SSIAD DU CANTON D'ELVEN

service rattaché à l'EHPAD LA CHAUMIERE

Elven
Monterblanc
Saint-Nolff
Sulniac
Trédion
Treffléan

Projet De Service SSIAD 2013- 2018

SOMMAIRE

- **Avant-propos……6**
- **Présentation générale du SSIAD……8**
  - Historique……8
  - Locaux actuels et ceux à venir……9
  - Missions……9
  - Fonctionnement du service……10
  - Processus de prise en charge des usagers……11
  - Personnels et partenaires……12
  - Equipe Spécialisée Alzheimer……13
  - Valeurs et principes professionnels……14
  - Activité du SSIAD……14
- **Projet répondant aux besoins du secteur……15**
  - Projet qui répond aux orientations nationales et régionales……15
    - Textes relatifs à la catégorisation des SSIAD……15
    - Arrêté d'autorisation……16
    - Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM……17
  - Projet qui répond aux orientations départementales……18
    - Schémas gérontologiques 2006-2010 et 2011-2015……18
  - Projet en phase avec les évolutions démographiques locales et qui tient compte de l'évolution du public accompagné……20
    - Evolution de la démographie dans le Morbihan……20
    - Evolution de la dépendance sur le territoire……21
    - Evolution de la maladie d'Azheimer et des maladies apparentées……22
    - Taux d'équipement SSIAD dans le Morbihan……23
    - Caractérisation des usagers……24
- **Méthodologie du Projet de Service……30**
  - Du Projet d'Etablissement au Projet de Service……30
  - Les grandes étapes d'élaboration du Projet de Service……31
  - Le Participatif……31
  - Les modalités de suivi du Projet de de Service……32

❖ **Notre projet d'accompagnement décliné autour d'objectifs spécifiques……33**
- Objectif 1 : La garantie des droits individuels et la Participation des usagers……34
  - Les constats ⇨ *1 priorité :* ……34
    - *Respecter les droits et libertés*……37
- Objectif 2 : La Prévention des risques……38
  - Les constats ⇨ *3 priorités :* ……38
    - *Promouvoir la bientraitance*……41
    - *Sécuriser les soins en formalisant les pratiques*……41
    - *Maîtriser les risques professionnels*……42
- Objectif 3 : La Promotion de l'autonomie et de la Qualité de vie……43
  - Les constats ⇨ *2 priorités :* ……43
    - *Organiser un accueil personnalisé*……48
    - *Améliorer l'accompagnement personnalisé jusqu'au bout de la vie*……49
- Objectif 4 : La Continuité de l'accompagnement et la Coordination des interventions……50
  - Les constats ⇨ *1 priorité :* ……50
    - *Maîtriser la coordination des soins*……52

❖ **Les moyens au service du projet……53**
- Moyen 1 : Une Démarche Qualité et Gestion des Risques pour une action pérenne……53
  - La situation actuelle ……53
    - *Le Projet Démarche Qualité (Evaluation Interne et Externe) et Gestion des Risques*……54
- Moyen 2 : Une mobilisation de compétences pour garantir la qualité de l'accompagnement……57
  - La situation actuelle ……57
    - *Le projet Formation et Ressources Humaines*……61
- Moyen 3 : Une gestion budgétaire pour rechercher l'efficience……63
  - La situation actuelle ……63
    - *Le projet Gestion Budgétaire*……64
- Moyen 4 : Une logistique conforme aux attentes des personnels et usagers……65
  - La situation actuelle ……65
    - *Le projet d'amélioration de la logistique*……66

Ont contribué à l'élaboration de ce document

Membres du groupe comité de pilotage

Monsieur Le Garff Jean-Pierre – Directeur d'établissement

Madame Tarouilly-Passelande Jeannick – Infirmière coordinatrice SSIAD

Madame Marchand Anne – AS SSIAD

Madame Morio Andrée – AS SSIAD

Membres du groupe projet

L'ensemble des personnels du SSIAD

Table des sigles et abréviations

AES	**A**ccident **E**xposant au **S**ang
AFGSU	**A**ttestation de **F**ormation aux **G**estes et **S**oins d'**U**rgence
ANAP	**A**gence **N**ationale d'**A**ppui à la **P**erformance
ANESM	**A**gence **N**ationale de l'**E**valuation et de la qualité des établissements et services **S**ociaux et **M**édico-sociaux
APA	**A**llocation **P**ersonnalisée d'**A**utonomie
ARS	**A**gence **R**égionale de **S**anté
ASG	**A**ssistants de **S**oins en **G**érontologie
CASF	**C**ode de l'**A**ction **S**ociale et des **F**amilles
CLIC	**C**entre **L**ocal d'**I**nformation et de **C**oordination
CNIL	**C**ommission **N**ationale de l'**I**nformatique et des **L**ibertés
CTE	**C**omité **T**echnique d'**E**tablissement
COPIL	**CO**mité de **PIL**otage
DASRI	**D**échets d'**A**ctivités de **S**oins à **R**isques **I**nfectieux
EAE	**E**ntretien **A**nnuel d'**E**valuation
EHPAD	**E**tablissement d'**H**ébergement pour **P**ersonnes **A**gées **D**épendantes
ESA	**E**quipe **S**pécialisée **A**lzheimer
ESSMS	**E**tablissements et **S**ervices **S**ociaux et **M**édico-**S**ociaux
ETP	**E**quivalent **T**emps **P**lein
FPH	**F**onction **P**ublique **H**ospitalière
GIR	**G**roupe **I**so-**R**essource
GMP	**G**ir **M**oyen **P**ondéré
HAD	**H**ospitalisation **A** **D**omicile
HPST	**H**ôpital, **P**atients, **S**anté et **T**erritoires
HAS	**H**aute **A**utorité de **S**anté
IFAS	**I**nstituts de **F**ormation **A**ides-**S**oignants
INSEE	**I**nstitut **N**ational de la **S**tatistique et des **E**tudes **E**conomiques
RBPP	**R**ecommandations de **B**onnes **P**ratiques **P**rofessionnelles
SAAD	**S**ervice d'**A**ide et d'**A**ccompagnement à **D**omicile
SMSA	**S**siad **M**obile **S**pécialisé **A**lzheimer vannes agglo et presqu'ile de rhuys
SSIAD	**S**ervices de **S**oins **I**nfirmiers **A** **D**omicile
SILGOM	**S**yndicat **I**nterhospitalier de **L**ogistique du **GO**lfe du **M**orbihan
SSR	**S**oins de **S**uite et de **R**éadaptation

AVANT-PROPOS

Il nous a semblé important de donner quelques définitions pour nous servir de fondement à l'élaboration de notre Projet de Service.

Projet vient du latin *projicere* signifiant « jeter en avant », mot à connotation spatio-temporelle qui implique un processus : lancer, à partir d'un point de départ, vers un but situé en avant. Le concept de projet renvoie donc à l'idée d'« intention », de « volonté d'atteindre un but » comme il renvoie à celle de « projection ».

Un projet, c'est une mise en mouvement de personnes, d'un côté il y a des actions et de l'autre l'adhésion.

La notion de **service** revêt des significations différentes selon les situations. Dans notre cas, « le service » est une organisation chargée d'une branche d'activité du secteur tertiaire, qui ne produit donc pas de biens matériels. Notre unité organisationnelle est gérée par un établissement autorisé, c'est-à-dire avec une entité juridique. L'organisation fait aussi référence à l'ensemble du personnel, à savoir une équipe animée par un responsable, autour d'activités définies.

Selon Philippe Ducalet et Michel Laforcade (bibliographie, annexe 1) *« La qualité est l'aptitude d'une organisation (association, établissement, service, dispositifs, etc.) à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de l'usager, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération, en vue de se maintenir ou d'améliorer sa santé (au sens bio-psycho-social), son autonomie sociale et sa dignité d'être humain ».*

Pour une institution sanitaire et sociale, la qualité comporte plusieurs dimensions : l'efficacité[1], l'efficience[2], la sécurité, l'acceptabilité des interventions et l'accessibilité des prestations dans toutes ses dimensions : géographique, économique, sociale et culturelle.

---

[1] Efficace, adjectif : Qui produit l'effet attendu (Linternaute-Encyclopédie, site consulté en décembre 2012)

[2] Efficient, adjectif : Qui aboutit a de bons résultats avec le minimum de dépenses (Larousse en ligne, site consulté en décembre 2012)

La qualité totale vise l'implication de tous les acteurs dans des processus de contrôle durables. Le modèle PDCA proposé par William Edwards Deming[3] permet de synthétiser les quatre phases d'une démarche qualité :

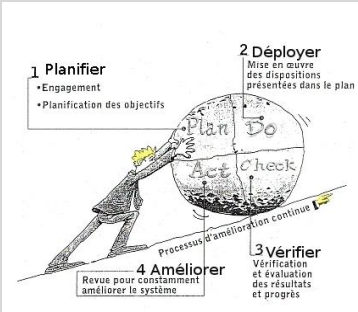
PLAN : **Planifier**, quelle est la qualité souhaitée ? La planification est toujours le résultat d'un diagnostic.

DO : **Agir**, déployer, faire.

CHECK : **Contrôler**, vérifier les résultats. Sont-ils conformes aux objectifs ? La qualité espérée a-t-elle été atteinte ?

ACT : **Réagir**, corriger, prendre les décisions de réajustement.

Et la roue, ci-dessous illustrée, reprend sa course : nous planifions les nouvelles actions d'amélioration…



Roue de Deming, http : //fr.wikipedia.org/wiki/PDCA – site consulté en décembre 2012

[3] William Edwards Deming, statisticien américain (1900-1993), instigateur des démarches qualité

Rechercher la qualité consiste donc à se fixer des objectifs de réalisation ou d'amélioration. La seconde étape sera de mettre en œuvre une démarche évaluable pour y parvenir. La troisième étape sera d'évaluer les résultats après un temps donné. La quatrième étape sera de procéder aux rectifications qui s'imposent.

La recherche d'un équilibre entre la planification, l'organisation, l'activation et le contrôle semble être une condition nécessaire à la mise en œuvre d'un processus qualité.

Il nous semble que la qualité est une dynamique pour retrouver le sens, la cohérence et *in fine* l'usager.

Les principes d'actions fondateurs de la qualité de nos prestations sont généralement admis comme la clarté, l'auto-évaluation des pratiques, la réponse aux attentes des usagers et l'évaluation de leur satisfaction.

Et, nous pensons que pour se mettre en marche, la démarche qualité requiert du sens, de la méthode et surtout des hommes.

PRESENTATION GENERALE DU SSIAD

Historique

Afin de répondre aux besoins de la population vieillissante et dépendante, le SSIAD du canton d'Elven a été créé en 2004. Autorisé par arrêté préfectoral (annexe 2) en date du 5 décembre 2003, le SSIAD aura connu les évolutions suivantes en termes de places financées :

1er septembre 2004 : 10 places

1er septembre 2005 : 13 places

1er septembre 2006 : 20 places

1er juillet 2008 : 23 places

Depuis le 1er décembre 2008 : 26 places

Toutes ces places ont été attribuées en adéquation avec les besoins constatés.

Le SSIAD est rattaché à l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), Résidence « La Chaumière », situé à Elven. Cet établissement public autonome à caractère médico-social est géré par deux instances décisionnelles, le directeur investi d'une compétence générale et le Conseil d'Administration doté d'une compétence limitative :

le Directeur, Jean-Pierre Le Garff

le Président du Conseil d'Administration, Marcel Le Boterff

Le SSIAD fonctionne avec un budget annexe.

L'EHPAD, actuellement en projet de reconstruction-extension sur un nouveau site, offrira une diversité d'accueil et de services répondant aux besoins de publics présentant des profils diversifiés. La mise en service du nouvel établissement est prévue pour 2013. Le lieu d'implantation est situé au lieu-dit l'Ermitage à Elven, parcelle à l'amorce d'un coteau qui se trouve en continuité immédiate de l'agglomération actuelle.

Locaux actuels et ceux à venir

A l'ouverture du SSIAD, les locaux étaient situé rue Nationale à Elven.

Pour cause de travaux, le SSIAD a été relogé en octobre 2011 au 1bis, rue Robert de la Noë 56250 Elven. Ces locaux ne permettent pas l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

Afin de résoudre le problème d'accessibilité mais aussi de renforcer une collaboration, les locaux du SSIAD feront partie intégrante du prochain bâtiment de l'EHPAD.

Missions

Les SSIAD sont, au sens des 6°) et 7°) de l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), des services médico-sociaux qui apportent, à domicile, aux personnes âgées et aux personnes adultes handicapées, des prestations de soins.

Plusieurs lois, décrets et circulaires ont défini les conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD (cités page 15).

Ainsi, les SSIAD assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques et/ou de soins de base et relationnels.

Ces prestations s'adressent aux personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes et aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques.

Ces services interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées ou pour personnes adultes handicapées. Ils ont pour mission de contribuer au soutien à domicile de ces personnes.

L'intervention des SSIAD a pour objectif d'éviter une hospitalisation lors d'une affection aiguë pouvant être traitée à domicile, de faciliter le retour au domicile après une hospitalisation, de prévenir ou de retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur admission en établissement. Ils répondent donc principalement à deux types de situations différentes, celles de phases aiguës de maladies ne relevant pas de l'hospitalisation et celles de dépendance. Les soins sont assurés par du personnel infirmier et aide-soignant.

Fonctionnement du service

A ce jour, le SSIAD d'Elven accueille 26 personnes de 60 ans et plus et n'a pas vocation à accueillir celles de moins de 60 ans. Sur le secteur, les pathologies rencontrées sont :

- neurologiques ou neuro-dégénératives : AVC, démences, Parkinson, SLA…
- cardio-respiratoires
- cancéreuses
- le grand âge
- les personnes grabataires,
- le diabète
- les affections de l'appareil locomoteur
- …

Le SSIAD a vocation à intervenir sur six communes du canton d'Elven, à savoir : Elven, Monterblanc, Saint-Nolff, Sulniac, Trédion et Treffléan. Ce secteur couvre une superficie de 18 732 hectares pour 17 263 habitants dont 16,81 % de 60 ans et plus et 5,15 % de 75 ans et plus[4].

[4] Source Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), population 2008, mise en ligne en 2011

Les horaires de fonctionnement sont les suivants :

Accueil ⇨ 8h45/16h15 du lundi au vendredi

En dehors de cette plage horaire, le service est relié à un répondeur téléphonique. L'infirmière coordinatrice ou une aide-soignante se charge de réceptionner et traiter les appels.

Equipe soignante ⇨ 8h00/12h30 et 16h45/20h00, tous les jours, samedis, dimanches et jours fériés inclus. Ces horaires peuvent varier selon les jours et en fonction des besoins du service.

Les usagers du SSIAD sont des personnes qui requièrent un accompagnement avec une aide pour les soins d'hygiène. Leur GIR[5] est compris entre 1 et 4. A noter, seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA[6]. Ainsi, fréquemment des aides à domicile ou auxiliaires de vie sociales interviennent dans le même domicile.

