



# 2020-2025

# PROJET DE SERVICE-SSIAD LES ATTES



**SSIAD LES ATTES** 

**Direction: PADER Mona** 

# Prologue

La Direction de l'établissement, sous l'impulsion de la Fondation, a engagé une action en février 2020 pour réactualiser le projet de service du SSIAD Les ATTES sur la commune de Saint Leu. Ce projet de service a trois ambitions :

- → Formaliser des orientations de la Fondation Père FAVRON en matière d'accompagnement, d'annoncer nos ambitions professionnelles, et la qualité du service rendu aux personnes soignées
- → En faire un outil de communication en externe pour promouvoir et valoriser nos actions, ce document étant communiqué à chaque future personne soignée, présenté aux familles et étant à disposition des principaux partenaires.
- → Permettre la reconnaissance par les autorités de tarification de son expertise dans l'accueil, les soins et l'accompagnement des personnes soignées.

Etabli en totale transparence, ce projet met l'accent sur les atouts des accompagnements qui sont opérationnels au SSIAD Les ATTES, tout en soulignant les nécessaires évolutions auxquelles l'établissement sera soumis.

L'écriture de ce document s'est fait par le biais d'un comité de pilotage restreint (Direction et direction adjointe, Cadre de Proximité, Responsable qualité).

Ce document prend en compte :

- → La réalité de l'accompagnement et l'organisation qui résulte d'une pratique.
- → Les bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :
  - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre
  - Les attentes de la personne et le projet personnalisé
  - Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux
  - Les 4 axes sujet à l'évaluation interne

Ce projet intègre les recommandations de bonnes pratiques, les souhaits d'évolution, les attentes des personnes soignées, les programmes des instances et définit à travers ses politiques un schéma directeur.

Il constitue un outil de travail incontournable car, Il permet aux professionnels de situer leurs actions dans un système de valeurs de références.

Il apporte donc une réponse aux besoins des personnes soignées et en situation de handicap et aux attentes de l'environnement et des personnes extérieures.

Le projet de service répond aux recommandations de la loi 2002-02 et traduit la réflexion engagée en termes :

- De politique et de stratégie de l'établissement dans le cadre du projet managérial ainsi que de l'amélioration de la qualité des prestations du pôle gérontologique ouest.
- De politique de soins et de prise en charge des personnes au sein du projet de soins et du projet de soins individualisé.
- •De logique générale de promotion de la santé et dans une démarche globale visant à maintenir et à développer les liens avec l'entourage et l'environnement de la personne aidée. Dans cette perspective, il met la personne soignée au centre de ses préoccupations. Il s'engage à réaliser les interventions dans le respect de la liberté, du libre choix, du mode de vie, de la vie privée, de l'intimité, de la sécurité, de la dignité des personnes aidées.
- D'amélioration de la qualité de prise en charge dans le projet qualité et de gestion des risques (global à l'établissement).
- De gestion des ressources humaines, d'amélioration des conditions de vie au travail, de communication et de complément.

Ce projet n'est pas une description exhaustive des moyens existants. Il est tourné vers l'avenir. Il définit les axes stratégiques sur lesquelles s'implémenterons les objectifs d'aujourd'hui et de demain. Ce projet évoque les principaux aspects du SSIAD et leurs développements envisagés.

Les SSIAD s'inscrivent dans la continuité des soins de longue durée qui contribue à la filière de soins gérontologique.

La démarche d'amélioration de la qualité et la gestion des risques touche de nombreux aspects de l'établissement. Le principe porté par ce volet est la volonté d'incrémenter une qualité et sécurité de la prise en charge de la population soignée en utilisant une démarche comprenant une planification, une gestion des moyens coordonné et un système d'évaluation.

Il est important également de souligner que le management se veut résolument orienter vers les principes des recommandations de l'ANESM/HAS, dont les orientations doivent être intégrées dans chacun des projets.

- Le projet soins aborde la vocation médicalisée soit la prise en charge, la réhabilitation et l'organisation du projet de soins individualisé des personnes soignées.
  - Le projet social s'intéresse tant au lien social, en termes d'engagement d'utilité sociale qui sont des facteurs déterminants dans le « bien vieillir » avec la santé, la sécurité..., c'est notamment autour de cette dynamique que s'exerce pleinement le concept de prévention :
  - Accompagner et favoriser un parcours gérontologique : ajuster une offre de service sur le territoire pour répondre aux attentes des personnes.
  - Soutenir les fragilités : développer l'accompagnement adapté comme vecteur du soutien à domicile ; sensibiliser, informer, soutenir les aidants
  - Favoriser l'exercice de la citoyenneté et encourager la participation des personnes dans les différentes instances ou activités

Et également le projet social s'intéresse à la gestion des ressources humaines en tant que premier facteur clé de succès de la prise en charge des personnes soignées. Le projet social

doit conduire à l'adhésion de chacun aux objectifs fixés et tendre vers la mobilisation et la cohésion de l'ensemble du personnel. Il intègre la notion de responsabilité sociale.

Le système d'information vient en soutien de l'ensemble des processus de l'établissement. La prise en charge des personnes soignées génère des flux d'informations multiples qui concernent aussi bien les activités de soins que les activités de gestion et les activités logistiques.

Il est donc important que ces flux puissent être gérés dans le cadre d'un système cohérent procédant d'une même approche avec des objectifs précis pour que les informations recueillies, traitées et communiquées puissent contribuer au bon fonctionnement de l'établissement, des secteurs d'activité et à assurer la coordination de la prise en charge et la continuité des soins.

Enfin, le projet économique lui repose sur un principe : la gestion de bon sens. Cette gestion s'obtient au quotidien et repose sur chacun des professionnels. Elle se développe avec rigueur dans un contexte difficile aux évolutions incertaines.

# Sommaire

#### **PROLOGUE**

#### LES VALEURS DE LA FONDATION PERE FAVRON 9

- I. Les valeurs de la Fondation 9
- II. Historique de la Fondation Père FAVRON 10

#### LES AXES STRATEGIQUE DU POLE GERONTOLOGIQUE OUEST (PGO) 12

- I. Présentation du Pôle Gérontologique Ouest 12
- II. Les axes stratégiques du Pôle Gérontologique Ouest.13
  - A. La politique de respect des droits des personnes soignées. 13
    - L'élaboration de la politique de respect des droits de la personne soignée.13
    - La mise en œuvre de la politique de respect des droits de la personne soignée.13
    - -Les axes stratégiques de la politique de respect des droits de la personne soignée13
    - -Les orientations stratégiques de la politique de respect des droits de la personne

#### soignée 13

- Mener une organisation bienveillante et prévenant la maltraitance.13
- Accompagner et non servir.14
- Respecter l'intimité.14
- Maintenir l'indépendance de la personne soignée.14
- B. La politique d'amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques.15
  - -L'élaboration de la politique d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des

#### Risques.15

-Les axes stratégiques de la politique d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion

#### des Risques.16

-Les orientations stratégiques de la politique d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques.18

- Mener une démarche globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité intégrant la gestion des risques 18
  - Développer la culture qualité et sécurité 18
  - Améliorer la qualité des soins 18
  - Harmoniser la gestion des risques 19
    - ✓ La cartographie des risques 19
    - ✓ Le document unique d'évaluation des risques professionnels
  - Améliorer le système de signalement des évènements indésirables19
  - Préserver la satisfaction des personnes soignées20
  - Développer des indicateurs pertinents pour mesurer les points clés des processus des établissements du pôle.20
- -Les moyens de la politique d'amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques.21
  - Les instances des établissements du pôle21
    - ✓ Le Comité de Direction (communément appelé réunion de service d'encadrement)21
    - ✓ Les plaintes et les réclamations21
  - Le plan d'Amélioration Continue de la Qualité 22
  - Le plan Bleu 22
  - Le Développement Professionnel Continu 22



- La mise en œuvre du Développement Professionnel Continu 23
- Les axes stratégiques des Evaluations des Pratiques Professionnelles24
- Les objectifs des Pratiques Professionnelles24
  - √ S'engager à un niveau institutionnel dans les démarches EPP 24

#### C. La politique du projet social 25

- -L'élaboration de la politique du projet 25
- -La mise en œuvre de la politique du projet social 25
- -Les axes stratégiques de la politique du projet social 25
- -Les orientations stratégiques de la politique du projet social 25
  - Fidéliser les professionnels 25
    - ✓ Intégrer pour les fidéliser 25
    - ✓ Recruter dans la diversité et la proximité 26
  - Développer l'accueil et l'encadrement des stagiaires et étudiants 26
  - Améliorer les conditions de travail et la prévention des risques professionnels 26
    - ✓ Le suivi médical du personnel 26
    - ✓ La prévention des risques professionnels 27
  - Disposer de compétences nécessaires à la conduite des missions des établissements du pôle 27
    - ✓ Entretien annuel des salariés et entretien professionnel 27
    - ✓ Le plan de formation 28
- D. La politique du système d'information 29
  - -L'élaboration de la politique du système d'information 29
  - -La mise en œuvre de la politique du système d'information 29
  - -Les axes stratégiques de la politique du systèmes d'information 29
- E. L'élaboration du projet économique 30
  - -La mise en œuvre du projet économique30
  - -Les axes stratégiques du projet économique30
  - -Les orientations stratégiques du projet économique31
    - Améliorer l'efficience 31
    - Acheter au meilleur rapport qualité prix 31
    - Diminuer les délais de recouvrement 31

#### **LE SSIAD LES ATTES**

- I. Identification du SSIAD 32
- II. Historique du SSIAD 33
- III. Le projet de service 34
  - A. Le cadre règlementaire 34
  - B. Les missions et objectifs généraux35
    - -Les missions et la population accueillie35
      - Les missions 35
      - La population accueillie 35
    - -Les objectifs 36
    - -La situation géographique du SSIAD 36
  - C. Les modalités d'intervention 37
    - -Procédure d'admission et de réorientation 37
      - Condition de séjour 37
      - Condition d'admission et de réorganisation de la prise en soin 37
      - Les limites du maintien à domicile 37
    - -Les conditions de sortie 38
    - -La fréquence des interventions38
  - D. Le fonctionnement de la structure et l'équipe professionnelle du SSIAD 39
    - -Le fonctionnement du SSIAD 39



- Les horaires39
  - ✓ Accueil physique
  - ✓ Accueil téléphonique
  - ✓ Les horaires d'intervention
- Le fonctionnement du SSIAD 39
  - ✓ Matin
  - ✓ Soir
- Les tournées 40
- Les transmissions40
- Les dossiers 40
- La gestion documentaire 40
- Les supports de communication 41
  - ✓ Entre la FPF et le SSIAD 41
  - ✓ Les instances techniques 42
  - ✓ Les autres supports 42
- Les locaux 43
  - √ Répartition des locaux
- Répartition des locaux 43
- Le parc automobile 43
- Les ressources 43
- L'organigramme du SSIAD 44
- Rôle et missions des professionnels de proximité du SSIAD 45
  - ✓ Le cadre de santé
  - ✓ Les Aides-soignants

#### E. Le projet de soins 46

- -Les orientations stratégiques du projet de soins 46
- -Les objectifs du projet de soins 46
- -Les objectifs de soins sur l'amélioration de la prise en charge des personnes 47
  - Assurer la continuité de la prise en charge 47
  - Optimiser la coordination, les transmissions et la circulation de l'information au sein de l'équipe soignante 47
  - Améliorer la qualité de la prévention et la prise en charge de la dépendance physique 48
    - ✓ Prévenir le risque de dénutrition et de déshydratation 48
    - ✓ Améliorer la prévention et la prise en charge des escarres 49
    - ✓ Assurer le suivi de la démarche d'hygiène et la prévention des infections 50
    - ✓ Prévenir le risque de chute et évaluer le recours à la contention 50
  - Améliorer la qualité de prise en charge des troubles psychiatriques et de la dépendance psychique 51
    - ✓ Améliorer le suivi des personnes présentant des troubles du comportement et/ou des pathologies psychiatriques
  - Améliorer la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs et la fin de vie
     51
    - ✓ Sensibiliser et former les personnels à la prise en charge de la douleur physique et psychologique
  - Améliorer la prise en charge de la fin de vie 52
  - La Bientraitance dans la pratique des soins

#### F. Le projet de soins individualisé

- -Les soins de nursing
- -La participation des aidants familiaux et autres partenaires de la prise en compte individualisée



- Les aidants familiaux
- Les autres partenaires

#### **EPILOGUE**



# LES VALEURS DE LA FONDATION PERE FAVRON

#### I. Les valeurs de la Fondation

Les valeurs que porte la fondation Père FAVRON transparaissent dans chacun des projets contenus dans ce document. Elles sont un guide, des règles absolues et tacites à respecter par tout un chacun.

La Politique de la fondation Père FAVRON trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. Elle est fondée sur le respect de la « Charte de la personne âgées dépendantes » et des recommandations des bonnes pratiques professionnelles.

