



PROJET DE SERVICE
SSIAD DE MARQUETTE – LEZ – LILLE
2019 - 2024

Approuvé par le Conseil d'Administration du 27/05/2019





PROJET DE SERVICE
2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

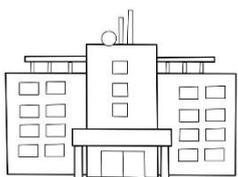
Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61



Autorisation du SSIAD
Du 8 septembre 1981
Délivrée par M. Le Préfet du Nord



➤ Identification de l'établissement

N° de SIRET : 32384009000027

➤ Coordonnées

SSIAD de Marquette – lez – Lille

24 rue de Cassel

59520 Marquette – lez – Lille

Tél : 03 20 51 79 50

Mail : direction@association-ssiad.fr



➤ Site internet

<https://www.association-ssiad.fr>





PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
I. Finalité du projet de service	6
II. Méthodologie d'élaboration du projet de service	7
1. Le pilotage et l'association des parties prenantes à la démarche	8
2. Le cadre méthodologique et le calendrier de la démarche	9
3. Le plan de communication.....	11
III. Suivi et évaluation du projet de service	11
PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT	12
I. Historique de l'établissement	12
II. Le cadre réglementaire et les missions.....	12
III. Capacité d'accueil.....	13
IV. Conditions d'accès	13
V. Zone d'intervention	14
1. Carte géographique.....	14
BILAN DE L'EXISTANT.....	15
I. Environnement de l'établissement	15
1. Analyse démographique	15
2. Établissements médico-sociaux.....	16
3. Services à la personne couvrant le secteur d'intervention du SSIAD	18
4. Les partenariats	21
II. Population accueillie par le SSIAD	22
1. Répartition par commune.....	22
2. Répartition par GIR.....	22
3. Répartition par tranche d'âge.....	23
4. Nombre de mesures de protection	25
ACCOMPAGNEMENT DE L'USAGER.....	25
I. Modalités de prise en charge et l'organisation des soins et des interventions	25
1. La nature des soins et la qualité des intervenants	25



PROJET DE SERVICE
2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

2.	L'organisation de la prise en charge des usagers	26
3.	Modalités d'organisation des soins en SSIAD	28
4.	Suivi et réévaluation de la prise en soin de la personne	28
5.	Fin de la prise en soin	29
II.	Élaboration et suivi du projet d'accompagnement personnalisé de l'utilisateur	30
III.	Le questionnement éthique et la promotion des droits de l'utilisateur	30
	MOYENS HUMAINS	31
I.	Organigramme du SSIAD	31
II.	Rôle du personnel du SSIAD	33
1.	La directrice	33
2.	Le comptable	33
3.	L'infirmier coordinateur	33
4.	L'ergothérapeute	33
5.	Les aides – soignant(e)s	33
	INFRASTRUCTURE ET MOYENS TECHNIQUES	34
I.	Les locaux	34
II.	Les moyens techniques	34
	PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES PLANS ET DES SCHÉMAS	35
I.	Mesures et axes prioritaires des axes nationaux	35
1.	Le plan « Solidarité Grand Âge » 2007 – 2012	35
2.	Le plan Maladies Neurodégénératives 2014 – 2019	36
3.	La loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement (Loi ASV) du 28 décembre 2015 37	
4.	Le dispositif PAERPA	37
5.	Le programme Interreg V	39
II.	Les axes et les orientations prioritaires des schémas régionaux	41
1.	Le Plan Régional de Santé (PRS) 2018 – 2028	41
III.	Les axes et les orientations prioritaires des schémas départementaux	46
1.	Schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (2015)	46



PROJET DE SERVICE
2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

LES BESOINS DE L'ÉTABLISSEMENT ISSUS DES PLANS ET SCHÉMAS	48
LES BESOINS ISSUS DE L'ÉVALUATION DE L'ÉTABLISSEMENT	49
LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PROJET DE SERVICE	49
I. Valeurs fondamentales et principes d'action	49
1. Valeurs fondamentales	49
2. Principes d'action	50
II. Projet qualité	50
1. Définition et finalités du projet qualité	50
2. Améliorer la qualité perçue	51
3. Respecter les droits des personnes accueillies	51
4. Lutter contre la maltraitance	52
5. Améliorer la sécurité des salariés	53
6. Évaluer périodiquement le service	53
III. Projet de soin	53
1. Définition et finalités du projet de soin	53
2. Organiser et coordonner les soins	54
3. Lutter contre la douleur	55
4. Accompagner les personnes en fin de vie	56
5. Relation avec les professionnels libéraux	56
IV. Projet social	57
1. Définition et finalités du projet social et des plans de formation	57
2. Améliorer les conditions de travail et prévenir des risques professionnels	57
3. Former en formation initiale et continue – plans de formation	59
V. Développement durable	59
1. Définition et finalités du développement durable	59
2. Les objectifs du développement durable	61
CONCLUSION	61



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

INTRODUCTION

I. Finalité du projet de service

Défini dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (article L.311-8), le présent projet de service est un outil qui garantit les droits des usagers dans le sens où il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisibles les méthodes d'organisation et le fonctionnement de notre structure.

Il s'agit également d'un outil managérial de référence, de pilotage stratégique, de communication et de positionnement institutionnel.

Le projet de service s'inscrit dans un processus d'amélioration de l'offre médico-sociale s'exerçant tant sur le plan externe qu'interne.

Ce processus obéit à une « philosophie générale » dont il convient de préciser les principales orientations.

➤ La démarche qualité

Le projet de service a pour objectif d'améliorer la démarche qualité des prestations médico – sociales dans son acceptation la plus large et la plus noble.

En définissant le choix et le dimensionnement des activités médico – sociales, le projet de service s'affirme clairement comme l'élément structurant de l'ensemble des autres composants de l'établissement.

➤ La dynamique de changement

Véritable vecteur du changement, le projet de service vise à mobiliser les ressources et potentialités de l'établissement afin de répondre le mieux possible aux sollicitations externes et internes.

Il s'efforce d'accroître la flexibilité de l'établissement par rapport à ses acteurs et à ses utilisateurs.

➤ La démarche participative

Le projet de service repose sur la mobilisation d'un maximum d'acteurs de l'établissement.

Le processus doit permettre une perception et une appropriation concrètes par chaque membre du personnel de l'établissement.

	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

➤ La vision prospective et stratégique

Le projet de service repose sur une réflexion prospective qui s’attache à analyser :

- Les évolutions futures de l’environnement de l’établissement ;
- Les changements internes qui pourraient survenir à moyen ou long terme.

Cette étude prospective permet ainsi d’identifier des évolutions probables que l’établissement devra prendre en compte et auxquelles il faudra s’adapter, en s’y préparant dès que possible.

Elle conduit également à définir le champ des actions volontaristes réalisables par l’établissement pour contribuer, même modestement, à modeler son environnement.

➤ L’approche globale et cohérente avec l’organisation sociale et médico – sociale

Le projet de service traduit un double effort de synthèse :

- D’une part, la mise en cohérence des différentes logiques sociales, médico – sociales, économiques et culturelles ;
- D’autre part, l’adéquation des options proposées avec les orientations et les priorités régionales et nationales.

II. Méthodologie d’élaboration du projet de service

L’élaboration du projet de service constitue le prolongement et l’aboutissement naturels de la démarche d’évaluation interne. Ce document, avec une visée descriptive, projective et stratégique présente les principes d’intervention, l’organisation et le fonctionnement, ainsi que les ambitions du service pour les 5 années à venir.

La méthodologie adaptée pour l’élaboration du projet de service poursuit ainsi une dynamique de travail collégial et participatif, mobilisant l’ensemble des acteurs concernés.

Le SSIAD a souhaité prendre en compte plusieurs éléments indispensables à l’élaboration du projet de service :

- Les différents schémas et plans notamment le PRS 2018-2028
- L’évaluation interne effectuée en 2012
- L’évaluation externe effectuée en 2014
- L’audit effectué en novembre 2016 et dont la mission était de procéder à un diagnostic et une analyse de l’existant du SSIAD dans le cadre d’un projet d’expérimentation « SPASAD »

Conformément à la recommandation « Élaboration, rédaction et animation du projet d’établissement ou de service » publiée par l’ANESM, la rédaction du projet de service du SSIAD de Marquette – lez – Lille :



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

- a associé les instances existantes : membres du conseil d'administration, comité de pilotage qualité et gestion des risques, ainsi que les usagers et les professionnels de l'association ;
- a reposé sur une méthodologie et un calendrier validés par ces mêmes instances ;
- a été accompagné par la mise en œuvre d'un plan de communication à destination des salariés et des usagers.