[5] Groupe Iso Ressource : il permet de mesurer et de classer les différents niveaux de dépendance pour indiquer un tarif de prise en charge au titre de cette dépendance (évaluation de la charge de travail nécessaire à l'aide)

[6] Allocation Personnalisée d'Autonomie : elle est versée, sur demande, par le Conseil Général à chaque personne justifiant à la fois d'un GIR compris entre 1 et 4 et de ressources faibles

Le processus de prise en charge des usagers

La plupart du temps, sur conseil médical, c'est la famille qui téléphone pour demander l'intervention du SSIAD. Il arrive aussi fréquemment qu'un professionnel de santé fasse la démarche auprès de notre service. Si, à priori, la personne relève du SSIAD et qu'il n'y a pas de place disponible, la personne est inscrite en liste d'attente. Dès qu'une place se libère, l'infirmière coordinatrice évalue la liste d'attente et se met fréquemment en relation avec les professionnels de santé pour évaluer les besoins du secteur. Elle décide alors de la personne qui pourra, à priori, être admise. Elle réalise la visite d'admission et valide ou non son entrée dans le service. Elle connaît ainsi le niveau de dépendance de la personne, l'environnement dans lequel elle vit. Elle peut alors évaluer la situation, décliner une organisation de projet de soins et d'accompagnement et coordonner les interventions paramédicales nécessaires. Elle est responsable de la continuité des soins et de l'application des prescriptions médicales et est l'interlocuteur privilégié des médecins et familles. Elle peut se rendre au domicile en soutien d'un professionnel en cas de besoin. Périodiquement, elle rend visite aux personnes dans un objectif relationnel et d'écoute, mais également d'évaluation et de réajustement éventuel des soins et/ou de l'accompagnement. C'est aussi l'occasion, pour elle, de vérifier la satisfaction des usagers et la bonne utilisation du classeur de coordination. Ses déplacements à domicile permettent aussi la mise en place du matériel médical nécessaire.

L'infirmière coordinatrice attribue chaque jour, selon le planning, les tournées pour les aides-soignantes :

- 4 tournées le matin les lundis, mercredis et vendredis
- 3 tournées le matin les mardis et jeudis
- 2 tournées le matin les samedis, dimanches et fériés
- 1 tournée tous les soirs de la semaine

Le matin, les aides-soignantes passent dans le service pour prendre connaissance des soins à réaliser. Chacune accomplit ensuite sa tournée avec un véhicule de service. Chaque midi, en retour de tournée, les aides-soignantes ont un temps de transmissions en présence de l'infirmière coordinatrice. Si besoin, ce temps est aussi consacré à la réorganisation des tournées, la mise à jour des planifications de soins, la rédaction des différents documents de soins, l'entretien des locaux ou des véhicules...

Les lundis midis sont consacrés à l'écriture des projets personnalisés de soins et d'accompagnements ou aux réunions « Démarche Qualité ». Les vendredis midis sont réservés à la réunion hebdomadaire de transmissions des patients.

Personnels

La mission de l'infirmière coordinatrice (fiche de poste, annexe 3) se définit en différentes activités :

- Organisation des soins et activités de coordination du fonctionnement interne du service
- Management de l'équipe
- Activités d'administration et de gestion du service, en lien avec le directeur
- Coordination avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux

L'équipe du SSIAD est composée de 5 aides-soignantes à temps partiel, soit 3.75 équivalents temps plein. 2 aides-soignantes supplémentaires travaillent ponctuellement pour les divers remplacements. Toutes travaillent sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice.

Les aides-soignantes (fiche de poste, annexe 3) participent à l'entretien et à la qualité de vie des personnes en concourant aux soins de nursing, dits soins de base, et relationnels. Elles ont également un rôle de prévention, de stimulation et d'éducation auprès des usagers et de leur famille. Ces soins d'hygiène et de confort visent à maintenir l'intégrité de la peau, à restituer et/ou maintenir l'autonomie et la dignité de l'usager, à soulager sa souffrance physique et mentale.

Intervenant le plus souvent seules à domicile, elles doivent faire face à l'imprévu et à l'urgence en ayant le sens des responsabilités et de la prise d'initiative. Elles doivent s'adapter au mode de vie de la personne. Enfin, elles assurent des transmissions orales et écrites utiles au bon suivi des personnes.

Même si le mode de vie de chaque personne à domicile lui appartient, l'intervention des soignants du SSIAD permet un accompagnement et crée des liens spécifiques. Ces liens constituent aussi pour les aidants un soutien réel.

Les prestations de services ménagers, les prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne relèvent des compétences des aides à domicile ou des auxiliaires de vie sociales qui travaillent dans les SAAD[7].

Partenaires

L'une des caractéristiques de la réussite du maintien à domicile est la nécessaire coordination qui existe entre les différents acteurs. Parmi ceux-ci, on retrouve les intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux, familiaux et les acteurs de réseaux (Plate-Forme Territoriale d'Information et de Coordination Vannetaise[8]…). Les

[7] SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

[8] *Fusion du CLIC du pays de Vannes avec les relais gérontologiques de la Presqu'île de Rhuys et de Vannes Agglomération au 1/01/13 (CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination)*

partenaires du SSIAD sont représentés par les médecins généralistes, les SAAD, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les assistantes sociales, les infirmiers psy de secteur, les orthophonistes, les accueils de jour, les hébergements temporaires, les EHPAD, les centres hospitaliers ou cliniques et en particulier les soins de suite et de réadaptation.

Pour les actes infirmiers, notamment les traitements et la surveillance des pathologies, le SSIAD travaille en partenariat avec une quinzaine d'infirmiers libéraux ayant signé convention avec le service. La prestation du SSIAD inclue les actes des infirmiers libéraux.

A chacun sa zone de compétence, sa responsabilité, l'objectif est l'atteinte d'objectifs communs dans une démarche collective d'amélioration de la qualité des soins.

Dans le cadre de la politique du libre choix visant à offrir aux personnes âgées l'ensemble des prestations nécessaires pour choisir de rester à domicile en bénéficiant des soins et de l'aide utiles pour préserver des conditions de vie de qualité, les SSIAD constituent le maillon indispensable à la chaîne des interventions auprès des patients.

Des dossiers de soins concourent au bon suivi de la personne et des classeurs de coordination dans lesquels sont consignées les informations de suivi de l'état de santé de la personne permettent une communication entre les différents intervenants.

Equipe spécialisée Alzheimer

Depuis novembre 2011, les SSIAD d'Arradon, Elven, Surzur et Vannes (SSIAD porteur) se sont regroupés pour proposer un nouveau service, le SMSA (Ssiad Mobile spécialisé Alzheimer vannes agglo et presqu'ile de rhuys). Cette équipe spécialisée Alzheimer (ESA) offre des soins de réhabilitation et d'accompagnement. La prestation s'adresse aux personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, diagnostiquée à un stade peu évolué, et vivant à domicile ou en structure non médicalisée.

L'équipe est composée de l'infirmière coordinatrice de chaque SSIAD, d'ergothérapeutes et d'Assistantes de Soins en Gérontologie (ASG) de chaque SSIAD également. Pour ces dernières, il s'agit d'aides-soignantes ayant suivi une formation spécifique.

La réhabilitation vise à développer des moyens avec la personne malade, qui est encore en capacité d'apprendre, et son entourage, ceci afin de créer des repères pour maintenir voire développer les capacités résiduelles. Le but est de ralentir la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne afin de permettre le maintien à domicile. Ces soins vont aussi valoriser le potentiel des capacités de la personne pour recouvrer l'estime de soi, l'écoute, la considération d'autrui et pour récupérer un statut humain, familial et social.

Sur prescription médicale, la prestation individuelle et non médicamenteuse est réalisée à domicile. Elle comporte 15 séances sur une période de 3 mois maximum qui peuvent être renouvelées tous les ans. Les séances sont programmées pour une durée d'une heure à raison d'une voire deux fois par semaine. La prise en charge est financée à 100 % par la caisse d'assurance maladie de l'assuré.

Valeurs et principes professionnels

Pour nous, les valeurs peuvent être définies comme étant la représentation des convictions individuelles et collectives et sont par définition subjectives. Elles représentent des principes de manière d'être et d'agir que le groupe reconnaît comme idéal. Elles orientent donc nos actions en fixant des idéaux et vont ainsi servir de référence à l'équipe.

Nos valeurs professionnelles se traduisent tant dans la prestation d'accompagnement que dans la relation entre le professionnel et la personne âgée. Voici celles qui sont reconnues par l'équipe :

- Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de la personne
- La promotion de l'autonomie
- La qualité et la continuité des soins
- Le refus de la souffrance
- Le droit à avoir une offre de soins adaptée
- La confidentialité des informations
- Le droit à l'écoute et à l'information
- Le droit à la liberté de choisir…

L'activité du service :

	Taux de remplissage
2005	90.11 %
2006	97.98 %
2007	105.12 %
2008	102.51 %
2009	100.44 %
2010	97.24 %
2011	97.11 %
2012	98.61 %

Le SSIAD fonctionne depuis fin 2004.

2005 représente la première année pleine d'activité et on peut observer une montée progressive du taux de remplissage. Ce dernier est stable les dernières années mais en deçà du taux escompté. Ceci s'explique par le nombre de jours d'hospitalisations, principalement les personnes qui sont absentes plusieurs semaines et qui finalement ne réintègrent pas le SSIAD (décès, entrée en hébergement pour personnes âgées). Les placements en hébergement temporaires influent également sur le taux d'occupation.

Pour autant, le SSIAD se fixe en prévisionnel un taux de remplissage proche du 100 %.

PROJET REPONDANT AUX BESOINS DU SECTEUR

Projet qui répond aux orientations nationales et régionales

Textes relatifs à la catégorisation des SSIAD

Plusieurs lois, décrets et circulaires ont défini les conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD (établissement médico-social) et/ou du champ médico-social dont :

- La **loi n° 2002-2** du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et ses 4 grandes orientations :
  - Affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires et de leur entourage
  - Elargir les missions de l'action sociale et médico-sociale et diversifier la nomenclature et les interventions des établissements et des services
  - Améliorer les procédures techniques de pilotage du dispositif
  - Instaurer une réelle coordination des décideurs, des acteurs et organiser de façon plus transparente leurs relations

La loi cherche, entre-autre, à mettre l'usager au centre du dispositif et à améliorer la qualité des prestations par une évaluation régulière des établissements et services. Depuis la loi du 2 janvier 2002, l'autorisation du SSIAD est soumise à une évaluation externe, et donnée pour une durée limitée à 15 ans.

- Le Code de l'Action Sociale et des Familles (**CASF**)

Article L116-1 *« L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, 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. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. »*

- La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (**loi HPST**) :

- Titre I : La modernisation des établissements de santé
- Titre II : L'amélioration de l'accès à des soins de qualité
- Titre III : La prévention et la santé publique
- Titre IV : L'organisation territoriale du système de santé

La loi modifie en profondeur certains principes structurels historiques régissant le secteur sanitaire, social et médico-social. Elle crée les Agences Régionales de Santé (ARS) qui ont compétence sur le champ hospitalier, la médecine de ville, la santé publique et le champ médico-social. Les ARS pilotent le système de santé au niveau régional.

Ce sont les ARS qui autorisent les SSIAD à fonctionner et qui déterminent la dotation budgétaire globale annuelle versée par douzième par l'assurance maladie.

- Le décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation de la prise en charge des services de soins infirmiers à domicile

- Le **décret** n° 2004-613 du **25 juin 2004** relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile

- Le décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005 portant codification de certaines dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale

- La circulaire DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile

L'arrêté d'autorisation

Autorisé par arrêté préfectoral en date du 5 décembre 2003, le SSIAD s'engage à entrer dans une démarche d'évaluation interne en 2013 et devra, en 2014, entrer dans la démarche d'évaluation externe qui conditionne les renouvellements d'autorisation de fonctionner du service pour 15 ans.

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'ANESM[9]

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'ANESM est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi n° 2002-2.

Les SSIAD, comme tout ESSMS, est tenu de mettre en place une évaluation en continu de ses activités et de la qualité des prestations qu'il délivre. Les évaluations se conduisent, selon l'article L 312-8 du CASF, notamment au regard des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques validées ou élaborées par l'ANESM.

D'autres recommandations pourront être utilisées (HAS[10], ANAP[11]…) et servir également de repères dans la conduite de nos projets.

Les recommandations publiées et celles à venir seront donc des guides tout au long de la mise en œuvre du Projet de Service, permettant de mener une réflexion qui s'inscrive dans la méthodologie de l'évaluation.

[9] Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

[10] Haute Autorité de Santé

[11] Agence Nationale d'Appui à la Performance

Un projet qui répond aux orientations départementales

Le schéma gérontologique du Morbihan 2006-2010

Le schéma gérontologique 2006-2010 est décliné en 4 axes.

Axe 1 – Favoriser le maintien à domicile

Axe 2 – Proposer des formules d'accueil diversifiées entre le domicile et l'établissement

Axe 3 – Améliorer l'accueil et l'hébergement des personnes âgées

Axe 4 – Lutter contre la maltraitance

Axe 5 – Informer et coordonner

Le SSIAD travaille en partenariat avec la Plate-Forme Territoriale d'information et de Coordination Vannetaise notamment par le biais de l'assistante sociale du secteur.

Le schéma gérontologique du Morbihan 2011-2015

Le dernier schéma gérontologique 2011-2015 est décliné en 4 axes – 5 orientations – 51 objectifs dont une expérimentation.

Axe 1 – Répondre au souhait de chacun de rester vivre chez soi

Orientation 2 – Disposer de services à domicile en réelle adéquation avec les besoins du territoire

Objectif 9 – Soutenir la création de places de SSIAD auprès de l'ARS

- Réponse : création du Ssiad Mobile Spécialisé Alzheimer vannes agglo et presqu'ile de rhuys (SMSA) constitué d'une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)
- Projet : création de places supplémentaires SSIAD (procédure d'appel à projet). Notre secteur est certes considéré comme bien doté. Cependant le constat est que les offres SSIAD et infirmiers libéraux sont distinctes de par leurs missions. De plus, le SSIAD et les infirmiers libéraux refusent des prises en charge faute de moyens. Les SAAD se voient parfois contraints d'accompagner certaines personnes âgées sur des tâches qui sont dans les limites de leur interventions, ce qui occasionne aussi un transfert de charge vers les plans d'aide APA. Pour autant, la coordination entre SSIAD et SAAD est identifié comme permettant une meilleure prise en charge des personnes les plus dépendantes à domicile[12].

[12] Source : schéma gérontologique du Morbihan 2011-2015

Objectif 13 – Assurer la coordination du maintien à domicile avec les porteurs de solutions intermédiaires et avec les établissements (accueil temporaire, séquentiel, d'urgence) afin de concrétiser l'accompagnement des personnes dans leur parcours de vie.

- Réponse : rapprochement SSIAD – EHPAD dans les mêmes locaux

Orientation 3 – Favoriser les solutions adaptant ou complétant le domicile

Objectif 1 – Poursuivre le développement des dispositifs d'accueil temporaire

- Réponse : L'EHPAD ouvre en 2013 deux places d'hébergement temporaire. Ce nouveau dispositif permettra, pour les usagers du SSIAD, une transition entre le domicile et l'établissement ou un répit pour les familles.

