

S.S.I.A.D. DE LOUVIGNE DU DESERT

Projet de service

Service de Soins Infirmiers à Domicile



Contenu

1.	INTRODUCTION	4
1.1	Finalité du Projet de Service	4
1.2	Méthodologie	4
2.	LE POSITIONNEMENT DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE	7
2.1	Historique de l'association	7
2.2	Le territoire.....	7
2.1	2.2.2 Organigramme du siège	7
2.3	Les valeurs associatives et ses actions	8
2.4	Etablissements et capacités.....	8
2.5	Organisation du siège de l'association	10
2.5.1	Les missions.....	10
2.5.2	Organigramme du siège au 01/04/2019	11
2.5.3	Les contractualisations	12
3.	LE POSITIONNEMENT DU SERVICE	12
3.1	La situation du service	12
3.1.1	L'historique du service.....	12
3.1.2	Identification.....	13
3.1.3	Capacité d'accueil	13
3.1.4	L'implantation géographique, l'accessibilité	13
3.1.5	Les modes de financement.....	14
3.1.6	La mission.....	14
3.1.7	Le service rendu	14
3.2	Les valeurs du service.....	15
3.3	Les recommandations et textes de référence.....	15
3.3.1	Le SSIAD s'appuie sur les chartes suivantes :	15
3.3.2	Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l' HAS	16
3.3.3	Autres recommandations utilisées par le service.....	16
3.4	Le contexte réglementaire	16
3.4.1	Le cadre réglementaire.....	16
3.4.2	Les obligations réglementaires	17
3.5	L'inscription du service dans l'environnement.....	18
3.5.1	Les orientations régionales et départementales	18
3.5.2	L'inscription dans le réseau gérontologique et sanitaire	18
3.6	La population accueillie	19

3.6.1 Origine et attente	19
3.6.2 Les Départements et communes d'origine des personnes au 1^{er} janvier 2018	20
3.6.3 Caractéristiques de la population du canton de Louvigné et Fougères Nord	20
3.6.4 Caractéristiques de la population du SSIAD	21
4. LE PROJET DE VIE	22
4.1 Bilan du projet de vie.....	22
4.2 L'admission et l'accueil.....	22
4.3 La participation des familles et le soutien aux aidants	24
4.4 Le projet personnalisé d'accompagnement	25
4.4.1 Le recueil et observation des besoins et habitudes	25
4.4.2 L'élaboration et l'évaluation du projet avec l'utilisateur et la famille	25
4.4.3 Coordination et travail pluridisciplinaire autour de l'utilisateur	25
4.4.4 Le départ provisoire ou définitif de l'utilisateur	26
4.5 Une culture de bientraitance et une prévention des risques de maltraitance	27
4.5.1 Une culture de bientraitance	27
4.5.2 Une prévention des risques de maltraitance	27
4.5.3 La situation au SSIAD	28
5. LE PROJET DE SOINS	29
5.1 Bilan du projet de soin au regard du projet de service 2013	29
5.2 La prévention et gestion des risques liés à la santé	29
5.3 Maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.....	31
5.4 L'accompagnement de fin de vie.....	31
5.5 Prise en charge médicamenteuse	32
5.6 L'organisation des soins	32
5.6.1 L'accès aux soins, continuité des soins et urgence médicale	32
5.6.2 Le dossier de l'utilisateur	33
6. PROJET ARCHITECTURAL	33
6.1 L'organisation architecturale.....	33
6.2 La sécurité au sein de l'établissement.....	33
6.3 Les projets en cours.....	34
7. LE PROJET SOCIAL	34
7.1 Les fonctions et les responsabilités	34
7.1.1 L'organigramme au 31/12/2018	34
7.1.2 La répartition des postes	34
7.1.3 La définition des métiers	35

7.1.4 Les compétences requises	36
7.1.5 Les engagements des salariés	36
7.1.6 L'identification du personnel	36
7.1.7 Les responsabilités	36
7.2 L'organisation de l'activité et des transmissions entre les professionnels	36
7.3 Le recrutement et l'intégration des nouveaux personnels	37
7.4 La gestion des remplacements.....	38
7.5 L'accueil des stagiaires	38
7.6 La formation	38
7.6.1 Diverses formations ont été réalisées entre 2013 et 2018.	38
7.7 La prévention des risques professionnels	39
7.8 La communication en interne.....	40
8. LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE	40
8.1 La démarche associative.....	40
8.2 La démarche qualité du service	41
8.2.1 La mise en place de protocoles et procédures	41
8.2.2 L'auto-évaluation	41
8.2.3 La gestion des évènements indésirables et des plaintes	42
8.2.4 Les enquêtes de satisfaction des usagers	42
9. L'ANALYSE DES RESULTATS ET LES ACTIONS A ENTREPRENDRE	42
9.1 L'analyse des résultats.....	42
9.2 Les axes de progression.....	43
10 .LES ACTIONS A ENTREPRENDRE A 5 ANS.....	44
11. LES MODALITES DE COMMUNICATION, DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PROJET DE SERVICE	46
11.1 Les modalités de communication.....	46
11.2 Les modalités de suivi et d'évaluation	46
12. CONCLUSION	46
13. GLOSSAIRE	46
14 ANNEXES.....	48

1. INTRODUCTION

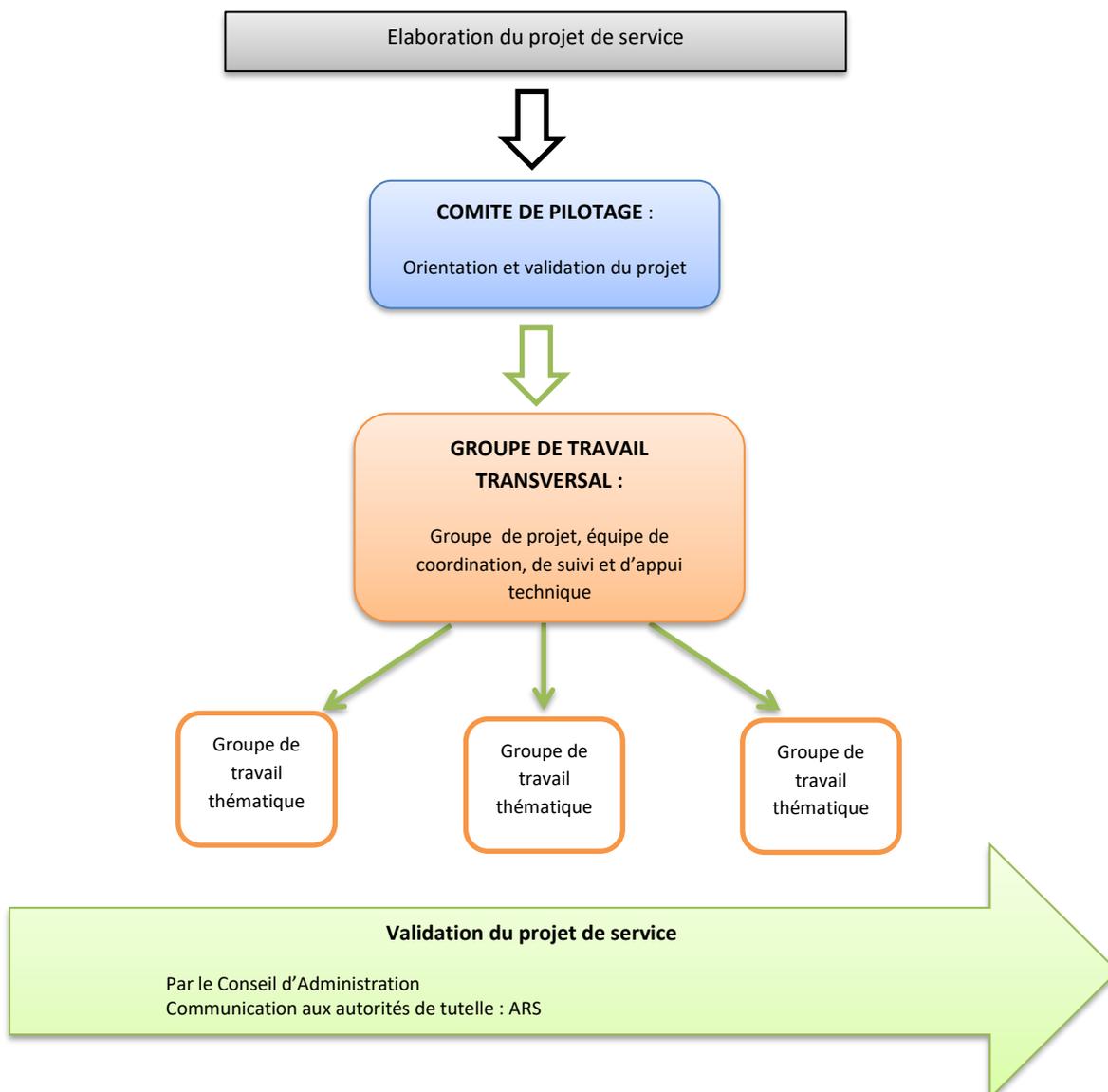
1.1 Finalité du Projet de Service

La rédaction du projet de service est une obligation réglementaire instituée par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle s'impose pour les établissements ou services sociaux et médico-sociaux avec une actualisation tous les 5 ans. La rédaction du projet de service du SSIAD rentre dans une démarche globale permettant de mobiliser les ressources de chacun.

1.2 Méthodologie

Elaborer et rédiger un projet de service nécessitent de mettre en place un cadre fixant les règles de production et de validation du projet, de répartir les tâches entre les différentes parties prenantes et de respecter les différentes phases de la démarche.

Ces tâches vont être réparties entre les différentes instances participantes à l'élaboration du projet de service : le comité de pilotage, le groupe de travail transversal et les groupes de travail thématiques. Le sommaire a été défini par le COPIL associatif.



Comité de pilotage : orientation et la validation du projet de service

Missions du comité de pilotage :

- Décider de la méthode du travail et du calendrier
- Garantir le bon déroulement général des travaux
- Assurer le respect du processus mis en œuvre
- Prioriser les thématiques à traiter
- Recadrer les travaux si nécessaire
- Valider les choix et les résultats du groupe de travail transversal

Composition et calendrier de réunion du comité de pilotage :

COFIL	
Nom - Prénom	Fonction
Gladys FULBERT	Cadre IDE
Céline ROINET	Représentante du personnel - DUP
Servanne RESLOU	Directrice Qualité
Marie-Thérèse LINCLAU	Représentante des familles
Maryse JAGLIN	Directrice du Pôle Personnes Agées
Dates des réunions	
30/05/2018	Présentation du sommaire du projet de service et mise en place de la démarche projet. Désignation des membres du groupe de travail transversal
6/07/2018	Réunion intermédiaire sur les avancées des différents groupes de travail
17/09/2018	Réunion intermédiaire sur les avancées des différents groupes de travail
29/03/2019	Restitution et validation du projet de service

Groupe de travail transversal :

Missions du groupe de travail transversal :

- Garantir la mise en œuvre et la cohérence du dispositif de travail
- Définir les thématiques à travailler, l'organisation, les objectifs et résultats attendus
- Proposition sur des apports de connaissance ciblés
- Identifier les points sensibles à traiter et proposer des axes d'amélioration
- Réceptionner et valider les productions thématiques
- Transmettre les synthèses écrites au comité de pilotage

Composition et calendrier de réunions du groupe de travail transversal :

Groupe de travail transversal	
Nom - Prénom	Fonction
Gladys FULBERT	Cadre IDE
Equipe	Aides soignantes
Cathy ANGLES	Technicienne Qualité
Dates des réunions	
30/05/2018	Constitution des groupes de travail thématiques, répartition des thématiques pour chaque groupe thématique
22/06/2018	Réunion intermédiaire sur l'avancée des travaux de chaque groupe thématique
20/07/2018	Réunion intermédiaire sur l'avancée des travaux de chaque groupe thématique
05/03/2019	Restitution finale des travaux écrits

Groupes de travail thématiques

Missions des groupes de travail :

- Traiter les thèmes ciblés et réflexion sur les modes d'organisation et de fonctionnement
- Produire des écrits et les transmettre au groupe de travail transversal

3 groupes distincts ont été constitués. L'ensemble des salariés du service ont participé à un groupe de travail.

Après la restitution des écrits et la validation du projet d'établissement par le comité de pilotage, ce dernier a été présenté et validé au Conseil d'Administration de l'association le 29 mars 2019.

2. LE POSITIONNEMENT DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE

2.1 Historique de l'association

À partir des années 80, la Congrégation des Sœurs du Christ Rédempteur communément appelée Congrégation des Sœurs de RILLE a transmis progressivement la direction de ses établissements médico-sociaux à des laïcs.

