par les deux services – SSIAD et ESA – est sous la responsabilité de la chef de service.

**Le référent du PIA** est un acteur important de sa mise en œuvre et de la coordination autour de la personne accompagnée : il est chargé de veiller à la dynamique du projet individuel dans le cadre d'une délégation déterminée en réunion d'équipe. Il est en appui de l'infirmière coordinatrice et l'infirmier bureau qui assurent la responsabilité du respect du contrat d'accompagnement.

- Il est l'interlocuteur privilégié mais non exclusif avec la personne accueillie, la famille, les partenaires professionnels. Il reste attentif tout au long du parcours.
- Il assure le relais entre les équipes et les proches en permettant une fluidité du parcours du bénéficiaire. Il participe activement à la proposition d'objectifs et l'élaboration d'actions d'accompagnement, conformément aux besoins et attentes de la personne.
- Il veille au respect des objectifs posés, à l'évaluation des actions dans le cadre du projet personnalisé.

Le référent ne remplace aucun intervenant particulier, il ne se substitue à aucune compétence spécifique ; il représente un relais, une interface, un interlocuteur privilégié, un fil rouge des projets des bénéficiaires.

La durée de sa mission est réévaluée régulièrement.

Pour le SSIAD, une réévaluation des besoins est conduite une fois par an à minima, et autant que nécessaire (« signalisation » d'un changement, retour d'hospitalisation, plainte, expression de difficulté, complexification de la prise en charge, demande de la personne ou des aidants, ...). Elle s'appuie nécessairement sur les prescriptions médicales (obligatoires).

Une nouvelle prestation peut alors être proposée et mise en place. Les modalités de mise en œuvre de ces réévaluations sont décrites dans le protocole « Réévaluation des prises en charge SSIAD ». Un avenant au contrat individuel de prise en charge SSIAD peut alors être proposé.

Pour l'ESA, l'accompagnement est limité dans le temps ; un bilan de fin de prise en charge est réalisé, et la pertinence d'un éventuel renouvellement en N+1 est évoquée.

---

## LA DEONTOLOGIE

**La déontologie** du service est basée :

- **Sur le respect des besoins de la personne dépendante en tant que personne à part entière.** L'action des services SSIAD et ESA tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets – en cohérence avec la recommandation « **Questionnement éthique dans les établissements sociaux et médicosociaux** », ANESM 2010.
- **Sur une démarche constante pour favoriser la bientraitance**, traiter et prévenir les situations de maltraitance, dans le respect de la recommandation « **La bientraitance définition et repères pour une mise en œuvre** », ANESM 2008

Une charte de bientraitance, écrite lors des groupes de travail est affichée en salle de réunion et annexée à la procédure de développement de la bientraitance.

Ainsi, notre personnel est informé et formé afin de développer les pratiques de bientraitance et de prévention de la maltraitance :

- Dans le cadre de l'élaboration et la modification des protocoles en vigueur (groupes de travail), et plus précisément au travers de la procédure de développement de la bientraitance et prévention de la maltraitance ;

- Au cours des réunions hebdomadaires d'équipe, qui favorisent l'expression, l'échange des pratiques, la diffusion du projet de service (dont le projet de soin), des valeurs de la structure ;
- Durant des journées de formation interne ou externe (techniques de soins, qualité de soins relationnels, gestion de l'agressivité, gestion du stress, bientraitance, écoute des personnes et analyse pertinente de leurs besoins, attentes et « désirs », dynamisation du travail avec les aidants).

Ces actions sont menées dès l'intégration des nouveaux collaborateurs par la remise de documents (Livret d'accueil du Salarié, Livret d'accueil de la personne accompagnée, Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie). Un questionnaire de compréhension de la Charte est alors proposé aux salariés.

- **Sur la nature professionnelle de la relation de soins** pour protéger les personnes et leurs droits, mais aussi pour préserver les ressources tant psychiques que physiques des intervenants, face à la dépendance des bénéficiaires. Le personnel est également informé de « *l'interdiction de recevoir toute délégation de pouvoir sur les avoirs, bien ou droits, toute donation, tout dépôt de fonds, de valeur ou de bijoux* ».
- Le service SSIAD assure, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels.
  - Le service ESA réalise, sur prescription médicale, des séances de soins, de réhabilitation et d'accompagnement permettant le maintien et la stimulation des capacités.

Ces prestations s'appliquent dans **un projet individualisé d'accompagnement (PIA)**, articulé au plan individualisé de soins, élaborés à partir d'une évaluation des besoins de la personne, réalisée par l'infirmière coordinatrice et/ou la chef de service lors des visites à domicile.

Les projets d'accompagnement sont ainsi personnalisés – et réévalués régulièrement (et au moins une fois par an pour le SSIAD) ; ils dépendent non seulement de la prescription médicale et de l'évaluation des besoins mais aussi de l'environnement de la personne. **La chef de service et l'infirmière coordinatrice jouent un rôle de repère dans la relation triangulaire personne accompagnée / intervenants / structure de soins et ou d'accompagnement et de réhabilitation.**

Chacun des membres de l'équipe, en intégrant l'association, s'engage à respecter la déontologie du secteur et les valeurs de l'association LE LIEN, selon lesquelles **chaque bénéficiaire est une personne, quels que soient sa situation, son état de santé physique ou psychique, son niveau d'intégration sociale, sa culture ou ses choix de vie.**

---

## L'EQUIPE PROFESSIONNELLE AU SERVICE DES PERSONNES ACCOMPAGNEES

L'organisation des responsabilités au sein de l'association SSIAD Le Lien repose sur :

- Notre **organigramme** *présenté en page suivante*.
- Les **fiches de poste** décrivant les objectifs et missions, le champ de responsabilité et les domaines de compétences professionnelles – dont la déontologie d'intervention, leur position au sein du service ainsi que leurs relations horizontales et verticales avec les autres fonctions. Les fiches de poste ainsi définies sont un outil de gestion de la qualité du service ;
- Les **contrats de travail** définissant les domaines d'intervention de chacun, en lien avec la fiche de poste,
- Le **Règlement de fonctionnement**
- Le **Règlement intérieur**.

L'encadrement :

- **Une directrice** (mandatée par le CA) qui assure :
  - le développement de l'entité, la mise en œuvre des projets, les relations,
  - l'organisation du service,
  - la gestion financière et la gestion des ressources humaines.
- **Une chef de service** qui assure :
  - des activités de coordination du service (dont l'évaluation des besoins des personnes),
  - la cohérence des prises en charge,
  - la promotion et l'application de tous les projets de l'entité,
  - les relations avec l'ensemble du réseau gériatrique.

NOTA : La qualification d'**ergothérapeute** de la chef de service permet une expertise de l'environnement de la personne accompagnée (évaluations de l'autonomie et des capacités, préconisations en aide techniques et/ou humains, propositions d'adaptations de l'environnement).
- **Une infirmière coordinatrice et un infirmier « bureau »** qui assurent :
  - des activités de coordination du SSIAD (dont l'évaluation des besoins des personnes et la rédaction du projet individualisé d'accompagnement – PIA),
  - l'organisation des prises en charge,
  - les relations avec le réseau gériatrique et d'intervention à domicile.

Le personnel d'intervention du SSIAD<sup>7</sup> : 10 IDE et 17 aides-soignants qui assurent

- les soins relationnels, les soins d'hygiène et de confort des personnes accompagnées,
- la surveillance l'aide et le concours à l'accomplissement des actes essentiels,
- la tenue des dossiers de personnes.

Parmi les équipes opérationnelles, des **référénts** sont nommés, chargés de la coordination du déploiement du PIA.

Le personnel d'intervention de l'ESA

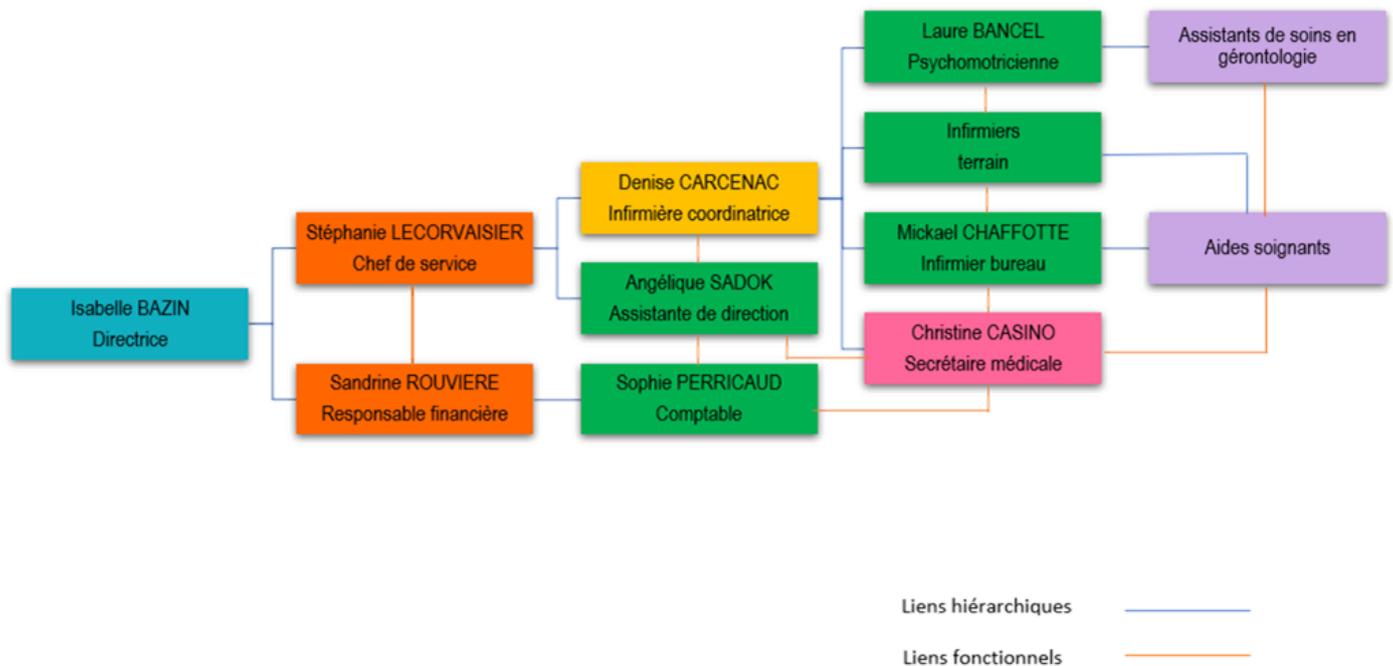
- **Une psychomotricienne** qui
  - réalise une évaluation des capacités psychomotriciennes
  - elle contribue à la diminution des difficultés psychologiques et comportementales.
- **2 assistants de soins en gériatrie (ASG)** qui réalisent des activités thérapeutiques et/ou de réhabilitation.

Les fonctions support :

- **1 responsable financière**
- **1 comptable**
- **1 assistante de direction**
- **1 secrétaire médicale**

---

<sup>7</sup> Chiffres Mai 2019.



Les compétences des intervenants et de tous nos collaborateurs sont évaluées dès le **recrutement** grâce à une analyse de leur parcours et un entretien individuel, au regard des missions et des compétences requises (notées dans les fiches de poste), conformément à la **procédure « Embauche d'un salarié »**.

Chaque collaborateur est accueilli – un **livret d'accueil** lui est remis, et accompagné lors de sa phase **d'intégration** selon le **protocole « Accueil d'un nouveau salarié »**.