Axe 2 – Offrir en cas de nécessité une réponse de qualité en institution

Axe 3 – Organiser la cohérence des actions d'information et de coordination

Axe 4 – Expérimenter sur un territoire intercommunal

Evolution de la démographie dans le Morbihan[13]

Le **vieillissement** de la population représente un enjeu majeur pour l'action publique. Les deux principales causes du vieillissement qui touchent la France et plus particulièrement le Morbihan sont les suivantes :

• Le non-renouvellement des générations, avec une natalité moins élevée que pendant les décennies précédentes
• L'amélioration de l'espérance de vie

Deux faits majeurs du vieillissement pour les 10 ans à venir sont identifiés :

• La population en âge de retraite risque de fortement augmenter, avec l'arrivée des générations pleines du papy-boom au seuil des 60-65 ans.
• Le nombre d'octogénaires va également progresser rapidement, les générations pleines nées pendant l'entre-deux-guerres succédant aux générations creuses de la 1ère guerre mondiale aux grands âges, avec l'amélioration de l'espérance de vie en parallèle.

Cependant, la perception des âges évolue :

• Les personnes seules et le veuvage représente la norme à partir de 80 ans
• L'espérance de vie s'établit à 82 ans
• L'âge moyen d'entrée en établissement d'accueil s'établit à 84 ans en 2009 dans le Morbihan.

[13] *Sources :* Schémas gérontologiques Morbihan

Parmi les 67 981 personnes de 75 ans et plus :

• 29 748 ont entre 75 et 80 ans ;
• 22 469 personnes ont entre 80 et 85 ans ;
• 15 769 ont entre 85 ans et plus. Les 90-95 ans sont les générations creuses nées au cours de la 1ère guerre mondiale.

D'après la dernière projection de l'INSEE[14] réalisée en 2005, l'accroissement de la population de 60 ans et plus devrait se poursuivre à l'horizon 2030 :

• 120 000 personnes supplémentaires entre 2005 et 2030 ;
• 1 personne sur 3 aura plus de 60 ans en 2030, contre 1 sur 4 aujourd'hui.

C'est sur la période actuelle et au **cours des 10 prochaines années** que les flux d'entrée en *âge de retraite* et au « ***grand âge*** » seront **les plus élevés**.

Avec le vieillissement des générations du papy-boom, c'est avant tout dans les secteurs d'urbanisation ancienne, villes-centre et premières couronnes, que va progresser la population de seniors. L'accentuation du nombre de personnes âgées et leur **avancée vers le grand âge** va donc avant tout toucher les pays de **Vannes** et de Lorient, là où le phénomène est déjà stabilisé dans d'autres secteurs : le nombre de personnes âgées va beaucoup moins augmenter dans la moitié nord du département.

Ces données démographiques coïncident avec l'augmentation des demandes de prises en charge SSIAD sur le secteur.

[14] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Evolution de la dépendance sur le territoire[15]

« Vieillir, c'est d'abord vivre plus longtemps en bonne santé »

Contrairement à une idée reçue, le problème de la dépendance touche statistiquement relativement peu d'individus : actuellement, 7 % des plus de 60 ans sont dépendants en raison d'une maladie invalidante, soit un peu plus d'un million de personnes, dont plus des deux tiers ont une maladie d'Alzheimer ou une autre forme de démence. Des incertitudes fortes quant à la prévalence de la dépendance dans les années à venir demeurent, notamment du fait de comportements des seniors d'aujourd'hui en matière de prévention, qui sont sensiblement différents de ceux de leurs aînés.

Dans le Morbihan et en 2009, 6 435 personnes résidant à domicile bénéficient de **l'APA**, soit une évolution de 22 % par rapport à 2006 et de 9 % par rapport à 2008. Cette dernière évolution est nettement plus importante que celle constatée entre 2007 et 2008 (3 %).

Le nombre de personnes ayant un niveau de dépendance GIR 1, après une diminution en 2008, subit une forte augmentation en 2009 (22 %).

Le nombre de personnes en GIR 4 représente la part la plus importante des bénéficiaires de l'APA à domicile (64,89 %).

Plus tardives et plus courtes, les pertes d'autonomie régressent, mais du fait de l'augmentation des classes d'âge de plus de 70 ans et d'une longévité plus importante des personnes handicapées, **les personnes âgées dépendantes devraient être de plus en plus nombreuses au cours des prochaines années.**

Les **probabilités** d'entrer en **état de dépendance** s'accentuent à partir de 75 ans et **s'élèvent** fortement entre **80 et 90 ans**.

Afin de répondre aux besoins du territoire, le SSIAD se positionnera dans une augmentation de de capacité en place (procédure d'appel à projet).

[15] *Sources :* Schémas gérontologiques Morbihan

Evolution de la maladie d'Alzheimer

et des maladies apparentées[16]

La maladie d'Alzheimer se caractérise par la perte progressive de la mémoire et des fonctions cognitives et s'accompagne de troubles du comportement. Les aidants familiaux et l'entourage sont souvent les secondes victimes.

La prévalence[17] de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées se constate majoritairement auprès des personnes de plus de soixante-quinze ans.

Ainsi, en 2004, sur les 856 662 personnes atteintes par une maladie dégénérative en France métropolitaine,

- 89,5 % étaient âgées de plus de soixante-quinze ans
- 73,4 % de quatre-vingts ans et plus

A partir de 85 ans, une femme sur 4 et un homme sur 5 sont touchés. La maladie d'Alzheimer a été déclarée priorité présidentielle (source Plan Alzheimer 2008-2012). Dans l'hypothèse d'une prévalence constante de cette maladie, le nombre de nouveaux cas annuels de démences pourrait être estimé à 225 263.

D'ici 2020, selon l'INSEE, 1,3 million de personnes seront touchées par la maladie d'Alzheimer, soit **une personne de plus de 65 ans sur quatre**, en raison de l'arrivée à l'âge de la grande vieillesse des premières générations nombreuses du baby-boom, et devrait se maintenir à un niveau élevé jusqu'en 2050-2060.

Mettre en œuvre un programme de soutien à cette population et à leurs proches est un enjeu essentiel face à l'évolution de la maladie.

Ainsi, le SSIAD répond à cette demande par l'élargissement de ses missions depuis novembre 2011 en proposant un nouveau service pour maintenir ou améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou d'une maladie apparentée) et celle de leur entourage. Il s'agit d'une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) qui délivre au domicile une prestation « de soins d'accompagnement et de réhabilitation » pour faciliter les actes de la vie quotidienne. Ces ESA ont été instaurées par la mesure 6 du Plan Alzheimer 2008-2012. Cette collaboration inter SSIAD d'Arradon, Elven, Surzur et Vannes offre 30 prises en charge partielles réparties en fonction de la population des plus de 60 ans. Ce qui représente pour le SSIAD Elven 3 patients en file active, soit 12 prises en charge à l'année.

---

[16] *Sources :* Schémas gérontologiques Morbihan

[17] La prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en rapportant à la population totale, le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population

Taux d'équipement SSIAD dans le Morbihan[18]

Places en SSIAD par Pays	2006	2009	Population 75 ans et plus (2007)	Taux d'équipement en SSIAD*
Pays d'Auray	110 places	130 places	8 776	14,8
Pays du Centre Ouest Bretagne	52 places	98 places	3 888	25,2
Pays de Lorient	191 places	238 places	19 445	12,2
Pays de Ploërmel	167 places	228 places	7 104	32,1
Pays de Pontivy	123 places	156 places	8 601	18,1
Pays de Redon et Vilaine	70 places	95 places	2 540	37,4
Pays de Vannes	245 places	305 places	17 627	17,3
Totaux	**958 places**	**1250 places**	**67 981**	**18,4**

* : nombre de places de SSIAD pour 1000 habitants de plus de 75 ans

Certains pays représentés sont mieux équipés que d'autres. Pour autant, le taux d'équipement du Pays de Vannes (17,3) restent en deçà de la moyenne sur le territoire représenté (18,4) et en deçà du taux d'équipement de la France Métropolitaine qui est de (19,2). Compte tenu d'une forte progression de la population de 80 ans et plus, un des pays prioritaires pour la création des places nouvelles est le Pays de Vannes dans lequel le SSIAD est rattaché.

[18] Sources : schéma gérontologique du Morbihan 2011-2015

Caractérisation des usagers

Sexe

	Femmes	Hommes
2010	67.5 %	32.5 %
2011	68.60 %	31.40 %
2012	75.68 %	24.32 %

La population demeure très majoritairement féminine.

Moyenne d'âge globale

	Moyenne d'âge
2010	83.6
2011	83.7
2012	85.5

L'âge moyen croît sensiblement.
Ce phénomène est en adéquation avec l'augmentation de l'espérance de vie.
A noter (non représenté) :

- Les hommes sont d'une manière globale 3 ans plus jeunes que les femmes,
- Et, majoritairement la tranche d'âge représentée est de 85 à 89 ans (35.14 % en 2012).

GIR (Groupe Iso-Ressources) et GMP (Gir Pondéré Moyen)

	GIR 4	GIR 3	GIR 2	GIR 1	GMP
2005	53.85 %	7.69 %	38.46 %	-	574.85
2006	71.43 %	9.52 %	19.05 %	-	549.12
2007	59.26 %	11.11 %	29.63 %	-	533.58
2008	46.43 %	21.43 %	21.43 %	-	546.57
2009	40.54 %	32.43 %	27.03 %	-	574.38
2010	35 %	25 %	32.5 %	7.5 %	592.80
2011	26.47 %	32.35 %	38.24 %	2.94 %	665.68
2012	22.22 %	44.44 %	30.56 %	2.78 %	659.70

Le besoin d'aide des usagers, lié à leur perte d'autonomie, est identifié au travers du « girage » de chaque personne.
L'évolution du GMP montre une augmentation significative de la dépendance depuis 2010.
Et, il convient de préciser l'augmentation des troubles cognitifs parmi les usagers.

L'ouverture du SMSA répond à cette augmentation de la dépendance en lien avec l'évolution des troubles cognitifs.

Répartition des bénéficiaires par commune

	Elven	Monterblanc	Saint-Nolff	Sulniac	Treffléan	Trédion
2010	67.5 %	5 %	-	17.5 %	-	10 %
2011	65.71 %	-	-	20 %	-	14.29 %
2012	62.16 %	-	-	24.33 %	-	13.51 %

Le secteur n'est que partiellement couvert. Le budget alloué permet la réalisation d'une seule tournée le soir.
Une augmentation des places SSIAD permettrait aussi de réaliser deux tournées le soir. De fait, le SSIAD répondrait mieux aux besoins des usagers sur l'ensemble du territoire imparti.

Répartition des bénéficiaires par médecin

	Médecins Elven = 4	Médecins Monterblanc = 2	Médecins Saint-Nolff = 3	Médecins Sulniac = 2	Médecins Treffléan = 1	Médecins Trédion = 0	Médecins Autre secteur = 3
2010	67.5 %	5 %	5 %	7.5 %	2.5 %	-	12.5 %
2011	77.14 %	2.86 %	2.86 %	5.71 %	2.86 %	-	8.57 %
2012	70.27 %	-	8.11 %	8.11 %	2.70 %	-	10.81 %

Les médecins d'Elven sont très majoritairement les prescripteurs.

Condition de vie

	Seul	Avec le conjoint ou une personne de la même génération	Avec une personne de la génération suivante
2010	32.50 %	50 %	17.50 %
2011	31.43 %	42.86 %	25.71 %
2012	40.54 %	40.54 %	18.92 %

La personne accompagnée vit fréquemment avec son conjoint mais il n'est pas rare, non plus, qu'elle soit seule. Dans ce cas et pour les plus nécessiteux, 2 passages SSIAD et 3 passages SAAD journaliers permettent de répondre aux besoins de la personne.
Pour la réussite d'un tel accompagnement, il va de soi que ces deux services travaillent en harmonie.

Répartition des bénéficiaires par régimes

	Régime général	Régime agricole	S.N.C.F.	Professions indépendantes
2010	40 %	55 %	5 %	-
2011	37.14 %	57.14 %	2.86 %	2.86 %
2012	35.13 %	56.76 %	2.70 %	5.41 %

Le régime agricole est encore actuellement très représenté.

Kilomètres parcourus par les personnels du SSIAD pour répondre aux besoins

	Kilomètres parcourus
2010	37 074 kms
2011	42 840 kms
2012	44 144 kms

Le nombre de kilomètres parcourus est relativement faible du fait de la situation des locaux du SSIAD qui sont au centre du secteur d'intervention.

A noter : nous intervenons principalement sur 3 communes, ceci limite d'autant les déplacements.

Coûts infirmiers des soins effectués par les infirmiers libéraux du secteur

	Coûts infirmiers
2010	7 116 €
2011	14 521 €
2012	13 489 €

L'augmentation est significative ces 2 dernières années mais non représentative.
En effet, le besoin en soins infirmiers peut être très variable selon les années.
Un seul usager peut, à lui seul, augmenter le coût de manière très prononcée.

Entrées et nombre de bénéficiaires

	Entrées	Nombre de bénéficiaires
2010	13	40
2011	10	35
2012	10	37

Le nombre des entrées est en adéquation avec le nombre de sortie (cf tableau des sorties plus bas).
Depuis l'ouverture (fin 2004), 98 personnes ont bénéficié des prestations du SSIAD.
Concernant l'année 2012, les 10 entrées provenaient du domicile.

- 3 en relai des infirmiers libéraux
- 7 par apparition ou aggravation de dépendance dont 2 en relai des personnels des SAAD (pour les soins de nursing).

Suspensions

	Hospitalisation en MCO, SSR	Hospitalisation en psychiatrie	Hébergements temporaires	Total
2010	7 personnes Soit 147 jours	1 personne Soit 19 jours	1 personne pour 2 suspensions Soit 90 jours	Total : 256 jours
2011	8 personnes pour 14 suspensions Soit 146 jours	1 personne pour 2 suspensions Soit 65 jours	1 personne Soit 46 jours	Total : 257 jours
2012	8 personnes pour 15 suspensions Soit 108 jours	1 personne Soit 21 jours	3 personnes Soit 65 jours	Total : 194 jours

Le nombre de jours de suspension est stable voire même en baisse mais non représentatif.
En effet, certaines personnes sont hospitalisées et donc en position de « suspensions ».
Néanmoins, si après plusieurs semaines d'absence, la personne est annoncée en « non retour », sa position sera changée au profit de « sortie définitive » et ceci dès le premier jour de départ.
Il convient donc de comprendre qu'une place peut être « gardée » deux mois sans retrouver son destinataire. Cette situation est en augmentation, et ceci affecte d'autant le taux de remplissage.
Bon nombre de nos aînés en situation de vulnérabilité se refuse à faire la démarche d'inscription en hébergement définitif. Dans le cas de situation aiguë, la personne est hospitalisée et certains retours à domicile annoncés impossibles au bout de plusieurs mois.

Sorties et ventilation des sorties

	Sorties	Hospitalisation	Entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées	Décès	Retour à l'autonomie
2010	15	46.67 %	20 %	26.67 %	6.66 %
2011	8	37.5 %	50 %	12.5 %	-
2012	12	75 %	25 %	-	-

Certaines personnes sont accompagnées par les personnels du SSIAD pour leur fin de vie. Pour autant, il arrive que ces personnes soient admises en milieu hospitalier soit à leur demande ou celle de l'entourage pour les derniers jours voire les toutes dernières heures. Il est certain que la phase ultime est difficile à vivre à domicile pour les proches.

En 2012, 9 personnes sont sorties par hospitalisation dont 6 sont décédées en structure sanitaire et 3 sont entrées (ou en projet d'entrer) en hébergement définitif pour personnes âgée.