1. Le pilotage et l'association des parties prenantes à la démarche

➤ Le comité de pilotage qualité et gestion des risques

La définition de la méthodologie et le suivi de l'élaboration du projet ont été placés sous la responsabilité du comité de pilotage qualité et gestion des risques du service.

En place depuis 2014, cette instance, qui se réunit a minima quatre fois par an est composée de :

- La Directrice du SSIAD
- L'infirmier coordinateur du SSIAD
- 4 aides – soignantes du SSIAD

Outre le suivi de l'élaboration du projet de service, ce comité de pilotage a également pour missions de :

- Valider et coordonner la mise en œuvre du programme d'actions qualité et gestion des risques ;
- Organiser et coordonner les évaluations internes et externes ;
- Coordonner la mise en œuvre et le suivi du projet de service ;
- Assurer un suivi, une analyse des événements indésirables signalés et proposer des actions correctives et/ou préventives ;
- Définir et suivre les indicateurs dans le domaine de la qualité, gestion des risques ;
- Définir la stratégie de communication et de formation du personnel sur la démarche qualité et gestion des risques.

➤ Les autres formes de participation

Au – delà de l'implication du COPIL DACQ, l'élaboration du projet de service a également reposé sur :

- Le rapport de mission de l'audit qui a permis d'alimenter la définition des priorités et des actions du projet de service ;



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

- La prise en compte des résultats de l'enquête de satisfaction annuelle à destination des usagers ;
- L'analyse des plaintes et des insatisfactions des personnes accueillies au sein des services médico – sociaux ;
- La prise en compte des résultats de l'enquête de satisfaction annuelle à destination des salariés ;
- Le travail mené par les différents groupes de travail (PAP, Bientraitance, Étudiants, ...).

2. Le cadre méthodologique et le calendrier de la démarche

➤ Le cadre méthodologique d'élaboration du projet de service

La méthodologie retenue pour l'élaboration du projet de service repose sur :

- Le bilan de l'existant

Ce bilan présente :

- ❖ Une analyse de l'environnement mettant en évidence les données démographiques, épidémiologiques, sanitaires, relatives à la dépendance des personnes âgées, à l'offre des soins, etc.
- ❖ Un bilan portant sur la population accueillie durant la période du précédent projet de service ;
- ❖ Une présentation détaillée des modalités de prise en charge et d'accompagnement des personnes accueillies ;

Les principaux résultats de cette étude sont présentés dans le chapitre intitulé « BILAN DE L'EXISTANT »

- Une analyse des besoins

Une analyse des besoins a été conduite afin d'apporter la solution la plus adéquate, en rapport avec les besoins du secteur concerné et avec les attentes des autres professionnels de la filière gériatrique.

Cette étude est composée de deux axes complémentaires :

- ❖ L'analyse des orientations nationales, régionales et départementales auxquelles le projet entend apporter des réponses ;
- ❖ L'analyse des besoins déterminés par les résultats de l'évaluation de l'établissement.

Les principaux résultats de cette étude sont présentés dans le chapitre « ANALYSE DES BESOINS »

	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

- **La définition des orientations stratégiques du projet de service**

L'ensemble des éléments recueillis, analysés ont permis de définir les orientations stratégiques et les actions que l'établissement souhaite inscrire dans son PAQ pour la période du présent projet de service.

Après validation des orientations stratégiques pour le CA, la Direction et le COPIL DACQ ont :

- ❖ rédigé le projet de prise en soins des usagers et des projets associés ;
- ❖ formalisé les fiches actions permettant le suivi des priorités validées.

- **La prise en compte des recommandations de l'ANESM**

L'élaboration du projet intègre aussi les recommandations applicables aux services médico-sociaux et à la prise en charge des personnes accueillies :

- La Bienveillance : Définition et Repères pour la mise en œuvre (Juillet 2008)
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (Septembre 2009)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (Juillet 2008)
- Ouverture de l'établissement sur son environnement (Décembre 2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (Décembre 2008)
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie Alzheimer ou apparentées en établissement médico – social (Février 2009)
- Élaboration, Rédaction et Animation du projet d'établissement ou de service (Mai 2010)
- L'éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (Octobre 2010)
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (Juillet 2013)

Étapes	Dates								Instances
	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	
Validation de la méthodologie d'élaboration du projet de service									Comité de pilotage qualité et gestion des risques
Validation des orientations stratégiques du projet de service									Comité de pilotage qualité et gestion des risques
Rédaction du contenu projet de service									Direction et encadrement Responsable qualité
Validation du projet de service									Comité de pilotage qualité et gestion des risques Conseil d'administration
Présentation du projet de service au personnel									Direction et encadrement

Figure 1 : Diagramme de Gantt, élaboration du projet de service

	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

3. Le plan de communication

La rédaction de ce projet de service est accompagnée par la mise en œuvre d'un plan de communication à destination des salariés et des usagers. Ce plan prévoit notamment :

- L'information des membres des différentes instances (professionnels, usagers) à chaque étape de la démarche ;
- La présentation du projet de service finalisé à l'ensemble des salariés ;
- La diffusion de la synthèse du projet aux usagers et aux professionnels salariés ou non.

III. Suivi et évaluation du projet de service

Les modalités de mise en œuvre des priorités du projet sont formalisées dans les fiches actions. Pour chaque thème priorisé, ces fiches précisent notamment les actions prévues, les personnes concernées, le calendrier et les moyens nécessaires à leur mise en place.

Le suivi des différentes fiches actions est assuré dans le cadre du Programme d'Actions Qualité (PAQ) du SSIAD.

Le Comité de pilotage DACQ est garant de la mise en œuvre du PAQ et du respect de la planification des différentes actions. Un point sur l'état d'avancement du PAQ sera réalisé à l'occasion de chaque réunion du comité de pilotage.

En complément un bilan périodique de l'avancement du projet de service sera présenté :

- Dans le cadre des réunions d'information à destination de l'ensemble des salariés du service ;
- Dans le cadre de groupes de parole proposés par le SSIAD aux aidants et personnes accompagnées.

Enfin, le projet de service pourra être révisé en fonction du développement des activités, des résultats des évaluations internes et externes, des évolutions réglementaires, ...



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT

I. Historique de l'établissement

Créé en 1982, le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de Marquette – lez – Lille accompagnait 65 patients dans les communes de Lambersart, Marquette – lez – Lille, Saint – André – lez – Lille et Wambrechies.

Depuis 1989, le SSIAD s'est étendu pour les prises en soins sur les communes de Lompret, Pérenchies et Verlinghem.

La capacité de prise en soin a progressivement augmenté afin de répondre aujourd'hui aux besoins de 90 personnes âgées de plus de 60 ans dans les villes de Lambersart, Lompret, Marquette – lez – Lille, Pérenchies, Saint – André – lez – Lille, Verlinghem et Wambrechies.

II. Le cadre réglementaire et les missions

Au sens des alinéas 6 et 7 de l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), le SSIAD est un service médico-social.

Le SSIAD de Marquette – lez – Lille est une association régie sous la loi 1901.

L'application de la Convention Collective Nationale (CCN) du 31 octobre 1951 est soumise au SSIAD par l'adhésion à la fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP).

L'organisation du SSIAD de Marquette-Lez-Lille est conforme aux dispositions du décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, et de sa circulaire d'application DGAS/2C n° 2005-111 du février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services des soins infirmiers à domicile.

Il est soumis aux droits et aux obligations de l'ensemble des établissements et services médico-sociaux, notamment la loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 portant sur un projet d'organisation sanitaire permettant de mettre en place une offre de soins graduée et de qualité, accessible à tous et satisfaisant l'ensemble des besoins de santé auxquels s'ajoutent des dispositions réglementaires spécifiques.

Il répond donc aux exigences de la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ainsi que les incidences de la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Plus récemment, le service mène ses actions selon la loi n°2015-1776 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement du 28 décembre 2015.

Au regard de la législation en vigueur, le SSIAD se veut être un maillon essentiel du maintien à domicile. Dans le cadre d'un accompagnement global il réalise :



III. Capacité d'accueil

Le SSIAD de Marquette – lez – Lille est en capacité d'accompagner 90 patients âgés de plus de 60 ans sur ses 7 villes d'interventions.