Les **besoins en compétences** de l'équipe sont régulièrement évalués :

- Lors de l'entretien professionnel, conduit par l'encadrement (**Procédure « Entretien Bisannuel d'Evaluation »**), ou d'entretiens exceptionnels si nécessaires,
- Par l'analyse des fiches de signalement d'évènements indésirables (récurrence, analyse qualitative),
- Par l'analyse des enquêtes de satisfaction.

Un **plan de formation** est défini et mis en œuvre selon la procédure de gestion des formations. Il répond aux besoins en compétences identifiés, et aux exigences du Projet de soins, du document unique, des demandes individuelles de besoin en formation. Les enregistrements des formations suivies (liste, attestations de présence, ...) sont conservés dans le dossier personnel de chaque collaborateur concerné (sous-dossier mauve : passeport formation). Une **analyse annuelle** de la politique de formation (« recueil formations ») est formalisée et présentée aux équipes et à l'Assemblée Générale.

Les **dossiers personnels** de nos collaborateurs sont tenus à jour chaque fois que nécessaire. Les modalités de classement, d'accessibilité et de mise à jour de leur dossier sont définies dans la fiche technique de constitution du dossier salarié.

Des **réunions hebdomadaires** sont mises en place entre l'équipe de coordination et le personnel d'intervention afin d'aborder les dossiers des personnes accompagnées, de sensibiliser ou former sur des thèmes spécifiques et/ou d'actualité. La direction peut intervenir dans ces réunions dès que besoin. Tous les comptes rendus sont enregistrés dans le logiciel « Solution WEB Apologic » – Gestion – Réunions de coordination.

### **L'organisation de l'accompagnement est un vecteur de prévention :**

- La mise en place de doublures pour répondre aux cas les plus « lourds » permet d'une part de prévenir les risques liés à la manutention, d'autre part de « se croiser » entre professionnels ; ce dispositif de doublures est un réel engagement du service, car non prévu financièrement dans le cadre de la tarification des SSIAD.
- La mise en place d'équipement à domicile dès que la situation de la personne le nécessite est un critère de prise en charge / de poursuite d'accompagnement.

L'ergothérapeute du service propose alors un accompagnement à la prise en charge des équipements (coordination avec le médecin et les prestataires, conseil de demande APA – aide technique, de contact des mutuelles qui prennent en charge certains équipements).

- Les interventions pluridisciplinaires sont également promues dès que souhaitables, permettant un meilleur accompagnement de la personne mais également le transfert de compétences entre professionnels.

Pour exemples : la psychomotricienne intervient à domicile en appui pour certaines situations, et pour le transfert de bonnes pratiques de manutention et mobilisation. L'ASG peut intervenir pour aider les soignants à mieux comprendre et mieux prendre en charge (par la proposition « d'outils » ou de pratiques) certains comportements de personnes démentes.

Les **réunions hebdomadaires** permettent de rencontrer les intervenants, diffuser les informations utiles, échanger sur les pratiques et les difficultés éventuellement rencontrées. Ces temps sont particulièrement appréciés par les professionnels car ils permettent les échanges réguliers – très importants dans des missions conduites souvent dans un contexte de « solitude » professionnelle (voire d'isolement).

Des **groupes de travail** sont mis en place afin d'élaborer / faire évoluer les outils et méthodes de travail, réfléchir à l'optimisation de l'organisation du travail.

Des formations viennent compléter ces appuis internes – formation à la prévention des risques routiers, des risques de manutention... formation aux premiers secours.

Des groupes proposant de la sophrologie sont également proposés (volontariat).

Le **Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels** est disponible et revu tous les ans.

Un **protocole de la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang** qui définit les précautions et modalités à adopter en de telles circonstances, a été élaboré lors de groupes de travail. Il est inséré dans le « Guide pratique du personnel d'intervention », remis à chaque intervenant.

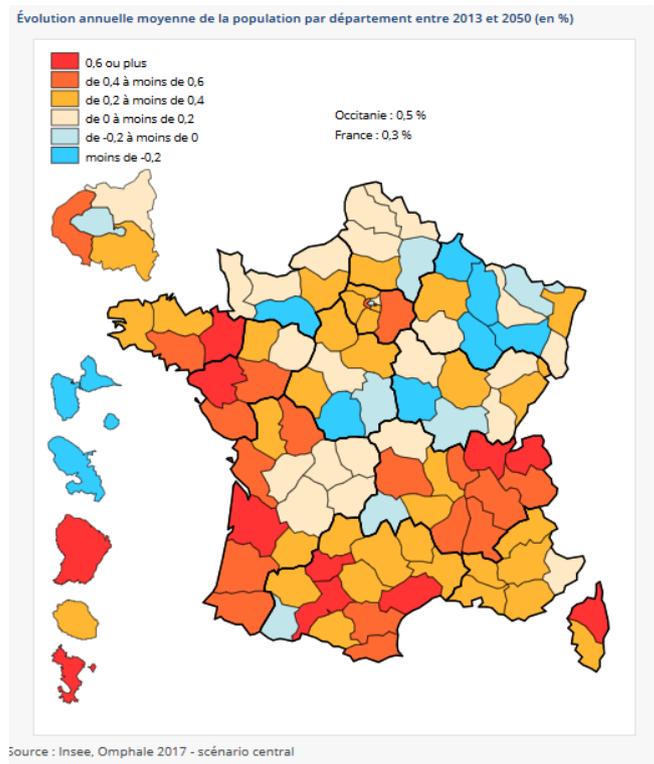
Les recommandations « **Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile** » - Septembre 2009 et « **Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées** » - ANESM Juillet 2008, sont régulièrement revisitées pour l'optimisation des pratiques RH et de la compétence des professionnels et si nécessaire, de la mise à jour des fiches de poste.

### L'HERAULT, UN DEPARTEMENT VIEILLISSANT

L'Hérault a connu une forte augmentation de sa population entre 2012 et 2015 (+4,30%), nettement supérieure à celle de la région Occitanie (+2,93%) ainsi qu'à celle de la France métropolitaine (+1,42%).

L'Hérault est très densément peuplé (176,6 habitants au km<sup>2</sup> en 2012). Cette densité de population est là encore largement supérieure à celle de la région (77,4 habitants / km<sup>2</sup>) ainsi qu'à celle de la France métropolitaine (120,4 habitants / km<sup>2</sup>).

Selon les prévisions de l'INSEE (modèle Omphale), la population de l'Hérault va augmenter de 13,5% entre 2020 et 2040, passant de 1 136 000 à 1 289 000 d'habitants. Cette augmentation est très nettement supérieure à celle de la France métropolitaine (+ 7,2%).



#### A RETENIR

##### Projections à 2040 :

Population Hérault  
**+ 19,6 %.**

Part des 60-79 ans  
**+ 38 %**

Part des +80 ans :  
**+ 104,4 %**

**De grands enjeux à venir pour le maintien à domicile...**

**La part des personnes âgées** de plus de 60 ans représente 26,2% en 2017 (France métropolitaine : 24,8%).

Le territoire de Lunel est concerné par la même proportion, alors qu'elle est plus faible pour Montpellier (20,5%) ; toutefois, 32 % des personnes âgées de 60 ans et plus du département sont localisées sur le territoire de Montpellier.

**Entre 2012 et 2040, la part des 60-79 ans va progresser de près de 38 % (soit près de 80 000 personnes). La part des plus de 80 ans va elle augmenter de plus de 100 % (un peu plus de 67 000 personnes).**

La part des personnes âgées dépendantes sera de 8,45 % (en progression de 45% par rapport à aujourd'hui).

Parallèlement, l'Hérault est celui qui a connu la plus forte hausse du **nombre d'allocataires de l'AAH** entre le 31/12/2011 et le 31/12/2014 (+ 19,3%) – évolution nettement supérieure à celles constatées aux niveaux régional (+ 12,7%) et national (+ 8,8%).

La part des allocataires de l'AAH dans la population des 20-64 ans est de 3,5% dans l'Hérault (moyenne régionale : 3,4% / moyenne nationale : 2,7%).

Il est à noter que le niveau de dépenses en direction des personnes âgées par habitant fin 2015 est parmi les plus élevés de France ; dans l'Hérault, les bénéficiaires de l'APA à domicile représentent 20,2 % de la population des 75 ans et plus (chiffre au 31/12/2014), et 16,2% à Montpellier (France : 12 %).

Pour répondre aux besoins du territoire héraultais, 8 ESA et 38 SSIAD sont recensés dans le schéma départemental de l'autonomie – 1675 places Personnes Agées (PA) et 83 places Personnes en situation de handicap (PH), dont 36 lits de surveillance de nuit).

Le taux d'équipement est ainsi faible dans le département : 15,9 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans – *Région 19,6 ‰ / France 19,8 ‰.*

Dans le cadre du dernier schéma départemental de l'autonomie, et d'expérimentations plurielles, des actions ont été conduites dans l'Hérault :

- De Prévention santé / perte autonomie – Le SSIAD s'y est inscrit, en collaboration avec le SAAD Le Lien Services via le SPASAD Le Lien ;
- De soutien aux aidants : 3 plateformes d'accompagnement et de répit sont proposées ;

Les actions de ces différentes structures – soins, prévention, répit – viennent compléter une offre de soins dense (notamment IDE) par rapport à la population, mais inégale (zone rurale / urbaine) et vieillissante (notamment les médecins).

## DES PARTENARIATS NECESSAIRES POUR LA QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES

Le Lien est acteur de son territoire, au sein du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, par la collaboration active avec ses différents partenaires :

LES PARTENARIATS FORMALISES			MODALITES DE COORDINATION
Partenaires	Date	Type	
❖ Le Lien Services	27 juin 2016	Conventions de services	Réunions semestrielles de bilan (situation intermédiaire et bilan annuel comptable)
❖ Le Lien Services	2 mai 2017	Convention de coopération SPASAD	Réunions prévues à la convention ARS (expérimentation SPASAD)
❖ CHU équipe mobile et SAU – Montpellier	Décembre 2014	Convention de partenariat	Réunion sur invitation du CHU
❖ HAD CHU / APARD	26.12.2018 / 9.07.2018	Conventions de partenariat	Rencontre annuelle et coordination en lien avec les prises en charge communes.
❖ SSIAD Centre Hospitalier de Lunel	7 juillet 2014	Convention de partenariat	Rencontre annuelle entre les responsables de service
❖ SAAD Sud Famille Marsillargues	29.01.2019	Convention de partenariat	Rencontre annuelle et coordination en lien avec les prises en charge communes.
❖ Accueil de jour : Ciel bleu	1 sept 2011	Convention de partenariat	Rencontre annuelle et coordination en lien avec les prises en charge communes.
❖ AAMD - Lunel	1 Juillet 2011	Convention de partenariat	Rencontre annuelle et coordination en lien avec les prises en charge communes.
❖ Résidence Le Rieucoulon – Maurin	10 octobre 2014	Convention de coopération	Réunion annuelle de bilan
❖ Foyer Aragon – Lattes	24.11.2014	Convention de coopération	Réunion annuelle de bilan
❖ Mutuelle du bien vieillir – La Jolivade Lunel Viel	9 juin 2009	Convention de mise à disposition de locaux	Réunion annuelle de bilan.
❖ Clinique du Melezet – Montpellier	6 mai 2016	Convention de partenariat	Rencontre annuelle et coordination en lien avec les prises en charge communes.
❖ Les intervenants libéraux	Dès la 1ère intervention	Convention de collaboration	Réunions de coordination sur les situations des personnes concernées (post-hospitalisation) Cahier de liaison / fiche de transmission
❖ CICAT Occitanie ❖ SPHERE ❖ UNA ❖ France Alzheimer	21 Nov. 2017 8 avril 2017 7 février 2007 19 mars 2007	Adhésion	Réunions de coordination, Manifestations / conférences, rencontres entre professionnels.
❖ PFS 34 (PAERPA) – <i>Parcours Santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie</i>	2015	Membre du Conseil d'administration	Participation aux réunions du Conseil d'Administration et aux éventuelles commissions techniques proposées



### CHAPITRE 1 – L'ANALYSE DES BESOINS ET DES ENJEUX

#### L'EVOLUTION DU CONTEXTE LEGAL ET REGLEMENTAIRE

**La loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV)** du 28 décembre 2015 enjoint aux acteurs :

- La revalorisation de l'APA, les mesures en faveur des proches aidants, la généralisation du régime d'autorisation des SAAD, et expérimentation de SPASAD prévoyant une intégration renforcée des SSIAD et SAAD, doivent permettre un soutien diversifié au maintien à domicile.
- De considérer de nouveaux droits pour les usagers avec l'obligation de rechercher le consentement dans tout contrat et en particulier relatif à la personne, et la désignation d'une personne de confiance.
- Une coordination accrue selon la méthode MAIA, pour les institutions et les professionnels de santé intervenant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.