Moyenne de journées de prise en charge par bénéficiaire sorti

	Moyenne de journées de prise en charge par bénéficiaire sorti
2010	674 jours
2011	1031 jours
2012	784 jours

Sur 3 ans, les sortants sont restés en moyenne 793 jours bénéficiaires SSIAD.

Un clin d'œil : Une personne sortie en 2012, 2920 jours d'accompagnement, soit 8 années (entrée à l'ouverture du service).

MÉTHODOLOGIE DU PROJET DE SERVICE

Du Projet d'Etablissement au Projet de Service

Le Projet d'Etablissement EHPAD 2012-2016 a été validé en Conseil d'Administration le 26 avril 2012 Le caractère obligatoire du projet d'établissement et son actualisation sont introduits par la loi n° 2002-2. L'article L. 311-8 du CASF dispose ainsi que : *« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. (…) Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ».*

Les projets du SSIAD s'inscrivent dans le Projet d'Etablissement de l'EHPAD et constituent l'une de ses composantes. Néanmoins, le SSIAD est un service autorisé par arrêté préfectoral, qui a un mode de fonctionnement et une équipe constituée. Afin d'approfondir les projets du SSIAD, notre stratégie a été de poursuivre cette dynamique par l'élaboration d'un Projet de Service SSIAD.

Dans le cadre d'un mémoire de recherche, une réflexion a été menée par l'infirmière coordinatrice sur son élaboration. Sa participation au comité de pilotage du Projet d'Etablissement a permis d'acquérir la démarche pour transposer de nouveaux acquis, particulièrement sur les aspects méthodologiques et de formation à la démarche qualité.

Le SSIAD dispose ainsi d'un Projet de Service, outil entré en vigueur par la loi n° 2002-2. Ce document constitue l'un des documents de référence, support de l'évaluation qui conditionne les renouvellements d'autorisation. Il se caractérise par l'énoncé de son cadre de mission, ses principes fondateurs, l'offre de service, la description de son organisation et s'attache à définir des axes d'amélioration et d'évolution. Il peut donc être qualifié d'outil de référence par ses dimensions prospectives et descriptives, puisqu'il donne l'image de ce qu'aujourd'hui nous envisageons comme développement pour les cinq prochaines années.

Les grandes étapes d'élaboration du Projet de Service

Les grandes étapes à retenir sont les suivantes :

ETAPE 1 : Constitution d'un comité de pilotage (COPIL)

ETAPE 2 : Regroupement des documents nécessaires (Projet d'Etablissement, Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM, loi n° 2002-2, Plan Alzheimer, Schémas Gérontologiques du Morbihan, Activité SSIAD des dernières années…)

ETAPE 3 : Définition des axes stratégiques du SSIAD au regard de la population accueillie et des besoins sur le territoire

ETAPE 4 : Réalisation d'une Autoévaluation sur la base de référentiels et Propositions d'améliorations (annexe 4)

ETAPE 5 : Identification du Plan d'Actions (annexe 5)

ETAPE 6 : Rédaction par l'infirmière coordinatrice puis validation (16/01/13) du projet en comité de pilotage

ETAPE 7 : Délibération du Conseil d'Administration (24/01/13)

Le Participatif

La méthodologie participative a été pour nous une évidence puisque nous pensons qu'elle représente :

- Pour les personnels : plus de communication, de collaboration, d'autonomie et d'initiative permettant la recherche de solutions optimales,
- Pour le dirigeant : une performance accrue, une meilleure adaptation au service et *in fine* une meilleure efficacité de l'équipe.

Ainsi, la rédaction du Projet de Service avec la participation des professionnels a permis de s'appuyer sur le savoir collectif relatif aux attentes et aux besoins des personnes âgées accompagnées ainsi qu'aux réponses à apporter.

Dans le cadre de notre futur projet relatif à l'évaluation interne, l'ambition est d'encourager une dynamique de participation des acteurs partenaires (infirmiers libéraux, responsables de SAAD, kinésithérapeutes, usagers, familles…) car nous pensons que c'est en recherchant l'implication et l'adhésion de chaque acteur que le projet sera porteur de sens et aura de la pertinence. L'objectif est de faire

partager nos projets et de s'imprégner de la vision des partenaires. L'idée est de croiser plusieurs visions de la réalité, de trouver des solutions et d'élaborer ensemble une vision commune. Cette démarche participative devrait permettre l'expression des ressources et la mise en synergie des compétences pour résoudre des problèmes ou atteindre des objectifs. Il nous semble que la recherche de réel partage des responsabilités et de la complémentarité des rôles est à encourager. L'objectif est que le projet puisse fédérer et mobiliser les énergies individuelles et que chacun puisse connaître sa position par rapport à des objectifs communs et des résultats à atteindre. Ce partage a pour objectif d'enrichir les uns et les autres sachant que notre but à tous est bien l'accompagnement de nos aînés, sur notre secteur, aujourd'hui et demain.

« L'usager est à la fois un bénéficiaire de prestations, un citoyen, et un acteur de son propre parcours »[19]. Et sans sa participation, la notion de service n'existe plus. Néanmoins, leur mobilisation est difficile dans la mesure où ces usagers sont déficitaires et vulnérables et qu'ils vivent chez eux et donc excentrés des lieux possibles de réunion. Le cadre contraint de certains accompagnements, notamment les mesures de protection juridique, représente un obstacle à une participation active. Le potentiel de l'usager reste donc un facteur à prendre en compte. Il est intéressant de préciser que dans bon nombre de situations, la famille est impliquée dans l'accompagnement de leur parent. Cette relation informelle est toujours recherchée et encouragée par le SSIAD.

[19] BARBE, L. Une autre place pour les usagers ? Intervenir dans le secteur social et médico-social. La découverte, 2006. Cité dans l'élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service de l'ANESM, p 19

Les modalités de suivi du projet

Le projet, dans sa dimension projective, nécessite un suivi de la réalisation des objectifs et de l'actualisation du projet. Nous avons été attentifs à présenter notre travail pour faciliter ce contrôle. Les points à améliorer sont transformés en objectifs de progression, d'évolution ou de développement rassemblés dans le plan d'actions comprenant les échéances, la personne responsable…

Le COPIL assurera le suivi de projet. Une rencontre annuelle, durant les 5 ans, devrait permettre de faire le point sur l'atteinte des objectifs initialement avancés et ceux projeter pour l'année à venir.

Les cinq années à venir doivent permettre la mise en œuvre du Projet de Service. L'infirmière coordinatrice se consacrera à donner à chacun les moyens d'atteindre les objectifs définis, soit par la diffusion d'informations, soit par l'utilisation d'outils comme le QQOQCP[20] ou le brainstorming[21]. Le QQOQCP devrait permettre de mieux cerner un problème, d'identifier les causes, d'analyser une situation pour définir le plus clairement possible les subtilités relatives aux actions à mener sans oublier d'élément indispensable. Il servira d'introduction au brainstorming, qui lui, sera utile pour identifier la résolution de problème. Des discussions et négociations à la recherche de consensus seront encouragées dans le but de faire valider les travaux par tous les membres de l'équipe. Notre objectif est d'accompagner chaque axe d'amélioration d'une fiche projet et/ou action (trame, annexe 6) précisant notamment les indicateurs de suivi et d'évaluation.

[20] QQOQCP : Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?
[21] Brainstorming : remue-méninges (en français)

NOTRE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT DÉCLINÉ AUTOUR DE QUATRE OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

4 OBJECTIFS

⇩

La Garantie des droits individuels

et

la Participation des usagers

La Prévention des risques

La Promotion de l'autonomie

et

de la Qualité de vie

La Continuité de l'accompagnement

et

la Coordination des interventions

4 MOYENS AU SERVICE DU PROJET

⇩

Une Démarche Qualité

et Gestion des Risques

pour une action pérenne

Une mobilisation de compétence

pour garantir

la qualité de l'accompagnement

Une gestion budgétaire

pour

rechercher l'efficience

Une logistique conforme

aux attentes

des personnels et usagers

Objectif 1 : La garantie des droits individuels et la Participation des usagers

Les constats de la situation actuelle sur l'objectif considéré

La loi n° 2002-2 consacre les droits fondamentaux des personnes accompagnées. Elle rappelle le droit commun, tel que le respect de la dignité de la personne, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ainsi que la confidentialité des informations la concernant.

Le respect des personnes

Le respect du secret professionnel[22] et de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales concernant l'usager est un principe pour les personnels. Les informations sont consignées dans le dossier du patient (local du SSIAD). Le rappel de la confidentialité est précisé dans le règlement intérieur du personnel et évoqué périodiquement lors des transmissions. L'infirmière coordinatrice dispose d'un bureau afin de respecter la confidentialité.

Les professionnels sont informés et formés au respect des droits des patients. La charte des droits et libertés de la personne accueillie (annexe 7) est affichée dans les locaux du SSIAD.

Le libre choix du médecin traitant et de l'infirmier libéral est un principe pour le SSIAD et il est précisé dans les documents du service (règlement de fonctionnement, livret d'accueil, plaquette d'informations).

Le consentement éclairé de l'usager et/ou de son représentant légal est formalisé par le biais du document individuel de prise en charge. Ce consentement est également requis pour toute intervention le concernant et retranscrit dans les transmissions ciblées du dossier de soins.

Les professionnels sont respectueux et à l'écoute des personnes accueillies. Le tutoiement et l'usage du prénom sont proscrits sauf exceptions (la personne ne se reconnaît qu'à l'appel de son prénom). L'écoute des usagers est également organisée par le biais d'enquête de satisfaction, forme de participation introduite par la loi n° 2002-2. L'infirmière coordinatrice est disponible pour toute demande des usagers et de leurs familles.

Les professionnels sonnent ou frappent à la porte et attendent l'invitation à entrer, afin de respecter l'intimité de la personne. Ils se présentent dès l'introduction dans le logement.

[22] article L1110-4 du Code de la Santé Publique

Conformément au décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003, une liste des personnes qualifiées à contacter en cas de litige doit être mise à disposition. Dès que la liste sera établie par les autorités, le SSIAD s'engage à la communiquer à ses usagers dans le but de les aider à faire valoir leurs droits.

La sauvegarde du système d'information informatisé est réalisée une fois par jour.

Le dossier patient est constitué du dossier de soins et du classeur de coordination.

Le **dossier de soins** de l'usager est informatisé sous Apozème (partie administrative, AGGIR[23]…) et papier pour le reste. Il est le support centralisé de coordination écrite entre professionnels du SSIAD et se trouve dans les locaux du SSIAD. Il est organisé selon un sommaire affiché en mural. Ces dossiers sont classés par ordre alphabétique.

Le **classeur de coordination** est au domicile du patient. Pour des raisons de confidentialité, une réflexion a été menée par les personnels du SSIAD concernant les données à écrire ou non dans le classeur de coordination. Toute transmission pouvant soit offenser la personne ou son entourage, ou être mal interprétée ne sera pas écrite (exemple alcoolisation, agressivité..). La simplicité de la structure du classeur de coordination entre les différents intervenants favorise son utilisation et le sommaire guide les utilisateurs

Le contenu du dossier patient (dossier de soins et classeur de coordination) satisfait aux prescriptions législatives et réglementaires[24]. Ces deux éléments permettent une utilisation fiable des informations. La traçabilité optimise la coordination et la continuité de la prise en charge de l'usager.

L'accès à Apozème est sécurisé par un mot de passe.

A la sortie, le dossier de soins et le classeur de coordination (sauf si la personne ou la famille souhaite le garder) sont réunis et classés par ordre alphabétique et année de sortie.

L'accès

L'usager ou ses ayants droits peuvent accéder au dossier de soins. Les modalités d'accès de toute information ou document relatif à sa prise en charge sont précisées dans le règlement de fonctionnement. Le classeur de coordination, est quant à lui, accessible à tout moment puisqu'il reste en permanence au domicile.

La participation des usagers à leur accompagnement

L'usager reçoit une information claire et adaptée, notamment sur ses droits[25] à travers le livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés de la personne accueillie et document individuel de prise en charge. Tous ces documents sont remis à l'usager et l'entourage pour lecture. Lors de la signature du document individuel de prise en charge, l'infirmière coordinatrice vérifie la bonne compréhension des documents et clarifie si nécessaire.

Le document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de l'usager ou son représentant légal et le plus souvent d'un référent familial. Il est signé en double exemplaire par ces personnes précédemment citées et l'infirmière coordinatrice du SSIAD dans le mois qui suit l'admission, ce qui laisse le temps à l'usager et sa famille de lire les documents précédemment cités avant d'en accepter les modalités en apposant leur signature. Un exemplaire est remis à l'usager. Ce document énumère les prestations offertes et leur nature. Il définit les objectifs et la nature de la prise

[23] Autonomie-Geréontologie-Groupe-Iso-Ressources

[24] Loi du 4/03/2002 n° 2002-303, décret du 23 avril 2002 n° 2002-637 et décret infirmier du 11/02/2002 n° 2002-194

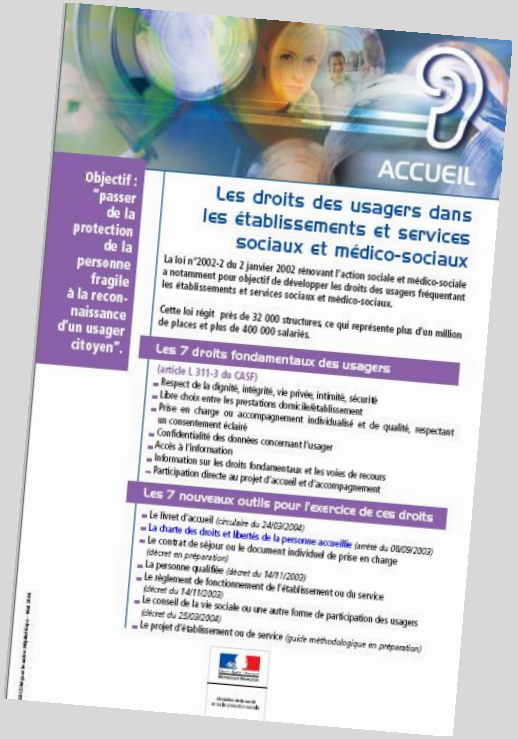
[25] Art 7, 8 et 9 de la loi n° 2002-2

en charge et de l'accompagnement, dans le respect des principes déontologiques et éthiques des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Les usages de fonctionnement et les modalités d'intervention sont expliqués, formalisés et consultables dans le plan de soins et document individuel de prise en charge rangés dans le classeur de coordination du domicile.

L'association des usagers à l'évolution du fonctionnement du service

L'expression de l'usager, et si besoin de sa famille, sur le fonctionnement de la structure est organisé via le questionnaire de satisfaction.



ACCUEIL

Objectif : "passer de la protection de la personne fragile à la reconnaissance d'un usager citoyen".

Les droits des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette loi régit près de 32 000 structures, ce qui représente plus d'un million de places et plus de 400 000 salariés.