Cette culture de Bientraitance est partagée par tous les acteurs et s'appuie sur nos valeurs éthiques et déontologiques.

# Depuis 1950, les mêmes valeurs sous-tendent l'action de la Fondation qui défend et promeut :

#### L'humanisme

L'Humanisme, philosophie qui met l'homme et les valeurs humaines au-dessus de tout et se traduit par le respect des droits fondamentaux de la personne, tels qu'ils sont énoncés dans :

- La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
- La Déclaration Universelle des Droits de la Personne Handicapée
- La Charte des Droits et Libertés de la Personne Âgée
- La Charte de l'Economie Sociale

#### La solidarité

La solidarité, par le choix du statut associatif qui permet d'associer administrateurs, bénévoles, personnels salariés, environnement social et partenaires locaux pour aider la personne dans une relation de confiance, sans but lucratif.

#### La qualité

La qualité de l'accompagnement, respectueux des droits fondamentaux de la personne accueillie et sa prise en charge globale, du domicile à l'institution et quelque soient ses difficultés, par un travail en équipe pluridisciplinaire et l'implication de tous les acteurs travaillant en réseau.

#### La proximité

La proximité, pour que l'action s'inscrive dans le territoire, au plus proche des besoins.

#### La promotion et la formation

La promotion et la formation des salariés pour un bon développement des actions dans la démarche qualité au service de l'usager.

Nous nous engageons à :

 Recueillir et prendre en compte les souhaits de la personne soignée pour élaborer avec lui son projet thérapeutique personnalisé,



- Mettre en œuvre toute disposition, permettant de garantir le respect de son intimité, de sa dignité, de ses libertés individuelles et de sa vie privée,
- o Recueillir et prendre en compte le niveau de satisfaction de la personne soignée.

### II. Historique de la fondation Père FAVRON

L'histoire de la Fondation Père FAVRON débute en 1946, lorsque le Père René FAVRON décide de fonder un petit hôpital d'enfants sous la forme d'une crèche-pouponnière qui est créée dans les dépendances de la cure de Saint-Louis.

Cette première action va être suivie en 1950 par la création de l'Union Catholique de Saint-Louis permettant ainsi à cette jeune association de bénéficier de subventions pour développer ses projets d'aide en direction de la population défavorisée.

En 1954 L'Association Catholique de Saint-Louis devient l'Union des Œuvres Sociales Réunionnaises (UOSR) et ouvre en 1957 une école d'aides-soignantes. Après la création de plusieurs foyers de vie et établissements pour personnes handicapées, le Père FAVRON, épuisé, quitte la Réunion le 8 mai 1968 pour se retirer dans la communauté des Sœurs de la Haye MAHEAS, où il décède le 19 juin suivant.

L'UOSR va poursuivre la mission du Père FAVRON avec la même volonté de répondre aux besoins de la population défavorisée ou en difficulté. En 1985 s'ouvre la première maison de retraite « les Pétales », suivi en 1996 par l'achat et la reconversion de l'Hôtel « des Lataniers », à la Possession, en Maison d'Accueil pour Personnes Âgées et en 1998 de l'ouverture de la MAPA « les Alizés », à la Saline les Bains.

Par décret du 20 août 1997 l'UOSR devient la Fondation Père FAVRON.

#### Pour l'affirmation de ces valeurs précédemment cité la Fondation a édicté une charte :

Validée par le Conseil d'Administration en 1999, la charte constitue une référence commune proposée à tous les acteurs bénévoles et salariés de la Fondation : dans la continuité de l'œuvre du Père René FAVRON,

« Elle affirme que toute personne, est unique et que, à ce titre, quels que soient son origine ethnique, sa religion, son sexe, elle a droit à la dignité, au respect, à l'accès aux soins et à l'accompagnement que requiert son état de santé physique ou mentale ».

La Fondation Père FAVRON s'inscrit dans la logique d'une communauté d'acteurs réunis pour bâtir la solidarité par une dynamique d'anticipation, d'innovation et d'adaptation dans un environnement en évolution.

#### Elle s'engage à :

- Développer avec les acteurs du champ social, médico-social et sanitaire des projets d'intérêt général, par des programmes de recherche-actions et par la gestion de structures adaptées ;
- Mettre en œuvre professionnalisme, compétence et savoir être auprès des personnes;



 Contribuer à l'épanouissement des personnes qui concourent à la réalisation de son œuvre dans le respect de ses valeurs.

# La déclinaison concrète de cette charte de la Fondation va se traduire par des actions qui vont permettre :

- De responsabiliser et d'impliquer les familles dans le développement de la Fondation, par un accompagnement adapté des Conseils de Vie Sociale dont les présidents seront associés, à titre consultatif, aux travaux du Conseil d'Administration.
- 10
- Renforcer l'éthique professionnelle, garante de la compétence et de la qualification des personnels en termes de connaissance, de savoir-faire, de niveau de technicité, et pour ce faire :
  - À promouvoir une politique de valorisation des ressources humaines, en considérant que les prestations servies aux personnes accueillies reposent sur les capacités et aptitudes professionnelles de chacun;
  - À mobiliser les compétences et le savoir-faire des professionnels, en les associant comme acteurs à part entière, en veillant notamment à ce que les projets d'établissements soient le fruit de la réflexion de l'ensemble des personnels dont les suggestions auront été prises en considération;
  - À développer les actions de formation afin de s'adapter aux besoins nouveaux des personnes en difficultés (vieillissement, santé, psychisme, difficultés sociales...) et à l'évolution de la médecine, de la technologie et des réglementations.
- Adapter l'organisation aux évolutions des établissements et services, afin de garantir le lien entre les multiples acteurs et la cohérence des actions de la fondation, et à cette fin :
  - À promouvoir les valeurs de la Fondation auprès de chacun des acteurs ;
  - À s'appuyer sur les nouvelles technologies pour faciliter l'expression et le partage des compétences de chacun, à tous les niveaux, et améliorer la communication interne;
  - À adapter les organes de direction à la multiplication des établissements, notamment en nommant, parmi les directeurs, des coordonnateurs/chargés de missions devant garantir la cohérence dans la prise en charge des publics accueillis : jeunes, personnes âgées, handicapées....

# LES AXES STRATEGIQUE DU POLE GERONTOLOGIQUE OUEST

Présentation du Pôle Gérontologique Ouest

#### FONDATION PERE FAVRON

#### Pôle Gérontologique Ouest

#### **EHPAD LES LATANIERS**

2006 La Possession

91 lits dont:

-08 places UP

-14 places UHR

-PASA File active de: 14

#### EHPAD F. LANAVE

2018 Le Port

90 lits dont:

-14 places UP

#### **EHPAD LES ALIZES**

1998

La Saline Les Bains 90 lits dont:

-24 places UP

-PASA File active de: 14

#### SSIAD LES ATTES

2018

**Grand Fond-Piton Saint Leu** 47 places dont:

-40 place SSIAD

-7 places EHPAD hors mur

Dans le cadre du pôle gérontologique Ouest nous souhaitons :

- Continuer à assurer une prise en charge optimale et à améliorer la prise en charge des personnes soignées par la formation du personnel soignant aussi bien en matière de connaissance du vieillissement, que des situations de handicap et des risques liés à ces derniers dans la prise en charge de la douleur et de la fin de vie.
- Favoriser un recrutement de proximité auprès de la population.
- Promouvoir les soins éducatifs et le retour à une indépendance optimum adaptée à chaque personne soignée pour un maintien de la qualité de vie sociale.

L'appartenance à la fondation Père FAVRON, permet l'accès à des pratiques sans cesse en évolutions grâce à la mise en œuvre de différents audits ou enquêtes et au suivi des indicateurs de l'ANESM.

### III. Les axes stratégiques du Pôle Gérontologique Ouest.

### A. <u>La politique de respect des droits des personnes soignées</u>

# -L'élaboration de la politique de respect des droits de la personne soignée

Le respect des Droits de la personne soignée figure dans les orientations stratégiques de l'établissement. Cette politique se veut en accord avec les différents textes réglementaires en vigueur, qui ont inscrit les droits de la personne de manière durable dans la prise en charge et qui développent plusieurs axes concernant leurs droits.

- . . .
- Ainsi la loi du 4 mars 2002 définit notamment l'accès au dossier médical et le rôle de la personne de confiance
- La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie permettant à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées et encadrant la fin de vie des personnes soignées.
- Article L311-4 du code de l'action sociale et des familles, arrêté du 08 septembre 2003, relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie

Autant de textes qui sont la base de la politique du respect des droits des personnes soignées.

## -La mise en œuvre de la politique de respect des droits de la personne soignée

Cette politique appréhende les droits des malades dans leur double dimension individuelle et collective.

# -Les axes stratégiques de la politique de respect des droits de la personne soignée

Au vu des différents textes réglementaires, les axes stratégiques définis sont les suivants.

- Maintenir le plus longtemps possible les capacités restantes de la personne soignée
- Appliquer la charte de la personne âgée
- Mener une organisation bienveillante et prévenant la maltraitance

# -Les orientations stratégiques de la politique de respect des droits de la personne soignée

#### Mener une organisation bienveillante et prévenant la maltraitance

La maltraitance des personnes âgées et des personnes en situation de handicap est un ensemble de comportements ou d'attitudes, uniques ou répétées, concernant les personnes dans le cadre d'une relation de confiance ou de dépendance.

La maltraitance peut recouvrir plusieurs formes de notre organisation, au-delà de la prévention de la maltraitance, doit être bienveillante envers les personnes qui nous sont confiés. Le respect de l'intimité et la dignité des personnes soignées fait partie des points importants à surveiller.

Un travail d'identification des différentes situations, risques et facteurs de maltraitance doit être menée pour agir sur ces causes. La restriction des libertés sous toutes les formes en fait partie.

Des procédures et documents doivent borner les pratiques pour élaborer une organisation. Mais notre organisation repose avant tout sur des professionnels. Une attention particulière sur leur recrutement, leur formation et leur comportement doit être porté en permanence.

#### Accompagner et non servir

« Celui qui se fait servir au lieu de se faire aider est, en un certain sens, lésé dans son indépendance » (Montessori).

Pour que le sujet âgé et/ou en situation de handicap soit capable de vivre avec ses propres choix, même s'il ne peut tout seul subvenir à ses besoins quotidiens, il faut que le savoir et le soin ne soient pas qu'un geste mais un soutien, un accompagnement.

En effet, aider la personne soignée, c'est la mettre en position d'actrice, c'est lui permettre d'exécuter tous les gestes de la vie courante. **C'est donc la faire passer d'une position passive à une position active**. C'est un accompagnement qui l'aidera à maintenir ses capacités d'indépendance.

#### Respecter l'intimité

L'intimité de la personne doit être conservée, notamment en maintenant la porte de sa chambre fermée lorsqu'il s'y trouve et en frappant à la porte avant d'y entrer sur invitation de la personne.

#### Maintenir l'indépendance de la personne soignée

Il est nécessaire de maintenir une indépendance adaptée et respectueuse, en prenant en compte la parole des personnes soignées à travers les doléances recueillies par les soignants et le conseil des familles à venir.

Maintenir l'indépendance physique et cognitive par la création de repère horaire et quotidien.

#### B. Politique d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques

- L'élaboration de la politique d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques

La loi 2002-2 rend obligatoire l'évaluation interne et externe de tous les établissements et services médico-sociaux. En 2007, l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESM) est créée afin de favoriser et promouvoir la culture de l'évaluation.

Selon l'article L312-8 du CASF, « les établissements et services (...) procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références, et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, validée.

Il est prévu deux types d'évaluation :

- L'évaluation interne menée par l'établissement, dont les résultats sont transmis, tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation
- L'évaluation externe réalisée par un organisme habilité dont les résultats conditionnent, tous les sept ans, les modalités de renouvellement de l'autorisation.

#### Les objectifs de l'évaluation

Le système de l'évaluation interne et externe des établissements et services vise à chercher de manière continue à améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes, et permet, d'une manière générale d'apprécier l'efficacité de l'organisation médico-sociale au regard des objectifs qui lui sont assignés et des moyens qui lui sont dédiés.

L'évaluation sera alors organisée de façon à mettre en exergue :

- L'adéquation des objectifs de l'établissement aux besoins et attentes du public considéré et ce au regard des missions de la structure,
- La bonne utilisation et l'évolution des moyens mis en place,
- La pertinence des dispositifs de gestion et de suivi,
- L'analyse des objectifs atteints mais aussi des effets non-attendus et la modification éventuelle de l'organisation,
- La qualité des prestations au regard des droits des personnes et leur participation aux procédures d'évaluation.