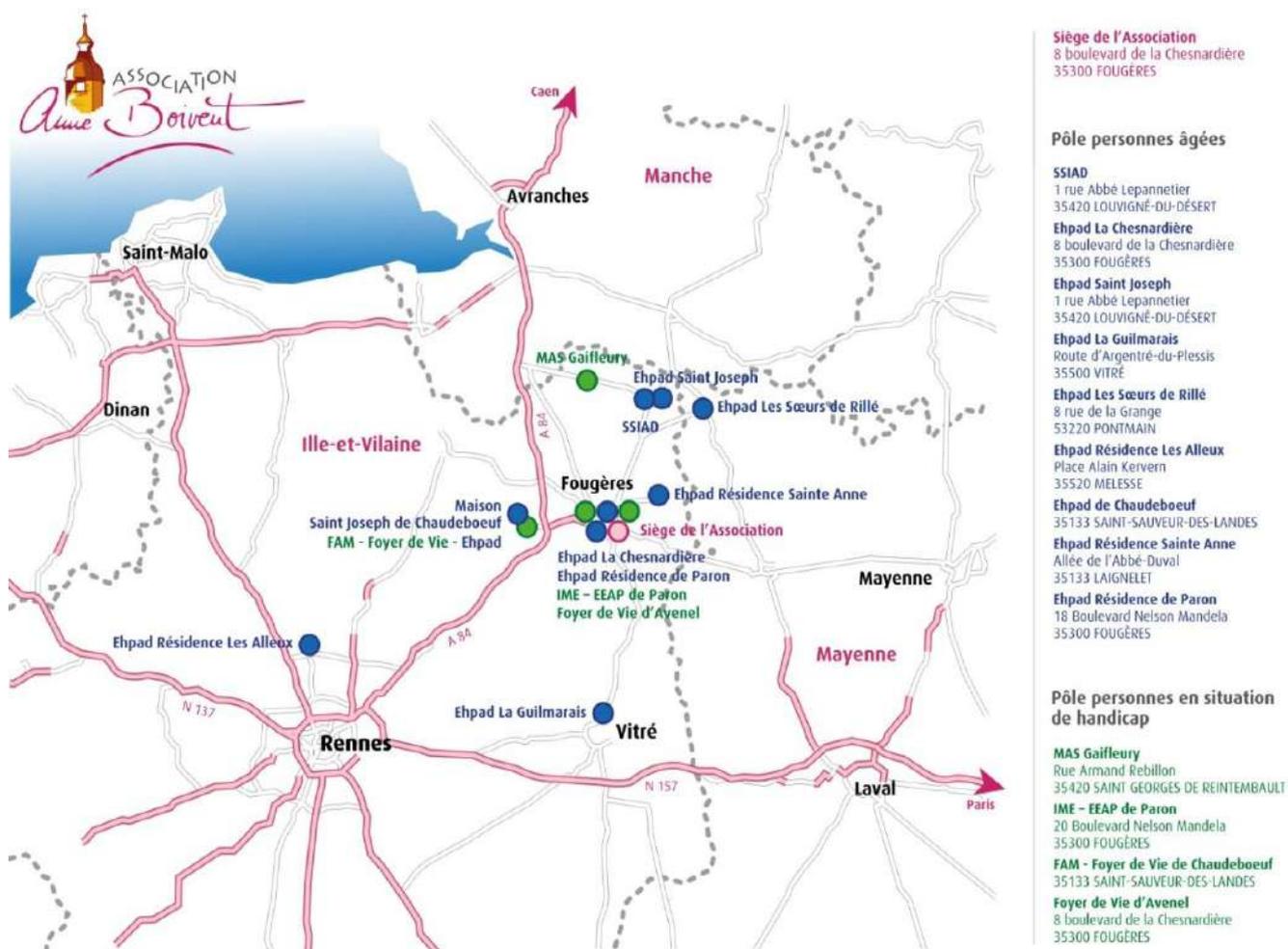
L'association Anne Boivent, association à but non lucratif, est née du regroupement de ces établissements en 1998.

Déclarée à la sous-préfecture de Fougères-Vitré sous le numéro W351000356, l'Association est reconnue d'intérêt général le 22 février 2018 par la Direction des Finances Publique de Bretagne et a l'autorisation délivrée par la Préfecture d'Ille et Vilaine le 23 mars 2018 de recevoir des libéralités.

(Notre site internet : www.anneboivent.com)

2.2 Le territoire

Les établissements et services de l'Association sont principalement implantés dans le département d'Ille et Vilaine, à l'exception d'un établissement en Mayenne. Les autorités de tarification sont donc à la fois les conseils départementaux d'Ille et Vilaine et de Mayenne, l'ARS Bretagne et l'ARS Pays de Loire.



2.3 Les valeurs associatives et ses actions

L'Association Anne Boivent accueille des enfants et des adultes en situation de handicap, des personnes âgées et plus généralement toute personne en situation de fragilité. Elle a pour but de les accompagner, de les aider à vivre, en tenant compte de leur histoire et de leur environnement.

Les collaborateurs, administrateurs et bénévoles agissent pour promouvoir et traduire en actions les valeurs de l'association :

- La primauté de la vie et l'intégrité de la personne
- Le respect de la dignité de la personne et de l'expression de sa volonté
- La prise en compte de sa fragilité
- L'écoute et l'attention à l'autre
- L'échange et l'esprit de solidarité

Ses principes d'intervention présentés dans son projet associatif écrit en 2009 et 2010 sont ainsi résumés :

- L'Association s'adapte aux évolutions et besoins de la population accueillie en actualisant ses modes d'accompagnement
- Elle met l'accent sur l'amélioration continue de la qualité du service rendu aux personnes accueillies
- L'Association développe la mutualisation et la coopération entre ses différents établissements et services et harmonise les pratiques de ses professionnels
- Elle soutient les professionnels qui réalisent l'accompagnement et les soins et notamment, met régulièrement en œuvre des formations permettant le développement de leurs compétences
- Elle s'ouvre sur son environnement : participation à la vie de la cité, ouverture des portes de l'Association aux enfants des écoles, etc.
- Elle favorise la vie spirituelle en préservant l'expression religieuse de chacun
- L'Association s'inscrit dans un travail en réseau, notamment en participant à de nouvelles réponses sociales ou médico-sociales au bénéfice des populations et en adhérant à l'URIOPSS Bretagne et Pays de Loire et au CREA

2.4 Etablissements et capacités

L'Association Anne Boivent intervient dans le champ du handicap (enfants et adultes) et des personnes âgées (en établissement et à domicile).

Au 31 décembre 2018, l'Association gère 17 établissements et service sur 10 sites.

La capacité totale est de 950 places en institution et 30 places à domicile.

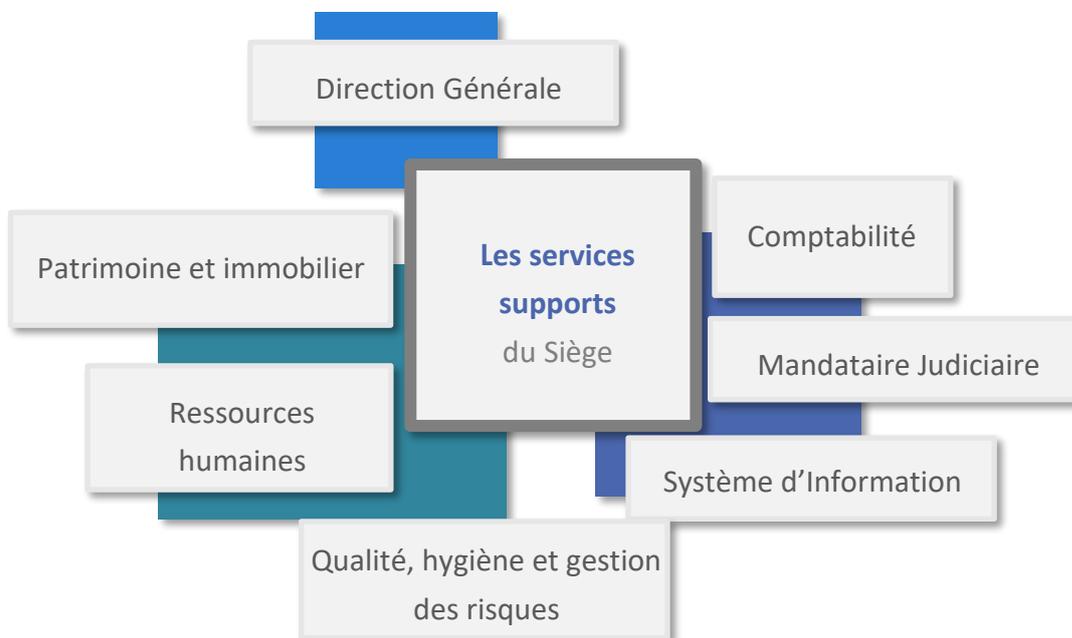
Etablissement et Finess	Adresse	Salariés	Agréments				Places
			HP	AJ	HT	AN	
Siège Social	8 Bd de la Chesnardière 35300 Fougères	31					
SSIAD de Louvigné 350008694	8 Chemin des Oiseaux 35420 Louvigné du Dst	7					30
Service Généraux	8 Bd de la Chesnardière 35300 Fougères	9					
EHPAD La Chesnardière 350006995	8 Bd de la Chesnardière 35300 Fougères	43	60		10		
EHPAD Saint Joseph 350005203	1 rue Abbé Lepannetier 35420 Louvigné du Dst	65	90	6	5	8	
EHPAD La Guilmarais 350005591	Route d'Argentré 35500 Vitré	74	100	6			
EHPAD de Pontmain 350029172	8 rue de la Grange 53220 Pontmain	47	83				
EHPAD Rés. Les Alleux 350005195	Place Alain Kervern 35520 Melesse	71	106		2		
EHPAD PA/PH Maison de Chaudeboeuf 350006409	35133 St Sauveur des Landes	71	100		2		
EHPAD de Paron 350010054	16 Bd Nelson Mandela 35300 Fougères	50	90				
EHPAD Rés. Ste Anne 350046421	Rue de l'Abbé Duval 35133 Laignelet	43	68	4			
FV de Chaudeboeuf 350039772	35133 St Sauveur des Landes	42	51				
FAM Chaudeboeuf 350039533	35133 St Sauveur des Landes	39	32				
IME de Paron 350049656	18 Bd Nelson Mandela 35300 Fougères	14	7	6	3		
EEAP de Paron 350003919	18 Bd Nelson Mandela 35300 Fougères	19	11				
MAS Gaifleury 350018750	Rue Armand Rébillon 35420 St Georges de Rlt	91	70				
Foyer de Vie d'Avenel 350047460	8 Bd de la Chesnardière 35300 Fougères	19	27		3		
Total		735			980		

2.5 Organisation du siège de l'association

2.5.1 Les missions

Par la volonté de **son Projet Associatif**, l'Association Anne Boivent a conforté sa structuration et son organisation.

Le siège est **un appui, un soutien et un conseil** aux établissements et services de l'Association dans différents domaines d'intervention.



+ NOS RÔLES

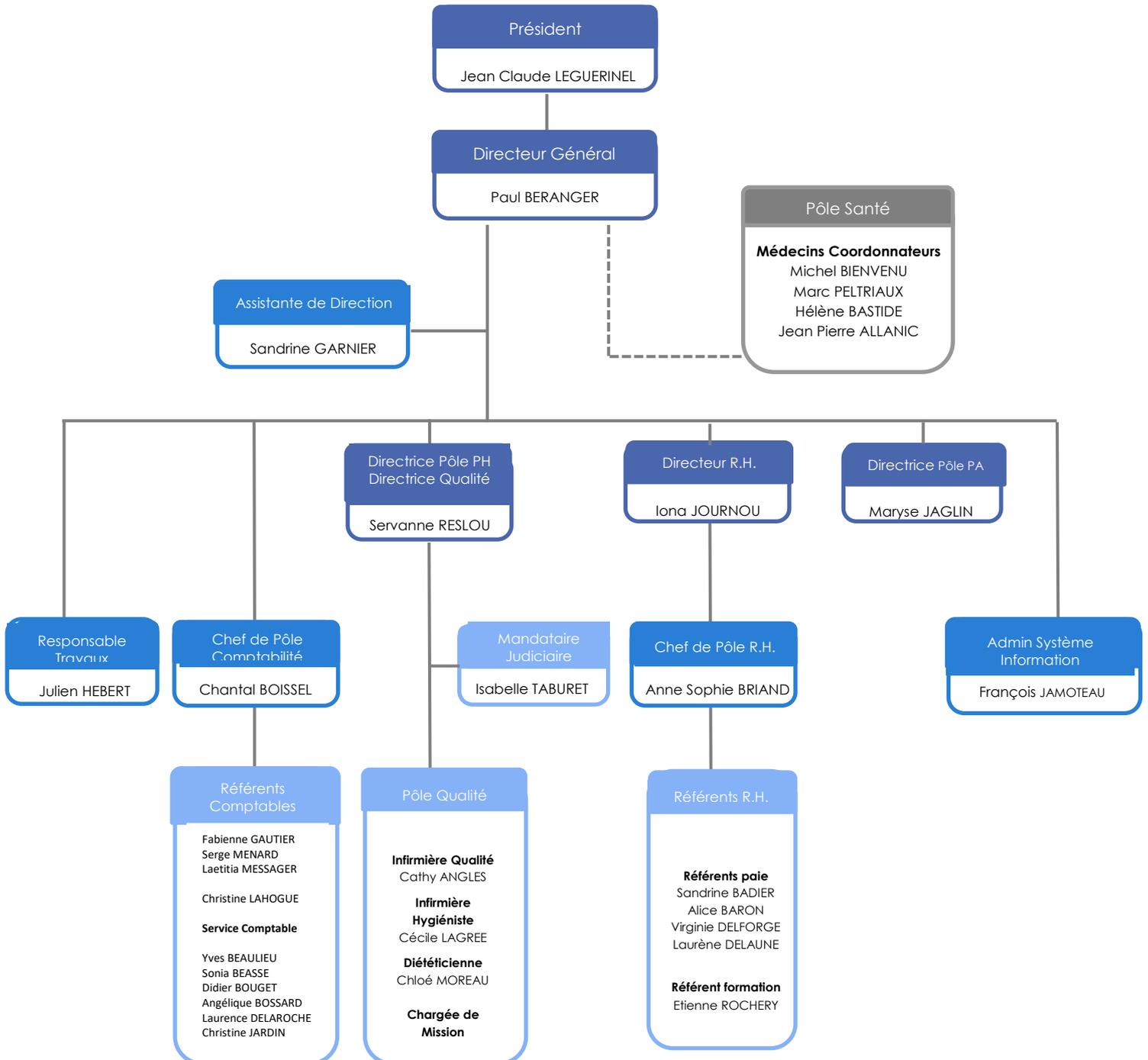
- Accompagner les responsables d'établissement pour apporter des réponses en adaptant ses établissements et en répondant aux appels à projets ou candidatures.
- Être attentif aux évolutions constantes des besoins de la population.
- Elaborer des procédures internes et contrôler leur mise en œuvre.
- Rechercher l'harmonisation des pratiques tout en veillant à conserver la spécificité de chaque structure.
- Organiser des rencontres par métier, afin de mutualiser l'expérience et partager les problématiques transversales.