Les 7 droits fondamentaux des usagers

(article L 311-3 du CASF)

- Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité
- Libre choix entre les prestations domiciles/établissement
- Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé
- Confidentialité des données concernant l'usager
- Accès à l'information
- Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours
- Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement

Les 7 nouveaux outils pour l'exercice de ces droits

- Le livret d'accueil *(circulaire du 24/02/2004)*
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie *(arrêté du 08/09/2003)*
- Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge *(décret en préparation)*
- La personne qualifiée *(décret du 14/11/2003)*
- Le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service *(décret du 14/11/2002)*
- Le conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation des usagers *(décret du 25/02/2004)*
- Le projet d'établissement ou de service *(guide méthodologique en préparation)*

Priorité : Respecter les droits et libertés

Le dossier de soins mériterait d'être réévalué en équipe, principalement dans la forme, afin d'être amélioré. La gestion du dossier patient (constitution, documents à conserver, archivage…) n'est pas clairement définie.

Mener une réflexion en équipe afin d'améliorer le dossier de soins (principalement dans la forme) et formaliser la gestion du dossier patient par l'élaboration d'une procédure.

Seuls les traitements informatisés (Apozème) sont sécurisés par un code d'accès. Les traitements de données informatisées à caractère personnel ne font pas l'objet des démarches et formalités prévues par la législation informatique et libertés et doivent donc être déclarés à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Sécuriser tous les traitements informatisés par un code d'accès et déclarer les fichiers Apozème et SSIAD à la CNIL.

Le questionnaire de satisfaction n'est pas remis systématiquement tous les ans. Il aurait avantage à être simplifié pour éviter la lassitude des usagers et à être reconstruit afin d'être croisé avec le questionnaire du personnel et des élèves aides-soignants, ceci dans le but de renforcer l'analyse pour pouvoir extraire des actions d'amélioration. Un retour à l'usager motiverait sa participation.

Revoir le questionnaire de satisfaction des usagers et analyser les enquêtes afin d'optimiser la prise en compte de l'usager.

Objectif 2 : La Prévention des risques

Les constats de la situation actuelle sur l'objectif considéré

La bientraitance

La promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance font partie de la politique de l'établissement. Certains professionnels ont été formés à la méthodologie de soin Gineste-Marescotti « Humanitude : prendre soin des adultes âgés » (2011), méthode intégrant les gestes favorisant la bientraitance.

Un professionnel rencontrant des difficultés avec un usager peut discuter avec l'infirmière coordinatrice de situations complexes et échanger avec l'équipe. De plus, une psychologue est en fonction pour les résidents et professionnels de l'EHPAD et est aussi à la disposition des personnels du SSIAD, notamment en cas de difficulté rencontré auprès d'un usager ou sa famille.

En cas de situation de maltraitance avérée, suspectée ou évènement précurseur, les professionnels disposent d'une marche à suivre clairement définie et d'outil spécifique (protocole de prévention de maltraitance, procédure et fiche de signalement, dispositif de signalement des situations à risques de maltraitance…).

Les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes

L'usager fait l'objet d'une évaluation des soins spécifiques (escarres, incontinence…) à l'entrée par l'infirmière coordinatrice.

La prévention de l'**incontinence** est assurée par les professionnels du SSIAD où des SAAD lors des passages au domicile en accompagnant la personne aux toilettes. Des conseils sont donnés concernant le type de protections à utiliser selon l'incontinence (protection anatomique, pants, change complet, étui pénien…). Des urinaux, sièges garde-robe sont conseillés selon les besoins de la personne.

La personne **dénutrie** et/ou **déshydratée** bénéficie d'une prise en charge adaptée (surveillance du poids, de la prise alimentaire, conseil d'une alimentation enrichie en protéines et calories en lien avec le médecin).

Le suivi du poids est réalisé trimestriellement ou plus fréquemment si nécessaire.

Des conseils sont donnés aux personnes présentant des risques de fausses routes : eau gazeuse, repas tiède et à texture modifiée, eau gélifiée, épaississant. Les professionnels sont formés à la méthode d'Heimlich[26].

Différents moyens sont utilisés pour prévenir les **escarres** : mise en place de matériels spécifiques (matelas, coussins, décharge talonnière…), changements de positions, conseil en nutrition et en hydratation, hydratation lors des passages. Un relai avec les personnels des SAAD peut être mis en place lors d'une prévention des escarres auprès d'un usager du SSIAD (fiche en cas de besoin).

Les personnels favorisent la prévention et le maintien de l'**autonomie** lors du nursing en impliquant la personne.

La **contention physique** fait l'objet d'une prescription médicale. Son maintien ou non est réévaluée en équipe (bénéfices, risques) afin de transmettre au médecin traitant.

Les usagers atteints de **troubles psychiques** bénéficient d'un accompagnement adapté intégrant une évaluation de ces troubles à l'entrée et un suivi par l'équipe. Les personnels ont été formés à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et au soutien des aidants (2010) et deux aides-soignants ont la compétence ASG.

Concernant le **circuit du médicament**, les semainiers sont préparés par les infirmiers libéraux. La distribution des médicaments identifiés comme « actes de la vie courante » est assurée, si besoin, par les aides-soignantes. La traçabilité de l'administration est réalisée via le diagramme de soins.

Le SSIAD organise l'accompagnement de **fin de vie** dans le respect de la personne, une surveillance accrue est mise en place et les soins de conforts privilégiés. Les aidants naturels font également l'objet d'un accompagnement par les personnels du SSIAD. Certaines personnes expriment spontanément leurs derniers souhaits (directives anticipées, choix de vêtements, rituels…). Dans le cas contraire, il est fait auprès des familles lors de l'accompagnement de fin de vie afin de respecter les dernières volontés et d'aider la famille dans la démarche.

Tout **décès** est constaté par le médecin traitant, ou à défaut le médecin de garde. Si la personne décède lors d'une intervention ou dans le créneau horaire des tournées, le personnel effectue, selon les besoins, un change, une réinstallation... L'entreprise de pompe funèbre réalise les derniers soins et habillage en fonction des souhaits afin de présenter le corps. En cas de difficultés psychologiques relevées auprès des familles, le personnel peut orienter les proches vers le médecin pour un suivi. L'équipe envoie une carte de condoléances manuscrite et personnalisée à la famille afin de les soutenir et leur faire part de sa compassion.

Le recensement des **chutes** est réalisé pour chaque chute connue et relayée dans les transmissions. Un bilan individuel est réalisé et une analyse menée en équipe, en aval, afin de rechercher les causes et mettre en place des actions correctives ou préventives pour limiter leur récurrence.

Chaque chute qui se passe en présence de l'aide-soignante fait l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable.

---

[26] *Manœuvre destinée à expulser des aliments inhalés accidentellement, obstruant le larynx et empêchant de respirer*

La formation aux **gestes et soins d'urgences** (AFGSU[27] niveau 2) a été assurée pour une partie des personnels.

Le SSIAD n'accepte une clef du domicile d'un usager qu'exceptionnellement, et dans ce cas des précautions sont mises en place (signature d'une attestation de remise de clef, ne jamais détenir l'unique clef, jamais de nom ou d'adresse avec la clef…).

Les risques professionnels

La tenue du personnel soignant est adaptée. Le service lingerie de l'établissement traite les tenues professionnelles (**blouses**, blousons). Pour le futur établissement, l'EHPAD a fait l'acquisition de matériel adapté pour le tri du linge et a défini le circuit du linge. Le SILGOM[28] traitera les tenues des professionnels.

Afin de prévenir le risque infectieux pour les usagers, le personnel soignant se lave les **mains** avant et après chaque soin. Il a également à sa disposition pour les mains, dans les mallettes, du gel hydro alcoolique et des lingettes imprégnées d'une solution bactéricide, fongicide et virucide.

Le personnel soignant utilise des **gants** à usage unique lors des soins pour prévenir du risque d'Accident Exposant au Sang (AES). En cas d'AES, la prise en charge spécifique est décrite dans un protocole. L'affichage des consignes est fait dans les locaux.

En cas de risque de transmissions et de mesures préventives à prendre par les intervenants extérieurs, notamment les aides à domicile ou auxiliaires de vie sociale, l'infirmière coordinatrice informe l'agent concerné ou son supérieur hiérarchique.

Les usagers à risque infectieux (porteurs de sonde urinaire, perfusion) sont identifiés et les consignes de sécurités sont écrites dans le dossier de soin.

Le **petit matériel** (pince, ciseau) est entretenu par une technique de désinfection à froid (bain de trempage) afin d'assurer une désinfection adaptée.

Le **suivi des maintenances** et entretiens du matériel médical (lits, fauteuils, lève personnes…) installé à domicile est réalisé par les fournisseurs. Les personnels utilisateurs du SSIAD alertent en cas de problème décelé.

A domicile, les **déchets** manipulés par les aides-soignantes sont jetés dans les sacs courant d'ordures ménagères et éliminés par le patient où son entourage. L'utilisation de l'eau respecte le développement durable. Les déchets Piquant Coupant Tranchant (PCT) et les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI)[29] sont utilisés uniquement par les infirmiers libéraux qui collectent leurs déchets.

---

[27] *AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences*

[28] *SILGOM : Syndicat Interhospitalier de Logistique du GOlfe du Morbihan*

[29] *Décret n° 97-1048 du 06/11/1997, arrêté du 02/11/2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés…*

Trois priorités en lien avec la Prévention des risques

Priorité 1 : Promouvoir la bientraitance

✓ La formation bientraitance doit être poursuivie afin d'éviter les risques de maltraitance à domicile.

Former l'ensemble des personnels à la bientraitance

Priorité 2 : Sécuriser les soins en formalisant les pratiques

✓ Quelques protocoles sont écrits (conduite à tenir en cas de canicule, conduite à tenir en cas de vague de grand froid… mais ne sont pas formalisés conformément à la fiche « méthode de travail » mise en application le 17/06/11 à l'EHPAD. Les protocoles liés à l'aide et aux soins spécifiques ne sont pas élaborés (notamment ceux relatifs à la dénutrition/déshydratation, l'escarre, l'incontinence, le circuit du médicament, la fin de vie, le décès à domicile). Cette formalisation permettrait d'harmoniser les pratiques professionnelles. La rédaction progressive de ces protocoles/modes opératoires est à envisager en fonction des priorités du service afin de sécuriser les actes de soins.

Revoir les protocoles existants et mener une réflexion afin de définir les procédures/protocoles/modes opératoires à mettre en place en fonction des priorités du service.

✓ Le protocole de conduite à tenir en cas de chute n'est pas formalisé et il n'existe pas de fiche de déclaration de chute. La réflexion et l'analyse globale des causes (ex : nombre de chute à domicile pour une cause donnée) ainsi que les actions correctives ne sont pas tracées.

Concernant les chutes, créer un outil de traçabilité, réaliser le bilan et organiser la réflexion (causes…)

✓ D'ores et déjà, certains protocoles à élaborer ont déjà été identifiés comme prioritaires.

Elaborer le protocole prévention et prise en charge de la dénutrition/déshydratation

Elaborer le protocole prévention et prise en charge de l'escarre

Elaborer le protocole prévention et prise en charge de l'incontinence urinaire et fécale

Elaborer le protocole de surveillance de sonde urinaire et mener une réflexion afin de définir les protocoles relatifs aux soins de personnes ayant recours à des dispositifs médicaux, à mettre en place

Elaborer le protocole de l'accompagnement de fin de vie dans le respect de la personne

✓ La **douleur** des usagers n'est pas évaluée à l'aide d'échelles, ce qui représente un frein à la prise en compte rapide de toute souffrance physique. Le personnel n'est pas formé à la prise en charge de la douleur, cette formation permettrait de mieux répondre à notre valeur « refus de la souffrance ».

Former les personnels et élaborer le protocole de l'évaluation et de la prise en soins de la douleur

✓ La préparation des **médicaments** est à améliorer afin de proscrire le déblistérage des molécules. Le circuit du médicament ne fait pas l'objet de documentation écrite.

Sécuriser le circuit du médicament

✓ Le moment du décès est éprouvant y compris pour les professionnels. L'écriture de la conduite à tenir favoriserait le bon déroulement des actions à accomplir.

Formaliser les modalités en cas de décès à domicile

✓ La conduite à tenir lors de l'urgence vitale est connue des personnels. Un protocole existe à l'EHPAD, il est à adapter pour le SSIAD. Pour autant, tous les personnels ne sont pas formés aux gestes d'urgence et doivent l'être via l'AFGSU niveau 2 au regard de l'arrêté du 3 mars 2006.

Adapter le protocole de l'urgence vitale de l'établissement pour le SSIAD

Organiser la formation délivrant l'AFGSU niveau 2 auprès de tous les personnels

Priorité 3 : Maîtriser les risques professionnels

✓ Une sensibilisation au respect des règles d'hygiène (lavage des mains, utilisation de la solution hydro alcoolique, propreté vestimentaire…) est organisée périodiquement par l'infirmière coordinatrice. Cependant, les professionnels n'ont pas été formés à l'hygiène hospitalière.

Développer les connaissances sur la prévention du risque infectieux (formation hygiène hospitalière)

✓ Il n'existe pas de protocole de maîtrise du risque infectieux, notamment concernant l'hygiène des mains, l'usage des solutions hydro alcooliques, l'utilisation des antiseptiques, l'isolement septique notamment dans le cas d'épidémies…

Formaliser les pratiques relatives à la maitrise du risque infectieux

- **Elaborer le protocole d'hygiène des mains**
- **Elaborer le protocole d'utilisation des solutions hydro alcooliques**
- **Elaborer le protocole d'isolement**

✓ Il n'existe pas de procédure de gestion des déchets à domicile.

Intégrer la gestion des déchets à domicile pour le SSIAD lors de l'élaboration de la procédure de gestion des déchets de l'établissement

✓ Les personnels utilisent du matériel médical tel que le lève-personne ou le verticalisateur. Des protocoles d'utilisation mériteraient d'être élaborés afin d'optimiser la sécurisation des soins.

Elaborer le protocole de l'utilisation du lève-personne et celui du verticalisateur

Objectif 3 : La Promotion de l'autonomie et de la Qualité de vie

Les constats de la situation actuelle sur l'objectif considéré

Le SSIAD favorise la prévention et le maintien de l'**autonomie** lors du nursing en impliquant la personne. Et, la personnalisation contribue à la promotion de l'autonomie de la personne.

Accueil personnalisé des usagers et des familles

L'EHPAD travaille sur un projet architectural depuis quelques années qui prévoit la délocalisation de l'établissement dans la commune. Il offrira une diversité de services répondant à l'accueil de publics présentant des profils diversifiés. Les locaux du SSIAD feront partie intégrante du prochain bâtiment afin de renforcer la collaboration. Ils seront adaptés et permettront l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

Actuellement, un panneau à l'entrée du SSIAD identifie le service.

L'accueil physique est assuré pendant les horaires d'ouverture du lundi au vendredi de 8h45 à 16h15. En dehors de ces horaires, les appels sont basculés sur un répondeur afin de prendre les messages le soir et le week-end. En dehors des horaires d'ouverture, il existe sur la porte d'entrée un dispositif d'information pour orienter les visiteurs vers le répondeur.

Le traitement des demandes est organisé et il existe une réponse systématique voire l'envoi de document (plaquette de présentation). L'infirmière coordinatrice traite la demande en direct. Lors de ses absences, une aide-soignante répond et prend les coordonnées le cas échéant ou rappelle et renseigne la personne.

Le SSIAD dispose d'une plaquette de présentation (prestations, but, modalités et conditions de prise en charge, coût, etc) remise à la demande ou lors d'un rendez-vous.