Pour ce faire, la méthodologie utilisée distingue quatre étapes distinctes :

- Une étape descriptive via l'observation et le recueil des données estimées pertinentes à évaluer. Cela nécessite, en préalable, de mettre en place un système d'informations permettant de collecter les éléments utiles.
- Une étape **d'analyse** qui est celle où l'on décrit ce qu'il aurait été souhaitable de faire. La construction en amont de référentiels est alors nécessaire.
- Une étape **interprétative** qui est celle où l'on va mesurer et interpréter les écarts entre la première et seconde étape.
- Une étape d'aide à la décision qui aboutit à l'organisation de mesures correctives.

#### -Le rôle de l'ANESM/HAS

Favoriser et promouvoir toute action d'évaluation ou d'amélioration de la qualité des prestations délivrées dans le domaine social et médico-social ;

Valider, élaborer ou actualiser des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les diffuser ;

Définir et mettre en œuvre la procédure d'habilitation des organismes extérieurs chargés de l'évaluation externe des établissements sociaux et médico-sociaux (décret du 15 mai 2007).

#### -La mise en œuvre de la politique d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques

La politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques repose en premier lieu sur l'engagement de la Direction de l'établissement.

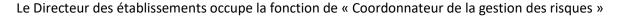
La politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques fait partie intégrante du projet de service. Il est important de souligner que le management se veut résolument orienté vers les principes de l'ANESM considéré comme un guide de bonnes pratiques dont les orientations doivent être intégrées dans chacun des projets.



La direction du pôle gérontologique Ouest souhaite que le SSIAD, au même titre que les autres structures du pôle puissent s'engager au quotidien pour développer sa démarche qualité et gestion des risques.

La démarche qualité et gestion des risques est déclinée dans chacun des projets avec la même méthode :

- Planifier / Diriger
- Réaliser / Gérer
- Evaluer / Contrôler
- Améliorer



 Les axes stratégiques de la politique d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques

Dans ce cadre, la réflexion a conduit à déterminer les axes stratégiques suivants :

- Mener une démarche globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité intégrant la procédure d'évaluation,
- Développer la culture qualité et sécurité,
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- Maîtriser le risque infectieux,
- Harmoniser les outils de la gestion des risques aboutissant à une alimentation simple de la cartographie des risques de l'établissement,
- Améliorer le système de signalement des événements indésirables afin de prendre en compte les dysfonctionnements,
- Préserver la satisfaction des personnes sur la qualité perçue de la prise en charge,
- Développer des indicateurs pertinents pour mesurer les points clés des processus des établissements.

Ces axes stratégiques sont déclinés en Orientations Stratégiques comportant des objectifs à atteindre.



 Mener une démarche globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité intégrant la gestion des risques

La mise en place d'un Plan d'Amélioration Continu de la Qualité est une première étape pour mettre en place un management par la Qualité sur l'ensembles des structures du pôle.

16

Ce plan sera alimenté par les instances, les audits internes et externes, le suivi des plaintes et réclamations, les contrôles et les enquêtes de satisfaction.

#### Objectifs:

- 1. Poursuivre la mise en place d'un management par la Qualité et de gestion des risques
- 2. Faire vivre le PACQ, outil par excellence de coordination des programmes et actions de l'établissement
- 3. Intégrer la démarche qualité et gestion des risques du PGO (mise en place d'une base documentaire / signalement des évènements indésirables ) → HARMONISATION DES PRATIQUES SUR LE PGO

#### Développer la culture qualité et sécurité

Le management des établissements souhaite induire la démarche qualité comme outil de management. Un des piliers d'une démarche pérenne, repose sur le fait qu'elle soit partagée et comprise par tous, que chaque professionnel soit convaincu de l'utilité d'une telle démarche et qu'il la vive au quotidien, sans pour autant qu'elle soit un obstacle à la bonne exécution de son travail.

Afin que la démarche qualité ne repose pas sur des individualités, mais qu'elle soit partagée par tous, la direction a engagé un profond travail de structuration et d'organisation sur l'ensemble du PGO.

#### Objectifs:

- 1. Utiliser le projet d'établissement/service comme un outil de management stratégique, avec un bilan annuel débouchant sur une mise à jour du document.
- 2. Développer les formations sur des thèmes qualité ou sécurité (EPP sur les FSEIV)

#### Améliorer la qualité et la sécurité des soins

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.

Cette politique est englobée dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'établissement, avec des objectifs définis dans le projet de soins.

#### Harmoniser les outils de la gestion des risques

La démarche de gestion des risques s'appuie sur un déroulement simple :

- Identifier les risques a priori et a posteriori
- Analyser les risques en termes de fréquence, de gravité, avec leurs causes et leurs effets
- Hiérarchiser les risques à partir de leur criticité et de notre niveau d'acceptabilité
- Traiter les risques en élaborant un programme d'action
- Suivre et évaluer ce programme d'actions, y compris à l'aide d'indicateurs.

Néanmoins, la multiplication des outils, des sources de données et des intervenants complexifie la gestion des risques. C'est en ce sens que la coordination de la démarche d'amélioration qualité et gestion des risques au sens large est une orientation stratégique du pôle.

Cette démarche se positionne comme l'élément permettant de diriger et d'évaluer toutes les activités de l'ensembles des établissements du pôle, en apportant des outils pratiques.

Cette orientation stratégique est l'opportunité de structurer et d'harmoniser les politiques stratégiques du pôle.

#### Cartographie des risques

Le SSIAD au détours de son évaluation interne, abordera la méthodologie via une approche processus et maitrise des risques.

Ainsi on répertoriera avec l'aide du responsable qualité du PGO, tous les risques a priori dans une cartographie se déclinant par risque. Pour chacun, les causes probables et les mesures de prévention à mettre en place seront recensées. Pour les années en cours et à venir, une hiérarchisation sera établie, dont découlera un programme de gestion des risques.

#### • Document unique d'évaluation des risques professionnels

De la même façon, le document unique d'évaluation a priori des risques professionnels est rédigé. Ce document est revu annuellement.

#### Améliorer le système de signalement des événements indésirables

Le pôle gérontologique ouest, dispose dans son système d'information d'un outil de recueil des évènements indésirables : AGERISK. Cet outil complet et efficient nous permet une analyse des risques de la structure.

Au niveau de la structure, chaque évènement indésirable est abordé et analysé, si nécessaire en équipe pluridisciplinaire, et un retour est fait aux instances et à l'ensemble des professionnels.

#### Objectifs:

Poursuivre la sensibilisation des professionnels à la déclaration des événements indésirables

Communiquer un indicateur favorisant la déclaration

#### Préserver la satisfaction des personnes soignées

La satisfaction des personnes soignées et de leur entourage fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.

Des enquêtes de satisfaction sont prévues à minima 1 fois par an.

Le panel représenté doit être suffisamment important afin d'avoir un intérêt en tant qu'expression d'une part significative des personnes soignées et également d'acquérir une légitimité auprès des professionnels dont les pratiques peuvent être remises en cause.

Les résultats seront ensuite diffusés auprès du personnel, des personnes soignées et du public par les canaux de communication appropriés : affichage, instances ...

Ils sont analysés dans les différentes instances concernées et donnent lieu à des actions d'améliorations.

 Développer des indicateurs pertinents pour mesurer les points clés des processus des établissements du pôle.

Le développement d'indicateurs pertinents est inscrit dans les orientations stratégiques des établissements du pôle. En effet, ces indicateurs, bien utilisés, sont des outils indispensables au management du SSIAD à différents niveaux.

Nous pouvons déjà pré-identifier un panel d'indicateur à intégrer dans notre tableau de bord de pilotage issus du système d'information dont la fondation dispose déjà.

Le tableau de bord comportera plusieurs types d'indicateurs:

- Des indicateurs d'activité qui apportent des informations sur l'activité des services ou sur la fréquence de certaines opérations (taux d'occupation, nombre de réorientations, nombre de transferts, etc.);
- des indicateurs de ressources (niveaux de dépenses et de recettes, taux d'absentéisme, suivi du turn-over, nombre d'accidents du travail, etc.);
- des indicateurs de qualité (satisfaction de la personne soignée, délais d'admission, indicateurs de l'ANESM; indicateur de l'ANAP).

Une fois nos indicateurs définis en équipe cela nous permettra d'affiner les orientations stratégiques de l'établissement et d'améliorer au quotidien nos pratiques dans la prise en charge des personnes soignées.

#### Objectifs:

Annuellement: Réaliser une revue des indicateurs annuellement lors de la réalisation du bilan annuel

- Moyens de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques
  - Les Instances des établissements du pôle

La concertation et la coordination des professionnels sur tous les projets du pôle sont un principe de fonctionnement qui sera déployé au sein de l'ensemble des établissements du PGO.

• *Le Comité de Direction* (communément appelé réunion de service d'encadrement)

Le Comité de Direction est une structure transversale associant les cadres de soins, les cadres administratifs, logistiques et la direction.

Le Directeur, en association avec les instances et les professionnels, initie, pilote et soutient la politique qualité. Ses missions principales sont :

- D'impulser les axes stratégiques et veiller à leur cohérence avec les obligations institutionnelles.
- D'organiser la communication interne auprès du personnel.

L'encadrement intermédiaire et les salariés ont, quant à eux, un rôle important en participant à la définition des objectifs et des actions des orientations stratégiques, en les mettant en œuvre et en diffusant l'information.

L'analyse des événements indésirables associés aux soins relève du médecin Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

#### • Les plaintes et réclamations

Sont à disposition de la direction, du cadre de santé, l'ensemble des réclamations et plaintes adressés aux établissements par les personnes ou leurs proches ainsi que les réponses apportées. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel.

#### *Traitement de l'information*

A partir de ces informations, la commission :

- Procèdera à une appréciation des pratiques de la structure concernant les droits des personnes et la qualité de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;
- Est consulté pour avis sur l'analyse des évènements indésirables ;
- Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée en ce qui concerne les droits des personnes et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;

#### Le Plan d'Amélioration Continu de la Qualité

Afin de suivre les actions à mener, nous développerons un plan d'action qui permettra d'identifier les axes d'amélioration à mettre en œuvre en respectant certaines thématiques validées par l'ensemble des acteurs.

sources

Celui-ci est transversal, et est nourri de tous les plans d'actions émanant des différentes sources d'évaluation. L'évaluation interne et externe, nécessitant un travail de fond et d'amélioration continue, vont dans ce sens.

#### Cet outil permet de:

- Identifier les différentes sources d'actions (instances, audit, lois...)
- Hiérarchiser les actions
- Coordonner les différents programmes de l'établissement
- Suivre les actions.

#### Plan bleu

Le Plan bleu est un document écrit qui énonce le dispositif de crise permettant la mobilisation immédiate de moyens de toute nature dont l'établissement dispose dans 3 grands cas de figure :

- Faire face à une situation sanitaire exceptionnelle
- En cas d'afflux de victimes
- Face à un événement grave perturbant le bon déroulement du service.

#### Le Développement Professionnel Continu

Depuis le 1er janvier 2013, les professionnels de santé doivent satisfaire, tous les ans, à une obligation de Développement Professionnel Continu (DPC). Pour répondre à cette obligation, ils doivent s'inscrire dans un programme annuel ou pluriannuel de DPC.

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins.

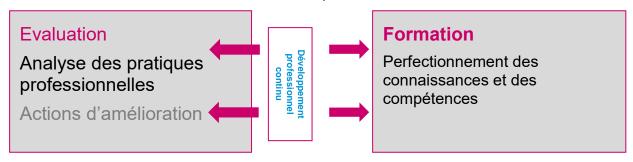
Le DPC comporte l'analyse, par les professionnels, de leurs pratiques ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences.

Il constitue donc une obligation à laquelle chacun doit satisfaire, dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente, en participant chaque année à un programme de développement professionnel continu.

Ces programmes seront caractérisés par une méthode validée par la Haute Autorité de santé et correspondront à des orientations, soit nationales préalablement définies, par un arrêté ministériel sur propositions des commissions scientifiques, soit régionales et fixées par l'agence régionale de santé.

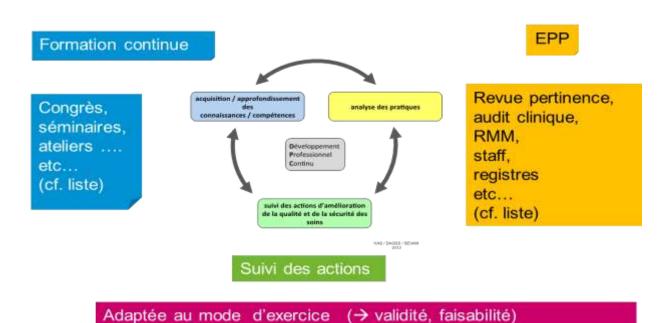
#### Mise en œuvre du Développement Professionnel Continu

Le DPC s'inscrit au sein de notre politique, dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins. La mise en œuvre du DPC se caractérise en deux temps, une véritable alchimie à construire :



La démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles qui sera mise en place au cours de la durée de ce projet de service.