2.5.2 Organigramme du siège au 01/04/2019

Le Siège de l'Association Anne Boivent regroupe les différents services supports : Finances et gestion ; Management et ressources humaines ; Qualité, hygiène et gestion des risques ; Patrimoine et immobilier ; Informatique.

Le Siège se compose également des deux directions de pôle (Personnes Âgées & Personnes Handicapées) dont dépendent les différents établissements de l'Association.



2.5.3 Les contractualisations

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (Article 58) a instauré l'obligation pour les établissements médico-sociaux de signer un **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)**. Ce nouveau mode de gestion et de financement, qui existait dans le champ du handicap, se substitue pour les EHPAD aux conventions tripartites pluriannuelles.

Il constitue un outil pour structurer l'offre sur un territoire dans une logique de parcours. C'est une source de simplification (convention AS et document unique de contractualisation au niveau associatif), un support qui facilite le dialogue et donne une certaine autonomie au gestionnaire. C'est également un levier de performance car un outil d'amélioration continue de la qualité.

L'Association Anne Boivent a signé le 12 avril 2018 un CPOM avec l'Agence Régionale de Santé (ARS Bretagne) et le Conseil Départemental d'Ille et Vilaine (CD 35) pour la période 2018-2022.

Celui-ci est décliné en 4 thématiques :

Orientation 1 : Assise Territoriale du gestionnaire :

Contribuer à la structuration d'une offre territorialisée en réponse aux besoins évolutifs des usagers.

Orientation 2 et 3 : Qualité de l'accompagnement et qualité de la prise en charge soins

Améliorer en continu la qualité de l'accompagnement des personnes

Orientation 4 : Efficience et performance

Mettre en place une organisation efficiente au service des personnes accueillies

Ces orientations se décomposent elles-mêmes en 23 objectifs faisant l'objet de :

7 fiches actions pour le champ des personnes âgées ;

8 fiches actions pour le champ du handicap ;

8 fiches actions associatives et/ou communes à ces deux secteurs.

Une fiche n°24 relative aux établissements de Chaudeboeuf complètera en 2019 le contrat initial avec pour objectif « Etablir un climat social favorisant le changement ».

3. LE POSITIONNEMENT DU SERVICE

3.1 La situation du service

3.1.1 L'historique du service

Le Maintien à Domicile, fondé par la Congrégation des Sœurs du Christ Rédempteur, a été créé en 1979 et fut l'un des premiers sur le département d'Ille et Vilaine voir le premier sur le canton de Louvigné du Désert.

Afin de répondre aux besoins des personnes âgées du secteur, une autorisation de 30 places a été accordée avec un rattachement à l'**EHPAD** de saint Joseph à Louvigné du Désert.

En 2000, le Maintien à Domicile est repris par l'Association Anne Boivent et change d'appellation Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

En 2009, le SSIAD est transféré dans des locaux indépendants proches de l'EHPAD.

En 2018, le SSIAD a réintégré les locaux de l'EHPAD St Joseph.

3.1.2 Identification

Gestionnaire	Association Anne Boivent
Siège	8 Bd de la Chesnardière à Fougères
Service	1, rue Abbe Lepannetier à Louvigné du Désert
Téléphone, mail	02.99.17.12.28 / courriel : ssiad@anneboivent.fr
N° Identification du service	FINESS : 350008694 SIRET : 434 473 294 00123
Autorisation préfectorale de création	15 juin 1979
Date d'ouverture	1er octobre 1979

3.1.3 Capacité d'accueil

Le SSIAD a un agrément pour une capacité d'accueil de 30 places.

3.1.4 L'implantation géographique, l'accessibilité

Le SSIAD se situe à Louvigné-du-Désert dans le Département de l'Ille-et-Vilaine. Cette commune rurale dispose de services et commerces de proximité.

Louvigné-du-Désert est située à 15 minutes de Fougères, et limitrophe de la Mayenne et de la Manche.

La commune de Louvigné-du-Désert est desservie par une ligne de car vers Fougères et St Hilaire du Harcouët. La proximité de l'A84 facilite les trajets vers Rennes ou vers Avranches.

Le SSIAD intervient sur 11 communes de Fougères Agglomération et dépend du territoire de santé n°5

Il couvre un rayon d'une trentaine de kilomètres.

Les communes couvertes par le SSIAD sont réparties en 4 secteurs :

- St Georges de Reintembault (Mellé, Monthault, Villamée)
- Landéan (Le Loroux, Landéan, Parigné)

- Maintenir la personne accompagnée à son domicile
- Prévenir ou retarder la perte d'autonomie de la personne prise en charge
- Eviter une hospitalisation lorsque les conditions médicales et l'entourage le permettent
- Faciliter un retour à domicile après une hospitalisation
- Préparer la personne à une entrée éventuelle en institution

En veillant à réunir un certain nombre de facteurs :

- Le libre choix de la personne prise en charge ou de sa famille : l'intervention doit être souhaitée et acceptée pleinement par le bénéficiaire des soins
- Un environnement matériel et des conditions psychologiques et sociales permettant la prise en charge
- Une pathologie pouvant être traitée à domicile et ne justifiant pas une hospitalisation
- Une place vacante au sein du service

Lors des prises en charge des usagers, le SSIAD assure :

- Des soins d'hygiène (toilette, pédiluve, capiluve) et de confort
- L'aide à l'habillage et déshabillage
- Une aide à la prise du traitement si besoin
- Des actions visant à favoriser le maintien de l'autonomie
- Des actions de prévention à l'égard des usagers mais aussi des aidants
- Une écoute et un soutien aux aidants
- Un accompagnement de fin de vie lorsqu'il s'avère nécessaire.

Les Soins techniques sont assurés par les Infirmières Libérales sur prescription médicale.

3.2 Les valeurs du service

Le service est attaché à plusieurs valeurs qui régissent ses actions :

- Le respect, la dignité de la personne
- L'attention à l'état de santé de la personne soignée et l'adaptation des soins au quotidien
- La relation et le partage entre le soignant et le patient
- L'empathie, la justice et l'équité dans les soins quels que soient l'origine, le milieu social, la religion de la personne soignée
- Le civisme (la politesse, la considération)
- Le bien-être et la sécurité du patient.

3.3 Les recommandations et textes de référence

3.3.1 Le SSIAD s'appuie sur les chartes suivantes :

- Charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante
- Charte Bienveillance Associative

3.3.2 Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l' HAS

Le service se réfère aux RBPP pour assurer des prestations de qualité :

- La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre - Juillet 2008
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé - Décembre 2008
- Les missions du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance à domicile - Septembre 2009
- L'élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service - Mai 2010
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux - Octobre 2010
- L'Evaluation Interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes - Avril 2012
- La prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement - Mai 2014
- Le soutien des aidants non professionnels - Janvier 2015
- Le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet domicile - Juin 2016
- Le repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet résidences autonomie - Janvier 2017
- L'accompagnement de la fin de vie des Personnes âgées à domicile - Novembre 2017

3.3.3 Autres recommandations utilisées par le service

Les procédures associatives sont diffusées et consultables dans les classeurs situés en salle de soin des aides soignantes et bureau du cadre infirmier. Elles sont mises à jour par la référente qualité.

Le personnel respecte les recommandations du Comité d'Hygiène (CH) transmises par l'infirmière hygiéniste de l'Association.

Au niveau associatif, un comité de Liaison en Alimentation et Nutrition va être constitué et piloté par la diététicienne de l'Association.

3.4 Le contexte réglementaire

3.4.1 Le cadre réglementaire

Les services de soins infirmiers à domicile sont des services médico-sociaux selon les tirets 6° et 7° de l'art L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ils sont soumis aux droits et aux obligations de l'ensemble des établissements et service sociaux et médico-sociaux.

Le cadre **règlementaire** est essentiellement contenu dans :

- **La loi du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale et ses décrets d'application
- **La loi du 28 décembre 2015** relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- **La circulaire budgétaire d'octobre 2003** décrit les modalités de financement et la procédure budgétaire des SSIAD. Elle décline le nouveau cadre normalisé et la procédure contradictoire
- **Le décret 2004-613 du 25 juin 2004** vient définir les 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
- **La circulaire n°2005/111 du 28 février 2005** portant sur les conditions d'autorisation et de création des SSIAD et **l'arrêté du 27 juillet 2005 relatif** au rapport d'activité des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) avec la mise en place des indicateurs médico-sociaux économiques

3.4.2 Les obligations réglementaires

Les droits des usagers ont été réaffirmés dans la loi n°2002 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale. Elle a également déclinée l'exercice de ces droits au travers des outils suivants :

- **Règlement de fonctionnement** : il a été actualisé et arrêté par le CA en mai 2016. Il indique les droits et les obligations des usagers du service, il prévoit les dispositions à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles
- **Livret d'accueil** : comporte les missions et organisation du service, la composition de l'équipe, les principales formalités administratives et de prise en charge
- **Charte des droits et libertés de la personne accueillie.**
- **Document Unique de Prise en Charge (DIPC)** : il est établi avec l'utilisateur et/ou son représentant légal dans les 15 jours qui suivent la prise en charge
- **Liste des personnes qualifiées** : en cas de contestation ou de réclamation, l'utilisateur ou sa famille peut faire appel à une personne qualifiée ; la liste des personnes qualifiées nommée par l'ARS et le CD, est remise lors de la signature du DIPC
- **Enquête de satisfaction** : est la forme de participation de l'utilisateur retenue par le service.
- **Projet de service** : il est établi pour une durée maximale de 5 ans
- **La possibilité de désigner une personne de confiance** : La loi ASV étend au secteur social et médico-social le dispositif de la personne de confiance (Art. L. 311-5-1 du CASF). La désignation d'une personne de confiance n'est pas obligatoire. C'est un droit pour chaque personne accueillie. Le service délivre l'information sur la personne de confiance avant l'admission.

Ces documents sont fournis ou élaborés dès l'admission ; le projet de service est consultable sur demande.

3.5 L'inscription du service dans l'environnement

3.5.1 Les orientations régionales et départementales

Le SSIAD s'inscrit dans les orientations politiques régionales et départementales contenues principalement dans le PRS (Plan Régional de Santé) et arrêté par le directeur général de l'Agence pour une période de 5 ans (2018-2022). Certains objectifs sont requis :

Prévenir la perte d'autonomie et éviter son aggravation :

- En soutenant les actions visant à un repérage précoce de la fragilité et des risques de perte d'autonomie
- Développer l'éducation thérapeutique et les actions de prévention par les SSIAD

Favoriser le maintien à domicile par l'offre de soins et d'accompagnement

- Organisation de la réponse aux besoins de soins des personnes âgées
- Recomposition de l'offre en SSIAD et l'optimisation de l'offre en hébergement temporaire
- Adaptation des EHPAD aux nouveaux besoins
- Evolution l'offre en EHPAD
- Renforcement le positionnement des EHPAD en appui des services d'accompagnement à domicile (SSIAD, SAAD)
- **Poursuivre** le maillage et rééquilibrage territorial des dispositifs spécialisés pour les personnes atteintes de maladie Neurodégénérative

Renforcer le soutien des aidants

- Développer l'accompagnement et la prise en compte par les services de leur place dans l'accompagnement des personnes âgées

3.5.2 L'inscription dans le réseau gérontologique et sanitaire

Le service travaille en collaboration avec différents acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire.

La plupart de ces partenariats sont formalisés par une convention :

- L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMASP)
- Les Infirmières Libérales : l'usager garde le libre choix de l'infirmière libérale. Une convention a été signée avec toutes les IDEL en 2014
- Le SSIAD de Fougères : dans le cadre du plan Alzheimer 2012-2016, création d'une équipe spécialisée Alzheimer à domicile : 2 ASG du service effectuent un accompagnement spécifique à des patients en début de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (15 séances renouvelable 1 fois par an)
- La société de télé-assistance CUSTOS qui offre une réponse aux accidents de la vie quotidienne, domestiques, aux chutes, à l'isolement et à la solitude
- Les écoles d'Infirmières de Fougères, Avranches et Laval : le SSIAD accueille des stagiaires (aides-soignants et infirmiers première année)
- Les instituts de formation des Cadres Infirmiers

- Les lycées, AREP, GRETA : stage d'observation en milieu professionnel de lycéens ou de personnes en formation préparatoire
- Les quatre pharmacies du secteur d'intervention du SSIAD et un prestataire de matériel Médical
- L'HAD 35 qui permet une prise en charge continue du patient à domicile que ce soit lors d'une prise de relai ou d'intervention conjointe

D'autres partenariats restent à formaliser ainsi que les axes d'amélioration inscrits dans le PS 2013.

- Les médecins et professionnels paramédicaux : coordination autour de la personne soignée
- Les organismes de Tutelles et Tuteurs
- Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) : participation à des réunions concernant l'aide aux aidants non professionnels, autres participations ponctuelles (logement, bistrot mémoire...), intervention de psychologue salarié du CLIC auprès des usagers en cas de besoin
- hôpital de Fougères, d'Antrain et Saint James lors d'une hospitalisation d'un patient ou pour organiser une nouvelle entrée
- L'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) : coordination des soins au quotidien, réflexion sur le travail en commun
- Le Centre Départemental d'Action Sociale (CDAS) : coordination des soins au quotidien

Le SSIAD adhère à L'Union Nationale de l'Aide à Domicile UNA depuis 2017.

Depuis avril 2018 le SSIAD travaille en collaboration avec le dispositif MAIA pour la gestion des situations complexes à domicile. Le cadre infirmier fait appel à la gestionnaire de cas de la MAIA qui va mettre en place toutes les ressources nécessaires au maintien à domicile et assurer un suivi de la personne à son domicile.