IV. Conditions d'accès

Le SSIAD se situe au 24 rue de Cassel, 59520 Marquette – lez – Lille



Figure 2: Plan d'accès SSIAD

Le SSIAD de Marquette – lez – Lille est accessible en transports en commun :

- ✓ L1
 - ✓ L90
 - ✓ Corolle 2
- Arrêt Lommelet
Arrêt Lommelet
Arrêt Saint – Jean de Dieu

V. Zone d'intervention

1. Carte géographique





Figure 3 : Villes d'intervention du SSIAD

BILAN DE L'EXISTANT

I. Environnement de l'établissement

1. Analyse démographique¹

En 2014, la commune de Lambersart comptait 28 128 habitants dont 6 337 personnes âgées de 60 ans et plus soit 22,5% de sa population totale.

La ville de Lompret comptait 2 310 habitants dont 589 personnes âgées de 60 ans et plus soit 25,5% de sa population totale.

La commune de Marquette – lez – Lille comptait 10 308 habitants dont 1 846 personnes âgées de 60 ans et plus soit 17,9% de sa population totale.

La commune de Pérenchies comptait 8 251 habitants dont 1 696 personnes âgées de 60 ans et plus soit 20,6% de sa population totale.

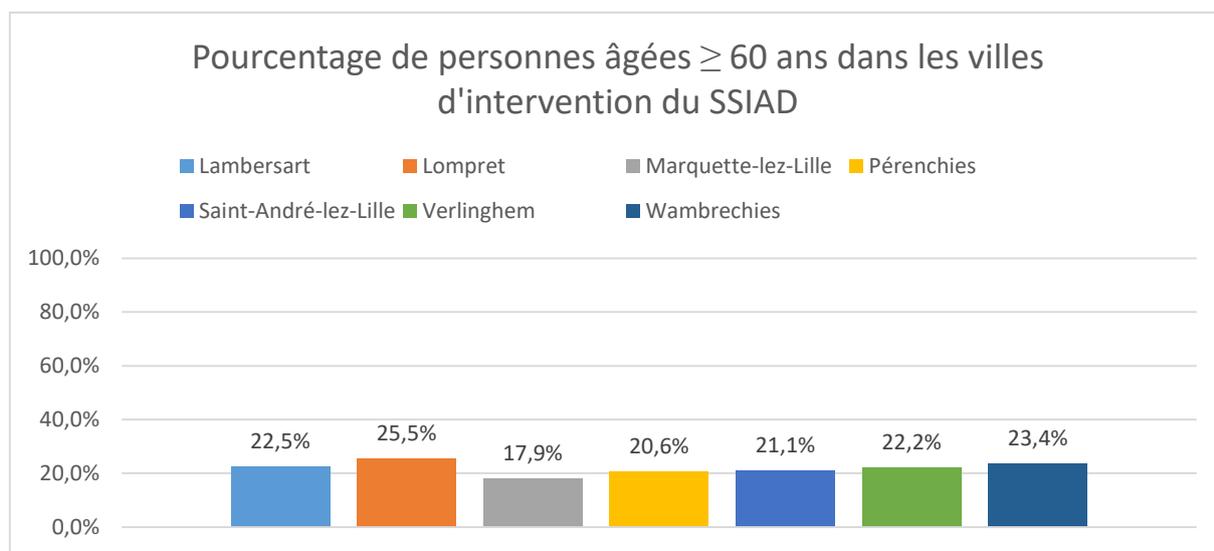
La commune de Saint – André – Lez – Lille comptait 12 1016 habitants dont 2 536 personnes âgées de 60 ans et plus soit 21,1% de sa population totale.

¹ D'après les données de l'INSEE

La commune de Verlinghem comptait 2 353 habitants dont 522 personnes âgées de 60 ans et plus soit 22,2% de sa population totale.

La commune de Wambrechies comptait 10 008 habitants dont 2 343 personnes âgées de 60 ans et plus soit 23,4% de sa population totale.

Ville	60 à 74 ans	75 ans et plus	Total 60 ans et plus	Nombre d'habitants total	% de la population
Lammersart	3720	2617	6337	28128	22,5%
Lompret	413	176	589	2310	25,5%
Marquette-lez-Lille	1215	631	1846	10308	17,9%
Pérenchies	1118	578	1696	8251	20,6%
Saint-André-lez-Lille	1231	1305	2536	12016	21,1%
Verlinghem	360	162	522	2353	22,2%
Wambrechies	1546	797	2343	10008	23,4%



2. Établissements médico-sociaux

➤ Les résidences autonomes



Le Clos du Bourg

166 rue du Bourg
59130 LAMBERSART
Numéro : 03 20 09 60 70



Les Charmettes

27 avenue Georges Clémenceau
59130 LAMBERSART
Numéro : 03 20 18 60 60



Domaine de la Rivière

2 rue de Wambrechies
59520 MARQUETTE-LEZ-LILLE
Numéro : 03 20 74 18 42



Les Sapins Bleus

72 rue du Général Leclerc
59840 PÉRENCHIES
Numéro : 03 20 17 19 30



Le Petit Paradis

70 rue Obert
59118 WAMBRECHIES
Numéro : 03 20 42 66 66

➤ Les établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes (EHPAD)



Soleil d'Automne

3 Place du Nouveau Canteleu
59130 LAMBERSART
Numéro : 03 20 00 88 79



PROJET DE SERVICE
2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61



Georges DELFOSSE

22 rue de Cassel
59520 MARQUETTE-LEZ-LILLE
Numéro : 03 20 63 17 17



Domaine Les Tuileries

Parc de la Tuilerie
7 Place Anciens Combattants
59840 PÉRENCHIES
Numéro : 03 20 22 44 38



Le Clos Fleuri

50 rue Georges MAERTENS
59350 ST ANDRÉ LEZ LILLE
Numéro : 03 20 21 80 80



Résidence OBERT

2 rue des Écoles
59118 WAMBRECHIES
Numéro : 03 20 63 60 60

3. Services à la personne couvrant le secteur d'intervention du SSIAD

ADAR :

- Entretien du domicile,
- Préparation des repas,
- Entretien du linge,
- Repassage,
- Courses
- Couture



Numéro : 03.28.33.65.10



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

A.E.D. :

- Aide aux Personnes
- Entretien ménager
- Jardinage



Numéro : 03.20.92.70.32

ASAH'DOM :

- d'aide à la personne
- d'accompagnement et d'aide dans les activités de la vie sociale et relationnelle à domicile
- d'entretien du cadre de vie



Numéro : 03.20.44.90.00

BIEN À LA MAISON

- Aide à la personne
- Téléassistance
- Dame de compagnie
- Aide aux repas
- Bien-être et loisirs



Numéro : 03.74.02.02.79

DOMIDOM :

- Service confort
- Service dépendance
- Service accompagnement



Numéro : 03.20.74.41.20



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

IEF :

- Petit bricolage
- Jardinage
- Garde d'enfants
- Tâches ménagères à domicile
- Aide à domicile
- Aide scolaire



Numéro : 03.20.40.93.84

MAISON DE L'AIDE À DOMICILE

- Soins infirmiers et soins de nursing
- Aide à la personne
- Aide domestique
- Garde itinérante MAD
- A vos courses
- Petit bricolage
- Sécuri-clés



Numéro : 03.20.12.86.86

VITAMINE :

- Prestations d'Aide à domicile
- Ménage
- Portage de repas



Numéro : 03.20.54.51.08

O2 :

- Ménage/Repassage
- Garde d'Enfants
- Aide aux Séniors
- Handicap
- Incapacité temporaire
- Jardinage



Numéro : 02.43.72.02.02

	<p align="center">PROJET DE SERVICE 2019-2024</p>	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

VIVAT :

- Ménage,
- Aide à domicile,
- Garde d'enfants

Numéro : 06.03.87.11.70



4. Les partenariats

Le SSIAD de Marquette – lez – Lille collabore avec différents acteurs afin de proposer un accompagnement adapté aux usagers :

- Les centres communaux d'Action Sociale (CCAS) des différentes communes
 - Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
 - Réseau ROSALIE (Accompagnement et soins palliatifs)
 - Réseau de soins en gérontologie
 - Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)
 - Le centre local d'information et de coordination (CLIC)
 - Les hospitalisations à domicile (HAD) : Hopidom, Santélyls, Synergie
 - Les résidences autonomie et les EHPAD
 - Les infirmier(e)s libéraux
 - Les médecins
 - Maison des aidants
- ✓ Les conventions réalisées en 2017