Le SSIAD a mis en place un livret d'accueil auquel sont annexés une charte des droits et libertés de la personne accueillie, un règlement de fonctionnement et un document individuel de prise en charge, conformément à la loi n° 2002-2. Ces documents donnent une information claire, compréhensible et adaptée sur ce qu'une personne peut attendre du SSIAD. Ils sont remis et expliqués

systématiquement à l'usager lors de la visite d'admission par l'infirmière coordinatrice.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie est également affichée dans le service.

Le règlement de fonctionnement définit les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement du SSIAD dans le respect des droits et libertés de chacun. Il précise les modalités d'association de la famille à la vie du SSIAD. Ces documents sont tenus à la disposition des personnels et autres professionnels intervenant à domicile dans les locaux du SSIAD.

Les conditions de prise en charge sont définies et précisées dans le règlement de fonctionnement et la plaquette d'informations.

Les critères d'admission sont l'âge (+ de 60 ans) et l'appartenance au secteur géographique notifié dans l'arrêté d'autorisation du service par l'ARS, l'antériorité du dossier, le caractère d'urgence et le nombre de passages.

Les demandes d'admissions peuvent venir de différents intervenants (médecins généralistes, médecins hospitaliers, assistantes sociales, infirmiers libéraux…).

Les admissions se font sur prescription médicale[30] pour un mois puis pour 3 mois renouvelables via un protocole de traitement (Apozème). Le médecin généraliste précise le diagnostic ou la pathologie dominante, le nombre de passages quotidiens ou hebdomadaires ainsi que la nature et la fréquence des soins techniques infirmiers.

Le SSIAD prend en charge des usagers dont les soins relèvent du rôle propre et du rôle prescrit de la profession infirmière. Toute demande d'inscription est prise en compte via la liste d'attente avant acceptation d'admission. L'infirmière coordinatrice recherche dès cette étape le consentement de la personne et interroge ses habitudes de vie. Les données sont retracées dans le dossier Apozème.

En cas de non-admission par profil inadapté, une alternative est proposée via les SAAD, l'HAD[31], les cabinets d'infirmiers libéraux, la Plate-Forme Territoriale d'Information et de Coordination Vannetaise.

En cas d'indisponibilité de place, le dossier est placé sur la liste d'attente Apozème. Selon la situation de la personne et le degré d'urgence, une alternative est également recherchée auprès des SAAD ou des infirmiers libéraux, le plus souvent en attendant l'admission au SSIAD ou quelquefois en remplacement de la prise en charge SSIAD. Certains usagers ou familles sont orientés vers la Plate-Forme Territoriale.

Les personnes inscrites sur la liste d'attente sont informées dès qu'une place se libère.

Une visite de **pré-admission**, d'une durée approximative d'1h30, est réalisée au domicile de la personne, la présence d'un membre de l'entourage est toujours recherchée. Cette visite permet à l'infirmière coordinatrice de présenter le service, de répondre aux questions, de connaître la personne et son entourage, d'évaluer l'état de dépendance physique et/ou psychique de la personne dans le but d'optimiser l'organisation de la prise en soins. Le recueil de l'histoire de vie, des habitudes de la personne et des circonstances de prise en charge sont réalisés ainsi qu'une évaluation ergonomique et sociale.

Dans le cas d'une demande de prise en charge pour une personne hospitalisée, l'infirmière coordinatrice se rend dans la structure hospitalière ou si la structure est trop éloignée prend contact avec l'équipe de soins.

Le consentement de la personne est systématiquement recherché afin de favoriser son intégration.

---

[30] *Décret n° 81-448 du 8/05/81, circulaire n° 81-8041 du 31/10/81, décret infirmier n° 2002-194 du 11/02/2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*

[31] *Hospitalisation A Domicile*

Au terme de la visite, l'**admission** est validée et l'organisation expliquée (nombre de passages/semaine et organisation des soins). Le livret d'accueil[32] et règlement de fonctionnement est alors remis. Les personnes à prévenir sont également identifiées afin d'alerter les proches en cas de besoin.

La personne est réorientée si le SSIAD n'est pas adapté à sa prise en charge.

A l'admission, des documents sont créés pour chaque patient et constitue le **dossier de soin** accessible aux personnels dans les locaux du SSIAD et composé des parties suivantes :

- Dossier administratif via la fiche d'identification (Apozème et papier)
- Plan de route
- Recueil de données selon les 14 besoins de Virginia Henderson intégrant le recensement du matériel
- Histoire de vie et circonstances de prise en charge
- Fiche d'intervention des aides à domicile/auxiliaires de vie sociales
- Grille AGGIR
- Fiche des habitudes alimentaires
- Plan de soins individualisés
- Document individuel de prise en charge
- Fiche d'antécédents médicaux
- Fiche de suivi de consultations médicales et d'hospitalisations
- Avis d'admission et protocole de traitement…

En parallèle, un **classeur de coordination** est constitué et mis en place à domicile. Il permet la traçabilité des transmissions entre tous les intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux et familiaux et contribue au bon suivi de la personne. Il est composé des parties suivantes :

- Partie administrative avec identification de l'usager et précisant les coordonnés de tous les intervenants
- Partie médicale (ordonnances, résultats biologiques…)
- Plan de soins individualisé (aide-soignant)
- Diagramme de soins (document annexé mensuellement au dossier de soins situé au SSIAD)
- Recueil des transmissions entre tous les intervenants assurant la traçabilité
- Exemplaire du document individuel de prise en charge
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie…

La toilette évaluative est programmée. A l'issue le plan de soins individualisé est rédigé par l'infirmière coordinatrice, il contribue à l'harmonisation des pratiques. Il est adapté à l'état de santé de la personne, à sa demande et aux possibilités du service. Il fait référence au document individuel de prise en charge.

L'usager formalise son admission au SSIAD par la signature du document individuel de prise en charge.

Un référent aide-soignant par usager est identifié afin d'être l'interlocuteur privilégié auprès de l'infirmière coordinatrice. Ces missions sont étendues dans le cadre de la démarche de projet personnalisé.

Les antécédents médicaux sont demandés par écrit au médecin traitant pour toute admission.

Le SSIAD informe, par courrier via l'avis d'admission et le protocole de traitement, la caisse d'assurance maladie dont relève le patient dans les 5 jours du début de prise en charge, conformément au délai prévu par la réglementation.

---

[32] *Art. 8 Loi n° 2002-2*

Accompagnement personnalisé jusqu'au bout de la vie

L'infirmière coordinatrice détermine une démarche de soins adaptée aux besoins du patient. Elle précise la fréquence des soins de nursing, la détermination de surveillances particulières sur le plan de soins. Des objectifs de prise en charge sont définis à l'admission et inscrit dans le plan de soins.

Pendant les quinze premiers jours, la personne âgée connaît progressivement l'ensemble de l'équipe aide-soignante.

Le bilan d'intégration est réalisé spontanément en tout début de prise en charge par les aides-soignants et à distance par l'infirmière coordinatrice lors de la signature du document individuel de prise en charge.

Une démarche d'évaluation et de réajustement de la prise en charge de l'usager est mise en place via la fiche « Evaluation de suivi et projet personnalisé de soins et d'accompagnement ».

Le suivi du plan de soins et sa réactualisation sont faits par l'aide-soignant référent à minima une fois par an ou dès que nécessaire puis validés en équipe.

L'évaluation de la grille AGGIR est faite à l'entrée, à la sortie et à minima annuellement. Par soucis d'objectivité, elle est réalisée en équipe et est revue systématiquement en cas d'aggravation ou d'amélioration de l'état de santé/dépendance de la personne.

L'infirmière coordinatrice a été formée aux transmissions ciblée en 2007 et l'ensemble des personnels l'a été en 2012. A l'issu l'équipe a créé son propre outil selon les 14 besoins de Virginia Henderson. Ainsi, les transmissions ciblées permettent le suivi de l'évolution de santé de la personne en donnant les observations, en déterminant les actions à mettre en place ou réalisées et les résultats qui en découlent.

Le projet personnalisé de soins et d'accompagnement est construit en équipe. Il est accompagné d'une réévaluation des besoins à une périodicité d'une année.

Le plan de soins et le projet personnalisé tiennent compte des souhaits de la personne et sont recueillis par le personnel du SSIAD lors des soins ou des visites à domicile. L'équipe est formée au projet personnalisé (2008).

L'organisation des soins est formalisée sur le plan de soins, en cohérence avec le projet personnalisé de soins et d'accompagnement.

Le projet de soins engage tous les acteurs, dans le respect des principes énoncés par la charte des droits et libertés de la personne accueillie (article 311-4 du CASF).

Dans bon nombre de situations, la famille est impliquée dans l'accompagnement de leur parent. Cette relation informelle est toujours recherchée et encouragée par le SSIAD.

Dans le cas de personnes isolées ou en demande, le SSIAD peut proposer la mise en relation avec les bénévoles du secteur (Pastorale Santé, visiteurs de malades).

Démarches administratives en lien avec l'accompagnement

Le registre manuel des entrées et sorties des usagers est mis à jour régulièrement par l'infirmière coordinatrice.

Le registre médical, sous Apozème, contient des informations administratives et médicales. Il est mis à jour en fonction des mouvements des usagers (entrées, prolongations, suspensions, sorties).

Le bilan du trimestre, conformément à la réglementation, est adressé à la caisse pivot, en l'occurrence la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Il comporte :

- l'état nominatif des bénéficiaires du SSIAD pour la période (liste nominative des présents au cours du trimestre pour chaque caisse)
- les effectifs au 1er jour du trimestre n+1 (le tableau trimestriel)
- les attestations d'ouverture des droits concernant les patients pris en soins au cours de la période.

En parallèle, l'état nominatif des bénéficiaires est également adressé aux différentes caisses concernées.

Le rapport annuel d'activité est rédigé selon les recommandations de l'arrêté ministériel du 27 juillet 2005. Il est le reflet de l'activité du service de l'année précédente. Il est transmis au 1er mai de chaque année à l'ARS.

Tous ces documents informatisés sont tenus à la disposition des médecins conseils des caisses d'assurance maladie et du médecin inspecteur de l'ARS.

Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)

En novembre 2011, quatre SSIAD se regroupent, à savoir : Arradon, Elven, Surzur et Vannes (SSIAD porteur) pour créer le SMSA (Ssiad Mobile spécialisé Alzheimer vannes agglo et presqu'ile de rhuys). Une convention de partenariat est formalisée entre les SSIAD partenaires. Ce service propose des soins de réhabilitation et d'accompagnement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée à un stade précoce. Des ergothérapeutes sont recrutés par le SMSA et l'infirmière coordinatrice de chaque SSIAD intervient sur son secteur. Afin de répondre à cette nouvelle mission, deux aides-soignants ont suivi la formation pour devenir Assistant de Soins en Gérontologie (ASG). Cette compétence est également mise à profit dans l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs au SSIAD personnes âgées.

Deux priorités en lien avec la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie

Priorité 1 : Organiser un accueil personnalisé des usagers et des familles

✓ L'accueil et l'admission ne sont pas formalisés dans une procédure, document permettant la lisibilité et l'harmonisation de la démarche.

Elaborer la procédure d'accueil et d'admission des usagers

✓ Les appels téléphoniques ne font pas l'objet d'une inscription sur un registre des appels et il n'existe pas de traçabilité de suivi des messages et/ou des demandes.

Mettre en place un registre des appels et des demandes et tracer le suivi des messages

✓ Le SSIAD assure le suivi de l'inscription de la personne via une liste d'attente perfectible : fichier info (date de la demande, coordonnées, observations, motif, caractère d'urgence…) non actualisée régulièrement. Lors d'une inscription en liste d'attente via Apozème, il n'y a pas d'accusé de réception pour informer le demandeur de la prise en compte de l'inscription. Ce courrier pourrait préciser l'obligation de renouveler la demande tous les 6 mois pour garder l'effectivité. La gestion de la liste d'attente ne permet donc pas d'assurer un suivi optimal et approprié des demandes.

Améliorer la gestion de la liste d'attente et de suivi de ces dossiers par l'élaboration d'une procédure de gestion de la liste d'attente et mettre en place un dispositif d'accusé de réception

✓ La présente version du règlement de fonctionnement a été adoptée par délibération du Conseil d'Administration le 26 octobre 2007. Selon la loi, ce document doit être révisé au moins une fois tous les 5 ans, la date est donc à échéance. Le livret d'accueil et document individuel de prise en charge qui l'accompagne mériteraient également d'être réactualisés.

Réactualiser le livret d'accueil, règlement de fonctionnement et document individuel de prise en charge

✓ Les professionnels sont identifiés par leur grade sur leur blouse mais le nom n'est pas toujours inscrit.

Mettre en place un dispositif afin d'améliorer le repérage et la connaissance des professionnels dès l'entrée (trombinoscope)

✓ Une réflexion est à mener concernant la signalisation indiquant l'accès au SSIAD dans la commune et le futur bâtiment.

Prendre en compte le SSIAD dans l'élaboration du projet signalétique du futur établissement

✓ Le SSIAD ne dispose pas d'un site Internet, outil favorisant l'information des activités pour le public extérieur.

↳ **Intégrer le SSIAD dans le projet site internet de l'EHPAD** dans le but de diffuser des informations générales sur le SSIAD.

Priorité 2 : Améliorer l'accompagnement personnalisé jusqu'au bout de la vie

✓ Les missions des référents aides-soignants ne sont pas clairement identifiées, et de ce fait non appliquées par tous les agents.

↳ **Identifier et formaliser les missions des référents aides-soignants**

✓ Le compte-rendu du bilan d'intégration n'est pas systématiquement noté dans le dossier de soin et le bilan d'intégration n'est pas formalisé.

↳ **Formaliser le bilan d'intégration des usagers**

✓ Conformément à l'article L311-3 du CASF, tous les usagers doivent avoir un projet personnalisé et participer à son élaboration. Une réflexion basée sur la recommandation de l'ASNEM[33] permettra de répondre aux mieux à cette exigence, notamment en termes de participation de la personne.

↳ **Perfectionner la démarche de projet personnalisé, notamment en termes de participation de la personne**

✓ Dans le cadre de l'ouverture du SSIAD Alzheimer en 2012, deux aides-soignantes ont été formées à la compétence ASG. Former tout le personnel à cette nouvelle compétence est une volonté pour le SSIAD Elven. Cela permettrait des relais dans l'accompagnement des usagers SMSA et améliorerait la prise en soins des usagers SSIAD personnes âgées atteints de troubles cognitifs.

↳ **Former tous les personnels aides-soignants à la compétence ASG.**

↳ **Former l'infirmière coordinatrice au Diplôme Inter-Universitaire (DIU) Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés** dans le but de mieux accompagner les usagers et les personnels.

✓ Aucune activité auprès des usagers, en lien avec la vie locale ou non, n'est organisée par le SSIAD.

↳ **Mener une réflexion, en termes de faisabilité, d'une proposition d'activité**

[33] *Les attentes de la personne et le projet personnalisé, ANESM 2008*

Objectif 4 : La Continuité de l'accompagnement et la Coordination des interventions

Les constats de la situation actuelle sur l'objectif considéré

La cohérence des actions du service et la continuité et la diversité des interventions auprès de la personne

Le public et les professionnels extérieurs sont informés des activités du SSIAD via des plaquettes d'information.