3.6 La population accueillie

3.6.1 Origine et attente

Les usagers du SSIAD sont issus du secteur d'intervention du service et sont tous du département d'Ille et Vilaine.

Les motifs d'entrée dans le service sont divers : retour d'hospitalisation, perte d'autonomie, retour EHPAD, soutien aux aidants, prise en charge ponctuelle, etc.

Au 22/12/2018 La liste d'attente est de 12 personnes.

Les dossiers en attente concernent :

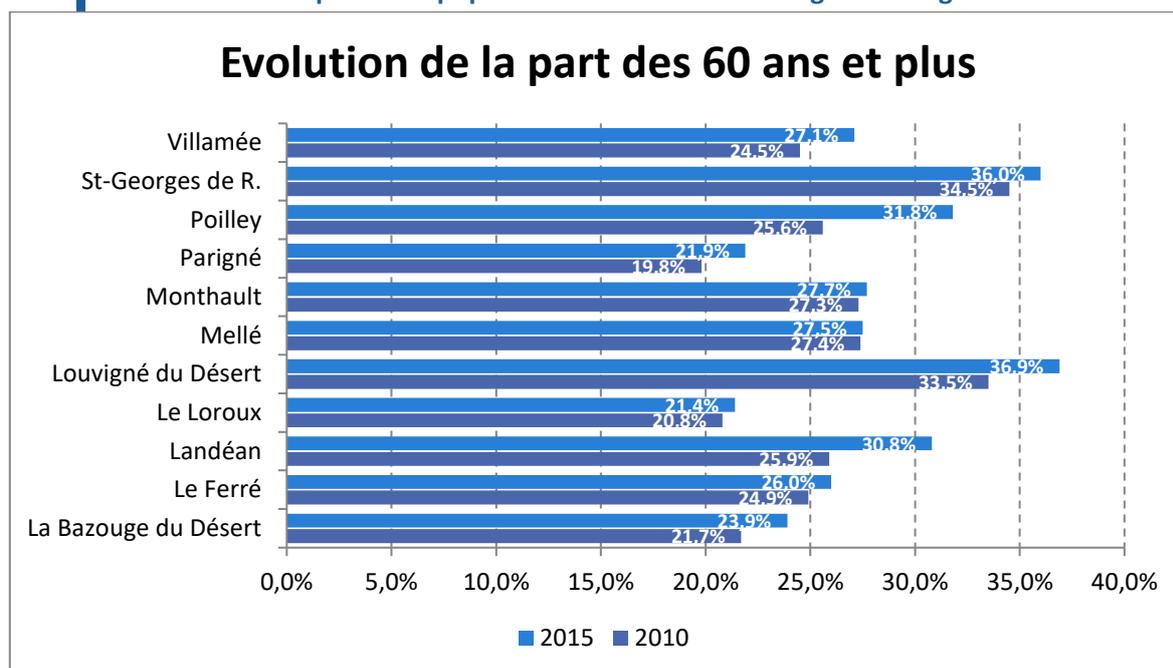
- 5 personnes en GIR 2
- 4 personnes en GIR 3
- 3 personnes en GIR 4

Les personnes en attente souffrent des pathologies suivantes : Accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, pathologies respiratoires, cardiaques, sclérose latérale amyotrophique, cancer.

3.6.2 Les Départements et communes d'origine des personnes au 1^{er} janvier 2018

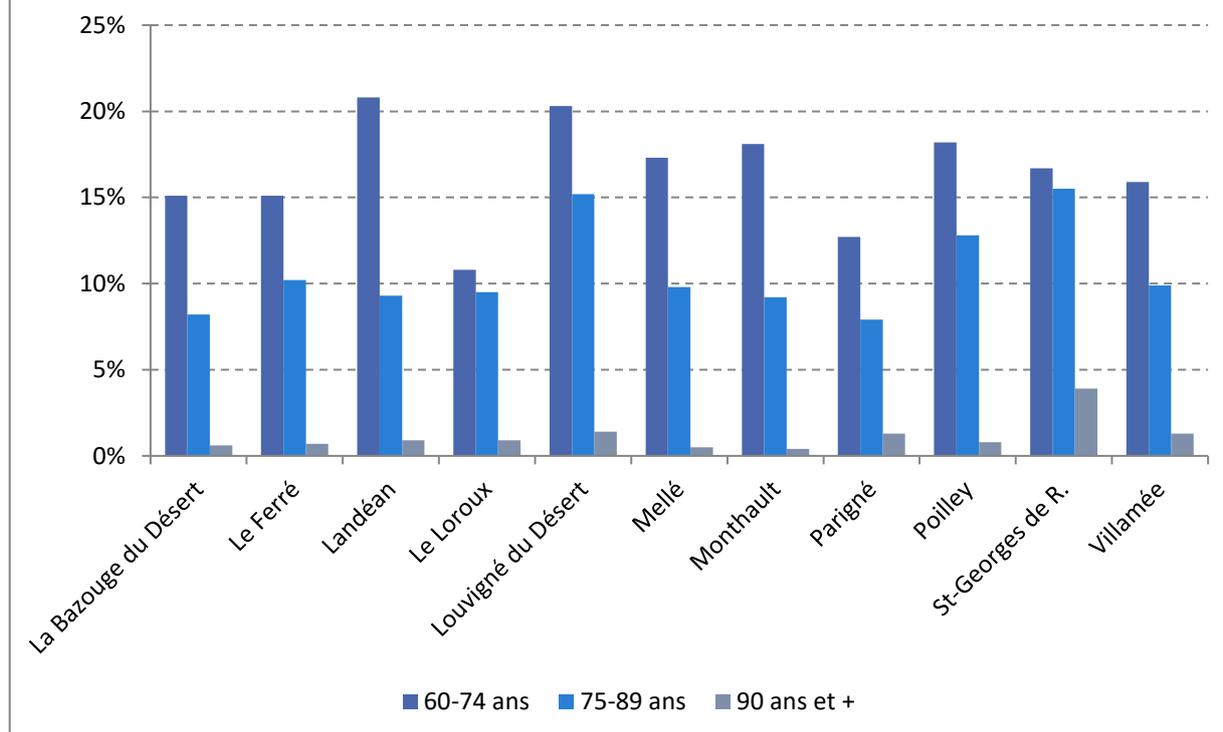
Communes	St Georges De Rlt	Monthault	Louvigné Du Désert	Mellé	Poilly	Le Ferré	Villamée	Parigné	Landéan	Bazouge du désert	Le Loroux
Personnes prises en charge	2	2	10	1	1	2	2	2	1	2	1

3.6.3 Caractéristiques de la population du canton de Louvigné et Fougères Nord



La population des plus de 60 ans se retrouve sur l'ensemble des communes. La population vieillit donc et parfois de façon significative pour Louvigné du Désert, Landéan et Saint Georges de Reintembault

Population du territoire d'intervention du SSIAD (2015)



Sur le périmètre d'intervention du SSIAD en 2015 : on peut noter que la population est en légère augmentation.

- La population âgée de 60-74 ans est importante ce qui laisse présager dans les années futures une augmentation des prises en charge
- La population âgée de plus de 75-89 ans est moins importante
- La population âgée de plus de 90 ans et plus est minime

3.6.4 Caractéristiques de la population du SSIAD

Moyenne âge Hommes/femmes	2014	2015	2016	2017	2018
Hommes	81,92	81,29	81,82	81,21	81,13
Femmes	83,59	84,55	83,43	86,40	86,90

La moyenne d'âge pour les hommes pris en charge par le SSIAD est constante alors même que celle des femmes est en très nette progression. Ce phénomène est en adéquation avec l'augmentation de l'espérance de vie.

La prise en charge des pathologies dégénératives (Alzheimer et troubles apparentés) est en progression.

Répartition des GIR et GMP : 732 pour l'année 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
GIR 1	2	1	1	1	0
GIR 2	16	14	18	20	23
GIR 3	14	13	12	13	18
GIR 4	14	8	8	5	3
GMP	664,35	686,11	676,10	730,26	732

Le GMP du service montre une augmentation des usagers en GIR 2 et 3

La prise en charge des usagers en GIR 4 est en diminution constante depuis 2015.

En 2018, les pathologies rencontrées au sein du service sont les suivantes :

Insuffisance cardiaque/ Pulmonaire BPCO	Diabète	Cancer	Sclérose Latérale Amyotrophique	Maladie de parkinson	Maladies Alzheimer Troubles apparentés	Cécité/ Surdité	Fin de vie
6	5	4	3	2	8	2	4

Les patients atteints de maladies neurodégénératives représentent 1/3 des prises en charge et demandent un accompagnement spécifique.

4. LE PROJET DE VIE

4.1 Bilan du projet de vie

Au regard des objectifs du projet de service de 2013

Au 31/12/2018, tous les usagers ont un Projet d'accompagnement personnalisé, suivi et actualisé chaque année. La famille est invitée à participer à son élaboration et actualisation. La réactualisation annuelle fait l'objet d'un avenant au Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) (voir procédure ACC-03-N°3).

4.2 L'admission et l'accueil

Une demande d'admission peut émaner d'un centre hospitalier, d'un médecin traitant, d'une assistante sociale ou de l'entourage de la personne.

Une prescription médicale est obligatoire pour toute demande d'admission.

Celle-ci est réalisée conformément aux procédures existantes dans le service.

Les critères d'admission sont l'âge, le secteur d'intervention, toute situation pouvant être gérée à domicile. Le caractère d'urgence et la pathologie sont pris en compte.

Suite à une demande d'admission, le cadre infirmier se déplace au domicile de la personne pour évaluer l'adéquation de ses besoins avec les prestations du service.

Lors de cette visite, il :

- Recherche le consentement de la personne
- Présente le service à l'utilisateur et/ou l'entourage : le personnel, les missions...
- Remet et explique le livret d'accueil et ses annexes (charte des droits et liberté de la personne accueillie, règlement de fonctionnement)
- Informe sur la possibilité de désigner une personne de confiance
- Donne une information sur les directives anticipées
- Recueille les habitudes de vie de la personne et les renseignements administratifs
- Laisse une liste de matériel nécessaire à la prise en charge

Un compte rendu de l'évaluation est réalisé à partir du logiciel soins pour informer les professionnels.

Le DIPC est établi et signé dans la quinzaine qui suit le début de la prise en charge.

Le dossier de l'utilisateur, informatique et papier, est créé suivant la procédure associative : gestion du dossier de l'utilisateur.

A chaque prise en charge un dossier est laissé chez l'utilisateur.

Il contient :

- Un cahier de liaison disponible pour la famille et /ou les autres intervenants
- Des renseignements administratifs :
 - ✓ date et lieu de naissance de la personne
 - ✓ Noms et coordonnées des aidants, de la famille
 - ✓ Noms et coordonnées des intervenants : médecin, IDE, pharmacie, SSIAD, ADMR, etc.
- Le diagramme de soin : Il est actualisé par les aides soignantes sur le logiciel de soins à chaque changement d'état du patient entraînant des modifications dans sa prise en soins. Les soins réalisés sont tracés sur le plan de soins informatisé
- Le plan de soins avec le contenu de l'intervention et les horaires est signé par l'utilisateur et le cadre infirmier
- La photocopie de l'ordonnance médicale

La première intervention chez la personne soignée :

Elle est toujours réalisée par le cadre infirmier responsable du service. Les horaires de passage sont définis avec l'usager en fonction de ses attentes et des possibilités du service, ainsi que les modalités de la prise en charge (Besoin d'une Aide à domicile, parent, etc.).

Lors de ses premiers passages, l'équipe soignante procède à une phase d'observation afin d'évaluer les capacités et l'autonomie de la personne. Le plan de soins est réajusté si besoin pour réaliser un accompagnement favorisant le maintien ou le développement de l'autonomie.

La satisfaction de l'usager est recueillie après un mois de prise en charge.

La prise en charge et les prolongations de soins se font uniquement sur prescription médicale.

La première prise en charge est de 30 jours, elle est ensuite renouvelée tous les 90 jours par le médecin.

4.3 La participation des familles et le soutien aux aidants

L'aidant à domicile est fréquemment sollicité par la personne soignée surtout si l'aidant est le conjoint. Les aides-soignants ont aussi parfois besoin d'aide pour la mobilisation du patient. En cas de participation aux soins d'un membre de la famille, celle-ci est intégrée au plan de soins.

Les professionnels sont à l'écoute constante des aidants et favorisent leur expression.

Si besoin, un temps de dialogue est organisé entre le cadre infirmier, les aides-soignants et la personne accueillie pour répondre à différentes questions. Les familles qui ressentent des difficultés par rapport aux services sont systématiquement orientées par les aides soignantes vers le cadre infirmier.

Les aides-soignants prodiguent des conseils de prévention adaptés aux aidants pour faciliter la prise en charge de la personne soignée : hygiène, nutrition, utilisation du matériel, hydratation, etc.

Ils portent une attention particulière à la fatigabilité et au risque d'épuisement de l'aidant. Une évaluation de la charge de travail de l'aidant avec l'échelle de Zarit peut être réalisée en cas de difficultés.

Le service peut proposer alors des solutions de répit existantes sur le secteur : ADMR, portage des repas, hébergement temporaire, accueil de nuit, accueil de jour, CLIC. Celui-ci organise des rencontres des aidants. Elles se déroulent au sein de l'Ehpad de Louvigné du Désert, qui accueille le temps de la réunion les personnes soignées.

Les aides-soignants sont aussi sensibilisés au risque de la perte d'autonomie de l'aidant. Une évaluation de ce risque peut être réalisée si besoin avec la grille de l'ANESM/HAS : outil de repérage de perte d'autonomie ou de son aggravation. Des solutions d'accompagnement sont alors proposées. En outre les aides-soignants sensibilisent constamment les aidants au fait de prendre soin aussi de leur santé.