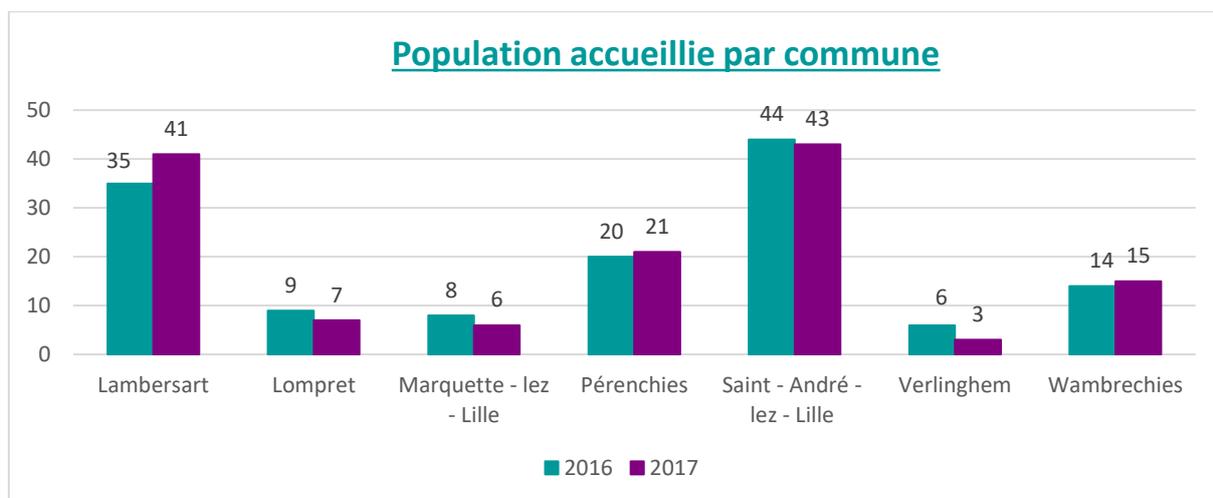
Plusieurs conventions ont été réalisées pour l'année 2017 notamment avec :

- ❖ L'EHPAD **Georges DELFOSSE** de Marquette – lez – Lille
- ❖ La résidence autonomie **Les Charmettes** de Lambersart
- ❖ Le service d'aide à domicile **DomiDom**
- ❖ **La Maison des aidants**

II. Population accueillie par le SSIAD

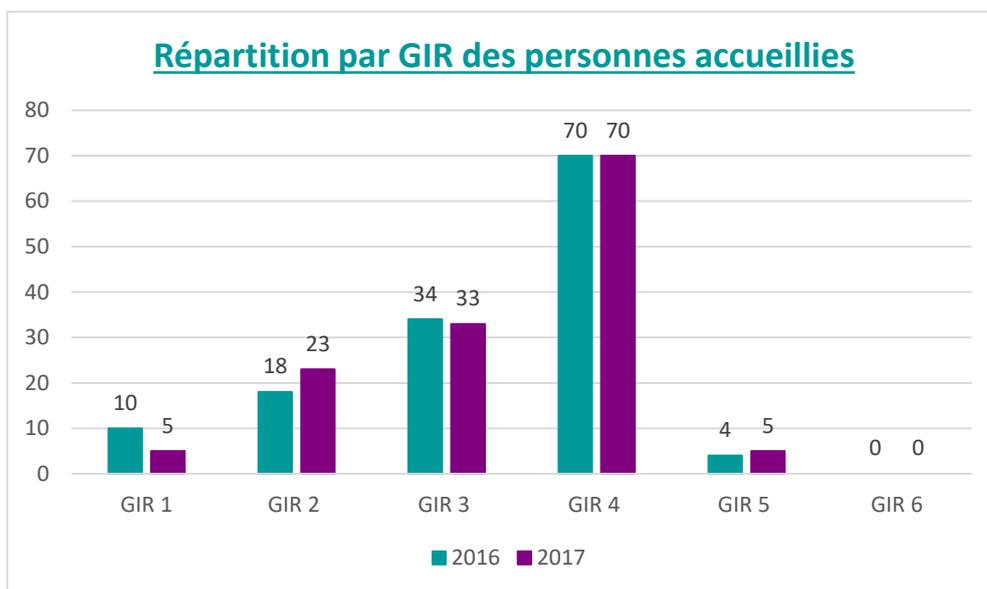
1. Répartition par commune

POPULATION ACCUEILLIE PAR COMMUNE				
Ville	2016	%	2017	%
Lambersart	35	25,7%	41	30,1%
Lompret	9	6,6%	7	5,1%
Marquette - lez - Lille	8	5,9%	6	4,4%
Pérenchies	20	14,7%	21	15,4%
Saint - André - lez - Lille	44	32,4%	43	31,6%
Verlinghem	6	4,4%	3	2,2%
Wambrechies	14	10,3%	15	11,0%
TOTAL	136	100,0%	136	100,0%



2. Répartition par GIR

Répartition des patients par GIR						
	2016	%	Points GMP	2017	%	Points GMP
GIR 1	10	7,4%	10000	5	3,7%	5000
GIR 2	18	13,2%	15120	23	16,9%	19320
GIR 3	34	25,0%	22440	33	24,3%	21780
GIR 4	70	51,5%	29400	70	51,5%	29400
GIR 5	4	2,9%	1000	5	3,7%	1250
GIR 6	0	0,0%	0	0	0,0%	0
Total	136	100,0%	77960	136	100,0%	76750
	Score GMP		573,2	Score GMP		564,3



Le GIR Moyen Pondéré (GMP) était de 573,2 pour l'année 2016. On remarque pour cette année une légère baisse pour atteindre le score de 564,3.

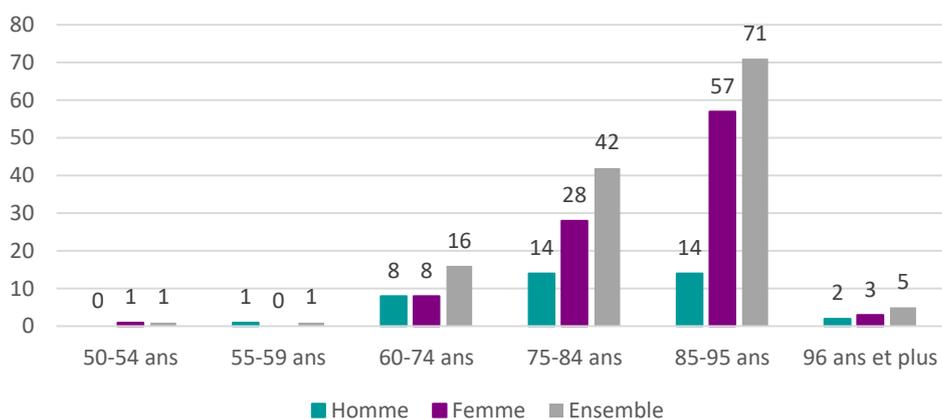
Nous pouvons remarquer quelques variations dans la répartition des GIR par rapport à l'année 2016.

Le SSIAD est amené dans le cadre du maintien à domicile à privilégier les patients ayant un GIR 3 ou 4. Néanmoins, le SSIAD prend également en charge des patients ayant un GIR 1 ou 2 dans le cadre d'un accompagnement de fin de vie ou dans l'attente d'une entrée en structure spécialisée. Les personnes en GIR 5 sont accompagnées de manière temporaire jusqu'au retour à l'autonomie. Le SSIAD n'accompagne pas de GIR 6.