Le SSIAD est recensé dans l'annuaire professionnel.

Le SSIAD assure une permanence des soins journaliers (le samedi, dimanche et jours fériés inclus pour les personnes les plus nécessiteuses). Les aides-soignants assurent les week-ends via un roulement et selon le planning. Les soins infirmiers techniques sont assurés 7j/7 par le biais de conventions.

L'organisation paramédicale garantit la sécurité, la qualité et la continuité[34] des soins aux patients. Chaque personnel ou professionnel infirmier libéral est titulaire du diplôme requis pour exercer la profession d'infirmier, d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques.

Une politique d'ouverture vers l'extérieur est organisée. L'infirmière coordinatrice est en relation avec la Plate-Forme Territoriale d'Information et de Coordination Vannetaise, l'HAD, les SAAD, le réseau de santé gérontologique, les établissements sanitaires et en particulier les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). L'infirmière coordinatrice participe aux différentes réunions organisées sur le secteur.

Une coordination des soins avec les infirmiers libéraux est formalisée, par le biais de conventions conformes au décret 2004-613 et à la circulaire du 28 févier 2005.

[34] *Article 21 loi n° 2002-2*

Le libre choix de l'infirmier par l'usager a toujours été respecté et les infirmiers sollicités ont tous signés la convention avec le SSIAD. Quinze conventions sont signées à ce jour (2012).

Afin d'éviter des doubles prises en charge financières, le SSIAD avertit par écrit l'infirmier libéral choisi par l'usager, du début des interventions (document Apozème).

Le SSIAD organise des transmissions écrites entre tous les intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux et familiaux par le biais du classeur de coordination. Pour optimiser une bonne coordination et dans le cas de problématique plus complexes, des échanges téléphoniques sont faits entre les intervenants extérieurs et l'infirmière coordinatrice ou l'aide-soignant lors de son absence. Tous ces temps de transmissions écrites et orales participent à la continuité de l'information.

Des relations professionnelles sont favorisées avec les autres acteurs du maintien à domicile (SAAD, fournisseurs de matériel, portage de repas, pharmacie…).

Une convention de partenariat est formalisée entre les SSIAD partenaires, à savoir : Arradon, Elven, Surzur et Vannes (SSIAD porteur) du SMSA (Ssiad Mobile Spécialisé Alzheimer vannes agglo et presqu'ile de rhuys).

Le droit à avoir une offre de soins adaptée est toujours recherché. Des relais SSIAD/HAD ou HAD/SSIAD sont réalisés en fonction des besoins des usagers.

La sortie de l'usager est organisée. L'entrée en hébergement définitif est programmée et préparée. L'infirmière coordinatrice téléphone à la structure d'accueil afin de présenter oralement la personne.

Les données réactualisées et le projet personnalisé de soins et d'accompagnement de la personne est mis en place ainsi que la transmission de documents (ordonnance, plan de soins, n° sécurité sociale…) lors d'une orientation vers l'EHPAD de la Chaumière. Dans ce cas, il existe aussi un échange entre l'équipe du SSIAD et celle de l'EHPAD pour évaluer la situation de la personne.

Un document de fin de prise en charge est formalisé via Apozème. Il comporte l'identité du patient, l'historique de la prise en charge, la date d'admission, l'origine et les circonstances de l'appel, la date et le motif de sortie et la durée totale de la prise en charge. Ce document est archivé dans le dossier patient. La fin de prise en charge est précisée via un document lors du bilan trimestriel.

Une priorité en lien avec la Continuité de l'accompagnement et la Coordination des interventions

Priorité : Maîtriser la coordination des soins

✓ Des réunions SSIAD/infirmiers libéraux sont réalisées ponctuellement mais ne font pas l'objet de traçabilité.

Tenir un registre des réunions SSIAD/infirmiers libéraux et établir des comptes-rendus.

✓ La prise en charge de la sortie pourrait être optimisée par la mise en place d'une fiche de liaison qui pourrait s'avérer être très utile dans les sorties par hébergement définitif ou temporaire mais aussi en cas d'hospitalisation.

Créer une fiche de liaison à destination des structures sanitaires et médico-sociale

QUATRE MOYENS AU SERVICE DU PROJET

Moyen 1 : Une Démarche Qualité & Gestion des Risques pour une action pérenne

La situation actuelle

La démarche qualité est sous la responsabilité du Directeur. Au SSIAD, un comité de pilotage est constitué et sera mobilisé autour de la démarche qualité. Pour autant, l'ensemble de l'équipe du SSIAD défini en terme de « groupe projet » participe selon son planning au processus de la démarche qualité. Sa mise en œuvre s'organise, elle se met en route par l'autoévaluation et devra se poursuivre pour entrer dans le processus d'amélioration continue de la qualité.

Concernant la gestion documentaire de l'EHPAD, les modalités de rédaction jusqu'à l'archivage sont décrites dans une procédure et des classeurs sont en place. La rédaction des procédures et protocoles relatifs aux pratiques de la structure est donc initiée à l'EHPAD. Par soucis d'harmonisation des pratiques, certains protocoles et procédures sont transposables au SSIAD mais leur validation n'est pas faite par les agents du SSIAD. Pour autant, la rédaction progressive des procédures et protocoles propres au SSIAD est à envisager en fonction des priorités du service afin de pérenniser les pratiques et pouvoir envisager les évaluations futures.

Les professionnels aides-soignants ne sont pas formés spécifiquement à la démarche qualité ni aux évaluations internes et externes obligatoires dans ce type de structure. L'infirmière coordinatrice a été formée à l'évaluation interne et externe (2011).

La gestion de crise est organisée pour le risque de **canicule** et de **grippe**. Le plan de lutte contre la grippe est élaboré et des kits comprenant le matériel spécifique (masques FFP2, surblouses à usage unique, lunettes de protection…) sont en place.

Le SSIAD évalue à priori les risques encourus pour la santé et la sécurité du personnel, et, conformément au décret n° 2001-1016 du 05/11/2001, un **document unique** et son plan d'action sur la gestion des risques est formalisé. Il prend les mesures nécessaires pour diminuer, voire éviter ces risques.

L'infirmière coordinatrice favorise la mise en place du matériel adapté d'aide à la manutention (lit médical, lève-personne, verticalisateur…). Afin d'utiliser les techniques de manutention recommandées, le personnel est formé régulièrement à la manutention des personnes. Lors des formations, un manuel de manutention est remis aux participants. Dans les locaux, un manuel de prévention des maux de dos dans le secteur hospitalier est à disposition des personnels.

Pour identifier a posteriori les risques, l'établissement dispose de fiche d'évènements indésirables. Un dispositif permettant d'analyser à posteriori les risques est en place à l'EHPAD. Les déclarations d'accidents de travail rédigées par un médecin sont traitées au niveau institutionnel.

Les risques inhérents à l'intervention du service ainsi qu'à la dispensation des soins sont couverts par une police d'assurance responsabilité civile souscrite par le service auprès de GROUPAMA ASSURANCE. De même, un contrat d'assurance est établi pour les véhicules et les locaux.

Le Projet Démarche Qualité (Evaluations Internes et Externes) et Gestion des Risques

L'évaluation interne et externe

L'évaluation des activités a pour objectif d'améliorer la qualité des prestations pour les usagers. Elle aidera à adapter le fonctionnement du service et les pratiques des professionnels aux caractéristiques, aux spécificités, aux attentes et à leurs besoins, dans le cadre des missions et des contraintes, en particulier budgétaires, qui lui sont imposées.

L'**évaluation externe** introduite par la loi n° 2002-2 porte sur les activités et la qualité des prestations des établissements et services et doit être réalisée **tous les 7 ans**. Elle porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies.

Une démarche d'**évaluation interne** doit être réalisée par les établissements médico-sociaux **tous les 5 ans**. Le SSIAD entrera dans cette démarche en 2013 et donc au cours de la période de mise en œuvre du Projet de Service.
Le Projet de Service facilitera l'élaboration du cadre évaluatif et la conduite de l'évaluation contribuera à l'actualisation du Projet de Service.

Projet de Service et évaluations internes et externes nécessitent sur le plan pratique d'être articulés. Le plan d'actions et le bilan de suivi de Projet de Service serviront de base aux évaluations.

Les champs des évaluations externes et internes sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service et de fait, pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

- ✓ **Mettre en place une réelle dynamique d'amélioration de la qualité (groupes de travail, compte-rendu, plan d'action, suivi…)**
- ✓ **Poursuivre la démarche d'évaluation interne selon la méthodologie de l'ANESM (formation-action 2013 EHPAD et SSIAD)**
- ✓ **Entrer dans la démarche d'évaluation externe (2014 EHPAD et SSIAD)**

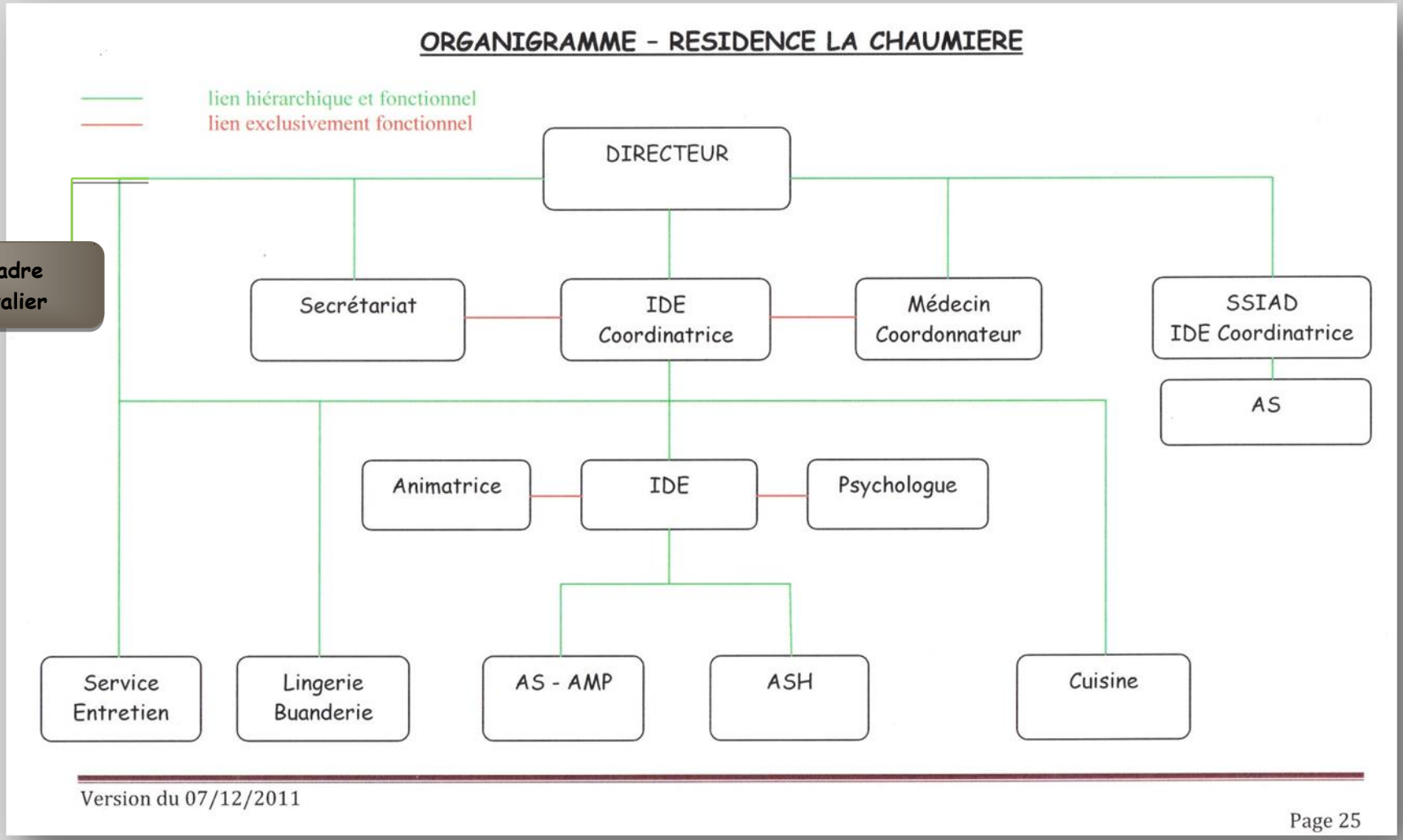
Situation actuelle

- ***Le tableau des emplois du SSIAD au 01/01/13***

Un directeur d'établissement EHPAD/SSIAD
Une infirmière coordinatrice (1 ETP[35])
Cinq aides-soignants/aides médico-psychologiques (3.75 ETP) et les remplaçantes
Les personnes recrutées par l'EHPAD et qui interviennent pour le SSIAD • Un adjoint-administratif (paye, facturation…) • Un médecin coordonnateur (à la demande) • Un psychologue (à la demande) • Un adjoint des cadres hospitaliers (projet de recrutement pour 2013)

[35] ETP : Equivalent Temps Plein

- *L'organigramme*



• *L'organisation des ressources humaines*

Un organigramme représentant les personnels de l'EHPAD et du SSIAD est formalisé et communiqué aux professionnels concernés.

Une infirmière coordinatrice à temps plein est chargée de la gestion du personnel et de la gestion des usagers. Elle a été formée à cette mission par le biais de la licence professionnelle : gestion des organisations, management des établissements sanitaires et sociaux (2009/2012).

Le recrutement des personnels est organisé sur candidature spontanée ou suite au dépôt d'annonce à Pôle emploi. Un entretien est organisé pour le recrutement et les professionnels sont associés dans le cadre d'une embauche de titulaire. Les thèmes de la maltraitance, de la douleur et du rapport avec les personnes âgées sont systématiquement abordés afin de sensibiliser sur les valeurs du SSIAD.

Le personnel nouveau est attendu et les pratiques d'accueil favorisent l'intégration. Le nouvel arrivant est encadré par un aide-soignant référent. Une semaine de doublure, sauf dans le cas de remplacement urgent, est instauré afin de faciliter l'intégration dans l'équipe et présenter les attentes de la fonction. Afin d'évaluer l'intégration d'un nouveau professionnel, l'infirmière coordinatrice effectue un bilan lors d'un entretien 15 jours après son arrivée dans le service et accompagne l'agent lors d'une tournée dans le mois qui suit son recrutement.

L'accompagnement des élèves aides-soignants est organisé et facilite l'acquisition des connaissances : tuteur, bilan mi-stage. Une convention est signée entre les Instituts de Formation Aides-Soignants (IFAS) et l'établissement. L'infirmière coordinatrice a été formée à l'accueil des étudiants (formation des tuteurs de stage et accompagnement à l'accueil des étudiants infirmiers).

Le SSIAD dispose d'un règlement intérieur qui est signé des agents. Il reprend les règles de vie au travail et les droits et devoirs des agents.

Des outils de communication formels (règlement intérieur du personnel, livret d'accueil des élèves aides-soignants) sont en place pour favoriser l'intégration.

Le registre du personnel est tenu à jour régulièrement par l'infirmière coordinatrice, et il est à la disposition des autorités.

Pour les agents contractuels, les contrats de travail sont établis conformément à la législation. Les stagiairisations et titularisations font l'objet d'un entretien avec le directeur d'établissement et l'infirmière coordinatrice. Les avancements de carrière (échelons, grade) sont proposés conformément à la législation.