Les modalités de mise en œuvre de l'EPP peuvent être nombreuses et diversifiées. Elles ne se limitent pas à des méthodes fondées sur la mesure a posteriori des écarts entre la pratique et un référentiel (audit). Elles peuvent inclure des approches qui, par exemple, permettent de mieux contrôler les processus de soins en plaçant l'évaluation au sein de la pratique quotidienne (chemin clinique, reminber ou aide-mémoire, arbres de décision diagnostique ou thérapeutique, révision de dossiers, ...), sans omettre les formes émergentes de pratique médicale protocolisée et évaluée comme les réseaux de soins, les groupes d'analyse de pratique entre pairs.



et favorisant le travail en équipe ( -> sécurité)

#### Axes stratégiques des Evaluations de Pratiques Professionnels

Dans ce cadre, la réflexion a conduit à déterminer les axes stratégiques suivants :

- o S'engager à un niveau institutionnel dans les démarches d'EPP
- Engager des équipes pluridisciplinaires dans les démarches d'EPP
- o Renforcer l'utilisation des méthodes et outils qualité
- o Mettre en place les actions d'améliorations issues des EPP

Ces axes stratégiques sont déclinés en Orientations Stratégiques comportant des objectifs à atteindre.

#### Objectifs des Evaluations de Pratiques Professionnelles

• S'engager à un niveau institutionnel dans les démarches d'EPP

La démarche d'EPP est soutenue par la Direction, qui s'implique dans la démarche, notamment par l'apport des méthodes de travail.

Le choix des thèmes d'EPP dans l'établissement se réalise en concertation entre les professionnels pour dégager un ou plusieurs thèmes.

Ces thèmes ne sont pas fixes et ont pour vocation d'évoluer tout au long de la période sur laquelle court ce projet d'établissement.

#### Objectifs:

Mettre en œuvre la démarche des DPC (Evaluation des Pratiques Professionnelles + inscription des professionnels dans une démarche de formation continue).



#### C. Politique du projet social

#### - L'élaboration de la politique du projet social

La gestion des ressources humaines des établissements du PGO est un facteur clé de la prise en charge des personnes soignées.

Le projet social doit conduire à l'adhésion de chacun aux objectifs fixés et tendre vers la mobilisation et la cohésion de l'ensemble du personnel.

Pour ce faire, l'engagement de la Direction est double :

- Donner les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs
- Assurer le développement des compétences

La gestion administrative du personnel assure la confidentialité, la qualité et la sécurité des informations individuelles concernant le personnel.

Des notions récentes sont apparues dans la gestion des ressources humaines. Après la sécurité au travail, la préoccupation de la qualité de vie au travail et la prévention des risques psychosociaux ont leur place dans ce projet social.

#### - La mise en œuvre de la politique du projet social

Le management des équipes est décentralisé au sein de chaque établissement, cette organisation apporte une garantie de transparence en matière de salaire, de promotion interne, d'accès à la formation.

Deux services centraux interviennent également au niveau de la fondation Père Favron : le service juridique et le service de paye, qui apportent une expertise.

Les relations au quotidien sont assurées par les cadres et agents de maîtrise de l'établissement.

La Fondation Père FAVRON applique la Convention Collective de 1951 dans l'ensemble de ses établissements.

#### Les axes stratégiques de la politique du projet social

- Fidéliser les professionnels
- Développer l'accueil et l'encadrement des stagiaires et étudiants
- Améliorer les Conditions de Travail et la prévention des risques professionnels
- Disposer des compétences nécessaires à la conduite des missions de la résidence

#### Orientations stratégiques du projet social

#### Fidéliser les professionnels

#### ✓ Intégrer pour fidéliser

Une structure de taille modeste peut rapidement être déstabilisée par le départ et l'arrivée de professionnels. Il est d'autant plus important de fidéliser l'essentiel du personnel. Pour cela, il est nécessaire de réaliser son intégration, dès l'entretien de recrutement, de manière professionnelle. Cela permet au salarié de se situer rapidement dans son poste au sein de la structure. Plusieurs outils doivent pour cela être utilisés, dans un processus d'intégration.

Le contrat et la déclaration unique d'embauche sont faits au préalable de l'arrivée du salarié dès que les informations nécessaires sont en notre possession.

Le salarié est accueilli par le Directeur, le Cadre de Santé.

Il est prévu une remise d'un livret d'accueil comportant les informations nécessaires à la prise de fonction (règlement intérieur, présentation de l'établissement, organigramme, fiche de fonction, fiche de poste, consignes en cas d'incendie, ...) ainsi que le livret d'accueil de la structure.

#### Objectifs:

- 1. Réaliser un parcours d'accueil et d'intégration avec des points clés
- 2. Organiser la gestion documentaire permettant un apprentissage rapide des missions attendues pour le nouveau professionnel, y compris pour le personnel remplaçant

#### ✓ Recruter dans la diversité et la proximité

Facteur de richesse, la diversité et la proximité garantit la cohésion sociale à l'intérieur de l'entreprise. Dans ce cadre, 4 axes majeurs sont développés :

- L'égalité hommes femmes
- L'emploi des seniors
- L'emploi des personnes handicapées
- L'emploi des publics précaires
- Aménagement des fins de carrière et de la transition entre activité et retraite

#### Développer l'accueil et l'encadrement des stagiaires et étudiants

L'Etablissement pourra à terme avoir la possibilité d'accueillir des stagiaires paramédicaux et médicosocial. L'accueil de ces étudiants est donc basé sur l'échange mutuel de savoirs et d'expériences.

Le cadre infirmier, qui est aussi le tuteur, après avoir reçu le stagiaire, définit avec lui les objectifs du stage, planifient les horaires, effectue une visite des locaux et présente les équipes.

Le cadre infirmier est en relation continue avec le stagiaire et fait l'évaluation intermédiaire et finale après avoir recueilli l'avis des équipes qui ont entouré le stagiaire.

Il est en lien avec les responsables pédagogiques des écoles, afin de permettre aux stagiaires de réaliser l'adéquation école-terrain de stage.

#### Objectifs:

Participer aux réunions d'échanges avec les écoles

 Améliorer les Conditions de Travail et prévention des risques professionnels

Un des impératifs est de veiller au bien-être au travail de ses collaborateurs en leur offrant les meilleures conditions de travail possibles.

#### ✓ Le suivi médical du personnel

Le suivi médical du personnel est assuré par la médecine du travail. Chaque nouvel embauché est déclaré dès son arrivée afin d'avoir la visite médicale d'embauche. Si le salarié a un justificatif d'une précédente visite suivant la période réglementaire, cette visite n'est pas programmée.



Chaque membre du personnel est vu par le médecin du travail selon la réglementation en vigueur se rattachant à la profession de chacun.

Le dialogue avec le Médecin du travail est régulier tout au long de l'année. Plusieurs rencontres ont permis de connaître le travail de chacun afin de faciliter la gestion des dossiers.

#### ✓ Prévention des risques professionnels

La fondation Père Favron s'est notamment engagé vers une évaluation des risques professionnels encourus par ses collaborateurs et a mis en œuvre un plan d'action de prévention. Pour se faire, un Document Unique, spécifique à chaque établissement, permet d'établir un inventaire dans chaque unité de travail des risques professionnels.

Ce dernier n'est pas immuable et doit être remis à jour autant que nécessaire, au minimum une fois par an.

 Disposer des compétences nécessaires à la conduite des missions des établissements du Pôle.

Pour toute entreprise, l'anticipation est primordiale pour engager des politiques adéquates en matière de formation, de mobilités professionnelles, de redéploiement des emplois et des compétences.

Cette vérité est particulièrement démontrée dans le domaine de la Santé qui propose un environnement particulièrement évolutif en matière d'emploi.

#### ✓ Entretien annuel des salariés et entretien professionnel

Conformément à la législation (loi de mai 2004), un entretien d'évaluation a lieu tous les deux ans pour l'ensemble du personnel. La procédure et la grille d'évaluation sont validées par le CSE avant son application.

L'entretien biennal est un levier de valorisation et de promotion de chaque salarié. C'est un carrefour de négociation entre le professionnel et sa direction. C'est un outil essentiel de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Ces entretiens biennaux contribuent à la précision des besoins individuels et collectifs en formation sur le court, moyen et long terme.

Cet entretien est réalisé par le supérieur hiérarchique direct du salarié. Il s'agit d'un moment privilégié d'échanges, qu'il convient d'apprécier à sa juste valeur et de bien préparer pour le salarié comme pour le supérieur.

L'entretien d'évaluation répond à plusieurs objectifs fondamentaux :

- mesurer les performances de chaque collaborateur sur la période écoulée en faisant un bilan des points forts et des difficultés éventuelles pour assumer au mieux toutes les tâches confiées.
- s'accorder sur les objectifs d'amélioration à atteindre sur la période suivante,
- connaître et analyser les souhaits du salarié,
- développer la motivation de chaque collaborateur.

L'entretien professionnel répond à plusieurs:

• il est destiné à envisager les perspectives d'évolution professionnelle du salarié et les formations qui peuvent y contribuer.



 Envisager l'évolution de son parcours professionnel, en interne ou en externe, en appui de la politique de mobilité définie par la Fondation Père FAVRON et relayée par la direction de l'établissement.

Le salarié est sensibilisé à la préparation de ces entretiens afin que les échanges soient constructifs et de qualité. Aussi, est transmis à chaque salarié un document explicatif sur l'intérêt de la préparation et les objectifs de l'entretien.

#### ✓ Le plan de formation

La fondation Père FAVRON est dans une activité de service, aussi sa performance tient avant tout au professionnalisme de ses équipes. En outre, l'évolution permanente des prises en charge des personnes et par conséquent des métiers, appellent à une politique continue de formation. Aussi, la fondation Père FAVRON met un accent particulier sur la formation et la qualification de ses équipes.

Les formations sont plutôt axées sur l'adaptation aux postes à l'appui des recommandations de bonnes pratiques :

- Humanitude/Montessori
- Manutention/PRAPP
- Animation et pilotage des équipes,
- Formation ASG
- Sécurité des personnes et des biens
- Communication non verbale
- Gestion des troubles du comportement
- Formation aux nouveaux logiciels (Octime, Cegid ...)
- Formation à la mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne.

La Fondation travaille actuellement sur un plan de formation centralisé par filière, afin de mutualiser et d'optimiser la formation.

Nous évoluons dans un système complexe dont les personnes soignées au centre des préoccupations. Les multiples lois et réglementations, et les actes techniques sont autant de facteurs complexifiant.

Notre équipe pluridisciplinaire est composée de salariés diplômés tels que le médecin, l'infirmière, les aides-soignants... mais également de salariés non diplômés qu'il faut accompagner dans l'appréhension de leurs missions en leur donnant les compétences nécessaires.

Chacun de ces salariés détient un savoir-faire et des compétences spécifiques qu'il peut transmettre à ses collègues, ce qui crée une dynamique de formation interne.

La formation est l'un des moyens privilégiés pour que les salariés développent des connaissances, des compétences et un savoir-faire leur procurant les capacités d'adaptation aux évolutions, en tenant compte des besoins en compétence de l'entreprise et les aspirations individuelles et sociales des salariés.

Dans cette perspective, les établissements du PGO, par le biais de la formation professionnelle continue, a pour finalité de permettre au salarié d'être acteur de son évolution professionnelle grâce aux entretiens annuels et de développer l'accès des salariés à des actions de formation professionnelle conduites dans le cadre du plan de formation annuel.

Cela contribue à l'élargissement des connaissances que chacun doit avoir pour travailler auprès des personnes que nous accueillons. C'est aussi l'acquisition pour tous d'une culture commune.



#### D. Politique du système d'information

#### - L'élaboration de la politique du système d'information

La prise en charge des personnes génère des flux d'informations multiples qui concernent aussi bien les activités de soins que les activités de gestion et les activités logistiques.

Il est donc important que ces flux puissent être gérés dans le cadre d'un système cohérent procédant d'une même approche avec des objectifs précis pour que les informations recueillies, traitées et communiquées puissent contribuer au bon fonctionnement de l'établissement, des secteurs d'activité et à assurer la coordination de la prise en charge et la continuité des soins.

Le dossier est un des facteurs clés de la réussite de la prise en charge des personnes soignées.

Le développement prépondérant de l'informatique dans le système d'information est au cœur de nos préoccupations.

#### - La mise en œuvre de la politique du système d'information

Le management met en œuvre le système d'information, avec l'appui du service de communication et du service informatique.

 Les axes stratégiques de la politique du système d'information

Dans ce contexte, les axes stratégiques de la politique du système d'information sont :

- Améliorer l'accès des utilisateurs à l'information
- Maîtriser les canaux de communication et d'information
- Améliorer le dossier en tant que facteur clé de la prise en charge de la personne.