4.4 Le projet personnalisé d'accompagnement

Au SSIAD, le projet de vie est nommé projet d'accompagnement personnalisé.

4.4.1 Le recueil et observation des besoins et habitudes

Le recueil des habitudes de vie, l'évaluation des besoins de l'utilisateur, débutent dès la visite d'évaluation de la prise en charge par le Cadre Infirmier.

Un plan de soins est alors créé dans l'attente de l'élaboration du PAP.

Un aide-soignant est nommé référent de l'utilisateur lors de son admission dans le service. Il finalise le recueil des souhaits et attentes de l'utilisateur et /ou de l'aidant.

Ce recueil est complété par l'observation des professionnelles au quotidien lors des prises en charge de l'utilisateur.

Si ce dernier souffre de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, les Assistants de Soins en Gérontologie du service encadrent les autres aides-soignants sur la prise en charge.

4.4.2 L'élaboration et l'évaluation du projet avec l'utilisateur et la famille

Chaque aide soignant est référent de cinq personnes soignées.

A partir des différentes observations et du recueil de données, un PAP est élaboré pour chaque usager par l'équipe soignante dans les 6 mois qui suivent l'admission.

Le PAP permet de définir des objectifs personnalisés de prise en charge afin de mettre en place les prestations adaptées.

Les attentes de l'aidant et sa participation aux soins, si celle-ci est nécessaire, sont pris en compte.

Le PAP est ensuite présenté à l'utilisateur et/ou l'aidant. Les objectifs sont discutés, redéfinis si besoin, puis validés. Le PAP est signé par l'utilisateur, le cadre infirmier et le référent. Un exemplaire du document est laissé au domicile et un exemplaire conservé dans son dossier administratif au SSIAD.

Un avenant est alors élaboré, signé et annexé au document individuel de prise en charge.

Un premier suivi des objectifs a lieu au bout de 3 mois après la finalisation du PAP, une évaluation a lieu ensuite tous les ans et plus si nécessaire en cas de changement de l'état de l'utilisateur.

La réévaluation des objectifs est réalisée avec celui-ci et /ou la famille et entraîne la signature d'un nouvel avenant au DIPC.

La planification des réactualisations des PAP est organisée par l'aide-soignant référent.

Les intervenants extérieurs ne participent pas actuellement à l'élaboration du PAP mais sont informés de leur réalisation et peuvent les consulter au domicile.

4.4.3 Coordination et travail pluridisciplinaire autour de l'utilisateur

Lors de l'entrée d'un nouvel usager dans le service, les différents intervenants sont prévenus de l'intervention du SSIAD par courrier ou appel téléphonique afin de coordonner les horaires d'interventions. Le cadre infirmier organise la prise en charge de l'utilisateur, le travail des aides-

soignants, planifie les tournées. S'il est nécessaire d'intervenir à deux chez le patient, il est fait appel à l'ADMR.

Un cahier de liaison est mis en place au domicile à destination des intervenants et/ou de la famille.

Le diagramme de soins assurant la traçabilité de ces derniers est laissé au domicile et permet une continuité dans la prise en charge.

Des transmissions écrites et orales sont réalisées tous les jours en fin de matinée sur le logiciel. Les plans de soins sont mis à jour à chaque changement dans la prise en soins.

La réunion mensuelle entre les aides-soignants et le Cadre infirmier permet :

- d'échanger sur des problèmes d'organisation éventuels ou des problématiques liées à la prise en charge et la réajuster si besoin
- de réévaluer un PAP
- de présenter un futur usager, hormis les entrées en urgence. Dans ce cas, l'utilisateur est présenté aux aides-soignants par le cadre infirmier lors des transmissions

Lors des prises en charge, les aides-soignants ont des contacts réguliers avec le médecin traitant, le kinésithérapeute, la pédicure, les infirmières libérales.

En cas de difficultés rencontrées lors de la PEC, une rencontre est organisée avec l'utilisateur et/ou l'aidant, le cadre infirmier et les intervenants concernés.

Le cadre infirmier participe régulièrement à des réunions de coordination avec l'ADMR, le CDAS (assistante sociale, infirmière CD35 APA).

4.4.4 Le départ provisoire ou définitif de l'utilisateur

Les modalités d'organisation de fin de prise en charge sont définies dans la procédure ACC-06-N°1 « fin de prise en charge définitive ou temporaire ».

Le départ provisoire peut être envisagé par l'aidant et/ou l'utilisateur pour une solution de répit (accueil de jour, de nuit et temporaire). Mais cela peut être aussi pour des vacances dans la famille, un voyage, une hospitalisation. La place de l'utilisateur est alors conservée au sein du service pendant toute son absence. Celle-ci, selon sa durée, peut entraîner un coût financier non négligeable pour le service.

Le départ définitif : il peut être à l'initiative du SSIAD, de l'utilisateur ou d'un commun accord, pour les motifs suivants :

- en cas d'autonomie retrouvée : relai à un autre service car l'utilisateur ne relève plus du service (GIR 5 et 6) : dans ce cas, le cadre infirmier fait les démarches nécessaires.
- déménagement hors secteur
- entrée en institution.

Dans tous les cas, le service doit être informé au moins 8 jours avant la date souhaitée d'interruption de la prise en charge.

A l'initiative du SSIAD

- lorsque les conditions minimales d'hygiène et de sécurité ne sont pas remplies et que les prestations établies dans le cadre du DIPC ne peuvent être réalisées.
- non respect du DIPC, du règlement de fonctionnement.

L'interruption ne peut être prononcée qu'après consultation du médecin traitant et organisation de solutions alternatives en lien avec l'entourage de la personne.

En cas de décès.

- Le bilan de sortie de l'usager dans ce cas n'est pas formalisé.

4.5 Une culture de bientraitance et une prévention des risques de maltraitance

4.5.1 Une culture de bientraitance

L'association Anne Boivent s'est pleinement engagée dans une démarche de bientraitance.

La charte de bientraitance élaborée par la commission bientraitance associative et approuvée par l'assemblée générale du 11 mai 2016 met l'accent sur le respect de la personne accompagnée et la nécessité d'avoir une attitude professionnelle et humaine.

Cette charte a été expliquée et distribuée à chaque professionnel. Un exemplaire est affiché dans le bureau du service.

L'association a pour but de maintenir la bientraitance au cœur de nos valeurs et de nos pratiques avec pour objectif de :

- Sensibiliser les salariés à la bientraitance
- Développer les analyses de pratiques
- Analyser et suivre les maltraitances

Une référente bientraitance est nommée au niveau du service.

4.5.2 Une prévention des risques de maltraitance

La définition de la maltraitance retenue par l'HAS est celle du conseil de l'Europe de 1987 :

Une violence se caractérisant « par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

Les actions de prévention de la maltraitance sont pratiquées à tous les niveaux d'organisation du service (usager, professionnel, cadre, et orientation éthique de l'association) en mettant l'accent sur :

La place de l'utilisateur par :

- Une présence attentive des professionnelles par une dimension humaine et chaleureuse
- Une approche personnalisante avec un projet individualisé pour chaque usager
- Une capacité de repérage du mal être de l'utilisateur et/ ou de l'aidant
- Un recueil de l'avis de l'utilisateur et/ou de sa famille pour mesurer la satisfaction

Il nous paraît important de mettre en place un outil de détection de la maltraitance.

Le soutien aux professionnels :

Les valeurs du service sont portées au quotidien par l'équipe de professionnels. Elles sont régulièrement discutées au cours des transmissions et des réunions, et mises en lien avec les pratiques professionnelles qui doivent être adaptées à l'accompagnement d'une personne.

La sensibilisation du personnel est constante. Toute l'équipe a suivi une formation Bientraitance en 2014 puis en 2018. La formation continue du personnel concourt à la prévention de la maltraitance. Il s'agit d'anticiper les situations de maltraitance et d'éviter des savoirs faire inadaptés.

La formalisation des protocoles et procédures contribuent à diffuser les bonnes pratiques auprès des professionnelles et par là même à prévenir la maltraitance.

Le référent bientraitance participe aux formations proposées par l'association. L'objectif principal est de promouvoir la bientraitance au sein du service afin de garantir le bien-être de l'utilisateur, en sensibilisant, avec bienveillance, les professionnels à la démarche. Des thèmes précis sont abordés comme « bientraitance et soins d'hygiène », sensibilisation à la prise en charge de la douleur, etc.

4.5.3 La situation au SSIAD

Dans leur pratique quotidienne les aides- soignants s'attachent à respecter les souhaits et droits des usagers. Notamment :

- en respectant le refus de soins mais en expliquant les conséquences que peuvent entraîner ce refus
- En respectant les horaires d'intervention
- En recherchant l'accord de l'utilisateur pour la réalisation des soins
- En informant l'utilisateur et ses proches de changements éventuels dans la prise en soins ou l'organisation du service

En cas de difficultés rencontrées avec la personne soignée ou sa famille, ou en cas de plainte, un temps d'échange est programmé, afin de trouver des solutions aux problèmes. Si besoin le médecin et/ou les intervenants extérieurs peuvent être conviés.

Au sein du service le signalement de cas de maltraitance est formalisé par la fiche d'évènement indésirable puis un signalement à l'ARS.

L'épuisement de l'aidant peut également entraîner un risque de maltraitance. Si un risque de maltraitance est identifié par les professionnelles, un signalement est fait par l'IDEC auprès de l'assistante sociale du secteur gérontologie de la famille et du médecin traitant. Elle peut faire aussi faire appel à la MAIA.

5.1 Bilan du projet de soin au regard du projet de service 2013

Un des axes d'amélioration du projet de soins de 2013 était la transcription du suivi des soins journaliers dans le logiciel de soin. A ce jour tous les usagers ont un plan de soins informatisé. Il est réactualisé autant que besoin par les aides-soignants. La validation des actes effectués est réalisée chaque jour au retour des tournées.

Un changement de logiciel de soins a été réalisé fin 2018.

5.2 La prévention et gestion des risques liés à la santé

Risque de dénutrition :

L'équipe soignante a été formée par la diététicienne de l'association au dépistage de la dénutrition et le protocole « prévention de la dénutrition » est appliqué.

L'usager est pesé à l'entrée dans le service puis une fois par mois et après une hospitalisation. Pour évaluer l'état nutritionnel, un test MNA est réalisé par l'aide-soignante à l'entrée de la personne. Si besoin, le médecin traitant est prévenu pour évaluer la nécessité d'une alimentation enrichie. Une fiche de surveillance de prises alimentaires et un suivi plus régulier du poids peuvent être mis en place.

La diététicienne est présente 2 heures 30 par mois et assure une permanence téléphonique. Elle répond aux besoins des usagers ou de leur famille.

Chaque mois, elle édite la « Gazette de la Diét » avec une recette et des conseils alimentaires, diffusée ensuite à tous les usagers.

Risque de déshydratation :

Une fiche d'information « Prévention de la déshydratation » est remise et expliquée aux usagers, leur entourage et les autres intervenants. A chaque passage, les aides-soignants encouragent les personnes à s'hydrater. Si nécessaire, une fiche de surveillance de l'hydratation pour les patients à risque peut être mise en place.

Une vigilance accrue est apportée en période estivale.

Une Inscription des personnes isolées peut être faite en mairie avec l'accord de l'usager.

Risque de constipation :

Les Aides-soignants utilisent le protocole « surveillance du transit », et une conduite à tenir regroupant des conseils alimentaires est distribuée aux familles.

Risque de chute :

Le service a élaboré une procédure de prévention des chutes.

Des conseils de prévention sont donnés aux familles notamment sur l'aménagement de l'environnement, le port de chaussures adaptées, le port des lunettes, sur la vigilance lors de l'utilisation du matériel d'aide à la mobilisation.

En cas de chute, une fiche d'évènement indésirable est remplie. La chute est notée dans le dossier de soins informatisé et sur le cahier de liaison au domicile.

Certains patients isolés sont équipés d'un système de télé-alarme qui en cas de chute permet de prévenir les personnes désignées pour leur porter secours.

Actuellement le service n'utilise pas de feuille de déclaration chute. Elle pourrait permettre une meilleure analyse. La déclaration de chute va être facilitée sur le nouveau logiciel de soins.

Risque d'escarres :

L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique et liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses.

Une évaluation du risque d'escarre est réalisée au début de la prise en charge à l'aide de l'Echelle de Norton afin de mettre en place des actions de prévention adaptées :

- Matériel : matelas, talonnettes, coussins de décharge
- Conseils alimentaires, le médecin est informé pour une évaluation de la nécessité d'une alimentation enrichie
- Prévention à chaque intervention : effleurage

Un suivi annuel du nombre d'escarres est réalisé.

Risque de perte d'autonomie et outils de repérage :

Les risques de perte d'autonomie sont identifiés par les professionnels et le dépistage des risques cités précédemment concourent à prévenir la perte d'autonomie. L'utilisation d'outils spécifiques (fiches repères de l'ANESM) permettrait d'objectiver le repérage de ces risques. Actuellement l'utilisation des grilles d'évaluation n'est pas formalisée ni systématique.

Risque de Souffrance psychologique

L'équipe porte une attention à l'état psychologique (tristesse, renfermement sur lui-même ; etc.) de l'usager mais aussi à d'autres signes comme une diminution de l'appétit, perte de poids, agressivité, etc. Elle alerte si besoin le cadre infirmier qui en informe le médecin traitant.

Elle peut aussi prendre contact avec la psychologue du CLIC pour un accompagnement de l'usager sur 3 séances (gratuitement) avec l'accord de celui ci et/ou de l'entourage.

L'accompagnement avec la psychologue peut être aussi proposé lors d'un décès ou maladie d'un proche.

Repérage des troubles sensoriels :

Au quotidien, les aides-soignants réalisent le nettoyage des lunettes, interrogent les usagers sur l'entretien des appareils auditifs, (le nettoyage et changement des piles).