3. Répartition par tranche d'âge

Répartition par tranche d'âge 2016						
Tranche d'âge	Homme	% d'hommes	Femme	% de femmes	Ensemble	% de l'ensemble
50-54 ans	0	0,0%	1	1,0%	1	0,7%
55-59 ans	1	2,6%	0	0,0%	1	0,7%
60-74 ans	8	20,5%	8	8,2%	16	11,8%
75-84 ans	14	35,9%	28	28,9%	42	30,9%
85-95 ans	14	35,9%	57	58,8%	71	52,2%
96 ans et plus	2	5,1%	3	3,1%	5	3,7%
Total	39	28,7%	97	71,3%	136	100,0%

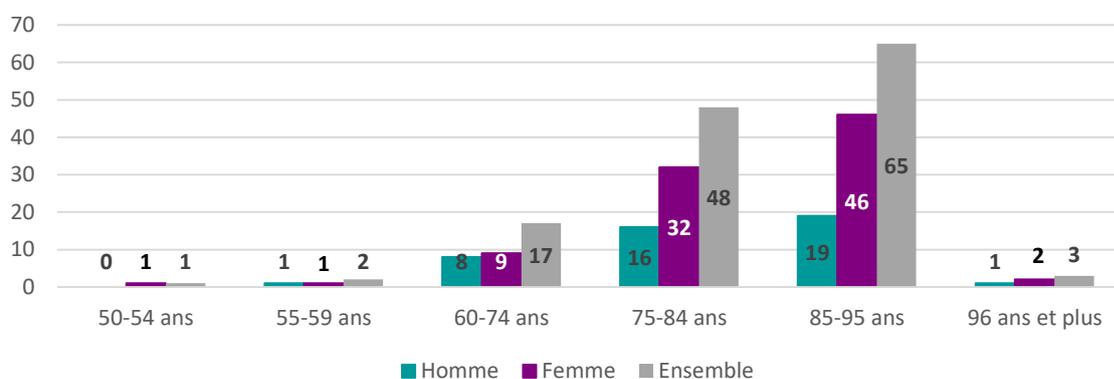
Répartition par âge des personnes accueillies 2016



Répartition par tranche d'âge 2017

Tranche d'âge	Homme	% d'hommes	Femme	% de femmes	Ensemble	% de l'ensemble
50-54 ans	0	0,0%	1	1,1%	1	0,7%
55-59 ans	1	2,2%	1	1,1%	2	1,5%
60-74 ans	8	17,8%	9	9,9%	17	12,5%
75-84 ans	16	35,6%	32	35,2%	48	35,3%
85-95 ans	19	42,2%	46	50,5%	65	47,8%
96 ans et plus	1	2,2%	2	2,2%	3	2,2%
Total	45	33,1%	91	66,9%	136	100,0%

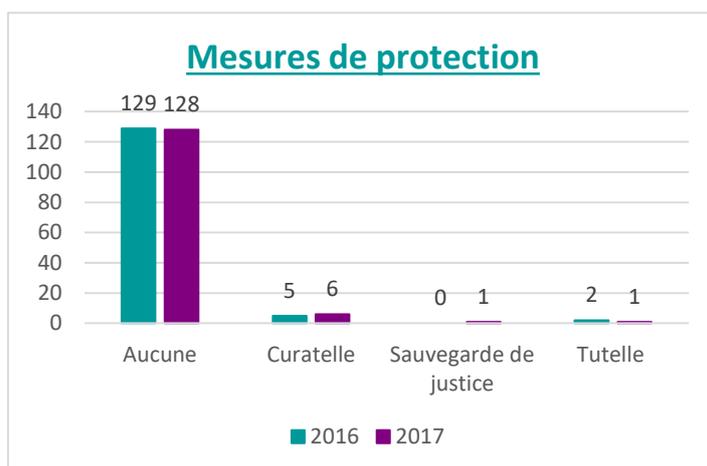
Répartition par tranche d'âge des personnes accueillies 2017



Pour les années 2016 et 2017, le SSIAD accompagne majoritairement des personnes âgées entre 75 et 95 ans. En effet, pour l'année 2016 les 75 – 84 ans représentent 30,9% de l'effectif et les 85 – 95 ans 52,2%. Pour l'année 2017, les résultats restent similaires : 35,3% pour les 75 – 84 ans et 47,8% pour les 85 – 95 ans.

4. Nombre de mesures de protection

Mesures de protection		
	2016	2017
Aucune	129	128
Curatelle	5	6
Sauvegarde de justice	0	1
Tutelle	2	1
Total	136	136



ACCOMPAGNEMENT DE L'USAGER

I. Modalités de prise en charge et l'organisation des soins et des interventions

1. La nature des soins et la qualité des intervenants

Le SSIAD répond à la demande de prise en soins de 90 personnes âgées de plus de 60 ans habitant dans les communes de Lambersart, Lompref, Marquette-Lez-Lille, Pérenchies, Saint-André-Lez-Lille, Verlinghem et Wambrechies.

Le SSIAD assure des soins infirmiers, sur prescription médicale, sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels.

Les soins techniques sont réalisés par des infirmier(e)s libéraux conventionnés avec le SSIAD.



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

Les soins de base et relationnels sont réalisés par des aides – soignant(e)s du SSIAD sous la responsabilité de l’infirmier. Ces soins sont définis comme des soins d’entretien et de continuité de vie, c’est – à – dire l’ensemble des « interventions qui vient à compenser partiellement ou totalement un état de dépendance d’une personne afin de maintenir ses fonctions vitales et de recouvrer son autonomie ». Ces soins doivent tenir compte des habitudes de vie, des croyances et des valeurs de la personne soignée. Ils sont le plus souvent désignés sous le terme de « nursing ». Les soins de base comprennent en particulier les soins d’hygiène et confort, c’est – à – dire « les interventions qui consistent à assurer à la personne soignée la propreté corporelle et à lui procurer un environnement sain et agréable ».

En fonction des besoins de l’usager, l’intervention d’autres professionnels peut également être requise :

- L’ergothérapeute, de façon à vérifier l’adaptation du domicile, à minimiser le risque de chute et à procéder à des préconisations d’aménagement afin d’améliorer les chances du maintien à domicile ainsi que la qualité de vie de l’usager ;
- Le service social afin d’aider à la mise en place des prestations et d’orienter les usagers vers des structures adaptées.

2. L’organisation de la prise en charge des usagers

L’organisation de la prise en soin des personnes accueillies par le SSIAD repose sur les étapes suivantes :

➤ Réception de la demande et prise de rendez- vous

Lors d’une demande d’admission, un **dossier de pré-admission** est rempli par la directrice ou l’infirmier coordinateur.

Cette demande d’admission comporte les premières informations nécessaires :

- Identité de la personne à prendre en soin ;
- L’origine de la demande ;
- Les souhaits d’accompagnement ;
- Les coordonnées des intervenants extérieurs si elles sont connues ;
- L’histoire de la maladie et les antécédents.

	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

L'infirmier coordinateur propose en fonction des besoins de l'utilisateur :

- Soit un rendez – vous pour une visite de pré-admission (évaluation), si le motif relève d'un accompagnement par le SSIAD ;
- Soit une autre orientation pour la personne.

➤ **Visite de pré – admission (évaluation initiale)**

L'infirmier coordinateur rencontre la personne qui sera accueillie et si possible son entourage pour recueillir les informations suivantes :

- Les données administratives ;
- Le motif et le déroulement du séjour d'hospitalisation s'il y a lieu ;
- Les antécédents médicaux ;
- Les objectifs de l'accompagnement et le projet de soins ;
- Le traitement et les protocoles ;
- Le degré d'autonomie et la nature des soins ;
- Le matériel spécifique pour les soins ;
- Les ressources existantes.

Il abordera également avec elle les points suivants :

- Présentation du SSIAD ;
- Explication des soins et de l'organisation des soins à domicile ;
- Choix de la personne accueillie concernant l'intervention des libéraux ;
- Évaluation de l'aménagement du logement ;
- La disponibilité de l'entourage ;
- Réponse aux questions du patient et de son entourage sur la prise en charge en SSIAD ;
- La remise des clés/boîtiers du domicile pour intervenir ;
- Remise des documents nécessaires à la prise en soin par le SSIAD ;
- Explication sur la personne de confiance et les personnes à prévenir.

L'infirmier prend ensuite contact avec les personnes extérieures concernées pour :

1. Expliquer l'origine de la demande d'admission au SSIAD
2. Recueillir l'accord pour intervention
3. Informer de la date de début des soins

Lors des transmissions l'infirmier présente à l'ensemble de l'équipe le compte – rendu de l'évaluation.



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

➤ Admission de l'utilisateur dans le SSIAD

L'infirmier coordinateur procède :

- À la mise en place du dossier de soins ;
- Aux explications à l'utilisateur et à l'entourage du fonctionnement du SSIAD, de la mise en place des soins ;
- À l'explication des numéros de téléphone d'appel et d'astreinte, des règles d'hygiène, etc. ;
- À la formalisation du projet de soins individualisé et au recueil des consentements de l'utilisateur ;
- À la présentation et à la signature du Document Individuel de Prise en Charge ;
- À l'établissement de la prescription médicale initiale des soins par le médecin traitant (renouvelable si besoin) ;
- À l'envoi d'un courrier ou d'un mail à l'infirmier(e) libéral(e) du nouveau patient pour informer de l'admission au SSIAD et de la procédure de télégestion ;
- À la récupération des clés du domicile si nécessaire.