#### E. <u>L'élaboration du projet économique du PGO</u>

Le SSIAD s'engage dans la voie de l'efficience. L'établissement a été appuyé dans sa démarche par la Fondation Père FAVRON, ce qui a permis de mutualiser les processus supports tels que les achats, la comptabilité, l'informatique, le juridique, Ressources Humaines ... Autant d'experts métiers à la disposition de la structure tout au long de l'année suivant les nécessités des établissements su pôle.

Au niveau de la structure, la recherche du meilleur niveau de qualité au moindre coût est un exercice régulier, qui repose sur le bon sens. La taille de l'établissement ne permet pas de faire d'écarts budgétaires importants, et chaque choix budgétaire est réfléchi, tant en investissement qu'en fonctionnement.

#### - La mise en œuvre du projet économique

Le suivi du projet économique se réalise en partenariat avec la direction générale, le conseil d'administration, la direction administratives et financières.

Ils participent notamment à l'élaboration du budget et des propositions d'investissements, ainsi qu'à l'ensemble des décisions stratégiques des établissements du pôle.

Le Directeur a pour mission le suivi des objectifs fixés par le budget. Il engage les dépenses, notamment d'investissement, en coopération avec les acteurs concernés.

Cette mise en œuvre est concertée avec les équipes, suivie et portée par les instances et la direction.

#### Les axes stratégiques du projet économique

Dans ce contexte, les axes stratégiques du projet économique seront les suivants :

- Améliorer l'efficience
- Maîtriser le budget de l'établissement
- Investir de manière concertée
- Acheter au meilleur rapport qualité prix
- Diminuer les délais de recouvrement des créances

#### Les orientations stratégiques du projet économique

#### Améliorer l'efficience

Dans une démarche structurée, l'établissement souhaite s'engager pendant la durée couverte par le projet de service dans 4 analyses du fonctionnement des établissements du pôle et de l'utilisation des ressources afin de permettre le repérage des sources d'inefficience.

#### **Objectifs:**

Conduire au moins une analyse d'efficience par an en débutant par les processus suivants : énergie, achat, facturation, masse salariale

#### Acheter au meilleur rapport qualité prix

Un processus de passation des marchés rigoureux pour viser à assurer l'équité des traitements des sous-traitants et des fournisseurs (sélection et évaluation des fournisseurs sur des critères prédéfinis et explicites, garantie sur la confidentialité des éléments techniques et commerciaux communiqués par les fournisseurs, réponse systématique à toutes les sociétés dont l'offre n'a pas été retenue, impartialité dans le choix des fournisseurs, respect des conditions négociées, ...).

La fondation référence ainsi plusieurs fournisseurs dans le cadre d'un marché. Ce qui nous permet de bénéficier du meilleur rapport qualité prix de par les volumes référencés. De plus, ces services sont réactifs quant à nos demandes de produits et ou prestations.

Les établissements, en dehors de ces marchés, ont toute latitude pour trouver des fournisseurs locaux. Ces derniers sont volontairement choisis dans le territoire afin d'établir une relation économique durable.

#### Objectifs:

Mettre en place une dotation pour chacune des typologies d'achat

#### Diminuer les délais de recouvrement des créances

La diminution des délais de recouvrement des créances permet de réduire le besoin en fond de roulement. Ce qui par enchaînement, permet de limiter la dette auprès des tiers, l'argent rendu ainsi disponible pouvant financer des projets.

Pour diminuer les délais de recouvrement, il faut facturer selon les règles de bonnes pratiques, et suivre les relances aux différents créanciers.



# LE SSIAD LES ATTES

# I. Identification légale du SSIAD

Le SSIAD, Service de Soins Infirmier A Domicile, privé à but non lucratif, fait partie de la Fondation Père FAVRON.



Établissement SSIAD LES ATTES	
-------------------------------	--

#### **Implantation**

Commune	Saint Leu
Adresse	48 rue Faham 97424 Grand Fond St-Leu
Téléphone	0692 67 56 17
N° SIRET	31826574100559

Raison sociale	Fondation père Favron reconnue d'utilité publique par décret
Adresse	80, boulevard Hubert Delisle BP 380 97496 SAINT-PIERRE CEDEX
Nom et qualité du représentant de la personne morale	M. CARRERE Jean-Louis, Président M. PINEAU Jean Paul, Directeur général

### Personnes physiques:

Nom Prénom	Mona PADER
Profession	Directeur

#### II. Historique du SSIAD LES ATTES

La création du SSIAD LES ATTES est une réponse à une forte demande et un besoin réel de prise en charge à domicile sur la commune de Saint Leu.

Un premier agrément égal à 20 places, répartit sur la seule commune de Saint Leu, est accordé le 15 mars 2002.

En 2004, un projet d'extension est établi et déposé auprès des organismes tutélaires. Un nouvel agrément est accordé pour une file active de 40 places en 2005 avec une couverture géographique s'étendant aux communes de Trois-Bassins et des Avirons.

En 2018, le SSIAD est rattaché au Pôle Gérontologique Ouest de la Fondation Père FAVRON. Egalement, une phase d'expérimentation a été initié par l'ouverture de 07 places en EHPAD hors mur, rattaché au SSIAD sur le même secteur géographique.

Cet EHPAD hors mur dépend de financement non reconductible alloué jusqu'en juin 2020. Nous sommes en attente de la signature d'une nouvelle autorisation pour pérenniser ou invalider l'expérimentation.

Le projet de service est une obligation juridique (arrêté du 26/04/1999), mais également l'opportunité d'affirmer les valeurs qui l'animent en lien avec les droits des personnes soignées, d'expliciter le fondement philosophique de l'action institutionnelle, son organisation et ses orientations.

La loi du 2 janvier 2002 redéfinit le projet : « pour chaque service ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet 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 des familles, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ».

Dans le cadre de la démarche d'évaluation interne et externe, il est l'outil qui permet d'identifier clairement le service et ses orientations. Il va servir de base à l'élaboration de l'ensemble des documents du service.

Ce projet de service a été rédigé en s'appuyant sur les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles et de l'ANESM : « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service ».

Il permet également aux professionnels de situer leurs actions dans un système de valeurs de références

A l'inverse des chartes, le projet de service engage les décideurs et donc l'ensemble des salariés de la structure.

### III. Le projet de service :

### A. Le cadre règlementaire

Le Projet de service est défini dans le Code de la Santé Publique comme suit :

#### La loi du 2 janvier 2002 :

« Pour chaque service ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet 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, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.

#### L'article 22 de la loi dite « 2002-2 »

« Conduit les services médico-sociaux à s'inscrire dans une démarche d'évaluation interne et externe. La création de l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESMS) fait suite à cette loi et publie les recommandations et les guides des bonnes pratiques professionnelles ».

En effet, ce projet de service a été rédigé en s'appuyant sur la Recommandation des Bonnes Pratiques Professionnelles : Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service ».

Il permet également aux professionnels de situer leurs actions dans un système de valeurs de références.

A l'inverse des chartes, le projet de service engage les décideurs et donc l'ensemble des salariés de la structure.

#### La circulaire n° 2005/111 du 28 février 2005 et l'arrêté du 27 juillet 2005

« Portant sur les conditions d'autorisation et de création des SSIAD relatif au rapport d'activité des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) avec la mise en place des indicateurs médico-sociaux économiques ».

Dans le cadre de la démarche d'évaluation interne et externe, il est l'outil qui permet d'identifier clairement le service et ses orientations. Il va servir de base à l'élaboration de l'ensemble des documents du service.

#### Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

« La **Loi** du 4 mars **2002** (**loi Kouchner**) consacre deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, le droit du patient d'être informé sur son état de santé (article L. 1110-2 du Code de la Santé Publique) ».

# Loi de santé publique de 2004, la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) du 21 juillet 2009 et la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, loi 2019 « relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé »

« Une réforme structurelle répondant aux évolutions profondes que posent notamment le vieillissement de la population ou encore la prévalence croissante des pathologies chroniques ».

#### Ce projet court sur la période de l'année 2020 à l'année 2025.

Il est réalisé en concertation avec l'encadrement du pôle, et sera soumis dès à l'ensemble des membres du personnel.

#### B. Missions et objectifs généraux

### - Les Missions et population accueillie

#### Les missions

Le SSIAD LES ATTES intervient sur prescription médicale auprès des personnes âgées de plus de 60 ans et des personnes en situation de handicap nécessitant des soins d'hygiène, de confort favorisant le maintien à domicile.

Les actes infirmiers sont sous traités avec des infirmiers libéraux.

Le service intervient auprès de personnes :

- En perte d'autonomie et d'indépendance transitoire et/ou permanente
- Atteintes de pathologies en phase palliative et participe à l'accompagnement de ces personnes en fin de vie au domicile.
- Atteintes de troubles cognitifs (type Alzheimer, démences séniles etc...)
- Des personnes en situation de handicap.

Le SSIAD a pour mission principale d'offrir à chaque personnes soignées les aides nécessaires et adaptées pour toutes les situations de la vie personnelle, domestique et sociale et de préserver la bientraitance et l'indépendance à travers les activités de la vie quotidienne.

#### La population accueillie

#### Sexes et âges (insérer un logigramme)

AGE	Nombre	Sexe
Moins de 60 ans		
60 ans à 64 ans		
65 ans à 69 ans		
70 ans à 74 ans		
75 ans à 79 ans		
80 ans à 84 ans		
85 ans à 89 ans		
90 ans à 94 ans		
95 ans à 99 ans		
100 ans à 105 ans		

#### Dépendance

GIR	Nombre	Sexe
1		
2		
3		
4		
5		
6		

# 34

### - Les objectifs

Le service a pour objectifs de :

- De retarder la perte d'autonomie.
- D'éviter l'hospitalisation lorsque les conditions médicales et sociales sont favorables
- Faciliter et organiser le retour à domicile à la suite d'une hospitalisation
- Apporter une assistance et une aide psychologique aux personnes en fin de vie qui désirent rester chez elles.
- Retarder l'admission en structure d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- Valoriser l'image psychique et physique de soi.
- Coordonner les différentes interventions entre les médecins, professionnels paramédicaux, l'hôpital, les personnes soignées et leurs proches.
- Soulager l'entourage et les proches en favorisant la coopération entre les différents services et métiers existant en ville.

# - La situation géographique de la structure

La structure administrative se trouve sise au 48, rue FAHAM, Grand-Fond, 97424 Piton Saint Leu.

La couverture géographique des interventions s'étend sur l'ensemble des communes de saint Leu, des Avirons et de Trois-Bassins.

#### C. Modalités d'intervention

#### - Procédure d'admission et de réorientation

#### Financement de la structure

Le financement des soins et de l'ensemble des activités de la structure se fait par l'intermédiaire d'une dotation globale attribuée par la CGSS.

Le prix de journée est de 51 euros. Dans le prix de journée est compris :

- La rémunération des Aides-soignants et du cadre de santé.
- La facturation des actes infirmiers.
- Les dépenses liées au fonctionnement de l'établissement.

#### Conditions d'admission et organisation de la prise en soins

Le SSIAD intervient sur demande des personnes, de leur entourage, des médecins ou tous autres services hospitaliers ou sociaux... Le service met en œuvre une coordination et une organisation en lien avec les attentes de la personne accompagnée et des possibilités du service. Pour l'admission au SSIAD, sont pris en considération :

- Le critère d'âge,
- La pathologie,
- La situation géographique,
- Les conditions matérielles, psychologiques et sociales,
- La dépendance de la personne selon la grille AGGIR.

Les entrées se font sur prescription médicale du médecin traitant ou du praticien hospitalier. Toutes les demandes d'intervention reçues sont répertoriées sur le logiciel de soins et mises sur la liste d'attente informatisée en fonction des critères d'admission.

La cadre de santé donne toujours une suite à ces demandes et appelle les intéressés. En fonction de la première évaluation au téléphone, elle prend un rendez-vous au domicile ou la sortie de l'hôpital avec la famille et la future personne soignée, ou oriente vers un autre interlocuteur, si la personne ne correspond pas aux critères d'entrée.

Lors de la visite d'évaluation, la présence d'un proche ou d'un membre de la famille est souhaitable. Lors de sa visite, la cadre de santé évalue les possibilités de prise en charge par le SSIAD ou non. Les prises en charge sont limitées dans le temps et dépendent de l'état de santé de la personne.

#### L'entrée est formalisée par :

- L'envoi du document d'admission accompagné d'une prescription médicale à la caisse de sécurité sociale dont dépend la personne,
- Le contrat de soins
- Le dossier administratif.



#### Les limites du maintien à domicile

Dans les cas où la situation d'une personne dont le maintien à domicile en l'état a atteint ses limites (Ex. : environnement inadapté, dégradation importante de l'état de santé, niveau de conscience de la personne ...), et dans le cas où la personne et/ou l'aidant habituel expriment le souhait de rester à son domicile, le service tente de respecter cela autant que faire se peut.