**Le Plan National Maladies Neurodégénératives** 2014 - 2019 (PMND) vise à :

- **Améliorer le diagnostic, la qualité et la sécurité de prise en charge des malades** : avec notamment le développement nécessaire de l'éducation thérapeutique pour les personnes et les aidants, coordination renforcée entre l'ensemble des professionnels en s'appuyant sur la méthode d'intégration (MAIA) :
- **Garantir un accès à une prise en charge en tout point du territoire** : augmentation de l'accompagnement à domicile avec de nouvelles ESA et la conduite d'expérimentations pour adapter cette démarche à la maladie de Parkinson et à la sclérose en plaques, renforcement du soutien aux aidants avec la création de plateformes d'accompagnement et de répit.

**La généralisation des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)** – article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et l'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 – concerne particulièrement les gestionnaires de SSIAD.

#### LES PRECONISATIONS DES SCHEMAS DIRECTEURS

##### LE SCHEMA DEPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE 2017-2022

La lecture du schéma départemental est venue éclairer la réflexion et les orientations à venir. En synthèse, il est retenu :

#### **Axe 1 - Améliorer la communication et l'information sur les dispositifs et les aides des bénéficiaires, de leurs aidants et des intervenants**

Devant la multiplicité des acteurs, l'enjeu de renforcer la lisibilité des dispositifs et des aides (pour les bénéficiaires, les aidants, les intervenants) est prégnant.

- ⇒ Volonté de créer un référentiel de missions pour les différents acteurs intervenant à domicile, et souhait d'y associer les acteurs.

#### **Axe 2 – Développer et renforcer la prévention pour éviter les risques de rupture / la dégradation de la situation**

La prévention permet de retarder ou limiter la perte d'autonomie et d'éviter ainsi la dégradation de situations. Le schéma départemental propose ainsi :

- ⇒ Un dispositif de repérage précoce des risques de fragilité (PAPH à domicile et aidants) intégrant les acteurs actuels du domicile ;

⇒ Une dynamique accrue du volet prévention déjà engagé.

### **Axe 3 – Faire évoluer l’offre d’accueil et d’accompagnement pour mieux répondre aux besoins**

Devant la nécessité d’adapter l’offre, par une plus grande souplesse dans les modes de prise en charge et la création de places en établissements pour les personnes handicapées vieillissantes, Le Lien doit s’inscrire dans la dynamique de :

⇒ Renforcer le nombre d’ESA.

### **Axe 4 – Favoriser la mutualisation, la coordination et le travail en réseau entre intervenants, afin de fluidifier les parcours**

⇒ Mieux articuler les interventions au domicile des PH par des collaborations SAAD-SSIAD / SAVS SAMSAH, voire des regroupements.

### **Axe 5 – Permettre le maintien à domicile via le développement d’une offre adaptée et des accompagnements de qualité**

Le maintien à domicile = attente majoritaire des personnes âgées et des personnes handicapées qui souhaitent pouvoir rester à domicile le plus longtemps possible tout en bénéficiant de services adaptés.

⇒ Développement de l’offre de services intervenant à domicile (SAVS, SAMSAH, SPASAD) et des accueils de courte durée en établissement (accueil de jour, hébergement temporaire).

⇒ Actions autour de la formation et la valorisation des services d’aides et d’accompagnement à domicile (SAAD).

⇒ Poursuivre le développement des SPASAD

⇒ Favoriser le développement des interventions de nuit (par des réponses mutualisées notamment).

---

## LE PROGRAMME REGIONAL DE SANTE – PRS 2022

**La lecture du PRS 2022 nous a permis de retenir :**

### **L’Engagement 1 – Développer la prévention, le repérage, le dépistage et l’accompagnement précoce, notamment pour la dépendance (repérage de la fragilité chez la PA à domicile)**

La prévention de la perte d’autonomie passe, de plus, par une adaptation de l’offre (expérimentations de SPASAD, développement de SSIAD, création d’Equipes Spécialisées Alzheimer, labellisation des consultations mémoire, hôpitaux de jour dédiés aux personnes âgées).

#### **Dont le Parcours Vieillessement – Projet structurant 2.1.**

→ Action 2.1.1: Accompagner les familles et les aidants par le développement d’actions de communication et de formation

→ Action 2.1.2: Expérimenter des SSIAD « renforcés »

Après un séjour hospitalier, des personnes âgées nécessitant des soins plus importants sont parfois refusées par les SSIAD « classiques » et ne relèvent pas de l’hospitalisation à domicile au regard des critères d’inclusion de cette dernière. Pour les personnes âgées atteintes de polyopathologies et/ou en forte perte d’autonomie, la création de places « renforcées » au sein des SSIAD vise à renforcer la durée, la fréquence, les modalités (binômes, IDE plus fréquemment) ou la nature des interventions auprès des personnes âgées (recours à des compétences complémentaires : ergothérapeute, psychologue en complément du soignant habituel).

### **L’Engagement 3 – Améliorer l’organisation et l’accessibilité des services de santé**

→ **Articulation pour un maintien / retour à domicile favorisé** : travail de concertation à engager avec les différents acteurs de soins à domicile pour rappeler la gradation des acteurs des soins à domicile : Infirmier Diplômé d’Etat Libéral (IDEL), prestataires, réseaux, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), HAD, dispositif PRADO (programme d’accompagnement du retour à domicile) ainsi que le rôle des médecins généralistes, et sensibiliser les établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les établissements de santé à utiliser l’HAD en substitution ou en aval d’une hospitalisation conventionnelle.

**Engagement 5 – Promouvoir et garantir la qualité et la pertinence des prises en charge et accompagnement (pertinence des soins et culture Qualité).**

---

## **LES BESOINS DETERMINES PAR L'EVALUATION DU PROJET DE SERVICE 2013-2018**

Le déploiement du projet de service a été particulièrement positif. Toutefois, 3 axes de travail issus de l'évaluation du dernier projet de service sont à retenir :

**La participation de l'utilisateur et de son entourage** – cette orientation du dernier projet de service n'a pas été mise en œuvre.

En appui, plusieurs supports peuvent être investis :

- Guide UNA Juin 2016 « place et rôle des usagers »
- RBPP Juillet 2014 « le soutien des aidants non professionnels ».
- RBPP « Ouverture à et sur l'environnement »

**L'extension de la capacité d'accueil pour les PH** – L'association doit être en veille sur les prochains appels à projet de l'ARS, afin de mieux répondre aux besoins du territoire (pour rappel, le SSIAD dispose de 5 places PH, et accompagne chaque année plus de 10 personnes).

**La prise en charge des personnes démentes** est à poursuivre et consolider, dans une pluridisciplinarité outillée.

## CHAPITRE 2 – LE PROJET STRATEGIQUE

**Le projet de service** – tel que nous le proposons pour 2019-2023, est la « feuille de route » de nos équipes ; il doit être connu de chacun, porté par tous, et valorisé chaque jour par la compétence mise en œuvre.

Faire vivre ce projet, c'est le rappeler dans nos actions, c'est le vivre dans nos pratiques de soins comme nos pratiques d'encadrement ; parce que notre engagement et nos interventions auprès des personnes dépendantes et soignées à leur domicile doivent aller au-delà d'une série « d'actes professionnels ».

### VOLET 1 – VEILLER A LA QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSE

Les actions impulsées par la démarche Qualité – harmonisation des pratiques, mise en place de protocoles de soins – doivent être poursuivies avec le souci constant d'un accompagnement global de la personne.

Cette prise en charge doit reposer sur la bonne connaissance de la personne et de son projet individualisé par l'ensemble des équipes, le respect de ses besoins et attentes, mais également de ses habitudes de vie.

Elle induit également une appropriation effective de la confidentialité – discrétion ou encore secret professionnel – et du partage de l'information à caractère secret, dans le respect des pratiques des membres de l'équipe soignante (non-jugement par les pairs).

Ces notions sont d'autant plus importantes qu'elles sont un des leviers de la coordination de l'intervention à domicile.

### L'INDIVIDUALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT A CONSOLIDER

**Le projet individualité d'accompagnement (PIA)** est mis en place pour chaque personne accompagnée.

Une évaluation des besoins est conduite, complétée par des bilans dans le cadre de l'accompagnement porté par l'ESA. Cette évaluation est partagée avec la personne et/ou son entourage (proche-aidant notamment), pour définir collégialement des objectifs généraux, consignés dans le PIA.

Ces objectifs sont ajustés au jour le jour car les changements sont fréquents en fonction de l'état du moment – ces éléments sont consignés dans le cahier de liaison, le plan de soins et le diagramme de soins, ou encore les transmissions ciblées (pour le SSIAD) ; ces réajustements, s'ils sont trop nombreux, donnent lieu à une nouvelle évaluation des besoins et la formalisation d'un PIA revu.

Afin que l'articulation entre l'équipe terrain et l'équipe bureau soit efficace et que les ajustements soient effectifs et réactifs dans l'organisation de l'accompagnement, la formalisation d'un outil de « remontées d'information » serait ainsi pertinente.

Le PIA doit être « un guide » aux interventions de chacun auprès de la personne ; il doit ainsi être connu par l'ensemble des intervenants au domicile, et donc communiqué dès sa formalisation et à chaque réévaluation.

Le PIA doit être un outil de la coordination avec les autres intervenants au domicile, notamment les libéraux, afin de participer ensemble à l'atteinte des objectifs.

NOTA : même si certains libéraux ne sont que peu disponibles (intéressés) par ce travail collaboratif, le SSIAD Le Lien doit se donner des obligations de moyens quant à la coordination au domicile.

Le réajustement de l'accompagnement est souvent échangé en réunion hebdomadaire (SSIAD) ou à la quinzaine (ESA) ; ces temps doivent être des espaces de décision fermes, tracés (compte-rendu de réunion et PIA) afin qu'elles soient immédiatement mises en œuvre par l'ensemble des professionnels.

La récente nomination de « référents » du PIA doit permettre une meilleure coordination autour de la personne accompagnée – un document cadre est formalisé.

Le référent est nommé dans le cadre du PIA, en tant que responsable du déploiement du projet. Sorte de « fil rouge », il s'assure – par des points réguliers avec les professionnels de l'équipe (SSIAD ou SPASAD) du travail autour des objectifs, des éventuelles difficultés à lever ; il prépare les temps de réévaluation annuelle, et coordonne dès que besoin, des réévaluations intermédiaires. **L'accompagnement de chacun dans la prise en charge de cette mission est essentiel.**

Cf. Fiche ACTION n°1 – Individualisation et coordination de l'accompagnement

## LES PARTENARIATS A DEVELOPPER

**Le service ne peut agir seul auprès de la personne accompagnée.**

Les équipes constatent de plus en plus de problématiques sociales, qui nécessiteraient un accompagnement dédié.