D'une manière générale, elles conseillent l'usager ou sa famille sur l'importance d'un suivi ophtalmique et auditif.

Prise en charge de la douleur

Les professionnels ont été formés à la prévention et à la prise en charge de la douleur. Une évaluation de la douleur est réalisée lors de l'entrée du service à l'aide de l'échelle EVA ou Doloplus.

Lorsqu'un patient se plaint de douleurs ou semble douloureux, une évaluation est à nouveau réalisée. Le résultat est noté dans le dossier du patient, et sur prescription médicale, un

traitement antalgique est mis en place. Une évaluation sur 3 jours est réalisée pour réévaluer l'efficacité de celui-ci. Le médecin est prévenu si besoin.

5.3 Maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés

En 2014, dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012 une équipe spécialisée Alzheimer à domicile a été constituée. Deux aides-soignants ont suivi la formation d'Assistant de Soins en Gériatrie en partenariat avec le SSIAD de Fougères. Après à une consultation mémoire et une prescription médicale, ils interviennent, sous la responsabilité d'un ergothérapeute du SSIAD de Fougères auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés vivant à domicile. L'ergothérapeute effectue la première séance afin de déterminer la prise en charge. A raison d'une heure par semaine, pendant 13 séances, ils accompagnent la personne dans le but de préserver son autonomie. Ses séances peuvent être renouvelées tous les ans. Les différentes activités proposées sont : jeux ou exercices afin de stimuler la mémoire, atelier cuisine, promenade, relaxation, gymnastique douce. Un travail est réalisé sur le maintien des repères : mise en place d'agendas, calendriers, etc. Lors de la dernière séance un bilan est réalisé avec l'ergothérapeute.

Les ASG du SSIAD de Louvigné du Désert, du SSIAD de Fougères et celui de St Brice se réunissent avec l'ergothérapeute deux fois par mois et des réunions d'analyse de pratiques ont lieu 2 fois par an avec une psychologue. Un bilan des interventions de l'année est réalisé par l'ergothérapeute avec les cadres des trois services.

Les personnes prises en charge par ce dispositif ne sont pas obligatoirement des patients du SSIAD de Louvigné du Désert.

Actuellement le SSIAD prend en charge 8 personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. Les ASG accompagnent les aides-soignants dans la prise en charge de ces personnes. ils leur transmettent des bonnes pratiques, des conseils adaptés sur la prise en charge.

5.4 L'accompagnement de fin de vie

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe pluridisciplinaire. Ils visent à soulager la douleur physique et psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. (Loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs).

Lors de l'entrée d'une personne dans le service, une information sur la personne de confiance et les directives anticipées est effectuée auprès du patient et de son entourage.

Le SSIAD fait appel si besoin à l'équipe mobile des soins palliatifs du CH de Fougères Vitré et à l'HAD 35.

Le confort est recherché par :

- L'évaluation de la douleur physique et psychique
- Les soins de confort (soins de bouche, changements de position et recherche de meilleure position, toucher massage, adaptation au rythme du patient) et de soutien à l'entourage
- La réflexion en équipe sur la prise en soins

Le service s'attache à respecter les souhaits de fin de vie de l'utilisateur et/ou de la famille. Ces derniers ne sont pas systématiquement recueillis à l'entrée du service mais plutôt évoqués lors de la prise en charge. Un accompagnement psychologique peut être mis en place pour le patient ou les proches avec la psychologue du CLIC ou de l'EMASP.

Les professionnels ont reçu une formation en 2012. Ils connaissent la charte des soins palliatifs. Un protocole « conduite à tenir en cas de décès » est élaboré. Il n'existe pas actuellement d'analyses de pratiques au SSIAD.

5.5 Prise en charge médicamenteuse

A domicile, divers cas de figures sont possibles : soit la personne ou l'entourage gèrent eux même le traitement ; soit cette gestion est assurée par le SSIAD. Lors de l'admission dans le service, il est demandé au patient et/ou à l'aidant de choisir les modalités de la prise en charge médicamenteuse. Dans le cas de celle-ci par le service, la préparation des traitements est réalisée par un pharmacien d'officine dans un semainier ou sous forme d'escargot. Une convention a été signée avec les 4 pharmacies du secteur d'intervention du SSIAD : l'utilisateur peut donc conserver le choix de sa pharmacie. Il signe pour cela l'autorisation pour « la préparation des doses à administrer » par le pharmacien de son choix.

La livraison du semainier au domicile de l'utilisateur est assurée par les aides-soignantes qui se chargent ensuite de l'administration dans le cadre de la circulaire N°99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments. "Il apparaît ainsi que la prise de médicaments dûment prescrits à des personnes empêchées temporairement ou durablement d'accomplir ce geste, peut être dans ce cas assurée, non seulement par l'infirmier, mais par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante, suffisamment informée des doses prescrites aux patients concernés, et du moment de leur prise".

A la prise en charge d'un nouveau patient, un formulaire de demande de renseignements est adressé au médecin traitant. Dans ce document est formalisée la gestion de la distribution des médicaments par les professionnels du service.

Lors de l'administration, l'aide soignante s'assure de la prise effective des médicaments par le patient. Les « non-prises » ou refus de médicaments sont notés sur le cahier de liaison et sur les transmissions dans le dossier du patient. Le médecin traitant est prévenu.

Une procédure « circuit du médicament » a été élaborée en 2016

5.6 L'organisation des soins

5.6.1 L'accès aux soins, continuité des soins et urgence médicale

Le service fonctionne 365 jours/an de 7h45 à 19h45.

En cas d'urgence l'utilisateur fait appel à son médecin traitant ou à défaut au 15.

L'urgence médicale est gérée par l'AS pendant sa présence, l'équipe est formée et sensibilisée aux signes d'urgence vitale (AVC, Infarctus, phlébites, hémorragies, etc.), prise des constantes

(pouls, T°). Une mallette avec du matériel (sur-blouse, cupule, sérum physiologique, etc.), un classeur avec les conduites à tenir en cas d'urgence sont à disposition de chaque aide soignante. Les professionnelles ont suivi une formation aux gestes d'urgence avec un recyclage tous les 2 ans.

En cas d'hospitalisation une fiche de liaison ville/hôpital se trouve dans le dossier de soins chez l'utilisateur avec tous les renseignements administratifs nécessaires.

Si besoin, les infirmiers libéraux assurent la continuité des soins. Ces derniers sont inscrits sur le diagramme chez le patient et enregistrés par le cadre infirmier du service.

Le service propose une assistance télé-alarme, une partie est prise financée par l'APA. La constitution du dossier, la pose et les dépannages sont assurés par le service.

5.6.2 Le dossier de l'utilisateur

Il est gage de **sécurité**, de **qualité**, de **continuité** et de **permanence des soins**.

Le dossier du patient est composé de 3 parties : administratif, soins et accompagnement. Il existe en format papier et informatique.

Les classeurs nominatifs sont classés par ordre alphabétique dans une armoire fermée à clef dans le bureau des Aides- Soignantes.

Une grande partie du dossier de la personne est à son domicile : le plan de soins, le planning des interventions, la fiche administrative, les transmissions entre intervenants internes et externes et le projet de soins personnalisé.

L'utilisateur peut avoir accès à son dossier conformément à la procédure associative.

6. PROJET ARCHITECTURAL

6.1 L'organisation architecturale

Les bureaux du SSIAD, auparavant installés dans une maison, ont été transférés dans les locaux de l'EHPAD St Joseph de Louvigné du Désert début 2018. Ils sont situés au premier étage dans une aile réservée au personnel de l'Ehpad.

L'accueil du public se fait au rez-de-chaussée. L'infirmière responsable du service descend à la rencontre des personnes et s'installe pour les recevoir dans un bureau mis à sa disposition.

La signalétique est en cours de réalisation.

Les véhicules du service sont abrités et à proximité des bureaux.

6.2 La sécurité au sein de l'établissement

Les professionnels appliquent les règles de sécurité de l'EHPAD (incendie, digicode).

Le référent de sûreté de l'EHPAD gère aussi le SSIAD.

L'établissement a reçu un avis favorable de la commission de sécurité le 4 juillet 2017.

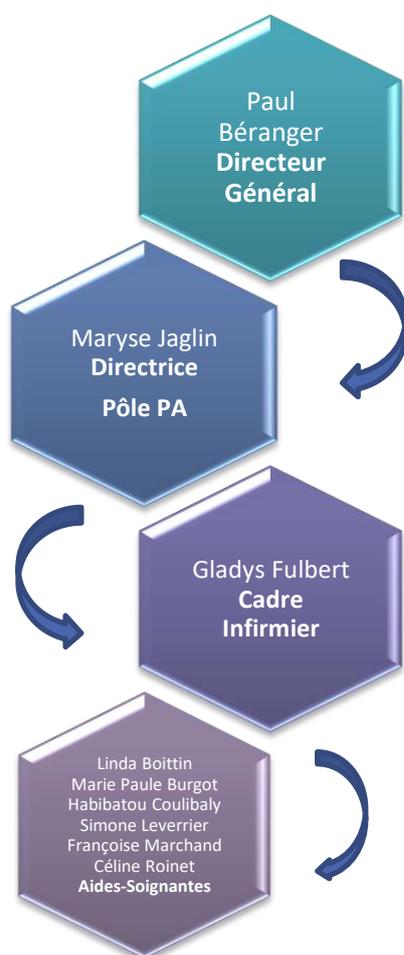
6.3 Les projets en cours

La signalétique est à réaliser afin que les usagers repèrent plus aisément le service.

7. LE PROJET SOCIAL

7.1 Les fonctions et les responsabilités

7.1.1 L'organigramme au 31/12/2018



7.1.2 La répartition des postes

Le service est composé d'une cadre infirmière à temps plein et de six aides soignantes à temps partiels (ETP : 4,72) sous la direction de Mme Maryse Jaglin, Directrice du Pôle PA

Effectif total de 5.72 ETP

Les salariés du SSIAD sont toutes des femmes. La moyenne d'âge des professionnelles est de 49,7 ans; les plus âgées ont plus de 30 ans d'ancienneté.

Il n'y a pas de départ en retraite prévu dans les 5 ans.

Il y a très peu d'arrêt maladie et de turn over.

7.1.3 La définition des métiers

- Cadre Infirmier
- Aide-soignant
- Assistant de soins en gérontologie

Cadre Infirmier :

Il exerce sa fonction sous l'autorité du Directeur du Pôle Personnes Agées et assure :

- La mise en œuvre des projets du SSIAD.
- La gestion administrative et financière
- Des soins auprès de la personne
- L'organisation de la prise en charge de l'utilisateur de son arrivée à la sortie,
- La gestion de l'organisation chez l'utilisateur.
- La gestion des plannings
- L'entretien annuel d'évaluation des aides soignantes.
- L'organisation des réunions, proposition de formations et planning de formation.
- La gestion du matériel médical, fournitures, véhicules.
- Le suivi administratif des Prises En Charge avec la caisse pivot.
- La réalisation des tâches administratives du service
- La gestion des dossiers de demande et d'installation de téléalarme

Aide-soignant :

- Il contribue à la prise en charge de la personne âgée dépendante. Il travaille en collaboration, sous la responsabilité du cadre infirmier.
- Il effectue des soins techniques et relationnels au domicile des usagers afin de répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie et compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne prise en charge.
- Il assure des transmissions écrites et orales ainsi que la traçabilité des soins et mène des actions de préventions auprès de l'utilisateur et de son entourage.
- Il est référent des Projets d'Accompagnement Personnalisé
- Il participe aux tâches telles que : gestions des stocks de matériel, nettoyage des instruments.

Assistant de Soins en Gérontologie

- Il contribue à la prise en charge de la personne âgée dépendante. Il travaille en collaboration, sous la responsabilité du cadre infirmier.
- Il effectue des soins techniques et relationnels au domicile des usagers afin de répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie et compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne prise en charge.
- Il assure des transmissions écrites et orales ainsi que la traçabilité des soins et mène des actions de préventions auprès de l'utilisateur et de son entourage.

- Il est référent des Projets d'Accompagnement Personnalisé
- Il participe aux tâches telles que : gestions des stocks de matériel, nettoyage des instruments.
- Il apporte aide et soutien aux personnes âgées qui sont atteintes de maladies chroniques ou dégénératives

7.1.4 Les compétences requises

Les compétences de chaque professionnel sont référencées sur les fiches de poste. Celles-ci sont remises à chaque salarié.

7.1.5 Les engagements des salariés

Chaque salarié s'engage à respecter les termes de son contrat de travail, du règlement intérieur et des chartes appliquées au sein du service. De même chaque salarié est soumis au secret professionnel y compris les remplaçants et les stagiaires conformément à l'article 378 du code pénal.

En outre, le personnel est lié par l'obligation de discrétion et de réserve pour tout ce qui concerne le service.

Les professionnels s'engagent à respecter la personne accompagnée et avoir une attitude professionnelle et humaine.

7.1.6 L'identification du personnel

Chaque personnel du service porte une blouse avec son nom, son prénom et sa fonction.

7.1.7 Les responsabilités

Les aides-soignants travaillent sous la responsabilité du cadre infirmier mais restent responsables des actes en lien avec leur rôle propre.

Tout comportement considéré comme fautif par l'employeur, pourra en fonction de sa nature, de sa gravité ou de sa répétition, faire l'objet de sanctions.

7.2 L'organisation de l'activité et des transmissions entre les professionnels

L'accueil téléphonique est réalisé par le cadre infirmier la semaine, le week-end et en cas d'absence le relais se fait par le répondeur téléphonique. Les Aides-soignants consultent le répondeur avant le départ et au retour des tournées.

L'intervention des aides- soignants chez les patients est organisée par secteur géographique et correspond à une « tournée ». Le nombre de personnes par tournée varie en fonction de la pathologie, du GIR et de la fréquence des soins.