La cadre de santé gère les limites du maintien à domicile par :

- L'évaluation et l'analyse de la situation / la mesure du risque,
- Les décisions à prendre. Pour cela, le service sollicite l'ensemble des partenaires et des services de coordination du territoire.

Le SSIAD se préoccupe du devenir de chaque personne lors de sa sortie. Le service s'attache à rechercher, en concertation avec la personne et/ou l'aidant habituel et le médecin traitant, des solutions alternatives. Lorsque le relais est assuré, le service met fin à sa mission.

#### - Les conditions de sortie

La fin de la prise en soins est organisée avec l'usager et/ou son entourage pour les raisons suivantes :

- A la demande de la personne soignée, de son entourage,
- Lors de la reprise de l'indépendance,
- En cas de non-respect du règlement de fonctionnement,
- Lors d'une modification de l'état de santé de la personne qui ne répond plus aux critères de prise en charge,
- Lors d'une d'hospitalisation supérieure à 4 semaines,
- Lors de l'entrée en institution,
- En cas de décès.

Pour un arrêt de prise en soins, le service peut organiser une visite de fin de prestations au domicile. Un courrier de confirmation est alors adressé à la personne, au médecin traitant et aux infirmières libérales.

# - La fréquence des interventions

La fréquence des interventions est déterminée par une évaluation des besoins réalisée par la cadre de santé en accord avec la personne soignée et/ou les aidants. Elle est formalisée dans le Contrat de soins, signé conjointement par la personne et la Cadre de santé coordinatrice du SSIAD. 50% des personnes nécessite plus d'une intervention par jour. En effet, si, chez certaines personnes, les interventions se limitent à cinq passages par semaine, les plus nombreux nécessitent une visite par jour et certains sont visités deux fois par jour.

Pour d'autres, les interventions peuvent requérir le passage de soignants en binôme. Le SSIAD intervient les dimanches et les jours fériés chez toutes les personnes. Le dimanche, les familles peuvent parfois prendre le relais à leurs convenances.

La fréquence des interventions reste une donnée assez souple dans l'organisation de la prise en soins car le SSIAD s'adapte aux modifications des besoins des personnes soignées.

Des interventions supplémentaires sont proposées dès lors qu'un problème survient chez une personne en fonction des possibilités du service.

# D. Le fonctionnement de la structure et équipe professionnelle du SSIAD

#### -Le fonctionnement du SSIAD

#### Les horaires

#### Accueil physique:

Les bureaux sont ouverts de 9 h à 13 h 00 et de 14 h à 17 h du lundi au vendredi.

### Accueil téléphonique :

Le service est joignable pendant les heures d'ouverture. En dehors des heures d'ouverture du service, une astreinte assure l'accueil téléphonique et également, un répondeur téléphonique permet de laisser un message.

Le numéro de l'astreinte est connu des personnes soignées et de l'entourage.

#### Les horaires d'intervention :

Le service fonctionne 7 i/7.

Du lundi au dimanche et jours fériés : entre 06 h 30 et 12 h 30 et de 15 h 30 à 18 h 30.

#### Le fonctionnement du service

Pour une capacité actuelle de 40 places (32 attribuée à la prise en charge personnes âgées et 8 pour les personnes en situation de handicap), l'organisation se fait de la façon suivante :

#### 

04 tournées du lundi au dimanche et jours fériés.

#### 

03 tournées du lundi au dimanche et jours fériés.

Les aides-soignantes viennent au bureau les matins et les midis et le soir.

L'agent en charge de l'entretien des locaux, est salariée à temps partiel et prend en charge le bio nettoyage de la structure du lundi au vendredi.

Des temps forfaitaires de transmissions sont accordés tous les jours dans le service :

- De façon orale et informatique le midi,
- -De façon téléphonique et informatique pour les agents travaillant l'après-midi.

Sur le terrain, le SSIAD dispose de téléphones portables afin de permettre les échanges entre les soignants au cours de la journée, la cadre de santé coordinatrice et la personne d'astreinte.

La cadre de santé est informée le jour même des difficultés et des dysfonctionnements rencontrés au domicile par les aides-soignants.

Si besoin, elle se rend au domicile de la personne le jour même ou convient d'un rendez-vous, et peut-être accompagnée d'un membre de la direction.



#### Les tournées

Les tournées sont sectorisées géographiquement. Le SSIAD recherche l'organisation la plus rationnelle possible permettant aux soignants de limiter les temps de trajets et les distances parcourues.

Les personnes soignées sont également réparties sur les différentes tournées en fonction de la charge en soins qu'elles requièrent et de la durée de l'intervention.

Ainsi, chaque tournée se verra attribuer un nombre équitable de personnes en fonction de leur indépendance.

#### Les transmissions

Les transmissions revêtent plusieurs formes : écrites et orales.

Les transmissions écrites se déclinent sur différents supports : au domicile de la personne, avec un support écrit pour le lien avec les intervenants à domicile, sur l'application mobile des téléphones professionnels et dans le service sur logiciel de soins.

Les soignants sont formés aux transmissions ciblées sur ce support informatique.

Pour un meilleur suivi des personnes, une réunion de transmission a lieu chaque jour de la semaine de 12 h 15 à 12 h45 dans les locaux du SSIAD, en présence de la cadre de santé qui recueille les informations importantes et les traite en fonction de l'urgence.

Les soignants transmettent les informations qui leur semblent pertinentes pour le suivi de la prise en soins.

Les principales modifications liées à la prise en charge de la personne soignée sont consignées sur les dossiers de soins informatisés. Elles font l'objet de l'ouverture d'une « cible ».

La cible est identifiée comme un « problème » survenant chez une personne soignée et pour laquelle, il sera nécessaire de mettre en place une action appropriée et d'en vérifier le résultat.

#### Le dossier de soins informatisé

Le SSIAD dispose d'un logiciel de soins informatisé. Les éléments figurant dans ce dossier peuvent évoluer en fonction des besoins et de la règlementation.

Quotidiennement, les soignants remplissent les diagrammes de soins dans le dossier informatisé. Par ailleurs, depuis leur mise en place, les dossiers de soins infirmiers ont été améliorés et adaptés aux nouvelles exigences règlementaires.

Le dossier informatisé recense, aussi, les informations sur l'histoire médicale de la personne et décrit son état actuel, en mettant l'accent sur son degré d'autonomie et de sa dépendance physique, cognitive et/ou psychiatrique. Il précise les noms et coordonnées des différents intervenants médicaux (médecin référent, rééducateurs...). Ce dossier est tenu à jour par l'ensemble de l'équipe. Il est utilisé sous la supervision du cadre de santé.

#### La gestion documentaire

La culture des établissements de santé était essentiellement orale : des transmissions aux bonnes pratiques, peu de documents ont été écrits. Un tournant culturel a été pris avec le développement de la démarche qualité et de gestion des risques.

Les nombreux documents doivent désormais trouver un cadre structurel ergonomique permettant aux professionnels de disposer rapidement des documents utiles à leur activité dans une version mise à jour.

Dans le cadre du rattachement du SSIAD au PGO, l'équipe d'encadrement devra déployer au sein du SSIAD de nombreuses procédures, protocoles ou formulaires.



- 1. Déployer un système de gestion documentaire efficient
- 2. Alimenter la gestion documentaire
- 3. Former les professionnels à l'utilisation de la gestion documentaire

#### Les supports de communication

#### ✓ Entre la FPF et le SSIAD

<u>Le Comité de Direction</u> de la FPF est animé une fois par mois par le Directeur Général ou par le Directeur Général Adjoint. Son objectif est de fédérer tous les directeurs dans la mise en œuvre de la stratégie de la FPF, de transmettre les informations concernant les évolutions législatives et réglementaires, ainsi que celles concernant la vie des établissements et des services.

La réunion mensuelle de filière est animée par le directeur de filière personnes âgées a pour objectif d'harmoniser les pratiques d'organisation des EHPAD et SSIAD de la FPF, de soulever et traiter les situations problèmes rencontrées par les uns et par les autres, et de mutualiser les ressources en termes d'innovation, de formation et de réflexion.

<u>La Commission Personnes Agées</u> se réunit 3 à 4 fois par an. Elle est présidée par un Administrateur Délégué pour assurer la concertation entre les équipes de direction des 6 EHPAD et le SSIAD de la FPF.

Ses objectifs sont de mettre en commun et de traiter la problématique spécifique de la gestion des EHPAD et SSIAD :

- Réfléchir à l'harmonisation des réponses institutionnelles en référence aux orientations départementales pour assurer la meilleure qualité de service possible des personnes âgées, en répondant à l'évolution de leurs besoins et en anticipant l'émergence des nouveaux besoins.
- Définir une stratégie commune autour des approches et des exigences budgétaires.

<u>Les Journées de la FPF</u> : Chaque année en juin (en commémoration du Père Favron), la FPF organise les journées de la FPF.

#### Ces objectifs sont :

- De créer une animation autour de la FPF pour l'ensemble des personnes accueillies quels que soient leurs différences, leurs situations de handicap, leurs âges, afin de favoriser leurs rencontres (échanges intergénérationnels).
- De fédérer l'ensemble des établissements, les équipes de direction et les personnels, les administrateurs avec le souci de développer une culture associative autour des valeurs portées par la FPF.
- D'organiser des manifestations spécifiques, des journées portes ouvertes, des conférences, des débats thématiques à partir de l'actualité du secteur.
- De valoriser la FPF en général, la diversité de ses prestations en participant à l'ouverture à l'extérieur, en développant une communication sur les savoir-faire de la FPF et de ses différents professionnels.

# ✓ Les instances techniques

<u>Une réunion de l'équipe de direction (CODIR)</u> est animée par la Direction une fois par semaine en présence des responsables des services de soins, administratifs et logistiques. Cette réunion a pour objectif :

- D'assurer le cap institutionnel en traitant les problématiques qui se posent dans les prestations assurées, dans le fonctionnement de l'établissement, dans le management des services, dans la participation de tous les services à la vie institutionnelle, dans la promotion à l'extérieur des activités.
- De permettre de faire le point sur l'organisation et la coordination des services, de traiter des situations problèmes éventuellement rencontrées, d'opérer des réajustements qui s'imposent et de transmettre les informations relatives à la vie de l'établissement ainsi que sur les choix et engagements budgétaires.

<u>Une Réunion institutionnelle</u> est organisée une fois tous les trimestres pour l'ensemble des personnels présents le jour de la réunion. Les objectifs de cette réunion sont de rappeler et de garantir le cadre de travail à l'appui d'une information sur les évolutions législatives et réglementaires, ainsi que sur les actions de la FPF en général et du SSIAD en particulier.

<u>Une réunion CODIR Qualité et sécurité des soins</u>, qui est animée une fois par mois en présence de la direction adjointe, du cadre de santé et du responsable qualité. Cette réunion a pour objectif :

- De suivre et valider les tableaux de bords qualité (PACQ, Indicateurs).
- D'analyser les évènements indésirables et en assurer la communication des actions définis.
- De définir les plannings d'audit, d'analyser les résultats et assurer la communication des résultats et actions dégagées.
- Suivre la mise en œuvre de la GED.
- Formaliser les outils qualité.

<u>Une réunion de service</u> est animée une fois tous les 2 mois, par la cadre de santé coordinatrice en présence de l'équipe.

Cette réunion doit aussi permettre de soulever les problématiques rencontrées dans l'accompagnement des personnes soignées dans les relations interprofessionnelles et pour les problèmes structurels, mais aussi dans les relations avec les familles, avec les partenaires.

#### ✓ Les autres supports

En dehors de tous les dispositifs décrits précédemment, le SSIAD dispose d'autres supports de communication :

- Les panneaux d'information en direction des personnels ;
- Les notes d'information et de service ;
- Les portables professionnels, afin que les équipes puissent joindre le cadre de santé ou l'astreinte à tout moment.
- Le logiciel de maintenance pour recenser les interventions nécessaires de l'ouvrier d'entretien et lui permettre de les planifier ;
- Les dossiers administratifs du personnel et les documents règlementaires : registre des accidents, registre des personnels, document unique des risques professionnels,
- Le logiciel qualité qui permet d'avoir accès à la GED et au dispositif de déclaration des évènements indésirables.



Tous ces supports et tous ces outils supposent une exigence partagée pour en respecter les engagements :

- Préparation des réunions (ordre du jour).
- Animation des réunions avec le souci de participation de chacun.
- Compte rendu ponctuant chaque réunion avec diffusion aux participants, aux collègues absents et autres services pour lesquels des informations peuvent être nécessaires.
- Rigueur de chacun dans l'utilisation des autres outils.

#### Les Locaux

## √ Répartition des locaux :

La FPF loue un local commercial à un particulier. C'est une maison de type F4/5 avec une cour clôturée, sise au 48 rue Faham 97424 Grand Fond St-Leu.