Les partenariats avec des **acteurs de l'accompagnement social** doivent être mis en place, puis formalisés le cas échéant :

- Certains axes de l'accompagnement social peuvent être pris en charge par le SAAD Le Lien Services, dans le cadre d'un accompagnement pluriel par le SPASAD ;
- Le développement des partenariats (au moins l'identification des interlocuteurs) avec les travailleurs sociaux du territoire concernés (ASS de secteur, ASS des centres hospitaliers, ASS de CCAS...) est essentiel.

Les situations des personnes accompagnées à domicile sont de plus en plus lourdes en termes de dépendance. Si l'action du service vise à prévenir ou retarder l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, elle ne peut pas toujours être une solution pérenne.

Aussi, le développement de **partenariats avec les EHPADs** est important pour les années à venir. Il permettra d'agir pour un parcours cohérent de l'accompagnement de la personne âgée et de prévenir les risques de rupture.

Enfin, il semble aujourd'hui pertinent de repérer différents niveaux de collaboration et de coordination pour l'accompagnement des personnes accueillies au sein du service – ces éléments peuvent être tracés dans l'évaluation des besoins et dans le PIA si pertinents :

- Les collaborations actuelles / souhaitables avec des partenaires identifiés dans l'environnement de proximité de la personne, et dans le cadre de sa prise en charge à domicile,
- Les collaborations mobilisables en cas de besoins, sur le territoire de proximité, dans le cadre d'appui à des prises en charge – pour répondre à une dégradation ponctuelle de situation, à une nécessité de répit...,
- Les collaborations à activer dans le cadre d'un parcours si nécessaire – accueil temporaire, EHPAD ; ces partenariats faciliteraient la possibilité de « passerelle » et de réactivité d'accueil.

Cf. Fiche ACTION n°2 – Le développement des partenariats.

## L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES DEMENTES

La prise en charge des personnes démentes a été un axe de travail du dernier projet de service ; la collaboration entre les équipes du SSIAD et de l'ESA – dans le cadre de l'accompagnement global de la personne, ou juste dans l'échange et la mutualisation des compétences en interne, a permis de construire des compétences affinées quant à la spécificité de ce public et des transmissions dédiées.

Par ailleurs, la mise en place du SPASAD Le Lien, avec le SAAD Le Lien Services devait répondre à des situations complexes – tant pour les personnes (multiplicité des besoins d'accompagnement au-delà des soins infirmiers), que pour les aidants (appui et soutien attendus pour accompagner leur conjoint / parent) ou encore pour les professionnels (mutualisation des compétences, travail en collaboration...).

La consolidation des compétences professionnelles et des organisations de travail – interne ou en partenariats, au service de l'accompagnement des personnes démentes, doit être poursuivie afin de répondre aux besoins croissants.

Cf. Fiche ACTION n°3 – L'accompagnement des personnes démentes.

## LE SOUTIEN AUX AIDANTS

La participation active des familles et des aidants aux activités et au fonctionnement du service n'est jamais facile à impulser et maintenir de façon pérenne. Et c'est là un axe fort d'engagement de notre structure pour les 5 années à venir :

- **Développer l'information aux aidants naturels**, via les partenariats (France Alzheimer, MAIA), l'appui sur des documentations (Guide de l'Aidant Familial – Documentation Française, Livre Blanc de France Alzheimer paru en août 2012) ;
- **Favoriser les périodes de répit** par le développement de partenariats avec des accueils de jour, pour proposer – le cas échéant, des solutions opportunes.
- **Développer la participation des bénéficiaires et de leur famille**, via des réunions d'échanges avec les familles, des temps informels et conviviaux (« le café des familles »), l'intervention de bénévoles auprès des familles... en application de l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles ;

Cf. Fiche ACTION n°4 – Le soutien aux aidants.

## VOLET 2 – ACCOMPAGNER LE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE POUR MIEUX REpondre AUX BESOINS

### L'EXTENSION DE LA CAPACITE D'ACCUEIL

L'opportunité d'une demande d'extension de la capacité d'accueil du SSIAD pour toute personne doit être étudiée dans les années à venir.

En effet, la prise en charge des **personnes en situation de handicap** est autorisée aujourd'hui pour 5 places, alors que le service accueillait, en 2017, 13 personnes.

Par ailleurs, la file d'attente permanente sur l'ESA génère un délai d'acceptation de prise en charge encore important.

Une veille des appels à projet de l'ARS sur les dispositions dédiées aux personnes en situation de handicap, et aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, sera mise en place rigoureusement.

Cf. Fiche ACTION n°5 – L'extension de la capacité d'accueil.

### LA CREATION DE PLACES DE SSIAD RENFORCE

Avec l'augmentation des pathologies chroniques, la majorité des personnes souhaite rester à domicile dans la mesure du possible. Cette demande – croissante, enjoint de notre système de santé à réfléchir à la mise en place d'un continuum entre une multiplicité d'acteurs indépendants (professionnels et entourage).

D'un « simple » accompagnement par le proche-aidant à la nécessaire hospitalisation ou entrée en établissement, le SSIAD est un acteur intermédiaire d'importance, complémentaires des libéraux et en amont d'une HAD le cas échéant.

Pour autant, l'intervention d'un SSIAD aujourd'hui n'est possible que pour les soins / les accompagnements permettant l'intervention d'aides-soignants avec – au plus – deux passages quotidiens.

Certaines personnes, déjà accompagnées par Le Lien, dont la situation de santé ne s'améliore pas, sont d'ores et déjà en demande de passages supplémentaires. Et le SSIAD ne peut y répondre.

Par ailleurs, certaines demandes de prise en charge sont aujourd'hui refusées sur ces mêmes critères.

Notre volonté d'être un partenaire actif de l'accompagnement à domicile – dans la complémentarité des acteurs présents, et notre mission de prévenir ou retarder l'hospitalisation ou l'entrée en établissement, nous enjoint de réfléchir à de nouvelles modalités d'accompagnement.

**Le SSIAD Le Lien souhaite ainsi développer une nouvelle offre – SSIAD renforcé, et s'inscrire dans les préconisations du schéma de l'autonomie de l'Hérault 2018 – 2022.**

Une veille sur les appels à candidatures proposés par l'ARS sera activée en ce sens.

La négociation du futur CPOM sera également un levier pour la création de nouvelles places.

**Cf. Fiche ACTION n°6 – La création de nouvelles places de SSIAD renforcé.**

---

## LA CONSOLIDATION DE L'OFFRE D' ACTIONS DE PREVENTION

La Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) de l'Hérault a été mise en place par la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015. Abondée par la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA), et présidée par le Président du Conseil Départemental, elle a pour objectif de développer une politique de prévention innovante, à destination des personnes âgées de 60 ans et plus, vivant à domicile, et de leurs aidants.

Chaque année, la CFPPA lance un appel à projets visant à soutenir financièrement les actions collectives de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, et de leurs aidants, dans l'Hérault.

C'est dans ce cadre que des actions de prévention ont été développées par le SSIAD Le Lien, en partenariat avec Le Lien Services et leur SPASAD, à destination d'un large public, participant ainsi à la prévention de la perte d'autonomie. Les actions jusque-là (et encore) conduites concernent principalement la prévention des chutes et l'alimentation – l'intervention d'une diététicienne lors d'ateliers collectifs ou de rencontres individuelles est proposée.

**Ces actions de prévention doivent être consolidées.** Elles peuvent concerner les personnes comme leurs aidants.

**Une réflexion autour de l'éducation pour la santé, et plus spécifiquement l'éducation thérapeutique** pourrait également être mise en œuvre avec les équipes et des partenaires, afin de participer à la prévention des risques, à la survenue de « sur-événement » en raison d'un manque d'information et de « conduite » inappropriée... de la part des personnes elles-mêmes comme des aidants.

Une définition de l'éducation thérapeutique est proposée ici pour comprendre et permettre une réflexion autour de sa « logique », et sa possible application en dehors de situation spécifique de maladie chronique.

L'éducation thérapeutique « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

*Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.*

*Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.*

» Rapport OMS-Europe, 1996

**Cf. Fiche ACTION n°7 – Les actions de prévention de la perte d'autonomie.**

Le projet social constitue un outil de pilotage pour la direction, mais également un appui pour les équipes, qui leur donne repères et orientations dans l'organisation et les conditions de travail.

Ce projet social a pour vocation d'aider à la valorisation des compétences internes (constitution des plans de formations, prévisions qualitatives d'équipe), mais également de toujours garantir des organisations et des conditions de travail sécurisées et respectueuses du collaborateur.

Le projet social doit porter la conviction que tous, quel que soit le grade ou l'emploi, sont complémentaires dans une organisation au service du bénéficiaire et de sa famille.

Il doit permettre à la Direction, le déploiement des orientations sociales du Conseil d'Administration, représenté par sa Présidente.

Le projet social fait partie intégrante du projet de l'association Le Lien depuis longtemps, avec la conviction affirmée qu'un professionnel bien traité est un professionnel bien traitant, tant dans ses relations internes (membres de son équipe, relations à la hiérarchie, liens avec les intervenants extérieurs) que dans ses interventions auprès de la personne accompagnée et de son proche entourage (famille / aidants).

Pour cela, le SSIAD fixe les grandes priorités, les intentions et les objectifs fondamentaux autour d'une volonté ambitieuse et mobilisatrice.

## L'OPTIMISATION DES TOURNEES POUR UNE MEILLEURE REPONSE AUX BESOINS

Les roulements des salariés sont aujourd'hui élaborés à l'année.

Les tournées sont organisées sur des critères variés (géographique / impératifs horaires / « spécificité » : soins infirmiers/ « lourdeur » du soin, temps de soin). Elles sont revues dès que nécessaire (évolution des soins, évolution des besoins / demandes horaires).

Ces organisations « types » sont ensuite ajustées semaine par semaine et « attribuées » aux équipes. Des critères complémentaires sont considérés – temps de travail des salariés, « incompatibilités » repérées entre professionnel et personne accompagnée (réclamations, dysfonctionnement particulier...), gestion des clés, éventuelles incapacités temporaires ou permanentes de professionnels (manutention pour exemple).

L'organisation actuelle propose jusqu'à 2 passages (matin et soir) quotidien par tournée, les équipes travaillant toute la journée ; l'amplitude d'intervention est de 7h à 12h, puis de 16h à 20h.

Cette organisation questionne sur la capacité à répondre à certains besoins et une réflexion sur l'optimisation des tournées doit être proposée :

- Les demandes de couchers plus tardifs sont effectives, et en augmentation en période estivale où les journées « rallongent ».
- Les personnes grabataires et/ou incontinentes sont présentes au sein du service, nécessitant plusieurs changes dans la journée ; des partenariats peuvent être mis en œuvre avec les autres intervenants au domicile s'ils existent, avec le proche-aidant s'il le souhaite / s'en sent capable. Mais dans de nombreux cas, force est de constater que le nombre de passages actuels n'est pas suffisants.
- Certaines exigences d'horaires des personnes accompagnées – parfois de « confort » ou par convenance personnelle, sont prises en considération puisque l'individualisation reste une priorité pour le service. Toutefois, ces demandes impactent l'organisation des tournées et la capacité du service à « mieux » répondre à des personnes en situation de santé compliquée (grabataires).