Jours	Lundi, mercredi, vendredi	Mardi, jeudi	Samedi	Dimanche
Nombre de tournées	5	4	3	2

Le soir, les aides-soignants interviennent en moyenne chez 7 usagers, ces derniers sont répartis sur une seule tournée.

Les horaires d'interventions au domicile sont :

- 7h45 - 12h30 et 15h30 - 19h30 du lundi au vendredi
- 7h30 - 12h15 et 15h30 - 19h30 le samedi
- 7h15 - 12h15 et 15h30 - 19h30 le dimanche

Les transmissions au domicile se font sur le cahier de liaison qui est destiné aux intervenants (aides à domicile, médecin, kiné, infirmières libérales).

Un temps de transmissions orales est organisé en présence du cadre infirmier le matin et à midi du lundi au vendredi.

Les transmissions écrites sont faites dans le dossier informatique du patient à son domicile sur la tablette numérique.

Les réunions mensuelles sont animées par le cadre infirmier.

7.3 Le recrutement et l'intégration des nouveaux personnels

Recrutement

Le service ne recrute que du personnel diplômé aide-soignant et étudiants infirmiers ayant validé leur 1^{ère} année d'étude.

Les nouveaux salariés sont accueillis selon la procédure associative. Un livret d'accueil du salarié est remis.

Intégration

Le nouveau professionnel est reçu par le cadre infirmier qui lui explique le fonctionnement du service : horaires, secteurs d'intervention, le roulement par secteur, organisation de l'équipe, voiture, etc.

Le premier jour, le nouveau salarié rencontre l'équipe présente. Le matériel pour la réalisation de ses missions est fourni par le service.

Un temps en doublon est prévu pendant 1 à 2 jours par tournée avec une aide soignante. Pour un remplacement de courte durée, l'intérimaire intervient sur une seule tournée.

7.4 La gestion des remplacements

Le personnel n'est pas toujours remplacé pour une durée d'absence inférieure à une semaine ou en cas d'absence imprévue. Le cadre infirmier peut être amené à lui-même assurer les remplacements. Pour des absences programmées et plus longues, le cadre infirmier anticipe et prévoit l'organisation et les remplacements.

Le service n'a pas de problème de remplaçant, nous avons régulièrement des demandes de postes pour effectuer des missions.

7.5 L'accueil des stagiaires

L'accueil et l'accompagnement des stagiaires sont organisés suivant la procédure associative.

Les aides-soignants ont bénéficié d'une formation « tuteur de stage » en 2017 et 2018.

Afin de veiller à un encadrement optimal, un tuteur est nommé avant l'arrivée du stagiaire. Le livret d'accueil lui est remis et son tuteur de stage lui est présenté. Lors de la première semaine, le stagiaire est encadré par le tuteur. Un bilan de mi stage et de fin de stage est réalisé.

7.6 La formation

7.6.1 Diverses formations ont été réalisées entre 2013 et 2018.

Années	Formations	Personnel formé
2013	Premiers secours	5 AS
	Gestes et postures	5 AS
	Assistante de Soins en Gérontologie	2 AS
2014	PRAP	1 AS
	Bienveillance	Equipe
	Informatique	Cadre IDE
	Journée ASG	2 ASG
2015	Transmissions ciblées	Equipe
	PRAP	1 AS
2016	Gestion de la violence et agressivité	Equipe
	Gestes et postures (recyclage)	3 AS
	Tutorat stagiaire	2 AS
	Nutrition	1 AS
2017	Journée ASG	1 ASG
	Bien-être, soins du corps	1 AS
	Tutorat stagiaire	1 AS
	Projet d'accompagnement personnalisé	Equipe
	CPS (recyclage)	2 AS
	Nutrition	Equipe
2018	Hygiène/nursing, gestion épidémique	Equipe
	Bienveillance	Equipe
	Tutorat stagiaire	1 AS
	Conduite sur route difficile	1 AS
	CPS (recyclage)	1 AS
	Référente bienveillance	1 AS
Douleur : évaluation	6 AS	

Tous les professionnels présents dans le service ont suivi des formations.
Chaque année, lors de l'entretien d'évaluation, les salariés sont invités à donner leurs souhaits.
Un plan de formation est ensuite établi avec le responsable formation de l'association.

7.7 La prévention des risques professionnels

L'association est soucieuse du bien-être et des conditions de travail des salariés. Pour ce faire, le service s'appuie sur :

- **Le DUERP** : document unique d'évaluation des risques professionnels. C'est un document élaboré pour identifier et prévenir les risques professionnels. Il est actualisé chaque année
- **Le PRAP** : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique a pour objectif de réduire l'absentéisme, les accidents du travail et maladies professionnelles concernant en particulier les Troubles Musculo Squelettiques (pathologies au niveau des articulations, dos, tendons, canal carpien, etc. Un professionnel va être formé à la démarche
 - Pour limiter les risques liés à la manutention, des exercices d'échauffements et d'étirements sont réalisées chaque matin avant le départ en tournée
- Service de santé au travail : depuis janvier 2017 une visite d'information et de prévention sur les risques professionnels remplace la visite médicale. Cette rencontre est obligatoire tous les 5 ans. Elle est réalisée par un infirmier du service de santé au travail
- L'entretien annuel d'évaluation permet au salarié d'exprimer ses difficultés éventuelles, de faire le point, d'échanger, d'éviter les conflits au travail, et de travailler sur les objectifs et les réalisations.

Risques liés à l'activité du SSIAD

- **Les véhicules de service** : toute personne du service avec un permis de conduire en cour de validité (copie de l'original faite chaque début d'année) peut utiliser les véhicules. Sauf autorisation écrite et préalable de la direction, aucune personne étrangère à l'association ne peut y être transportée.
Dans le cadre des interventions ESAD, les ASG peuvent transporter les personnes prises en charge mais pas l'entourage.

L'entretien du véhicule de service est réalisé régulièrement (pneus hiver, formation CENTAURE du personnel, organisation des tournées en fonction des intempéries). Les véhicules du service sont des véhicules de location renouvelés tous les 5 ans.

- Afin de prévenir les chutes, il est recommandé de porter des chaussures adaptées, des surchaussures lors des douches.

7.8 La communication en interne

La communication en interne est facilitée par le petit nombre de professionnels.

Elle s'effectue via un tableau d'affichage pour les ordres du jour et compte-rendu de réunions.

Un temps de transmissions est organisé chaque matin avant le début de chaque tournée et à midi, des transmissions écrites sont effectuées sur le logiciel de soins.

Une réunion d'équipe a lieu une fois par mois afin d'évoquer les différents problèmes, les nouvelles prises en charge.

8. LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE

8.1 La démarche associative

Depuis 2014, L'Association Anne Boivent a mis en place une démarche qualité, afin d'assurer le perfectionnement et la sécurité de l'accompagnement proposé aux usagers par une amélioration continue des pratiques et organisations professionnelles. L'objectif à atteindre est d'harmoniser nos méthodes, nos outils et assurer la conformité de nos pratiques avec les lois et obligations de notre secteur d'activité.

Cette volonté s'inscrit également dans le cadre de la loi 2002-2 et des recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé).

Un groupe de travail (Comité de Pilotage) est mis en place, l'objectif principal consistant à structurer notre système qualité pour grandir ensemble de manière pérenne en :

- Formalisant et communiquant nos objectifs et nos bonnes pratiques
- Maximisant les retours d'expérience
- Pilotant nos résultats et nos plans d'actions
- Proposant des plans d'amélioration pour ne pas subir des changements réglementaires ou autres
- Impliquant tous les acteurs et parties prenantes de l'association

L'Association s'est doté d'un logiciel de gestion de la qualité mis au point par la société Kalit'Expert, permettant ainsi à chaque établissement ou service :

- Un pilotage grâce au suivi du plan d'amélioration
- Une réalisation en interne de ses évaluations ou enquêtes
- Une évaluation des risques professionnels au travers de la formalisation de son document unique
- Un espace informatique Bibliothèque (Procédures, Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles)

La politique qualité associative se décline sur la base de 5 piliers :

- Développer l'Association et la culture de groupe au travers de la richesse des forces individuelles
- Proposer un accompagnement conforme aux besoins et aux attentes de la personne accueillie

- Adapter et sécuriser les structures et les organisations aux changements et aux exigences de nos métiers
- Maintenir la bienveillance au cœur de nos valeurs et de nos pratiques
- Favoriser la créativité, l'innovation et l'ouverture

8.2 La démarche qualité du service

8.2.1 La mise en place de protocoles et procédures

Le SSIAD applique la procédure associative relative à la maîtrise de la gestion documentaire depuis Septembre 2016. Ce système consiste à répertorier chaque procédure selon 3 thèmes, correspondant à 3 classeurs :

- Accompagnement du résident
- Sécurité et gestion des risques
- Organisation et fonctionnement

Ces classeurs sont à disposition dans le bureau des aides-soignantes et celui de la cadre infirmière qui est aussi référente qualité. Elle est chargée de la mise à jour du système documentaire. La rédaction de procédures ou protocoles au sein du service peut se faire par chaque salarié selon les besoins.

Le service a élaboré 39 procédures dont 11 concernant la gestion des risques, 14 concernant le fonctionnement et 14 concernant l'accompagnement de l'utilisateur. Des procédures sont aussi élaborées au niveau associatif. Elles sont présentées aux professionnelles puis intégrées ensuite au système documentaire par la référente qualité. La diététicienne et la technicienne hygiéniste de l'association fournissent des recommandations adaptées à notre activité.

8.2.2 L'auto-évaluation

L'évaluation interne est réalisée à partir d'un référentiel, élaboré par l'Association qui répond à des critères définis par l'HAS et doit être réalisée tous les 5 ans.

La synthèse de l'évaluation permet de :

- Lister les actions d'amélioration en cours
- Définir et planifier les principales actions d'amélioration à réaliser
- Identifier les indicateurs de suivi de la référence

L'évaluation interne du SSIAD a été réalisée au premier trimestre 2018. Toutes les professionnelles ont été sollicitées pour cette évaluation afin de répondre précisément aux critères et ainsi définir les actions d'amélioration les plus précises.

Le COPIL (COmité de PIlotage) composé de la cadre infirmière, de 2 aides soignantes, du technicien qualité de l'association assure le suivi de la démarche qualité. Il coordonne les actions à mener, impliquant tout le personnel du SSIAD. Le COPIL se réunit une fois par trimestre.

Un compte rendu de chaque réunion est rédigé par le référent qualité et diffusé à l'ensemble du personnel.

Le tableau des indicateurs associatifs complété mensuellement facilite le recueil des données de fin d'année

8.2.3 La gestion des évènements indésirables et des plaintes

Les évènements indésirables sont déclarés via la fiche de signalement associative.

Les évènements indésirables graves sont étudiés en CREX. Une analyse des causes est faite et des actions d'amélioration sont proposées. Un recueil et analyse des évènements indésirables sont réalisés régulièrement et adressés trimestriellement au pôle qualité.

La gestion des plaintes est réalisée selon le protocole existant dans le service.

8.2.4 Les enquêtes de satisfaction des usagers

Une enquête de satisfaction annuelle est réalisée auprès des usagers et des familles.

Une restitution est faite aux usagers du service.

9. L'ANALYSE DES RESULTATS ET LES ACTIONS A ENTREPRENDRE

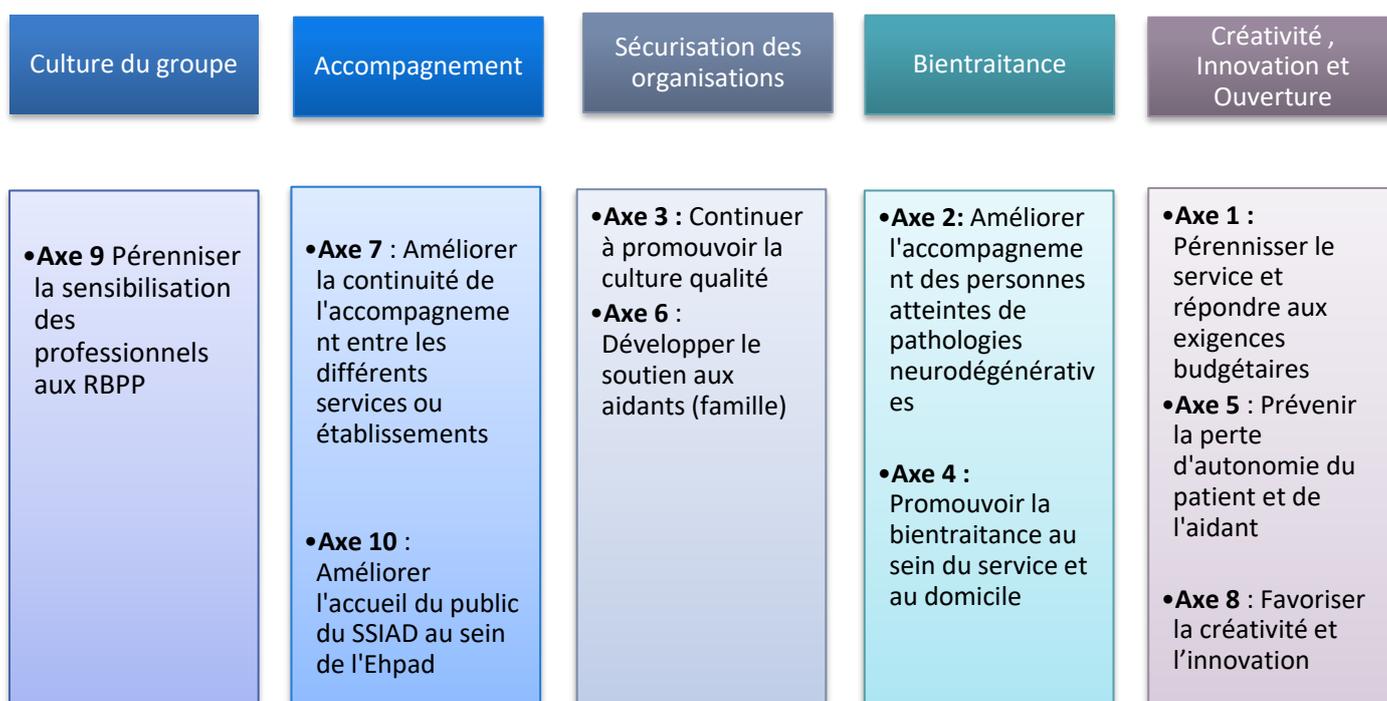
9.1 L'analyse des résultats

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des RBPP de l'ANESM et HAS - Démarche qualité engagée - ESAD (Equipe Spécialisé Alzheimer à Domicile) - Formations régulières des professionnelles - Equipe stable - Petite taille de l'équipe - Vision du Planning 3 mois - Services supports du siège - Nomination de différents référents (bienveillance, Qualité, PPA) - Intégration dans un groupe (association Anne Boivent) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'analyse de pratiques - Dispositif CREX en commun avec l'EHPAD - Sensibilisation des aidants à la maltraitance insuffisante - Repérage du risque de perte d'autonomie de l'aidant peu formalisé - Personnel insuffisamment formé aux pathologies Neurodégénératives - Complexité de la durée d'absence des usagers - SSIAD de 30 lits - Absence de convention avec l'ADMR et l'hôpital - Intervenants extérieurs ne participe pas à l'élaboration du PPA -Insuffisance de coordination entre les services AJ ou AN de l'Ehpad.
-Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'un hôpital de proximité - Installation de la téléalarme pour la population locale - SSIAD intégré dans un EHPAD - Augmentation de la population âgée 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de coordination entre le SSIAD et l'hôpital de Fougères - Pénurie de médecin sur le secteur d'intervention du SSIAD - Cloisonnement du secteur sanitaire -Agrément pour 30 places.