3. Modalités d'organisation des soins en SSIAD

Pour rappel, les soins techniques sont réalisés par des infirmiers libéraux (conventionnés) et les soins de base ou relationnels par les aides – soignant(e)s du SSIAD. Ces soins sont réalisés dans le respect des protocoles formalisés et à disposition du personnel.

L'organisation de ces soins repose sur l'organisation suivante :

- Une planification des soins pour chaque usager ;
- L'intégration de cette planification dans les tournées ;
- L'utilisation d'un dossier de soins (au domicile) permettant la traçabilité et le partage des informations entre les différents intervenants de la prise en charge du patient ;
- Des mécanismes permettant d'assurer la continuité et la coordination entre les différents professionnels.

4. Suivi et réévaluation de la prise en soin de la personne

Le SSIAD suit régulièrement le plan de soin de chaque usager, notamment au moyen de transmissions au sein de l'équipe.



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

Une réévaluation est effectuée dès que l'état de santé du patient nécessite un ajustement de son plan de soin. De plus, un projet d'accompagnement personnalisé est formalisé pour chacun des patients. Ce dernier est évalué a minima tous les ans et dès qu'un événement survient (après une hospitalisation par exemple).

5. Fin de la prise en soin

La fin de prise en soin est organisée avec la personne âgée, son entourage et son médecin.

Elle peut résulter notamment :

- D'une modification de l'état de santé du patient qui ne répond plus aux critères de l'accompagnement du SSIAD ;
- De l'impossibilité du SSIAD d'assurer la continuité des soins ;
- D'un refus de soins ou d'équipement de la part du patient ou de son entourage.

La personne âgée est alors orientée vers le parcours d'accompagnement approprié à sa situation.

Elle peut également être due :

- A une entrée en structure... ;
- Une hospitalisation ;
- Le décès de la personne accueillie ;
- Au choix du patient (retour à l'autonomie, déménagement...) avec un préavis de 15 *jours*.

La directrice peut mettre fin à une prise en soin si elle évalue que les conditions a minima d'hygiène et de sécurité n'ont pas été mises en œuvre malgré les actions de conseils, d'informations, d'incitations conduites par l'équipe du SSIAD pour prodiguer des soins répondant aux critères de qualité, de confort et de sécurité, auxquels le patient s'est engagé.

En cas de violence verbale, physique ou sexuelle, la prise en soin pourra également prendre fin (cf. : règlement de fonctionnement).

La directrice fera alors part des motifs de sa décision au patient, au médecin traitant, aux services sociaux compétents et à l'ARS.

	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

II. Élaboration et suivi du projet d'accompagnement personnalisé de l'utilisateur

S'inscrivant dans les principes de la loi du 2 janvier 2002 concernant la rénovation et modernisation de l'action sociale, la construction du projet d'accompagnement personnalisé répond à plusieurs objectifs :

- Favoriser le respect des droits et la participation de l'utilisateur, en le positionnant comme un acteur essentiel à sa prise en charge ;
- Adapter les modalités d'accompagnement aux spécificités de la personne, à ses habitudes de vie, et à ses souhaits ;
- Faciliter la cohérence des actions et la coordination entre les différents professionnels intervenant dans la prise en soin.

Sous réserve de l'accord des personnes accueillies, chacune d'entre elles doit disposer d'un projet d'accompagnement personnalisé :

- Co – construit et validé avec le patient, et si celui – ci le souhaite avec son entourage ;
- Élaboré à partir des informations collectées lors du recueil des informations ;
- Formalisé selon une trame définie ;
- Complété par les différents intervenants et actualisé en fonction de l'évolution de l'état de santé et des souhaits de la personne concernée.

III. Le questionnement éthique et la promotion des droits de l'utilisateur

Le SSIAD de Marquette mène une politique de promotion des droits des usagers et de bientraitance qui s'inscrit bien au – delà de la simple réponse aux exigences réglementaires. En effet, les finalités de cette démarche, à savoir le respect de la liberté et des droits de la personne prise en charge, ou encore la prise en compte de ses besoins et attentes spécifiques constituent les fondements même des valeurs et des actions menées au quotidien par le SSIAD.

Cet engagement se traduit notamment par :

- La mise en place et le suivi des outils de la loi 2002 – 2 rénovant l'action sociale et médico-sociale (livret d'accueil, liste des personnes qualifiées, ...) ;
- La réalisation des enquêtes de satisfaction à destination des usagers ;
- La mise en œuvre d'une démarche globale de prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance reposant notamment sur :

	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

- ✓ La définition d'une conduite à tenir par les professionnels en cas de suspicion de maltraitance ;
- ✓ La formation des intervenants au domicile ;
- ✓ La conduite d'une démarche de prévention des risques psychosociaux.

De même l'autonomie et la participation des usagers à la mise en œuvre de leur projet d'accompagnement personnalisé sont recherchées au quotidien par les différents professionnels intervenant dans la prise en soin. Dans ce cadre, une attention particulière est portée à :

- L'information du patient et, le cas échéant, de son entourage sur ses droits et le déroulement de sa prise en soin ;
- La prise en compte des habitudes de vie et des croyances de la personne dans l'élaboration de son projet d'accompagnement personnalisé et dans les modalités d'intervention des équipes soignantes ;
- Au respect de la dignité, de l'intimité et de la vie privée de la personne accueillie, au regard des spécificités de la prise en soin à domicile.

Enfin, la mise en œuvre de ces principes nécessite de placer le questionnement éthique au cœur des préoccupations du SSIAD. En effet, la diversité des personnes prises en soin, la pluralité des intervenants au domicile, la singularité des situations rencontrées ou encore l'évolution de la place de l'utilisateur au sein du dispositif, sont autant de facteurs qui justifient la mise en place d'un questionnement collectif sur les pratiques professionnelles et le sens de celles-ci. La conduite d'un questionnement sur les principes est conduite dans le cadre des travaux du groupe « Bientraitance ».

MOYENS HUMAINS

I. Organigramme du SSIAD



PROJET DE SERVICE
2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

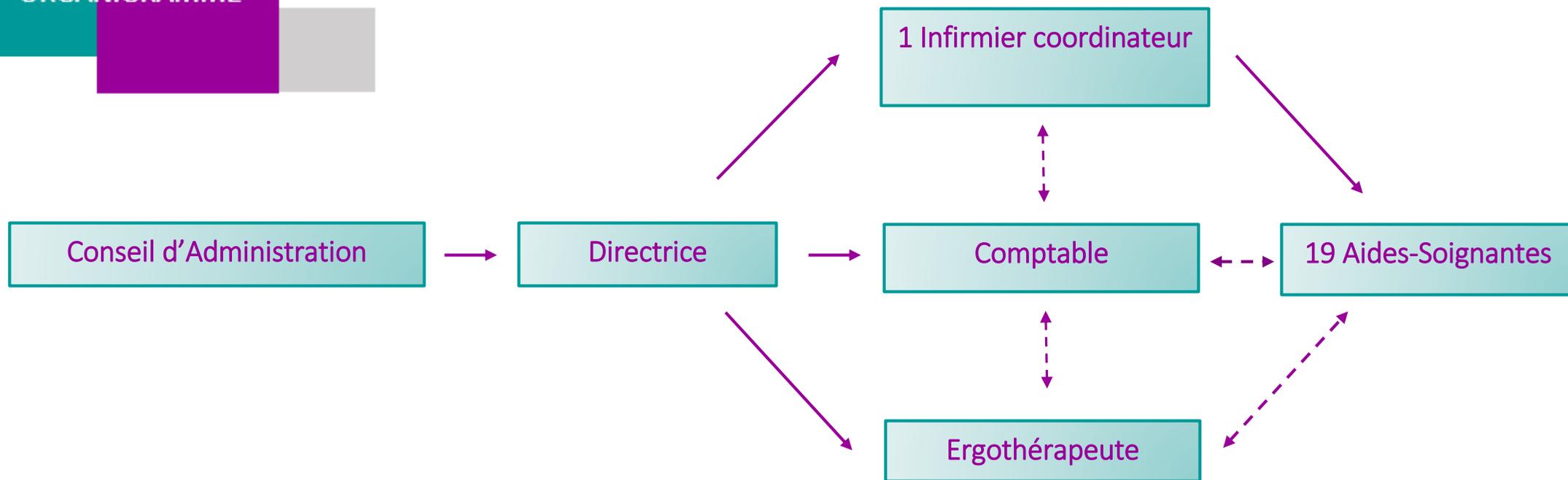
N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

ORGANIGRAMME



→ Lien hiérarchique

- - - → Lien fonctionnel

24 rue de Cassel • 59520 MARQUETTE-LEZ-LILLE
direction@association-ssiad.fr

Association loi 1901 • SIRET • Siret n° 323 840 090 000 27 • APE 8690D

Tél. 03 20 51 79 50 • www.association-ssiad.fr



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

II. Rôle du personnel du SSIAD

1. La directrice

La directrice assume par délégation la mise en œuvre des actions éducatives, pédagogiques, thérapeutiques, et professionnelles.