L'évaluation des professionnels a lieu chaque année, conformément à la réglementation. Des outils sont en place afin de préparer l'Entretien Annuel d'Evaluation (EAE) : grille de préparation de l'entretien et fiche explicative remise 15 jours avant l'évaluation. Une synthèse avec la description des objectifs est réalisée sur la feuille de notation puis annexée au dossier de l'agent. Le contenu de ces entretiens est pris en compte par la direction et l'encadrement pour améliorer la qualité de la prise en charge de l'usager, et la qualité des conditions de travail des personnels. L'infirmière coordinatrice a été formée pour mettre en place et conduite les EAE (2009).

Le recueil des souhaits de formation est réalisé chaque année, au cours de l'EAE, afin que les professionnels s'inscrivent dans un parcours de formation tout au long de la vie. Le plan annuel de formation continue est élaboré par le directeur de l'établissement. Il tient compte des projets du service et de l'évolution des prises en charge. L'établissement assure également les formations obligatoires (incendie, manutention, AFGSU…). Un

retour oral est réalisé sur la satisfaction des formations réalisées auprès de l'infirmière coordinatrice et transmis au directeur. Le retour est également fait à l'occasion des EAE.

Le SSIAD privilégie des actions de formation thématique pour l'ensemble des agents, plutôt que la formation de personnes ressources pour déploiement interne afin de favoriser la mise en place rapide des acquis. Toutefois, des demandes personnalisées peuvent également être faites. L'infirmière coordinatrice participe aux formations communes aux SSIAD du département. Le passeport formation est opérationnel, instauré par la règlementation, il doit permettre aux agents d'être acteurs de leur évolution professionnelle et favoriser ainsi leur mobilité interne ou externe.

La gestion des dossiers des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles : armoire fermée à clé dans le bureau administratif de l'EHPAD, sécurisation informatique des données via des codes d'accès.

L'organisation du travail est planifiée. Le planning prévisionnel, établi par l'infirmière coordinatrice, est remis aux personnels après validation par le directeur d'établissement. Il tient compte du respect de la législation de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) et est à l'affichage généralement un mois à l'avance et minimum quinze jours selon la législation. Chaque demande de changement de planning est validée par l'infirmière coordinatrice.

Les tournées auprès des patients sont établies conjointement par l'infirmière coordinatrice et l'équipe aide-soignante après évaluation de plusieurs critères :

- secteur géographique
- possibilités du service
- durée des soins
- heures passages des intervenants extérieurs
- besoins de la personne (incontinence, lever…)

L'itinéraire des tournées est respecté par les aides-soignantes et un réajustement est effectué selon les besoins.

La mobilité du personnel sur les tournées est pratiquée ayant comme avantages de rompre avec le quotidien, éviter la lassitude, prévenir l'usure professionnelle et promouvoir la bientraitance ; axe développé dans les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM[36].

En retour de tournée, les lundis midis sont consacrés à des temps de réunion de travail en équipe (rédaction des projets personnalisés de soins et d'accompagnement ou démarche qualité).

Ils peuvent, selon les besoins et aussi les demandes des personnels être consacrés à des thématiques spécifiques. L'ordre du jour est alors noté, par l'infirmière coordinatrice, sur le cahier de transmissions entre le personnel soignant. Le compte rendu est rédigé directement par une aide-soignante sur le cahier de réunion et validé par l'infirmière coordinatrice. Les vendredis midis sont réservés à la réunion hebdomadaire de transmissions relatives aux usagers.

Les remplacements sont réalisés en règle générale dès le 1er jour d'absence d'un personnel afin de privilégier un service homogène auprès des usagers.

La réglementation concernant les instances représentatives du personnel est appliquée via le CTE[37]. La diffusion de l'information est organisée en interne pour l'ensemble du personnel par le biais de documents écrits (note de service, note d'information, compte rendu de CTE…) consultable au tableau d'affichage ou également par le biais de réunions d'établissement qui font l'objet d'ordres du jour et de comptes rendus de réunions.

[36] *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance. ANESM 2008.*

[37] *Comité Technique d'Etablissement*

Le projet Formation et Ressources Humaines

- ***Une politique de formation pour valoriser les compétences***

La formation contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des professionnels. Pour mettre en œuvre les actions déclinés dans le Projet de Service SSIAD, les besoins en formation ont été identifiés et sont déclinés dans le tableau ci-dessous (la plupart sont conjointes avec l'EHPAD). D'autres formations pourront être également identifiées lors de demandes individuelles ou répondant par exemple aux préconisations nationales.

Intitulé du thème de formation	2013	2014	2015	2016	2017
Risque infectieux (interne)	×	×	×	×	×
Accompagnement de fin de vie (Le toucher au bout de la vie)	×				
Concept évaluation interne / externe	×				
AFGSU	×				
ASG	×	×			
DIU Alzheimer		×			
Douleur		×			
Bientraitance			×		
Hygiène				×	

• Développer l'organisation des Ressources Humaines

- ✓ Les fiches de postes d'infirmier coordonnateur et d'aide-soignant/aide médico-psychologique ne sont pas formalisées. **Formaliser les fiches de poste de l'infirmière coordinatrice et des aides-soignants/aides médico-psychologiques** afin d'optimiser les futurs recrutements

- ✓ L'infirmière coordinatrice signe certains documents officiels. Cependant, il n'existe pas de délégation de signature par laquelle le directeur délègue la faculté de signer ces documents à l'infirmière coordinatrice. Une réflexion doit être menée concernant la délégation de signature. **Formaliser la délégation de signature (directeur ⇨ infirmière coordinatrice)**

- ✓ **Elaborer la procédure de recrutement des personnels (au niveau institutionnel)** décrivant le processus dans sa globalité afin de favoriser l'homogénéisation du recrutement.

- ✓ **Elaborer la procédure d'accueil et d'intégration des personnels ainsi que des élèves aides-soignants**

- ✓ Des outils de communication formels peuvent favoriser l'intégration (livret d'accueil des personnels) mais ne sont pas en place aujourd'hui. **Elaborer le livret d'accueil des personnels.**

- ✓ Le règlement intérieur du personnel a été établi le 27/10/09, sa **réactualisation** est envisagée au niveau institutionnel pour 2013.

- ✓ **Elaborer le questionnaire de satisfaction des personnels et des élèves aides-soignants**

- ✓ **Structurer la mobilité des professionnels autour de la qualité de l'accompagnement** en menant une réflexion sur la mobilité du personnel sur les tournées afin de trouver le bon équilibre « bénéfice usagers/professionnels ».

- ✓ La satisfaction des personnels n'est pas écrite et l'évaluation des sessions de formations n'est pas formalisée dans un bilan. **Evaluer la satisfaction des participants, par écrit, au terme de chaque formation puis rédiger un bilan (taux de personnels formés, satisfaction…)**

- ✓ **Présenter le bilan de l'activité n-1 aux personnels en début d'année** dans le but de favoriser l'implication

Moyen 3 : Une gestion budgétaire pour rechercher l'efficience

La situation actuelle

La réalisation et le financement des investissements sont planifiés par le directeur d'établissement. Le budget prévisionnel et le compte administratif[38] sont élaborés par le directeur en respectant la réglementation en vigueur[39]. Ils sont validés par les administrateurs du Conseil d'Administration et les membres du CTE et sont transmis aux dates requises (respectivement 31 octobre et 30 avril de chaque année) à l'ARS. Le budget prévisionnel tient compte des orientations du service.

L'infirmière coordinatrice est informée par le directeur du suivi budgétaire pour pouvoir réajuster si besoin les dépenses du SSIAD. Elle est informée également par le biais de sa participation au Conseil d'Administration.

La vérification des honoraires des infirmiers libéraux est réalisée par l'infirmière coordinatrice au regard de la prescription médicale. Le paiement, selon les conventions entre le SSIAD et les infirmiers libéraux, est en adéquation avec la nomenclature générale des actes professionnels infirmiers. Le relevé des interventions effectuées par les infirmiers libéraux est tenu à jour sous Apozème.

Tous les paiements relatifs aux charges du service sont effectués par mandat administratif via le Centre des Finances Publiques.

---

[38] *Arrêté du 30/01/2004 fixant le cadre normalisé de présentation du compte administratif*

[39] *Décret n° 2003-1010 du 22/10/2003, arrêté du 22/10/2003 fixant les modèles de documents, et*

Décret n° 2004-125 du 09/20/2004 relatif à la revalorisation des subventions d'investissements et des excédents d'exploitation

Le projet de la gestion budgétaire

Dans nos organisations sociales et médico-sociales, le management est longtemps resté en dehors des priorités. Pour autant, les exigences se sont accrues et l'on parle aujourd'hui de reprises, de fusions, de qualité, de mutualisations, d'appels à projet pour passer d'une logique de structure à une logique de prestation de service où l'efficience sera toujours recherchée.

Une de nos préoccupations est donc de rechercher une certaine convergence entre la stratégie du service et la stratégie du personnel car dans notre secteur, la question est bien d'optimiser les ressources humaines puisqu'elles représentent jusqu'à 80 % des charges.

Dans une politique de contrainte budgétaire, le projet privilégiera donc l'efficacité et la qualité du service.

L'évaluation des activités a pour objectif d'améliorer la qualité des prestations pour les usagers. Elle aidera à adapter le fonctionnement du service et les pratiques des professionnels au regard des contraintes budgétaires imposées.

La situation actuelle

L'infirmière coordinatrice dispose de **moyens logistiques** suffisants afin d'assurer l'activité, la confidentialité et le bon fonctionnement du service, à savoir un bureau avec un équipement bureautique et informatique (1 ordinateur fixe renouvelé en juillet 2011), un logiciel professionnel (Apozème) et un accès Internet.

Le SSIAD dispose de **matériel** et **moyens** de **communication** : un téléphone pour le bureau de l'infirmière coordinatrice, un téléphone/fax pour la salle des aides-soignants et de deux téléphones portables (un à disposition de l'infirmière coordinatrice et un à disposition de l'aide-soignante qui effectue la tournée du matin/soir), une adresse e-mail.

La gestion de l'utilisation des quatre **véhicules** (en nombre suffisant) est organisée. La surveillance du bon fonctionnement est organisée au quotidien par les aides-soignants (surveillance du bon fonctionnement et alerte en cas de nécessité). Une fiche véhicule mensuelle, renseignée par les personnels, permet le suivi du kilométrage et de la consommation. Les tickets de carburant sont joints à la fiche. L'entretien (pression des pneus, lavage, aspiration…) est vérifié trimestriellement par les aides-soignants et une fiche de vérification est renseignée. L'infirmière coordinatrice programme les suivis de contrôle chez le garagiste en respectant les dates. Chaque véhicule dispose de deux pneus hiver avant qui sont installés pour la période par le garagiste. Les personnels aides-soignants présentent, trimestriellement, l'original de leur permis de conduire à l'infirmière coordinatrice.

Le matériel nécessaire à la réalisation de l'activité soins est en nombre suffisant : blouses, blousons d'hiver, mallette, gants vinyle usage unique, sèches-cheveux, petit matériel, tabliers jetables…

Les besoins en **approvisionnement** de consommables sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif. L'infirmière coordinatrice effectue les commandes et assure la réception des produits. Le service est approvisionné selon les besoins sur une année civile. Les personnels aides-soignants sont associés aux commandes et font remonter les problèmes et les besoins en matériel. La volonté de l'établissement est de centraliser les achats chez les mêmes fournisseurs pour l'EHPAD et le SSIAD. Les demandes d'achats occasionnels sont soumises au directeur d'établissement. Tous les achats pour les besoins du service sont effectués conformément à la réglementation (code des marchés publics).

L'hygiène des locaux est assurée par les personnels soignants avec des produits ménagers simples. Une équipe dédiée à l'entretien des parties communes sera mise en place dans le futur établissement. La traçabilité du nettoyage sera mise en place afin d'assurer le suivi.

Au local, le personnel tri les **déchets** selon des catégories : ordures ménagères, verre, cartons, plastiques, cartouches d'encre.

La législation relative au **tabac**[40] est appliquée.

[40] *Décret n° 77-1042 du 12/09/1977. Loi 91-32 du 10/01/1991*

Un **agent d'entretien** est en poste à l'EHPAD et assurera la maintenance du prochain bâtiment et donc des locaux du SSIAD.

La prévention du **risque incendie** est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et actualisée tous les ans. Un personnel de maintenance est habilité et les extincteurs sont en place et vérifiés chaque année par une société de protection incendie.

Le Projet d'amélioration de la logistique

- ✓ Les moyens de communication sont en nombre insuffisant pour assurer une communication aisée à toute heure par l'équipe aide-soignante notamment les week-ends (besoin d'un deuxième téléphone portable).

  ➪ **Améliorer les moyens de communication des aides-soignants par l'acquisition d'un deuxième téléphone portable**

- ✓ Les numéros en cas d'urgence sont remis à chaque agent mais ne sont pas affichés.

  ➪ **Mettre en place une affiche indiquant les numéros d'urgence dans les locaux du SSIAD**

- ✓ Les consignes concernant les véhicules sont écrites, notamment en cas de panne ou d'accident.

  ➪ **Elaborer la procédure d'utilisation et d'entretien des véhicules à destination des personnels**

- ✓ Les produits toxiques et chimiques sont répertoriés et les fiches de données de sécurité sont à la disposition des agents à l'EHPAD. Le SSIAD doit compléter le classeur si d'autres produits sont utilisés.

  ➪ **Répertorier les produits toxiques et chimiques au SSIAD, élaborer leur fiche d'utilisation et les intégrer dans le classeur de l'EHPAD**

Le caractère obligatoire du Projet de Service et son actualisation sont introduits par la loi n°2002-2. La volonté des législateurs est d'améliorer la qualité des soins, de rechercher la maîtrise des coûts, de favoriser la participation active des acteurs afin d'obtenir une prise en soins efficiente de l'usager.

Par ses dimensions descriptives et projectives, le Projet de Service constitue le document de référence puisqu'il donne l'image de ce qu'aujourd'hui nous envisageons comme développement pour les cinq prochaines années. En clarifiant les missions, les valeurs, les objectifs du service, ce document devient une démarche au service de la stratégie et du développement de l'organisation. Il peut ainsi constituer l'élément fédérateur qui permet de renforcer la cohérence de l'action et surtout de mobiliser l'ensemble des acteurs dans un sens commun pour atteindre des objectifs que nous avons pensé stratégiques

Le Projet de Service représente pour nous un moyen avec comme finalité la recherche d'amélioration continue du service rendu aux usagers de notre structure. Par leur nature, les prestations d'accompagnement et de soins présentent des spécificités qui les distinguent des biens matériels, notre Projet sera donc en permanence centré sur l'Humain pour que la rencontre se fasse entre nous acteurs et, celui même qu'il faut placer au centre, l'Usager.

Les personnels du Ssiad

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Bibliographie

ANNEXE 2 : Arrêté d'autorisation

ANNEXE 3 : Fiches de poste SSIAD, infirmière coordinatrice & aide-soignant/aide médico-psychologique

ANNEXE 4 : Compte-rendu d'autoévaluation et Propositions d'améliorations

ANNEXE 5 : Plan d'actions

ANNEXE 6 : Fiche projet et Fiche action

ANNEXE 7 : Charte des droits et libertés de la personne accueillie