9.2 Les axes de progression

Les différents axes sont les suivants :

- Axe 1 : Pérenniser le service et répondre aux exigences budgétaires
- Axe 2 : Améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies neuro-dégénératives
- Axe 3 : Continuer à promouvoir la culture qualité
- Axe 4 : Promouvoir la bientraitance au sein du service et au domicile
- Axe 5 : Prévenir la perte d'autonomie du patient et de l'aidant
- Axe 6 : Développer le soutien aux aidants non professionnels
- Axe 7 : Améliorer la continuité de l'accompagnement entre les différents services ou établissements
- Axe 8 : Favoriser la créativité et l'innovation
- Axe 9 : Pérenniser la sensibilisation aux RBPP
- Axe 10 : Améliorer l'accueil du public du SSIAD au sein de l'EHPAD



Chaque axe de progression correspond à l'un des 5 piliers de la politique qualité associative

10 .LES ACTIONS A ENTREPRENDRE A 5 ANS

Axe n°1 Pérenniser le service et répondre aux exigences budgétaires

Actions	Indicateurs de suivi	Echéancier
Action 1 Augmenter la capacité d'accueil en répondant aux appels à candidature	Nombre de réponse à Appel à candidature	2022
Action 2 Redéfinir la durée d'absence temporaire	DIPC actualisé	2020
Action 3 Mener une réflexion sur l'avenir du SSIAD	Nombre de personnes PEC	2020

Axe n°2 : Améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies neuro - dégénératives

Actions	Indicateurs de suivi	Echéancier
Action 4 Prioriser la prise en charge des personnes Alzheimer par les ASG	Planning des ASG/patients	2019
Action 5 Former les professionnels aux maladies neurodégénératives	Nombre de personnel formé	2019

Axe n°3 : Continuer à promouvoir la culture qualité

Actions	Indicateurs de suivi	Echéancier
Action 6 Développer la démarche CREX au sein du service	Nombre de réunions CREX	2019
Action 7 Redynamiser la démarche PRAP	Nombre de fiches PRAP	2019
Action 8 Harmoniser les procédures relatives à la prévention des risques	Taux de professionnels Sensibiliser aux risques	2020
Action 9 Sensibiliser les professionnels à l'hygiène buccodentaire	Nombre de réunion	2022

Axe n°4 : Promouvoir la bientraitance au sein du service et au domicile

Actions	Indicateurs de suivi	Echéancier
Action 10 Sensibiliser les usagers et les aidants aux risques de maltraitance	Nombre de réunion	2019
Action 11 Identifier les risques de maltraitance	Nombre de FEI	2020
Action 12 Mettre en place des actions promouvant la bientraitance	Nombre d'action	2019
Action 13 Mettre en place des analyses de pratiques	Nombre de réunion	2019

Axe n° 5: Prévenir la perte d'autonomie du patient et de l'aidant

Actions	Indicateurs de suivi	Echéancier
Action 14 Formaliser l'évaluation des risques de perte d'autonomie de l'usager et de l'aidant	Grilles d'évaluation	2019
Action 15 Elaborer la procédure « perte d'autonomie »	Formalisation de la procédure	2019
Action 16 Former les professionnels à l'utilisation de la grille d'évaluation de la perte d'autonomie	Nombre de grille réalisé	2019

Axe n° 6: Développer le soutien aux aidants non professionnels

Actions	Indicateurs de suivi	Echéancier
Action 17 Réfléchir à de nouvelles modalités de soutien aux aidants		2020
Action 18 Prévenir l'épuisement de l'aidant	Nombre d'évaluations	2021

Axe n° 7: Améliorer la continuité de l'accompagnement entre les différents services ou établissements

Actions	Indicateurs de suivi	Echéancier
Action 19 Intégrer les intervenants extérieurs au service à l'élaboration des PPA	Participation des intervenants aux PPA	2020
Action 20 Elaborer une fiche de liaison pour les personnes accueillies en hébergements temporaire/jour/nuit	Formalisation d'une fiche	2019
Action 21 Formaliser une convention avec l'ADMR	convention	2021
Action 22 Formaliser la convention avec l'HAD 35	Convention signée	2019
Action 23 Assurer la coordination du maintien à domicile avec l'EHPAD (accueil temporaire, nuit..)	Nombre de demande/accueil	2020
Action 24 Réaliser une information sur l'HAD (famille, usagers, salariée)	Nombre de réunion	2020
Action 25 Recueillir en début de prise en charge les volontés et les souhaits des personnes concernant leur fin de vie	Nombre de recueil	2021
Action 26 Formaliser le bilan de sortie des usagers	Nombre de bilan/nombre sorties	2021

Axe n° 8 : Favoriser la créativité et l'innovation

Actions	Indicateurs de suivi	Echéancier
Action 27 Répondre aux appels à candidature	Nombre de réponses à appel à projet	2023
Action 28 Rapprochement du SSIAD avec l'EHPAD Pour bénéficier des services de l'EHPAD (EHPAD à domicile)	Nombre interventions de salariés de l'EHPAD	2023

Axe n° 9 : Pérenniser la sensibilisation aux RBPP

Actions	Indicateurs de suivi	Echéancier
Action 29 Assurer une veille des RBPP	Diffusion des nouvelles RBPP	2020
Action 30 Utiliser les nouveaux supports de présentations	Nombre RBPP réalisé avec nouveau support	2020

Axe n° 10 : Améliorer l'accueil du public du SSIAD au sein de l'Ehpad

Actions	Indicateurs de suivi	Echéancier
Action 31 Améliorer signalétique au sein de l'EHPAD	Réalisation	2020
Action 32 Regrouper les bureaux du SSIAD au rdc.	Réalisation	2023

11. LES MODALITES DE COMMUNICATION, DE SUIVI ET D’EVALUATION DU PROJET DE SERVICE

11.1 Les modalités de communication

Il sera diffusé auprès de chaque usager et à disposition des familles en début d’année 2019.
Toute l’équipe a participé à son élaboration, une restitution finale a été réalisée.
Il sera transmis à l’ARS Bretagne

11.2 Les modalités de suivi et d’évaluation

Le projet d’établissement sera suivi et évalué durant les 5 années de validité par le COPIL « Projet d’Etablissement » à raison d’une fois par an. Le COPIL qualité prendra le relai pour un suivi plus régulier (une fois tous les 3 mois).

12. CONCLUSION

Le projet de service rend compte d’un réel travail d’équipe, partagé dans un souci constant d’évolution et de qualité.

Il est un cadre fédérateur tourné vers l’avenir, il exprime une volonté collective. Il détermine les principales actions dans une direction commune pour les 5 années à venir.

Le projet de service est le document de référence dans le processus d’amélioration de la qualité rendue aux usagers et à leurs familles. Il permet d’optimiser le fonctionnement du service.

13. GLOSSAIRE

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

ANESM : Agence Nationale de l’évaluation et de la qualité des Etablissements et Services Médico-Sociaux

APA : Aide Personnalisée d’Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignant

ASG : Assistant de Soins en Gérontologie

CDAS : Conseil Départemental d’Action Sociale

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CLIC : Centre Local d’Information et de Coordination

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

COFIL : COmité de PIlotage

CPAM : Caisse Primaire d’Assurance Maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d’Objectifs et de Moyens

CREX : Comité de Retour d’EXpérience

DIPC : Document Individuel de Prise en Charge

DUERP : Document Unique d’Evaluation des Risques Professionnels

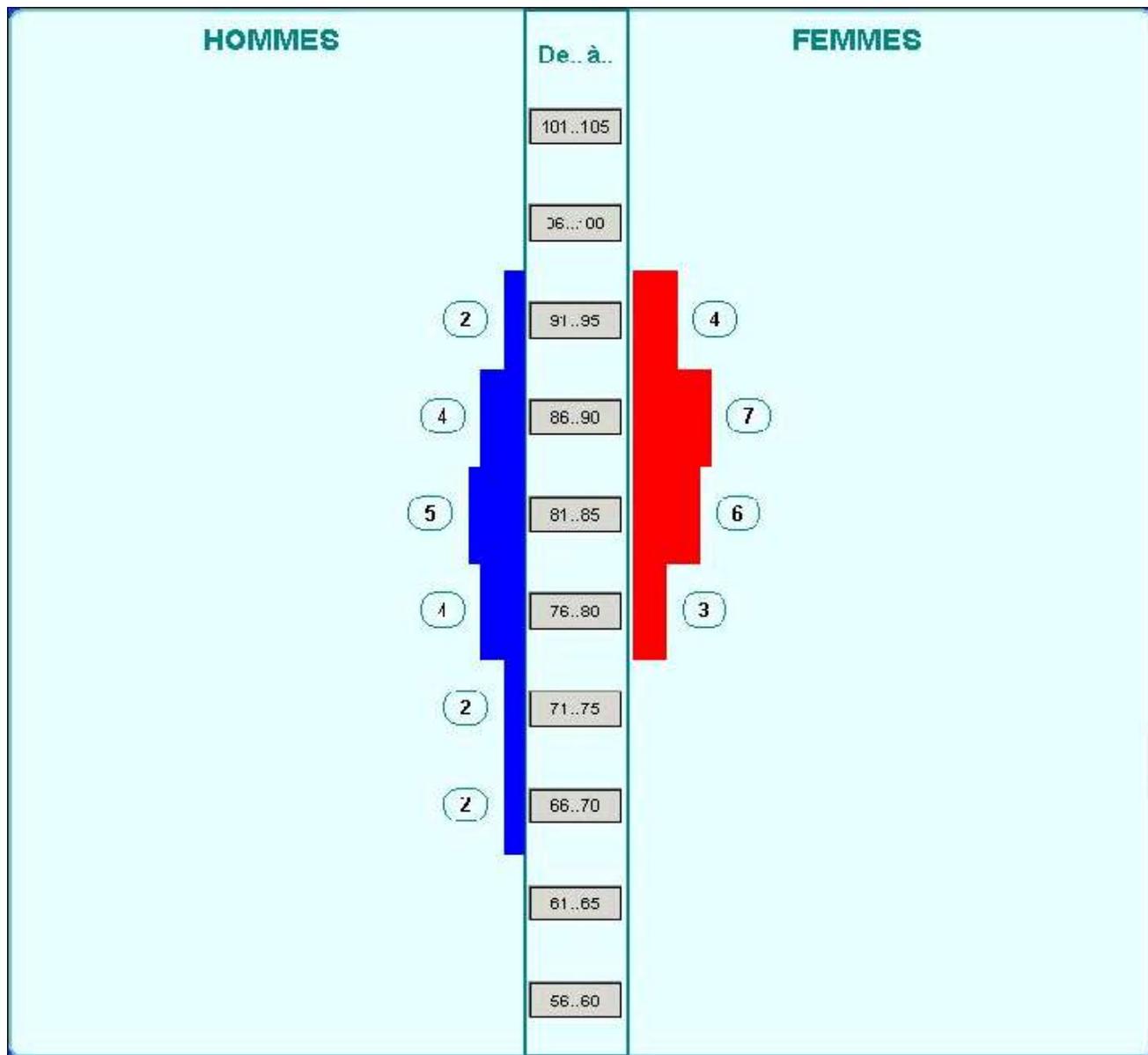
EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

EMASP : Équipe Mobile d’Accompagnement et de Soins Palliatifs

ESMS : Etablissement et Service Sociaux et Médico-Sociaux

ESAD : Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile
ETP : Equivalent Temps Plein
FSEI : Fiches de Signalement d'Evènements Indésirables
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : GIR Moyen Pondéré
HAD : Hôpital A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
IDEC : Infirmier coordinateur
IRP : Instance Représentative du personnel
Loi ASV : loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie
PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé
PDA : Préparation des Doses à Administrer
PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique
RBPP : Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
UNA : Union Nationale de l'Aide à Domicile

Pyramide des âges du 01/01 au 31/12/2017 :



	Effectif	Age moyen
Etablissement	39	83.87
Homme	19	81.21
Femme	20	86.4