Cf. Fiche ACTION n°8 – La gestion des tournées pour une adaptation aux besoins des personnes.

## LA PROFESSIONNALISATION DES EQUIPES

L'individualisation de l'accompagnement et la prise en charge de personnes en situation de plus en plus complexe, nécessite un engagement de professionnalisation, tant de la structure que des professionnels eux-mêmes.

Le contexte de la réforme de la formation professionnelle – loi de septembre 2018, n'est pas facilitant pour rendre accessibles des financements de formations ponctuelles et professionnalisantes, sans nécessaire certification à la clé.

Pour autant, ce travail doit être conduit et la formation externe n'est pas le seul levier ; la formation interne et le transfert de compétences peut en être un autre, l'accueil de stagiaires également – *une formation pour les tuteurs est d'ores et déjà prévue*.

En effet, accueil des stagiaires (au sein du SSIAD et de l'ESA) permet :

- De participer au renforcement des compétences des équipes – la distanciation nécessaire au tutorat de stagiaire permet une auto-analyse des pratiques,
- De développer les compétences d'encadrement et managériales des équipes, favorisant une organisation du travail pertinente et collaborative.

**La montée en compétences** – quelles qu'en soient les modalités, est d'autant plus importante que les situations des personnes ont évolué ces dernières années :

- Le nombre de personnes porteuses de troubles psychiques est en croissance – personnes accompagnées ou entourage immédiat, enjoignant aux professionnels d'adapter leur intervention voire même leur posture professionnelle ;
- Les situations sociales dégradées sont également de plus en plus présentes, proposant des contextes d'exercice professionnel parfois tendus voire conflictuels (familiaux ou de voisinage notamment).

La professionnalisation passe également par des **outils de communication interne** optimisés.

Les réunions hebdomadaires sont un temps essentiel pour les professionnels – *qui y sont attachés sous le format actuel de grande équipe, source d'échanges riches et de possibilités de rencontres régulières avec chacun*.

L'utilisation des mails est également une pratique développée.

La construction d'un extranet, actuellement en cours, devrait permettre l'optimisation de l'accès et de la transmission des informations, concernant les personnes accompagnées (dossiers, PIA...) mais aussi les bonnes pratiques professionnelles (CR de réunion, RBPP...).

L'individualisation de l'accompagnement doit également participer à consolider les pratiques de bientraitance.

Le Service met en place depuis longtemps des actions en faveur de la bientraitance, tant en termes de procédures et protocoles de travail, que de formation des équipes. Il est essentiel de maintenir les actions posées mais aussi de les développer pour que la bientraitance soit portée par les équipes dans leur travail quotidien.

L'action des **référents « bientraitance »** (formation dédiée à venir) auprès des intervenants à domicile permettra une veille active (outils, méthodes), la mise en place de formation interne, et d'un appui ponctuel à la réflexion dès que nécessaire.

Cette démarche de bientraitance doit questionner les compétences et les organisations pour l'accompagnement des personnes les plus fragiles, et notamment les personnes démentes.

Cf. Fiche ACTION n°9 – La professionnalisation des équipes.

## CHAPITRE 3 – LES FICHES ACTIONS DU PROJET DE SERVICE

### FICHE ACTION 1 – L'INDIVIDUALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

VOLET QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT – INDIVIDUALISATION ET COORDINATION			
<b>Enjeux :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser une coordination autour de la personne, aux différents niveaux : équipes du SSIAD et intervenants externes</li> <li>• Permettre à chaque professionnel de s'inscrire dans une démarche d'accompagnement cohérente et réfléchie</li> <li>• Développer la bienveillance et la bienveillance professionnelle par l'ajustement de l'accompagnement à la lumière de l'évolution des besoins de la personne accompagnée.</li> </ul>		
<b>Objectifs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Optimiser la formalisation et la traçabilité des objectifs de l'accompagnement</li> <li>– Dynamiser l'information interne pour une meilleure appropriation des objectifs de l'accompagnement par chacun des professionnels.</li> <li>– Faciliter la transmission d'informations et la cohérence des interventions des différents intervenants au domicile – internes ou externes au SSIAD.</li> <li>– Faire du PIA une référence partagée.</li> </ul>		
<b>Groupe projet</b>	Chef de service, IDEC, IDE Bureau, Secrétaire médicale, référente Qualité, deux à trois professionnels terrain	<b>Animation de l'action</b>	Chef de service / ASG
<b>Services / acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SSIAD</li> <li>– ESA</li> <li>– Intervenants extérieurs – libéraux</li> </ul>		
<b>Actions – Moyens à mettre en œuvre</b>		<b>Acteurs</b>	<b>Date d'échéance</b>
Finaliser la mise en place du PIA <ul style="list-style-type: none"> <li>– Expérimentation du support validé et retour d'expérience pour ajustement éventuel – <i>mise en place systématique pour les personnes accompagnées par le SSIAD et l'ESA et pour tout nouveau bénéficiaire.</i></li> <li>– Définir les moyens de transmission du PIA à l'ensemble des intervenants au domicile de la personne.</li> <li>– Planifier les réévaluations – a minima une fois par an.</li> </ul>		IDEC / IDE Bureau	Mai – Septembre 2019
Rendre effective la mission des référents <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nommer les référents - <i>mise en place systématique pour les personnes accompagnées par le SSIAD et l'ESA et pour tout nouveau bénéficiaire</i></li> <li>– Accompagner les référents dans leur « prise de fonction » - <i>formation interne, lecture expliquée du support « guide pour les référents »,</i></li> <li>– Planifier systématiquement un temps de retour d'expérience à 3 mois, pour chaque référent nommé, afin de lever les points de difficultés éventuellement rencontrés.</li> </ul>		Chef de service / IDEC	Mai – Septembre 2019
Dynamiser la remontée d'informations par les équipes terrain et en assurer la traçabilité et la prise en compte systématique <ul style="list-style-type: none"> <li>– Formaliser un outil de remontée d'informations et ses modalités d'utilisation – <i>la élaboration peut être collégiale, lors de réunions,</i></li> <li>– Prévoir des temps d'échange et des prises de décisions fermes lors des réunions hebdomadaires – <i>optimiser l'outil de CR de réunion pour identifier rapidement les décisions prises à appliquer immédiatement dans le cadre de l'accompagnement de la personne / actualiser éventuellement le PIA si pertinent.</i></li> </ul>		Groupe projet	Mai – Septembre 2019
Structurer la coordination avec les intervenants « externes » au service : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Systématiser le relevé des coordonnées de autres intervenants (classé à domicile),</li> <li>– Contacter en début de prise en charge l'ensemble des intervenants pour présentation,</li> <li>– Dès que cela est pertinent, leur communiquer le PIA,</li> <li>– Les interpeler autant que nécessaire dans le cadre de l'accompagnement des personnes et le déploiement du PIA.</li> </ul> <i>Une expérimentation peut être mise en œuvre en 2019, pour une étendue des pratiques – sur la base des retours d'expérience, à l'ensemble des bénéficiaires concernés par une nécessaire coordination.</i>		Chef de service / IDEC	Septembre – décembre 2019
Etendre le PIA et toutes ses modalités d'ajustement et d'évaluation à l'ensemble des bénéficiaires. Planifier des temps d'analyse des process et outils tous les 6 mois les deux premières années, tous les ans ensuite – <i>groupe de travail thématique sur le PIA et son déploiement.</i>		Groupe projet et ensemble des équipes	2020-2021 <i>Au 31/12/2021, ensemble des bénéficiaires concernés</i>
<b>Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Taux de bénéficiaires ayant un PIA formalisé / référent identifié</li> <li>✓ Taux de PIA transmis à des intervenants extérieurs au service</li> <li>✓ Taux de PIA revus avant l'échéance annuelle</li> </ul>		

## FICHE ACTION 2 – LE DEVELOPPEMENT DES PARTENARIATS

<b>VOLET QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT – DEMARCHE PARTENARIALE</b>			
<b>Enjeux :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser une coordination lisible des différents partenariats, aux différents niveaux : institutionnel et opérationnel</li> <li>• Permettre à chaque professionnel de porter les valeurs du travail partenarial</li> <li>• Développer la démarche d'ouverture du service à et sur son environnement</li> </ul>		
<b>Objectifs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Optimiser la formalisation et la traçabilité des partenariats</li> <li>– Définir les modalités de coordination des partenariats</li> <li>– Dynamiser l'information interne quant aux partenariats mis en œuvre pour une meilleure appropriation.</li> <li>– Développer certains partenariats dédiés à des prises en charge spécifiques.</li> </ul>		
<b>Groupe projet</b>	Chef de service, IDEC, IDE Bureau, Secrétaire médicale, deux à trois professionnels terrain	<b>Animation de l'action</b>	Chef de service / IDEC
<b>Services / acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SSIAD</li> <li>– ESA</li> <li>– Intervenants extérieurs – libéraux / établissements et services sociaux et médicosociaux.</li> </ul>		
<b>Actions – Moyens à mettre en œuvre</b>		<b>Acteurs</b>	<b>Date d'échéance</b>
Optimiser la mutualisation des informations relatives aux réseaux et partenaires des différents services (SSIAD et ESA) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Définir les règles de présentation et de mise à disposition des informations (données systématiques, mots clés...) – éventuellement dans le cadre de l'extranet</li> <li>– Définir les règles d'actualisation des données.</li> </ul>		Groupe projet	Décembre 2019
Développer les partenariats pour l'accompagnement social <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dresser l'état des lieux du réseau (maillage) et des partenariats potentiels (dont SAAD dans le cadre du SPASAD),</li> <li>– Repérer les lacunes / les besoins non « satisfaits » parmi les personnes accompagnées par le service,</li> <li>– Définir un plan d'actions en réponse à cet état des lieux.</li> </ul>		Groupe projet	Décembre 2020
Développer les partenariats avec les structures d'accueil des personnes âgées – accueil de jour, résidence autonomie, EHPAD... <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dresser l'état des lieux du réseau (maillage) et des partenariats actuels,</li> <li>– Repérer les besoins parmi les personnes accompagnées par le service,</li> <li>– Définir un plan d'actions en réponse à cet état des lieux.</li> </ul>		Groupe projet	Décembre 2021
<b>Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utilisation de l'outil de partage des informations relatives aux réseaux et partenaires</li> <li>✓ Taux de réalisation / de respect des échéances du plan d'actions pour le développement des réseaux et partenariats.</li> <li>✓ Evolution annuelle du nombre de conventions signées / de conventions reconduites (par type d'acteurs : accompagnement social, Accueil de jour, EHPAD)</li> <li>✓ Nombre de personnes ayant bénéficié de ces étayages – dont la prise en charge globale par le SPASAD.</li> </ul>		