Les bureaux sont répartis de la manière suivante :

- → 1 bureau dédié à la cadre de santé coordinatrice
- → 1 bureau dédié aux soignants
- → 1 local dédié au stockage du matériel de bureau
- → 1 salle dédiée aux réunions
- → 1 salle de repos
- → 1 sanitaire et salle d'eau
- → 1 cuisine

#### Le parc automobile

Le SSIAD dispose de véhicules de service.

Le parc automobile est composé de 5 véhicules de type Peugeot 208.

Pour ses déplacements, le personnel utilise un véhicule de service qu'il récupère au SSIAD.

Tous les matins, chaque agent émarge le véhicule emprunté pour le matin et l'après-midi.

Le nettoyage extérieur des véhicules est géré par le personnel soignant du SSIAD.

Le nettoyage intérieur est assuré par l'agent en charge de l'entretien des locaux.

Le suivi de l'entretien des véhicules est assuré par la cadre de santé coordinatrice.

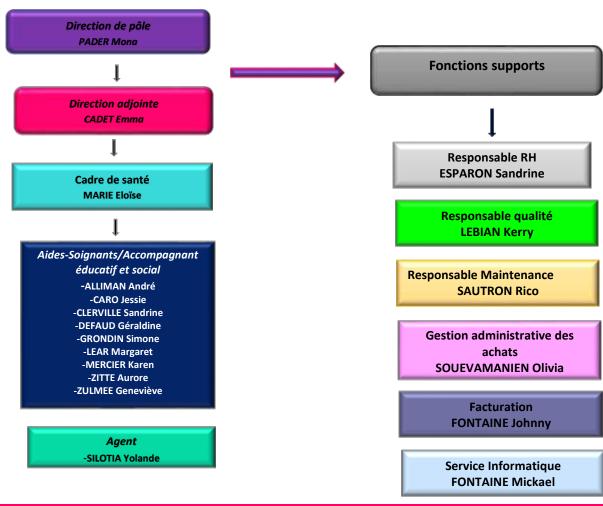
Les véhicules sont stationnés dans le parking du SSIAD.

#### Les Ressources

Le SSIAD fait partie du pôle gérontologique ouest et bénéficie des services de management et supports, tels que les services administratifs, les services techniques, etc....

#### Organigramme du SSIAD





#### Les effectifs (SSIAD et EHM)

Fonctions	Nombre	ETP
Direction de pôle		Fonction support
Direction adjointe		Fonction support
Cadre de santé	1	1
Cadre RH		Fonction support
Responsable Maintenance		Fonction support
Responsable qualité		Fonction support
Gestion administrative des achats		Fonction support
Facturation		Fonction support
Service informatique		Fonction support
Aides-soignants	9	9
Agent	1	1
TOTAL	11	



# Rôles et missions des professionnels de proximité du SSIAD

#### ✓ La Cadre de santé

- Garant de la qualité et de la sécurité des soins, elle assure l'interface permanente des professions de santé avec le personnel soignant de la structure, des équipes soins avec les familles.
- Assure la responsabilité managériale de l'équipe de soins.
- Tient sous sa responsabilité le dossier de soins dont les plans de soins.
- Assure un rôle permanent de prévention, de formation et de suivi des prescriptions médicales.
- Prend en charge les admissions.
- S'assure du déroulement correct des soins ainsi que l'application des bonnes pratiques.
- Est responsable de la gestion de l'approvisionnement en matériel, consommables et médicaments.
- Doit être présente lors des réunions de toutes les commissions.
- Diffuse les informations des dispositifs de vigilances, dont elle est responsable.
- Participe activement la réalisation ou la réactualisation des protocoles.

#### ✓ Les Aides-Soignants

Les Aides Soignant(e)s prennent en soins les personnes pour les soins de nursing et les soins relationnels.

Elles ont également un rôle de prévention, d'éducation et d'accompagnement des personnes soignées et/ou de leur famille.

Au regard de la spécificité de la prise en charge au domicile, les aides-soignants sont en capacité de faire face aux imprévus, de gérer des situations complexes et de prendre des initiatives. Chaque jour, ils assurent les transmissions orales et écrites utiles au bon suivi de la prise en charge des personnes.

# ✓ L'Agent

S'assure de l'entretien des locaux S'assure de l'entretien intérieur des véhicules de service.

# E. Le projet de soins

La vocation du SSIAD est la prise en charge, le maintien à domicile et l'indépendance de la personne.

La majorité des personnes soignées de la structure est représentée par des personnes en perte d'indépendance ou en situation de handicap avérée dont la problématique est généralement plurifactorielle : déclin cognitif, détérioration de l'état nutritionnel, de l'autonomie physique et domestique, poly pathologie...

044

L'appréhension et la prise en charge de ce type de problématique, doivent prendre en compte l'ensemble des facteurs pour proposer une réponse optimisée.

La prise en charge de la personne est définie et formalisée dès l'admission.

Le soin est un ensemble d'actions de nature préventive, curative, palliative, éducative, technique et relationnelle. Ces actions ont pour but de promouvoir, protéger, maintenir, restaurer la santé physique et mentale, l'autonomie et indépendance préexistante des personnes et de les accompagner en fin de vie. Elles répondent aux besoins des personnes et de leur entourage, dans le cadre d'un projet de soins individualisé : approche globale, adaptée et individualisée. Elles sont réalisées en équipe pluridisciplinaire, en partenariat avec la personne soignée, son entourage et/ou l'organisme tutélaire.

Le projet de soins est placé sous la responsabilité de la cadre de santé coordinatrice. Il est conduit avec l'appui des paramédicaux et se développe au quotidien avec les équipes. Des staffs soignants permettent notamment de réajuster les projets de chaque personnes en tenant compte des objectifs.

# -Les orientations stratégiques du projet de soins

La structure décline ces orientations stratégiques, par objectifs et par actions, en cohérence avec le projet de service, le programme qualité et de Gestion des risques et les recommandations de l'ANESM. Le projet médical et de soins est articulé autour des 5 axes stratégiques :

- 1. Assurer la continuité de la prise en charge médicale
- 2. Optimiser la coordination, les transmissions et la circulation de l'information au sein de l'équipe soignante
- 3. Améliorer la qualité de la prévention et de la prise en charge de la dépendance physique
- 4. Améliorer la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs et de la fin de vie
- 5. Bientraitance dans la pratique des soins

## -Les objectifs du projet de soins

#### Les objectifs opérationnels à déployer au regard du plan régional de santé sont :

- Favoriser le recrutement de proximité
- Développer notre appartenance aux réseaux de soins locaux
- Conforter la prise en charge de la fin de vie
- Conforter l'activité en réponse aux besoins de perte d'autonomie de la population.

#### Les objectifs opérationnels à déployer en termes de qualité et de sécurité des soins :

Améliorer et renforcer la qualité de la prise en charge (Prévention des risques)

- Taux de chute
- Taux de dénutrition
- Taux d'escarre acquis dans la structure
- Taux de personne pesé une fois par mois
- Taux évaluation de la douleur
- Taux de rupture des interventions

Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de handicap :

Taux de personnes dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations

Optimiser la performance des activités soins

- Maîtrise de l'activité
- Maîtrise des ruptures d'intervention
  - Objectifs de soins sur l'amélioration de la prise en charge des personnes

Les objectifs de soins adoptés par le SSIAD sont décrits ci-après.

Ils visent à mettre en place une démarche d'amélioration et de suivi s'inscrivant dans le cadre des orientations demandées par les différentes autorités de tutelles à travers le CPOM (contrat prévisionnel d'objectifs et de moyens), le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et le Projet Médical de Territoire, les procédures d'évaluation.

Assurer la continuité de la prise en charge

La prise en charge médicale est assurée par les Médecins traitants libéraux.

La prise en charge paramédical (hormis les soins de nursing) sont pris en charge par des professionnels libéraux.

L'ensembles des activités médicales sont inscrites dans le circuit réseau ville (pharmacie, consultation médicale, et autres prestations biologiques, radiologiques...etc).

 Optimiser la coordination, les transmissions et la circulation de l'information au sein de l'équipe soignante

#### Organisation à déployer :

Des transmissions sont effectuées au fil de l'eau dans le DSI (Dossier de soins informatisé). A chaque prise de poste il est prévu un temps de lecture des transmissions. (15min)

Des temps de réunion (staff / synthèse / diverses réunions) sont mis en place en lien avec les équipes pluridisciplinaires sous le pilotage du cadre de proximité.

Cela permet de suivre les projets de soins en échangeant sur les problèmes de santé des personnes soignées.

- 1. Sécuriser et optimiser l'utilisation du dossier de la personne
- 2. Assurer la sensibilisation l'ensemble du personnel à l'utilisation du dossier de soins informatisé
  - Améliorer la qualité de la prévention et de la prise en charge de la dépendance physique
    - ✓ Prévenir le risque de dénutrition et de déshydratation

#### Organisation à déployer :

#### **Nutrition**

Les personnes soignées font l'objet d'une vigilance accrue dans ce domaine, du fait de la gravité des conséquences de la dénutrition.

Elle peut se manifester cliniquement par l'un des phénomènes suivants : fontes musculaires, escarres, risque accru de chutes, de dépressions, aggravation des démences.

#### Le protocole suivant mis en œuvre :

Le suivi nutritionnel est assuré par l'équipe soignante et le médecin traitant qui suivent les courbes de poids, donnent des conseils diététiques dans le souci du respect de l'équilibre alimentaire, adapte et ajoute des compléments alimentaires, fait des évaluations type MNA.

Une fiche de suivi alimentaire est mise en place si besoin, dans le dossier informatisé de la personne. Une fiche de suivi du poids est élaborée et renseignée mensuellement dans le dossier de soins informatisé : l'IMC est calculée automatiquement après renseignement de la taille et du poids. Des dosages d'albumine sont faits ponctuellement.

Quant au suivi des pesées, la difficulté est de suivre le poids des personnes alitées, car les dispositifs sont encombrants, pas facilement transportable et couteux.

#### Déshydratation

Les personnes très âgées ont une tendance naturelle à boire peu ; de plus, certaines pathologies et certains traitements ou situations particulières sont des facteurs aggravants.

Il convient donc d'identifier ; les personnes à risques et les situations à risques.

Des protocoles hydratation et prévention de la déshydratation seront à formaliser mais sont déployés et suivis par l'équipe soignante.

L'hydratation des personnes concerne l'ensemble de l'équipe soignante : chacun doit y être sensibilisé.

- 1. Sécuriser les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation.
- 2. Faire la recherche de situation à risque dès l'admission au SSIAD.
- 3. Tracer dans le dossier médical le diagnostic dénutrition ainsi que les actions de prise en charge (prescription médicale, enrichissement protéinique, ...).
- 4. Pouvoir bénéficier de dispositifs de pesée pour les personnes à risques.
- 5. Sensibiliser les personnels sur l'importance de la nutrition des personnes âgées et sur l'utilisation des compléments alimentaires sur prescription.

#### ✓ Améliorer la prévention et la prise en charge des escarres

#### Organisation à déployer :

L'escarre est une plaie consécutive à une hypoxie tissulaire due à une pression prolongée ou excessive. L'hypoxie tissulaire se définit comme une carence d'apport en oxygène à des tissus. L'hypoxie entraîne le dépérissement irrémédiable des tissus. Elle ne se voit pas directement mais se constate lorsque l'escarre apparaît.

Le manque d'oxygène est toujours dû à une pression qui écrase les vaisseaux sanguins.

L'escarre est une plaie qui se développe en profondeur avant de s'ouvrir vers l'extérieur. C'est pourquoi sa gravité est importante dès son apparition. Ceci renforce la nécessité de **prévenir l'escarre**. Une fois les tissus en état d'hypoxie, ils vont se dégrader très vite. Le passage du stade d'érythème (rougeur cutanée) à celui d'ulcère (plaie ouverte) peut prendre quelques heures.

La surveillance doit donc être fréquente afin de détecter tout érythème, signe d'une escarre en formation. La participation de la personne, ou de son entourage, à cette surveillance peut s'avérer une aide précieuse.

Les équipes soignantes sont sensibilisées à ce risque, une mesure de la situation de risque est réalisée dès l'admission de la personne au SSIAD. Egalement, dès qu'une personne reste alitée de façon prolongée, l'état cutané est surveillé attentivement ; une grille type Norton est effectuée et si le score révèle un risque élevé d'escarres, les préconisations selon le protocole défini est mis en place.

Dans tous les cas, des mobilisations à chaque passage des équipes sont réalisées et des préconisations sont faites à la famille.

Des protocoles prévention et pansement d'escarres aux différents stades sont diffusés aux équipes. La prise en charge des escarres est depuis longtemps un axe important dans la politique de prise en charge de la personne soignée.