La directrice du SSIAD pilote la structure, assure la gestion globale, de l'accompagnement des patients à domicile. Elle met en œuvre le projet de l'établissement, coordonne l'activité au quotidien et manage les équipes de l'association.

La directrice est garante du service rendu et de l'adaptation des prestations à chacune des situations individuelles et collectives.

2. Le comptable

Le comptable assure la gestion financière et administrative de la structure. Il travaille en étroite collaboration avec la directrice.

3. L'infirmier coordinateur

L'infirmier coordinateur est garant de la continuité des soins et de la mise en œuvre du projet de service. Il assure la coordination avec les différents intervenants, les patients et leur entourage.

4. L'ergothérapeute

L'ergothérapeute apporte les aides techniques nécessaires au maintien de l'autonomie de la personne (aménagement du mobilier, communication, habillage, hygiène, alimentation, ...).

Elle anime le groupe d'activité « prévention des chutes » et le groupe de travail « Bienveillance ».

5. Les aides – soignant(e)s

Diplômé(e)s et formé(e)s en continu sur des problématiques liées au maintien à domicile (bienveillance, manutention, prise en soins de la personne présentant des troubles cognitifs, ...) les aides – soignant(e)s ont pour rôle de :

- ✓ Réaliser les soins d'hygiène et de confort
- ✓ Réaliser des soins relationnels grâce à une écoute bienveillante
- ✓ Maintenir l'autonomie
- ✓ Prévenir de l'isolement et des chutes
- ✓ Effectuer une surveillance thérapeutique



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

INFRASTRUCTURE ET MOYENS TECHNIQUES

I. Les locaux

Le SSIAD est situé au 24 rue de Cassel 59520 Marquette – lez – Lille. Les locaux sont loués à l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) *Georges DELFOSSE* situé au 22 rue de Cassel 59520 Marquette – lez – Lille.

Le SSIAD dispose de 3 bureaux (directrice, infirmier coordinateur, comptable), d'une salle pour les transmissions et les réunions, d'un local de réserve et de toilettes.

Un parking est également à disposition des professionnels.

II. Les moyens techniques

Chaque bureau est équipé d'un téléphone fixe, et d'un ordinateur. Un poste supplémentaire est disponible dans le bureau de l'infirmier coordinateur notamment lorsque l'ergothérapeute est présent(e).

Tous les ordinateurs sont reliés à une imprimante se situant dans le bureau de l'infirmier coordinateur.

La salle de réunion est également équipée d'un poste informatique et d'une imprimante. Un espace dans la salle de réunion est aménagé avec un réfrigérateur, un four à micro-ondes, un évier et une cafetière.

Les professionnels ont un téléphone portable dans le cadre de leur fonction au sein du SSIAD.

Le SSIAD dispose de 5 véhicules de service mis à disposition des professionnels pour les tournées.

Le service fournit à l'équipe soignante des blouses de travail, des gants et petit matériel (solution hydro-alcoolique).

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES PLANS ET DES SCHEMAS

Les différentes orientations nationales, régionales et départementales favorisent le développement et le renforcement de la prise en charge à domicile :

- Des personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou/et dépendantes ;
- Des personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologie(s) chronique(s) ;
- De personnes âgées de 60 ans et plus, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées à un stade léger ou modéré

I. Mesures et axes prioritaires des axes nationaux

1. Le plan « Solidarité Grand Âge » 2007 – 2012

Le Plan Solidarité Grand Âge s'est substitué au plan Vieillesse et solidarités annoncé à la suite de la canicule de l'été 2003. Ce plan poursuit l'effort de création de place en établissements et d'encadrement (augmentation des effectifs de personnels soignants, amélioration des taux d'encadrement). Il prévoit parallèlement de développer l'offre de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), de structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour offrir des solutions de répit aux aidants.

Ainsi l'un des objectifs de ce plan est de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, si elles le souhaitent, en proposant une offre de soins complète, des traitements simples au plus complexes.

Les principales mesures sont les suivantes :

- Diversifier et développer les services de soins à domicile ;
- Améliorer la coordination entre le domicile, l'hôpital et les établissements d'hébergement pour personnes âgées afin de permettre une meilleure continuité des soins ;
- Donner le libre choix aux personnes âgées de rester chez elles en développant les services et les soins à domicile et en assurant un soutien pour l'entourage ;
- Former les intervenants au domicile à la notion de dépendance, comme la dénutrition ou les pertes de mémoires ;
- Assurer une offre de soins à domicile sur l'ensemble des territoires ;
- Développer la bientraitance à domicile en mettant en place un dispositif de surveillance, de signalement et de prévention de la maltraitance à domicile.

Depuis 2007, la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) a notifié 851,3 millions d'euros pour la création de 85 994 places en faveur des personnes âgées pour la mise en œuvre du plan Solidarité grand âge (PSGA).

Au 31 décembre 2016, 73 684 places étaient installées :

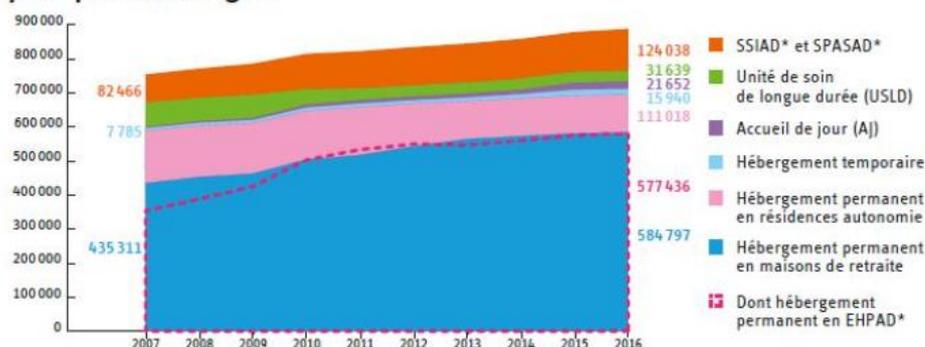
- 38 540 places d'EHPAD en hébergement permanent ;
- 7 071 places d'accueil de jour ;
- 4 439 places en hébergement temporaire ;
- 23 635 places de SSIAD.

Grâce aux crédits du plan Solidarité grand âge, 10 195 places supplémentaires ouvriront entre 2017 et 2021. 99,7% des crédits du plan seront consommés à la fin de l'année 2021.

Au 31 décembre 2016, 6 843 places étaient installées dans le cadre de la mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012 et du plan Maladies neurodégénératives 2014-2019. Elles se répartissaient ainsi :

- 1 789 places d'unités d'hébergement renforcé (UHR) ;
- 5 054 places d'équipes spécialisées Alzheimer.

* Évolution du nombre de places en hébergement et soins à domicile pour personnes âgées



Source : DREES - Statiss 2016.

2. Le plan Maladies Neurodégénératives 2014 – 2019

Ce plan s'inscrit dans la continuité du dernier plan Alzheimer 2008 – 2012. Il élargit son champ d'action en prenant en compte toutes les maladies neurodégénératives, la maladie Alzheimer et les maladies apparentées mais aussi la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques, toutes trois des maladies chroniques et invalidantes.

	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

Ce PMND comprend :

- 3 grandes priorités
 - Améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades ;
 - Assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants ;
 - Développer et coordonner la recherche.
- 4 axes stratégiques pour 12 enjeux et 96 mesures
 - Soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire ;
 - Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux maladies neurodégénératives et atténuer les conséquences sur le quotidien ;
 - Développer et coordonner la recherche sur les maladies neurodégénératives ;
 - Faire de la gouvernance du plan un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de la démocratie en santé

3. La loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement (Loi ASV) du 28 décembre 2015

Cette loi vise à accompagner les conséquences de l'allongement de la durée de vie et du nombre grandissant des personnes âgées. Dans ce but, elle améliore l'accompagnement à domicile des personnes âgées et renforce leurs droits et libertés.