## FICHE ACTION 3 – L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES DEMENTES

<b>VOLET QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT – L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES DEMENTES</b>			
<b>Enjeux :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répondre aux besoins du territoire, mais également aux besoins spécifiques des personnes démentes et de leur entourage</li> <li>• Optimiser la place de l'utilisateur en tant qu'acteur de son projet personnalisé, quelle que soit sa situation de santé</li> </ul>		
<b>Objectifs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mieux identifier et prendre en compte les besoins spécifiques des personnes démentes</li> <li>– Poursuivre la montée en compétence des professionnels</li> <li>– Adapter les pratiques professionnelles.</li> </ul>		
<b>Groupe projet</b>	Chef de service, IDEC, IDE Bureau, Secrétaire médicale, deux à trois professionnels terrain (SSIAD ET ESA)	<b>Animation de l'action</b>	ESA
<b>Services / acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SSIAD</li> <li>– ESA</li> <li>– Etablissements et services sociaux et médicosociaux / acteurs du territoire</li> </ul>		
<b>Actions – Moyens à mettre en œuvre</b>		<b>Acteurs</b>	<b>Date d'échéance</b>
Poursuivre la montée en compétences des équipes <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mise en place de formations dédiées à l'ensemble des soignants – internes ou externes,</li> <li>– Consolider la collaboration SSIAD – ESA (déjà mise en œuvre dans la conduite de réunions et/ou l'accompagnement conjoint de personnes)</li> <li>– Permettre l'accompagnement des soignants dans les difficultés de prise en charge le cas échéant – groupes de parole, échanges de pratiques, temps de régulation.</li> </ul>		Direction / Chef de service  Groupe projet	2019 – 2023
Poursuivre et consolider le travail conduit auprès des aidants <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ecoute et appui,</li> <li>– Temps de répit,</li> <li>– Ouverture et vie sociale</li> </ul>		Cf. Fiche « Aidants »	2019 – 2023
Le développement d'une offre portée par Le Lien (ou le SPASAD) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluer la pertinence de développer une offre portée par le lien (et ses possibles financements) : temps de partage pour les familles et les aidants – réunions, temps conviviaux</li> <li>– Evaluer la faisabilité d'intervention de bénévoles auprès des bénéficiaires et de leur famille (ex : retraités des métiers médicaux, retraités de l'éducation nationale)</li> <li>– Evaluer la pertinence d'une étude de la satisfaction des familles et aidants pour déploiement le cas échéant.</li> <li>– Evaluer la pertinence de mise en œuvre du CVS ou tout autre forme participative.</li> </ul>		Groupe projet	Décembre 2022
<b>Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Taux annuel de réalisation de formations liées à la thématique</li> <li>✓ Taux de personnels ayant suivi une formation sur la thématique</li> <li>✓ Nombre de réunions du (des) groupes de réflexion / de travail</li> <li>✓ Taux de satisfaction du personnel – points de difficultés identifiés</li> </ul>		

## FICHE ACTION 4 – LE SOUTIEN AUX AIDANTS

<b>VOLET QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT – LE SOUTIEN AUX AIDANTS</b>			
<b>Enjeux :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répondre aux exigences légales et réglementaires</li> <li>• Optimiser la place de l'utilisateur en tant qu'acteur de son projet personnalisé, avec l'appui – s'il le souhaite, de son entourage</li> <li>• Permettre aux aidants d'agir et accompagner plus sereinement leur parent.</li> </ul>		
<b>Objectifs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mieux identifier et prendre en compte les aidants et l'entourage « d'appui » - y compris la personne de confiance le cas échéant.</li> <li>– Favoriser le répit des aidants</li> <li>– Favoriser pour les aidants, l'accès à des activités sociales, culturelles...</li> </ul>		
<b>Groupe projet</b>	Chef de service, IDEC, IDE Bureau, Secrétaire médicale, deux à trois professionnels terrain	<b>Animation de l'action</b>	Chef de service / IDEC
<b>Services / acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SSIAD</li> <li>– ESA</li> <li>– Etablissements et services sociaux et médicosociaux / associations / acteurs du territoire</li> </ul>		
<b>Actions – Moyens à mettre en œuvre</b>		<b>Acteurs</b>	<b>Date d'échéance</b>
Conduire une réflexion autour de l'aidant <ul style="list-style-type: none"> <li>– Définir l'aidant / le proche-aidant dans le cadre des interventions conduites par le service - <i>La définition de l'ANESM est : « personne vivant au domicile et apportant son aide / appui » - or, la présence au domicile ne signifie pas nécessairement la capacité / la volonté d'une aide.</i></li> <li>– Permettre la différenciation d'avec la personne de confiance (dont il est nécessaire – à chaque évaluation du PIA – de reparler pour désignation ou modification si souhaité).</li> </ul> NOTA : le travail engagé par l'ESA sur la thématique, et par le SAAD Le Lien Services peut être un appui		Groupe projet	Juin 2020
Développer des partenariats pour une offre à destination des personnes accompagnées, permettant le répit des aidants. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dresser l'état des lieux du réseau (maillage) et des partenariats potentiels : accueil de jour, hébergement temporaire, garde de nuit, SAAD – intervenants à domicile – <i>cartographie de proximité</i>,</li> <li>– Définir les modalités pour mettre à jour régulièrement cette cartographie,</li> <li>– Repérer les personnes accompagnées qui pourraient être concernées,</li> <li>– Définir un plan d'actions en réponse à cet état des lieux.</li> </ul>		Groupe projet	Décembre 2021  Décembre 2022
Développer des partenariats pour une offre à destination des aidants. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dresser l'état des lieux du réseau (maillage) et des partenariats potentiels : formations, échanges, café des aidants, activités sociales – <i>cartographie de proximité</i>,</li> <li>– Définir les modalités pour mettre à jour régulièrement cette cartographie,</li> <li>– Repérer les aidants de personnes accompagnées qui pourraient être concernées,</li> <li>– Définir un plan d'actions en réponse à cet état des lieux.</li> </ul>		Groupe projet	Décembre 2020  Décembre 2021
Le développement d'une offre portée par Le Lien (ou le SPASAD) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluer la pertinence de développer une offre portée par le lien (et ses possibles financements) : temps de partage pour les familles et les aidants – réunions, temps conviviaux</li> <li>– Evaluer la faisabilité d'intervention de bénévoles auprès des bénéficiaires et de leur famille (ex : retraités des métiers médicaux, retraités de l'éducation nationale)</li> <li>– Evaluer la pertinence d'une étude de la satisfaction des familles et aidants pour déploiement le cas échéant.</li> <li>– Evaluer la pertinence de mise en œuvre du CVS ou tout autre forme participative.</li> </ul>		Groupe projet	Décembre 2022
<b>Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evolution annuelle du nombre de conventions signées</li> <li>✓ Nombre de personnes ayant bénéficié de ces étayages – prestation d'accueil de jour, d'activités occupationnelles...</li> <li>✓ Taux de satisfaction des bénéficiaires concernés</li> <li>✓ Nombre d'aidants ayant bénéficié de ces offres.</li> <li>✓ Taux de satisfaction des aidants concernés</li> <li>✓ Nombre d'intervention de bénévoles / Nombre de bénévoles au sein de la structure</li> </ul>		

## FICHE ACTION 5 – EXTENSION DE LA CAPACITE D'ACCUEIL

<b>VOLET DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE – L'EXTENSION DE LA CAPACITE D'ACCUEIL</b>			
<b>Enjeux :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répondre aux besoins non satisfaits</li> <li>• Réduire le nombre de refus d'accompagnement (SSIAD – ESA) et les délais d'attente de prise en charge (ESA)</li> <li>• Participer à la pérennisation de la structure</li> </ul>		
<b>Objectifs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Augmenter la capacité d'accueil et d'accompagnement du SSIAD à destination des personnes en situation de handicap</li> <li>– Augmenter la capacité d'accompagnement de l'ESA.</li> <li>– Pouvoir prouver la capacité du service à mettre en œuvre le projet dans les 3 à 6 mois suivant la notification de la décision suite à appel à candidature / à projet.</li> </ul>		
<b>Groupe projet</b>	Directrice, Chef de service, IDEC, IDE Bureau, Secrétaire médicale, deux à trois professionnels terrain Responsable Financière	<b>Animation de l'action</b>	Directrice
<b>Services / acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SSIAD</li> <li>– ESA</li> <li>– ARS</li> </ul>		
<b>Actions – Moyens à mettre en œuvre</b>		<b>Acteurs</b>	<b>Date d'échéance</b>
Préparer la réponse à un appel à projet le cas échéant : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Être en veille des appels à projet de l'ARS</li> <li>– Recueil des appels à projet parus (autres régions) pour une analyse des exigences et critères requis.</li> <li>– Identifier, pour chacun des publics visés, les besoins non couverts / satisfaits connus par le service :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nombre de demandes refusées / réorientées,</li> <li>○ Evolution des délais de prise en charge.</li> </ul> </li> <li>– Repérer (pour valoriser) les compétences des équipes pour asseoir la demande d'extension               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Composition pluridisciplinaire,</li> <li>○ Organisation de travail,</li> <li>○ Méthode(s) d'accompagnement</li> </ul> </li> <li>– Repérer (pour valoriser) les partenariats et actions collaboratives conduites avec d'autres acteurs – <i>notamment dans le cadre du SPASAD.</i></li> </ul>		Groupe projet	Chaque année – actualisation – jusqu'à parution d'un appel à projet
Développer des partenariats dédiés afin de consolider les compétences du service <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dans le cadre de l'accompagnement de personnes en situation de handicap,</li> <li>– Dans le cadre de l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés,</li> <li>– Dans le cadre de l'appui et du soutien aux aidants.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dresser l'état des lieux du réseau (maillage) et des partenariats potentiels : <i>cartographie de proximité</i>,</li> <li>→ Définir les modalités pour mettre à jour régulièrement cette cartographie,</li> <li>→ Définir un plan d'actions dont le budget prévisionnel</li> </ul>		Groupe projet	Chaque année – actualisation – jusqu'à parution d'un appel à projet
<b>Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombre de réponses à appel à projet – taux de « réussite »</li> <li>✓ Nombre de personnes accompagnées – places complémentaires</li> <li>✓ Taux de satisfaction des personnes</li> <li>✓ Coût par patient.</li> </ul>		

## FICHE ACTION 6 – LA CREATION DE PLACES DE SSIAD RENFORCE

<b>VOLET DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE – LA CREATION DE PLACES DE SSIAD RENFORCE</b>			
<b>Enjeux :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre notre mission de prévention ou report d'une hospitalisation / d'une entrée en établissement</li> <li>• S'inscrire dans les orientations du schéma départemental de l'autonomie 2018 – 2022</li> <li>• Optimiser la réponse aux besoins des personnes accompagnées et des personnes en demande de prise en charge.</li> </ul>		
<b>Objectifs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Augmenter la capacité d'accueil et d'accompagnement du SSIAD à destination des personnes dont la santé nécessite des soins et une présence accrue au domicile</li> <li>– Anticiper l'organisation des équipes sur de nouvelles modalités d'intervention</li> <li>– Pouvoir prouver la capacité du service à mettre en œuvre de nouvelles places dans les mois suivant la notification de la décision suite à appel à candidature / à projet ou la signature du CPOM.</li> </ul>		
<b>Groupe projet</b>	Directrice, Chef de service, IDEC, IDE Bureau, Secrétaire médicale, référente Qualité, deux à trois professionnels terrain Responsable Financière	<b>Animation de l'action</b>	Directrice
<b>Services / acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SSIAD</li> <li>– ESA</li> <li>– ARS</li> </ul>		
<b>Actions – Moyens à mettre en œuvre</b>		<b>Acteurs</b>	<b>Date d'échéance</b>
<p>Être en veille active sur les « cahiers des charges » de SSIAD renforcé déjà proposés dans d'autres régions afin de nourrir la réflexion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sur le repérage des besoins – auprès des personnes déjà accompagnées ou de nouvelles demandes : <i>outil d'évaluation affinée des besoins</i>.</li> <li>– Sur l'articulation des différents acteurs du soin à domicile (équipes de libéraux, SSIAD, SSIAD renforcé / HAD) – <i>ce point est particulièrement ciblé dans le schéma départemental de l'autonomie</i>.</li> <li>– Sur les coûts prévisionnels de ces modalités.</li> </ul> <p>Pour exemple, le cahier des charges des critères d'intervention à domicile des différents acteurs, publié par l'ARS Ile-de-France, met en évidence des éléments lisibles d'évaluation des besoins – système de cotations, et des types d'intervention (nombre de passages quotidiens, temps de soin IDE par semaine, temps de soin AS par jour, passage en binôme, isolement social de la personne)  <a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/HAD_Criteres_domicile_ARS_IDF_2016.pdf">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/HAD_Criteres_domicile_ARS_IDF_2016.pdf</a></p>		Groupe projet	Chaque année – actualisation – jusqu'à parution d'un appel à projet ou négociation du CPOM.
<p>Préparer la réponse à un appel à projet le cas échéant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Être en veille des appels à projet de l'ARS</li> <li>– Identifier, pour chacun des publics visés, les besoins non couverts / satisfaits connus par le service : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nombre de demandes refusées / réorientées,</li> <li>○ Nombre de personnes aujourd'hui accompagnées en demande d'interventions renforcées ou complémentaires.</li> </ul> </li> <li>– Repérer (pour valoriser) les compétences des équipes pour asseoir la demande d'extension <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Composition pluridisciplinaire – étude de la pertinence de nouvelles compétences à intégrer (kinésithérapeute, ...).</li> <li>○ Organisation de travail,</li> <li>○ Méthode(s) d'accompagnement</li> </ul> </li> <li>– Repérer (pour valoriser) les partenariats et actions collaboratives conduites avec d'autres acteurs – <i>notamment dans le cadre du SPASAD</i>.</li> </ul>		Groupe projet	Chaque année – actualisation – jusqu'à parution d'un appel à projet
<p>Structurer / optimiser le processus (et les outils) de recrutement des intervenants au domicile – <i>afin de pouvoir compléter les équipes rapidement en cas de besoin</i>.</p> <p>Ce travail doit également permettre d'intégrer les exigences liées au RGPD dans le cadre des recrutements.</p>		Chef de service – Référent Qualité	2019
<b>Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombre de réponses à appel à projet – taux de « réussite »</li> <li>✓ Nombre de personnes concernées</li> <li>✓ Taux de satisfaction des personnes</li> <li>✓ Coût par patient.</li> </ul>		