#### **Objectifs:**

- Prévenir les escarres et tendre vers « zéro escarre » constituée au sein du SSIAD.
  - a. Maintenir une grande vigilance sur l'état cutané des personnes.
  - b. Proposer à chaque passage des changements de position et faciliter la mobilisation.
  - c. Maintenir la mise en place des effleurages et massages des points d'appui avec utilisation de crème et d'huile de prévention.
  - d. Veiller à la diffusion et au suivi rigoureux du protocole.

# ✓ Assurer le suivi de la démarche d'hygiène et la prévention des infections

#### Organisation à déployer :

La planification des soins est faite en accord avec l'équipe soignante et les souhaits de la personne. Nous avons édicté des principes en matière de soins d'hygiène :

- Proposer et non imposer la réalisation de la toilette.
- S'annoncer en entrant chez la personne.
- Privilégier la toilette debout.
- Respecter l'autonomie de la personne soignée qui peut encore faire sa toilette seule : s'appuyer sur les capacités restantes en suppléant au manque.
- Assurer une petite toilette intime à la tournée de l'après-midi pour les personnes incontinentes.

Les professionnels seront sensibilisés et accompagnés à la prévention des infections (lavage des mains, utilisation de matériel à usage unique type gants jetables, masques, mesures de précaution complémentaires).

#### Objectifs:

- 1. Formaliser la pratique de prévention et de prise en charge du risque infectieux.
- Améliorer la diffusion des informations en matière de prévention du risque infectieux à l'ensemble des personnes susceptibles d'être en contact (agents, familles, personnes soignées...).
- 3. S'assurer que les SHA soient datés après ouverture.
- 4. Vérifier les protocoles existants (les évaluer et au besoin les actualiser).

✓ Prévenir le risque de chutes et évaluer le recours à la contention

#### Organisation à déployer :

#### Chute

Le signalement des chutes doit être élaboré via le dossier informatisé de la personne.

La chute fait l'objet d'une obligation de déclaration dans la structure.

Au-delà de la déclaration, la prise en charge de la chute est formalisée dans un protocole.

#### L'utilisation des contentions

La Haute Autorité de Santé (HAS) a mené une réflexion approfondie sur l'amélioration des pratiques et la réduction de l'utilisation anarchique des contentions sur les personnes vulnérables.

Les contentions à visée rééducative ne doivent pas être confondues avec l'utilisation des contentions dites passives. Elles se caractérisent par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. (ANAES 2000).

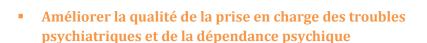


Le recours aux contentions n'a lieu que sur prescription y compris pour les barrières de lits, il est noté dans le dossier soins informatisé de la personne.

Chaque cas d'indication de contention est étudié avec précision en équipe, validé par le médecin au moyen d'une prescription et après recherche systématique de l'accord de la famille.

#### **Objectifs:**

- 1. Assurer un suivi et une analyse des chutes
- 2. S'assurer de la prescription des contentions



✓ Améliorer le suivi des personnes soignées présentant des troubles du comportement et/ou des pathologies psychiatriques (maladie d'Alzheimer)

Au même titre que les autres établissements du pôle une convention a été mis en place avec l'équipe mobile de géronto-psy de l'EPSMR pour des consultations sur site.

- Améliorer la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs et de la fin de vie
  - ✓ Sensibiliser et former les personnels à la prise en charge de la douleur physique et psychique

#### Organisation à déployer :

La structure a pour vocation de s'engager dans une politique de formation du personnel (en utilisant les compétences en interne du pôle) sur la thématique de la prise en charge de la douleur.

Qu'elle soit aiguë ou chronique ou même purement palliative; la douleur se manifeste par des modifications du comportement des personnes. Aussi tout le personnel est concerné par la détection de la douleur et doit la signaler le plus rapidement possible.

Des grilles d'évaluation (EVA/Echelle numérique) ont été choisies, et doivent être utilisées dès qu'un trouble s'installe ; l'autoévaluation reste à privilégier quand la personne est coopérant et communicant.

La prise en charge de la douleur est protocolisé et diffusé au sein des équipes soignantes.

La prise en charge efficace de la douleur suppose son dépistage, sans retard, l'identification des spécificités de la souffrance de la personne soignée, l'évaluation permanente de l'efficacité du traitement et des effets secondaires afin d'adapter la thérapeutique dans les délais les plus brefs possibles.

- 1. Protocoliser la prise en charge de la douleur.
- 2. Assurer la traçabilité et la réévaluation de la douleur.
- 3. Evaluer les pratiques professionnelles.
- 4. Analyser la satisfaction des personnes sur la prise en charge de la douleur.

# ✓ Améliorer la prise en charge de la fin de vie

# 6

#### Organisation à déployer :

Le pôle défend le principe d'éviter autant que faire se peut les hospitalisations et accompagner la personne jusqu'à la fin de sa vie.

La question de la qualité de l'accompagnement des personnes en fin de vie est particulièrement prégnante en SSIAD dans la mesure où il constitue le dernier lieu de vie des personnes.

L'équipe soignante doit mettre tout en œuvre pour apporter des soins de confort à la personne en fin de vie, respecter ses souhaits et apporter un soutien psychologique aux familles.

Des protocoles pour l'accompagnement en fin de vie des personnes et des familles sont déployés. Le dossier de soins informatisé permet de renseigner toutes les demandes et souhaits des personnes et des familles. C'est pourquoi lors de la fin de vie, le souhait de la personne est respecté autant que faire se peut.

Des décisions seront prises en équipe avec le médecin, les infirmières libérales et les aides-soignantes. Si besoin, on pourra faire appel à l'équipe HAD.

Le personnel accompagne le décès des personnes et le deuil des familles en fonction de la demande et des besoins de la famille.

Conformément à la recommandation des bonnes pratiques professionnelle sur « l'accompagnement personnalisé de la santé de la personne soignée », le SSIAD situe son action à trois niveaux :

- L'accompagnement de la personne
- L'accompagnement des proches lors du décès
- Le soutien et l'accompagnement des professionnels

Ceux-ci sont soutenus dans ce contexte par le Cadre de santé coordinatrice, et la Directrice (échanges ponctuels ou lors des transmissions).

En outre, on s'assurera dans le plan de formation que le personnel bénéficie de formation sur l'accompagnement des personnes en fin de vie.

#### Objectifs:

- 1. Assurer le recueil des souhaits de fin de vie / directives anticipées
- 2. Tenir à jour les souhaits et demandes de la personne quant à sa fin de vie (à noter dans le dossier de soins informatisé)
- 3. Assurer le soutien psychologique nécessaire des familles et du personnel
- 4. Assurer la formation des personnels sur l'accompagnement de fin de vie

#### Bientraitance dans la pratique des soins

La Bientraitance a pour objectif de s'appuyer sur des techniques de soins non forcés basés sur le relationnel et de répondre de manière adaptée à la prise en charge des personnes dans plusieurs domaines comme la manutention relationnelle, la compréhension et la prévention des comportements d'agitation pathologiques chez les personnes atteintes de syndromes démentiels.

# E. <u>Le projet de soins individualisé.</u>

7

Les personnes âgées et en situation de handicap pris en charge par le SSIAD sont très dépendantes aussi bien physiquement que psychiquement.

Ces personnes nécessitent des soins de nursing lourds et répétés.

C'est pourquoi il est important de compter sur une prise en soins de qualité, structurée afin de répondre au mieux aux besoins des personnes soignées.

# La philosophie du projet : La personne soignée est au cœur du projet de service.

Au-delà du cadre règlementaire, ce projet est élaboré, dans un premier temps, autour des besoins de la personne soignée :

- Lors de la visite d'admission, la CDS et/ou AS établit un recueil de données avec la personne et l'aidant afin d'évaluer les besoins.
- Suite à l'évaluation de la situation de la personne, une réflexion et analyse pluridisciplinaire est engagée pour élaborer le projet de soins individualisé. Il est écrit à la lumière de la mission première du SSIAD : maintenir les capacités restantes de la personne.
- Ce projet est informatisé.

Dans un deuxième temps, des moyens mis en œuvre pour satisfaire les valeurs fondamentales et les objectifs.

En effet, ce projet constitue la base du travail de la structure pour les années à venir.

#### Les soins de nursing

Les soins de nursing sont programmés et notés dans le projet de soins individualisé. Le plan de soins est réalisé sur la planification du dossier informatisé. Les soins sont évalués régulièrement. Ceci permet une meilleure organisation des soins et des tournées.

Dans le plan de soins, les soins d'hygiène sont formalisés tels que la douche, le capiluve, le pédiluve... et ils sont programmés en fonction des souhaits de la personne.

Ces soins peuvent être réajustés par les aides-soignants(e)s à la demande de la personne et en fonction de ses habitudes de vie.

Les toilettes et douches sont réalisées principalement le matin. Les tournées du soir correspondent aux changes et aux couchers. En fonction des situations, le service peut intervenir si la personne est isolée ou si elle présente un risque particulier sans acter une toilette complète journalière (ex : personne atteinte de troubles cognitifs...).

Dans des situations de dépendance lourde (personnes grabataires), le service adapte les soins d'hygiène (toilette ou douche) en fonction des besoins de la personne.

Chaque fois que la personne en aura la capacité, le soignant l'encouragera dans la réalisation de ses soins d'hygiène avec pour objectif le maintien de l'autonomie.

Lors de la réalisation des soins d'hygiène, le soignant veille à faire attention de « ne pas faire à la place de la personne ». Ce sont des moments privilégiés pour entrer en relation avec la personne.

Dans le cadre de situations de fin de vie, l'équipe met en place des soins d'accompagnement (relationnel, hygiène, confort...). Les soignants sont sensibilisés aux prises en charge complexes et accompagnent la personne soignée et la famille au plus près.

# B. Participation des aidants familiaux et autres partenaires à la prise en compte individualisée

# 8

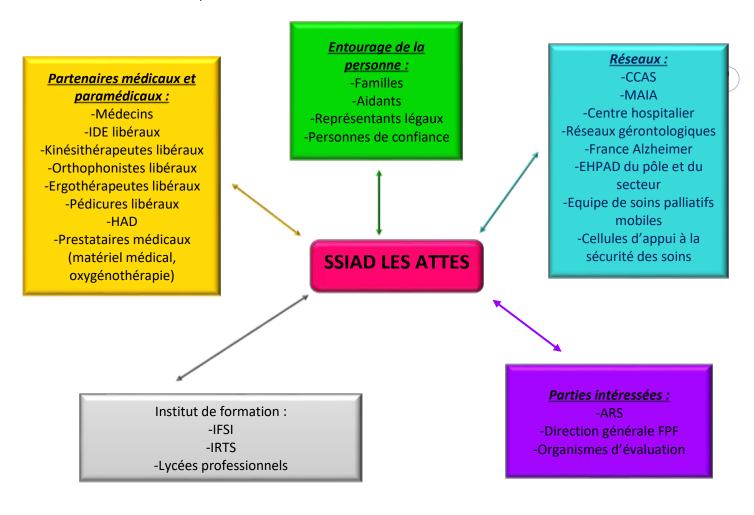
#### -Les aidants familiaux

Pour une prise en charge globale, le SSIAD collabore avec différents partenaires afin de maintenir la personne le plus longtemps au domicile.

En effet, les aidants (proches, familles...) participent activement à ce maintien. L'aidant peut être un partenaire de soins (ex. : prévention d'escarres, préparation et prise des médicaments). Il peut également contribuer à la coordination de la prise en charge multidimensionnelle (médecin, infirmier, kinésithérapeute). Il facilite le déroulement des soins (organisation de la chambre, préparation du matériel, entretien du linge...). L'aidant peut être amené à alerter le service sur des situations particulières (Ex. : perte d'appétit, chute, changement de comportements la nuit...). Le SSIAD est à l'écoute des aidants et s'enquière de leurs difficultés. L'équipe peut-être un soutien. L'objectif est que chaque personne préserve sa place et joue un rôle actif dans la prise en soins en fonction des possibilités de chacun.

#### -Les autres partenaires

Le SSIAD travaille en partenariat avec des réseaux et des structures selon le schéma suivant :



# **EPILOGUE**

Ce projet de service doit permettre au SSIAD de disposer d'un cadre de référence qui cadre les orientations.

044

A la lecture des différents volets principaux de ce document, il se dessine une volonté de s'inscrire dans l'amélioration continue de la prise en charge des personnes soignées.

La réussite de cette prise en charge passe par 3 facteurs clés :

- Les ressources humaines,
- La gestion du dossier des personnes soignées,
- L'adhésion des personnes à leurs projets de soins individualisés.

Ces 3 facteurs clés sont intégrés dans ce projet de service.

Les différents domaines abordés sont coordonnés, dans un plan d'orientations stratégiques et d'objectifs qui est réaliste et mesuré.

Le suivi des objectifs de ce projet sera nécessaire et fera l'objet d'un bilan annuel d'établissement. Les évolutions réglementaires, les études et analyses aboutissant à des recommandations de bonnes pratiques, les demandes des autorités ... seront prises en compte dans ce cadre.