## FICHE ACTION 7 – LE DEVELOPPEMENT DES ACTIONS DE PREVENTION

<b>VOLET DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE – LES ACTIONS DE PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE</b>			
<b>Enjeux :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre notre mission de prévention ou report d'une hospitalisation / d'une entrée en établissement</li> <li>• S'inscrire dans les orientations du schéma départemental de l'autonomie 2018 – 2022</li> <li>• Optimiser la réponse aux besoins des personnes accompagnées et leurs aidants.</li> </ul>		
<b>Objectifs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Permettre la mise en place d'actions de prévention pertinentes pour les publics de plus de 60 ans de nos territoires d'intervention</li> <li>– Promouvoir les bonnes pratiques auprès des personnes – alimentation, sommeil, mobilisation et déplacements...</li> <li>– Pouvoir prouver la capacité du service à mettre en œuvre d'actions ciblées dans les 3 à 6 mois suivant la notification de la décision suite à appel à candidature / à projet.</li> </ul>		
<b>Groupe projet</b>	Directrice, Chef de service, IDEC, IDE Bureau, Secrétaire médicale, deux à trois professionnels terrain Responsable Financière	<b>Animation de l'action</b>	Chef de service
<b>Services / acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SSIAD</li> <li>– ESA</li> <li>– ARS / CD34 / CFPPA</li> </ul>		
<b>Actions – Moyens à mettre en œuvre</b>		<b>Acteurs</b>	<b>Date d'échéance</b>
Sur la base des actions déjà conduites, réaliser un bilan et une projection quant à la prolongation d'actions ou la mise en place de nouvelles – les critères pertinents d'analyse sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Repérage des besoins :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identification et pertinence des objectifs poursuivis eu égard à la population ciblée,</li> <li>○ Identification du territoire concerné,</li> <li>○ Faisabilité de l'action,</li> </ul> </li> <li>– Existence d'une démarche d'évaluation de l'action,</li> <li>– Ressources humaines en termes de compétences, de formation, de personnes dédiées au projet - Composition pluridisciplinaire – étude de la pertinence de nouvelles compétences à intégrer (kinésithérapeute, ...).</li> <li>– Budget prévisionnel – dont et cofinancements possibles / Coût du projet ramené au nombre de bénéficiaires</li> <li>– Démarche partenariale de co-construction avec les associations, les acteurs publics du territoire, les bénéficiaires.</li> </ul>		Groupe projet	Chaque année – actualisation – jusqu'à parution d'un appel à projet ou négociation du CPOM.
Conduire une réflexion autour des thématiques de prévention possibles à mettre en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dans le cadre des thématiques fléchées par les financeurs : Santé, Lien social, Habitat et adaptation du logement, Soutien aux aidants,</li> <li>– Dans le cadre de thématiques innovantes : Educative thérapeutique pour exemple, équité d'accès aux droits (aides et prestations, soins de premier recours, soins dentaires...)</li> </ul>		Groupe projet	Chaque année – actualisation – jusqu'à parution d'un appel à projet ou négociation du CPOM.
Préparer la réponse à un appel à projet le cas échéant : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Être en veille des appels à projet de la CFPPA ou autres organismes</li> <li>– Identifier, pour chacun des publics visés, les besoins non (ou peu) couverts / satisfaits</li> <li>– Repérer (pour valoriser) les compétences des équipes et/ou partenaires</li> </ul>		Groupe projet	Chaque année – actualisation – jusqu'à parution d'un appel à projet
<b>Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombre de réponses à appel à projet – taux de « réussite »</li> <li>✓ Nombre de personnes concernées par les actions de prévention</li> <li>✓ Nombre de professionnels sensibilisés aux thématiques de prévention (promotion, évaluation des situations et des risques...)</li> <li>✓ Taux de satisfaction des personnes</li> <li>✓ Coût de la mise en œuvre / réalisation.</li> </ul>		

## FICHE ACTION 8 – L'OPTIMISATION DES TOURNEES

<b>VOLET SOCIAL – LA GESTION DES TOURNEES POUR UNE MEILLEURE REPONSE AUX BESOINS</b>			
<b>Enjeux :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répondre aux exigences légales et réglementaires</li> <li>• Optimiser la réponse aux besoins de l'usager et l'adaptation à chaque situation.</li> <li>• Participer au confort de vie à domicile.</li> <li>• Veiller aux conditions d'exercice et à la prévention des risques professionnels</li> </ul>		
<b>Objectifs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Permettre la réponse à certains besoins – nombre de passages quotidiens / période horaire d'intervention – dans une configuration d'équipe identique – nombre de professionnels.</li> <li>– Garantir la prévention des risques professionnels dans des conditions d'exercice revues.</li> <li>– Favoriser le répit des aidants par des interventions plus ciblées à certains moments de la journée, même tardivement.</li> <li>– Garantir la maîtrise des coûts du service</li> </ul>		
<b>Groupe projet</b>	Directrice, Chef de service, IDEC, IDE Bureau, Secrétaire médicale, deux à trois professionnels terrain	<b>Animation de l'action</b>	IDEC / IDE Bureau
<b>Services / acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SSIAD</li> <li>– ESA</li> </ul>		
<b>Actions – Moyens à mettre en œuvre</b>		<b>Acteurs</b>	<b>Date d'échéance</b>
Conduire une réflexion autour de l'organisation du travail <ul style="list-style-type: none"> <li>– Réflexion et évaluation de faisabilité pour différents scénarii               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deux tournées en journée-continue : l'une du matin 7h 14h et l'une du soir 15h 22h pour plusieurs passages par jour quand nécessaire ;</li> <li>○ Maintenir les tournées actuelles, complétées par une tournée tardive (soirée / nuit – change et/ou coucher tardif).</li> </ul> </li> <li>– Réflexion sur les critères d'organisation des soins en fonction des typologies de besoins et des situations des personnes, (et pas uniquement en réponse à des exigences horaires) Exemples : prioriser les passages tôt le matin pour toutes les personnes sont alitées depuis 16h la veille..., « priorité » données aux personnes en situation d'incontinence (importance du nombre de changes dans la journée et des durées « interchanges »), passage en soirée pour certaines personnes, notamment les « actifs » qui travaillent en journée.</li> </ul> NOTA : Ce travail sur une évolution des plannings peut alimenter la réflexion sur la création de places de SSIAD renforcé – le recueil de données visant à argumenter sa nécessité.		Groupe projet	2019 – 2021
Veiller aux conditions de travail et à la prévention des risques professionnels <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cas de tournées tardives (22h) dans certains quartiers : risques et situation de travailleur isolé ;</li> <li>– Evaluation auprès des salariés des impacts de changements d'horaires de tournées – accueil favorable ou non, proposition de choix de tournée ou système de roulement sur l'ensemble des tournées possibles...</li> <li>– Evolution du DUERP en conséquence le cas échéant.</li> </ul>		Groupe projet	2019 – 2021
<b>Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Taux de satisfaction des bénéficiaires concernés</li> <li>✓ Taux de satisfaction des aidants concernés</li> <li>✓ Nombre de personnes accompagnées bénéficiant des aménagements de tournées</li> </ul>		

## FICHE ACTION 9 – LA PROFESSIONNALISATION CONSTANTE DES ACTEURS

<b>VOLET SOCIAL – LA POURSUITE DE LA PROFESSIONNALISATION DES EQUIPES</b>			
<b>Enjeux :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répondre aux exigences légales et réglementaires</li> <li>• Garantir des conditions d'exercice favorables, tant pour les professionnels que pour les personnes accompagnées et leur entourage.</li> <li>• Permettre à chacun de s'épanouir dans l'exercice de son activité.</li> </ul>		
<b>Objectifs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Veiller à la constante professionnalisation des équipes.</li> <li>– Garantir la prévention des risques professionnels et de l'usure.</li> </ul>		
<b>Groupe projet</b>	Directrice, Chef de service, IDEC, IDE Bureau, deux à trois professionnels terrain Responsable Financier Référénts Bientraitance	<b>Animation de l'action</b>	Directrice
<b>Services / acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SSIAD</li> <li>– ESA</li> <li>– OPCO de la cohésion sociale</li> </ul>		
<b>Actions – Moyens à mettre en œuvre</b>		<b>Acteurs</b>	<b>Date d'échéance</b>
Participer à la montée en compétences des professionnels <ul style="list-style-type: none"> <li>– Actualiser la procédure de contribution et d'élaboration du plan prévisionnel de formation dans le cadre de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel et des nouveaux acteurs en présence (France Compétences, OPCO de la cohésion sociale).</li> <li>– Favoriser la mise en place de groupes d'échanges de pratiques et de réflexion (groupes thématiques, comité de pilotage de démarche, groupes projet pour les fiches ACTION...)</li> <li>– Formation des équipes :               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Bientraitance,</li> <li>o Connaissance des troubles psychiques,</li> <li>o Gestion des situations tendues ou conflictuelles – <i>et réaffirmer les protocoles à appliquer en cas de dysfonctionnement (non-réponse d'un bénéficiaire, utilisation de fiche d'événements indésirables...)</i>.</li> <li>o Tutorat de stagiaires</li> </ul> </li> <li>– Travailler en collaboration accrue avec les médecins traitants et les intervenants extérieurs sur les problématiques rencontrées – <i>protocoles de transmission d'informations systématique, optimisation de l'utilisation du cahier de liaison...</i></li> </ul>		Groupe projet	2019 – 2023
Actualiser certains protocoles de prévention des risques <ul style="list-style-type: none"> <li>– Elaborer la procédure en cas d'intempéries ;</li> <li>– Reprendre (ou réactualiser) la procédure de gestion des DASRI à domicile – équipement, bonnes pratiques professionnelles, interdictions...</li> </ul> <p><i>La présentation des protocoles aux équipes doit être accompagnée pour une meilleure appropriation et application.</i></p>		Groupe projet	Décembre 2020
Communication interne et extranet <ul style="list-style-type: none"> <li>– Finaliser la mise en place de l'Extranet – vigilance aux exigences légales de confidentialité et de protection des données personnelles – RGPD ;</li> <li>– Accompagner la mise en œuvre opérationnelle auprès des équipes – prise en main, utilisation, suggestion d'évolution si nécessaire...</li> </ul>		Groupe projet	2019 - 2020
Le développement de la démarche de bientraitance <ul style="list-style-type: none"> <li>– Finaliser la formation des référents bientraitance internes et la formalisation de leur mission,</li> <li>– Elaborer / réactualiser les outils et protocoles si nécessaires,</li> <li>– Construire les modalités de formation interne et d'appui aux équipes sur la thématique, animées par lesdits référents</li> <li>– Prévoir les jalons d'évaluation de la démarche de bientraitance portée en interne par les référents.</li> </ul>		Groupe projet Référénts bientraitance	2020 - 2023
<b>Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Taux de satisfaction des personnels concernant la formation (enquête de satisfaction interne)</li> <li>✓ Taux annuel de réalisation du plan de formation prévisionnel</li> <li>✓ Taux de personnels ayant suivi une formation X – dont la formation « bientraitance » organisée en interne</li> <li>✓ Nombre de groupes d'échange de pratiques / de réflexion / thématiques mis en place</li> <li>✓ Taux de participation aux groupes.</li> <li>✓ Taux d'utilisation de l'extranet</li> </ul>		

<b>AAH</b>	Allocation Adulte Handicapé	<b>GMP</b>	GIR Moyen Pondéré
<b>AGGIR</b>	Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources	<b>HAD</b>	Hospitalisation A Domicile
<b>ANESM</b>	Agence Nationale pour Evaluation du secteur Social et Médicosocial	<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>APA</b>	Aide Personnalisée d'Autonomie	<b>IDE</b>	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé	<b>IDEC</b>	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Coordinateur(trice)
<b>AS</b>	Aide-soignant	<b>MAIA</b>	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
<b>ASG</b>	Assistant(e) de Soins en Gérontologie	<b>OPCO</b>	OPérateur de COmpétences
<b>ASS</b>	Assistant(e) de Service Social	<b>PIA</b>	Projet Individualisé d'Accompagnement
<b>CA</b>	Conseil d'Administration	<b>SAAD</b>	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
<b>CCAS</b>	Centre Communal d'Action Sociale	<b>SAVS – SAMSAH</b>	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale – Service d'Accompagnement Médicosocial pour Adultes Handicapés
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire	<b>SPASAD</b>	Service Polyvalent d'Accompagnement et de Soins à Domicile
<b>CASF</b>	Code de l'Action Sociale et des Familles	<b>SSIAD</b>	Service de Soins Infirmiers à Domicile
<b>CD34</b>	Conseil Départemental de l'Hérault	<b>PH</b>	Personne en situation de Handicap
<b>CFPPA</b>	Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie	<b>PRS</b>	Programme Régional de Santé
<b>CNSA</b>	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	<b>RGPD</b>	Règlement Général sur la Protection des Données - <i>Le règlement n° 2016/679, dit règlement général sur la protection des données, est un règlement de l'Union européenne qui constitue le texte de référence en matière de protection des données à caractère personnel</i>
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie	<b>RBPP</b>	Recommandation des Bonnes Pratiques Professionnelles
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens		
<b>CRAM</b>	Caisse Régionale d'Assurance Maladie		
<b>DASRI</b>	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux		
<b>DIPEC</b>	Document Individuel de Prise en Charge		
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes		
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein		
<b>ESA</b>	Equipe Spécialisée Alzheimer		
<b>FINESS</b>	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux		

## ANNEXE 1 – FICHE D'IDENTITE DU SERVICE

- **Raison sociale :** LE LIEN – Service de Soins Infirmiers à Domicile
- **Nature du service :** Service de Soins Infirmiers à Domicile
- **Statut Juridique :** Association Loi 1901 (Préfecture Montpellier n°9725 - 1983)
- **Numéro FINESS :** 340 78 9767
- **CCN :** De l'aide à domicile : accompagnement, soins et services (21/5/10)
- **Coordonnées :** 912 rue de la Croix Verte – 34 090 Montpellier  
T – 04 67 52 18 18 / F – 04 67 04 10 89  
[soins@associationlelien.fr](mailto:soins@associationlelien.fr)
- **Date création association :** 18.05.1983
- **Représentant légal :** Rose-Marie DAUVERCHAIN – Présidente du Conseil d'administration, fondatrice.
- **Directrice :** Isabelle BAZIN
- **Adhésion à la Fédération UNA**
  
- **Date d'activité effective SSIAD :** 01.07.1984
- **Date d'activité effective ESA :** 01.12.2010
  
- **Nombre de salariés (31/12/2018) :** 35,10 ETP – 38 personnes
- **Type de services exercés :**
  - ❖ Service de Soins Infirmiers à Domicile
  - ❖ Equipe spécialisée Alzheimer (ESA)

**NOTA :** Dès 2016, le SSIAD – association Le Lien se joint à l'association Le Lien Services pour la création d'un SPASAD.



### Composition du bureau de l'association

- **Présidente :** Rose-Marie DAUVERCHAIN
- **Vice-président :** Docteur Bernard GRANIER
- **Trésorier :** Marie-Claire MANVILLE
- **Secrétaire :** Josiane PONTICACCIA

## ANNEXE 2 – HISTOIRE ET GENESE DU SSIAD

« L'association Le Lien est née symboliquement dans l'amphithéâtre de la faculté de médecine en 1983. Elle est une passerelle entre l'université, le CHU, et le domicile.

En 1984, le 1<sup>er</sup> juillet, le service de soins voit le jour. Agréé et financé pour 50 lits, porté par la présidente fondatrice, Rose-Marie DAUVERCHAIN, il verra rapidement son extension. Mme DAUVERCHAIN sera épaulée par des médecins gériatres et gérontologues qui lui donneront un véritable statut médico-social.

Par la volonté de Jean DAUVERCHAIN, professeur à la faculté de médecine, membre de la société française de gérontologie, d'autres compétences viendront se joindre à leurs côtés : le docteur Bernard GRANIER, médecin des hôpitaux, et le docteur Josiane PONTICACCIA, attachée des hôpitaux et référente sur la « mémoire ». »

**1983** : Naissance de l'association pour venir en aide aux personnes âgées en perte d'autonomie, présidée par Rose-Marie DAUVERCHAIN. Elle propose divers volets : aide à la vie quotidienne, aide à la santé, rencontres entre génération et inter génération, possibilité de s'inscrire dans des enquêtes épidémiologiques.

L'association œuvre en premier lieu pour l'aide à la santé, en développant un projet de création d'un service de soins infirmiers à domicile.

Elle associe ses compétences gérontologiques avec :

- Le Professeur Jean DAUVERCHAIN, médecin hospitalier,
- Les docteurs Bernard GRANIER et Josiane PONTICACCIA, médecins gérontologues attachés des hôpitaux,
- Des médecins de ville, infirmiers libéraux et syndicat FNI.

L'association présente, en cours d'année, le projet qui est soumis en CRIMS avec avis favorable.

**1984** : Autorisation de fonctionnement (1<sup>er</sup> juillet 1984) pour 50 places.

**1985** : projet d'extension accepté pour 15 places sur Montpellier - La capacité du service passe à 65 places.

**1990** : Implantation sur la ville de Lunel : 10 places  
La maison de retraite « Les meunières » est créée sur la commune de Lunel, Le Lien voit donc l'opportunité d'y apporter un service nouveau qui viendra s'inscrire dans les actions gérontologiques.

Hébergés dans la maison de retraite, le SSIAD participe à la mise en place d'un projet novateur en relation avec Les Hugolines : hébergement temporaire, accueil de jour.

**1992** : Création d'un service de soins pour malades atteints du VIH pour 10 places, sur sollicitation du Docteur GUYONNET, médecin inspecteur de la DDASS.

**1993** : Création de l'association Le Lien Services (association d'aides à la personne, entité juridique différente du SSIAD). Les besoins relatifs à l'aide à la vie quotidienne, et la loi en faveur des emplois familiaux permettent une évolution du « potentiel de demandes », et ainsi la création de la structure « Le Lien Services ».

**1994** : Extension du SSIAD sur Lunel jusqu'à 15 places - Adhésion à une fédération nationale - FNADAR (fédération nationale d'aide à domicile), actuelle ADESSA.

Fermeture de la section VIH (évolution des traitements).

**1995** : Sur la commune de Lunel Le Lien participe à la mise en place du CLIC (association Réponses).

**1999** : Adhésion à la FNACPPA (aujourd'hui FNAQPA) - Fédération nationale d'accueil et confort pour personnes âgées.

**2001** : Implantation sur les communes de Palavas, Lattes et Pérols et extension accordée pour 15 places (capacité de 95 places pour les personnes âgées).

**2002** : Prise en charge en expérimentation d'une personne lourdement handicapée, sur sollicitation de la DDASS.

**2004** : Décision du CA d'engager une démarche qualité, en vue de l'obtention d'une certification NF Service (norme NF X 50-056 et NF311).

**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.
- ⇒ Signature convention de coopération avec le CHU de Montpellier.

**2006** : Signature convention de coopération avec l'établissement Mont d'Aurelle (soins de suite et convalescence).

Ecriture du premier projet de service.

**2007** : Signature convention de services avec le SAAD Le Lien Services.

**2008** : Signature convention de partenariat avec le CLIC Maill'âge.

**2009** : Positionnement sur le Projet Plan ALZHEIMER 2008-2012. La rédaction de ce projet, retenu au niveau départemental, mais non retenu au niveau national, a permis à l'association et aux équipes de se mobiliser autour de la problématique de cette maladie et les impacts sur les pratiques de soin à domicile auprès des personnes atteintes.

**2010** : Obtention de la certification NF Service aux Personnes à Domicile.

Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) : Ouverture du service le 1er décembre.

**2011** : Signatures conventions de partenariat avec :

- SAAD Le Lien Services – Montpellier
- SAAD AAMD – Lunel
- Accueil de jour CIEL BLEU.

**2012** : Renouvellement de la certification NF Service à la Personne (NF311)

**2013** : Ecriture Projet de service 2013 – 2018 et conduite de l'évaluation interne.

**2014** : Audit de renouvellement Certification NF Service et conduite de l'évaluation externe.

**2015** : Participation à la création de PF 34 (Prévention Fragilités 34) et intégration de son conseil d'administration

**2016** : Audit de renouvellement Certification NF Service  
Signature convention de partenariat : Clinique du Melezet  
Expérimentation d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement d'un SPASAD (appel à projet de l'ARS).

Signature **CPOM – 20 décembre 2016**

**2017** : Création d'une équipe spécialisée de prévention des risques de perte d'autonomie (ESPR) – thèmes d'intervention : Nutrition, Sommeil

Signature d'une Convention de Coopération SPASAD (SSIAD – SAAD) : 2 mai 2017

Signature d'une Convention de Partenariat avec le Clos de la Fontaine : 15 septembre 2017

**2019** : Changement de direction suite au départ en retraite de la directrice, création de deux postes d'encadrement (chef de service et responsable financier) et réorganisation interne.