- Réforme de l'APA à domicile ;
- Reconnaissance du rôle des aidants ;
- Soutien à la prévention de la perte d'autonomie ;
- Renforcement de la transparence des prix en EHPAD ;
- Réaffirmation des droits et libertés des personnes âgées.

4. Le dispositif PAERPA

Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie est déployé depuis 2014 sur les territoires. Constatant que la population des personnes âgées en France ne cesse de croître, le ministère des Affaires Sociales et de la Santé a mis en place un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

Cette démarche PAERPA a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Son rôle est de faire en sorte que chaque personne âgée de plus de 75 ans reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût.

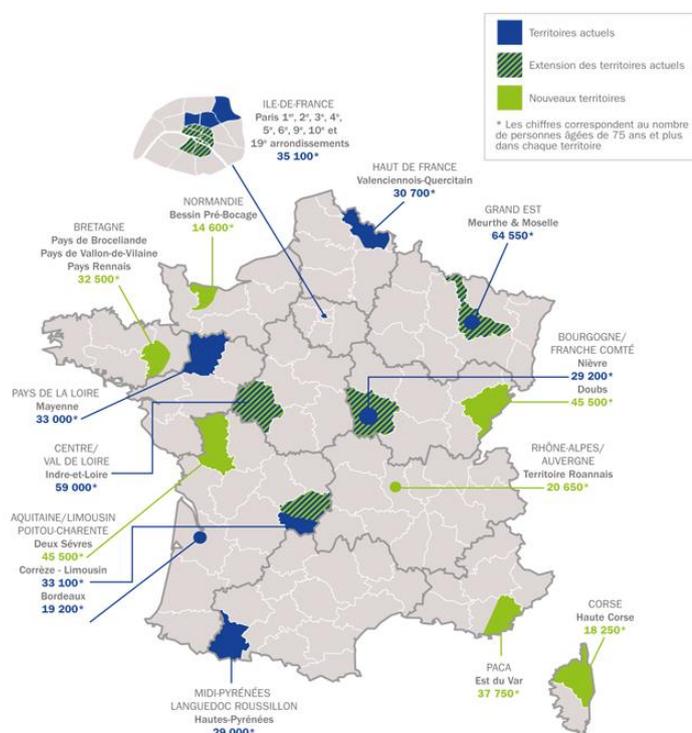
En partant des besoins de la personne et de ses aidants, cette action est possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chutes, problèmes liés aux médicaments, ...) et en optimisant la coordination des professionnels autour de la personne âgée.

Un dispositif articulé autour de 5 actions clés :

- Renforcer le maintien à domicile ;
- Améliorer la coordination des interventions et des intervenants ;
- Sécuriser la sortie d'hôpital ;
- Éviter les hospitalisations inutiles ;
- Mieux utiliser les médicaments

Initialement, neuf territoires pilotes avaient été retenus dans le cadre du dispositif PAERPA. En 2016, afin de porter la logique de parcours de santé à l'ensemble du territoire français, une extension a minima à un territoire PAERPA par région programmée. Cette extension s'inscrit dans le cadre du Pacte territoire Santé 2

Les territoires PAERPA (Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie)



Un territoire dans chaque région - Près de 550 000 personnes âgées concernées.

L'ensemble des acteurs territoriaux sont mobilisés pour participer à ces dispositifs pilotes qui se mettront en place progressivement : conseils départementaux, professionnels de santé, établissements de santé et médico-sociaux, secteur social, assurance maladie, assurance vieillesse, etc.

Un parcours mieux coordonné



Paerpa - Un parcours mieux coordonné

5. Le programme Interreg V

Le programme France-Wallonie-Vlaanderen : régions françaises et belges qui coopèrent pour effacer la frontière ! Le programme de coopération territoriale européenne Interreg France-Wallonie-Vlaanderen s'inscrit dans une volonté de favoriser les échanges économiques et sociaux entre quatre régions frontalières : les Régions Hauts-de-France et Grand Est en France ; la Wallonie, la Flandre occidentale et orientale en Belgique. Il vise à associer des compétences communes tout en valorisant les richesses de chaque région concernée, et ce, au bénéfice des populations de la zone.

Au total, 170 millions d'euros provenant du Fonds européen de développement régional (FEDER) seront alloués au programme pour soutenir des projets répondant aux 4 thèmes de coopération :

- Recherche, innovation et transfert de technologies
- Compétitivité des PME
- Patrimoine, ressources naturelles, gestion des risques
- Cohésion sociale, santé, formation et emploi



	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

II. Les axes et les orientations prioritaires des schémas régionaux

1. Le Plan Régional de Santé (PRS) 2018 – 2028



Le Projet régional de santé (PRS) introduit par la loi HPST a été rénové par la loi de modernisation de notre système de santé. Il définit la politique de santé en région, en cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS).

Simplifié autour de 3 documents, le PRS est composé :

- **D'un cadre d'orientation stratégique (COS).** Il détermine les objectifs stratégiques de l'ARS et les résultats attendus à 10 ans, en lien avec la stratégie nationale de santé. Ses objectifs sont d'améliorer l'état de santé de la population et de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région. Il s'inscrit dans la perspective d'une amélioration de la coordination des politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Les objectifs du COS portent notamment sur :

- ❖ L'organisation des parcours de santé ;
 - ❖ Le renforcement de la pertinence, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de l'efficacité des prises en charges et des accompagnements ;
 - ❖ Les effets déterminants sur la santé ;
 - ❖ Le respect et la promotion des droits des usagers
- **D'un schéma régional de santé (SRS).** Il décline, pour les 5 ans à venir, les orientations du COS en 23 objectifs généraux, eux – même déclinés en objectifs opérationnels. Il détermine aussi les implantations des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation.
 - **Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).** Déclinaison du PRS, il vise à faciliter l'accès au système de santé dans sa globalité et à améliorer les parcours de santé des personnes les plus démunies. Il a une durée de 5 ans.



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

Le PRS hauts-de-France est construit autour de **sept orientations stratégiques** qui visent à améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé :

- Promouvoir un environnement favorable à la santé et agir sur les comportements dès le plus jeune âge
- Mobiliser les acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé
- Garantir l'accès à la santé pour l'ensemble de la population, en s'appuyant sur les dynamiques territoriales, les innovations et le numérique
- Garantir l'efficience et la qualité du système de santé
- Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires
- Renforcer les synergies territoriales en priorisant les actions au regard des spécificités des territoires
- Reconnaître l'usager comme un acteur de la santé

Ces orientations, ainsi que les résultats attendus, sont définies dans le Cadre d'orientation stratégique. Elles sont déclinées dans le Schéma régional de santé en 23 objectifs qui seront mis en œuvre pendant la durée du schéma au travers de plans d'actions. Un suivi annuel de ces plans sera réalisé, au niveau régional et territorial.

➤ Les 23 objectifs du Schéma Régional de Santé 2018 - 2023

Orientation 1 : Promouvoir un environnement favorable à la santé et agir sur les comportements dès le plus jeune âge

- Promouvoir un environnement favorable à la santé (PRSE3)
- Promouvoir des comportements favorables à la santé
- Promouvoir la santé des jeunes

Orientation 2 : Mobiliser les acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé

- Cibler les Femmes-mères-enfants les plus vulnérables
- Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants
- Promouvoir les parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap
- Repérer et mieux organiser les filières diabète, obésité et insuffisance rénale chronique
- Réduire les inégalités sociales et territoriales liées aux cancers
- Favoriser le parcours de vie en santé mentale en veillant à limiter les hospitalisations



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

- Améliorer l'accès à la prévention et la prise en charge des conduites à risques et/ou addictives
- Optimiser le parcours des patients atteints de maladies cardio-neuro-vasculaires ou respiratoires sévères

Orientation 3 : Garantir l'accès à la santé pour l'ensemble de la population, en s'appuyant sur les dynamiques issues des territoires, les innovations et le numérique

- Lutter contre la désertification
- Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
- Mettre en œuvre la révolution numérique en santé
- Garantir l'accès aux urgences, à l'imagerie médicale, aux soins critiques et palliatifs
- Poursuivre la dynamique transfrontalière pour l'accès à des soins de qualité

Orientation 4 : Garantir l'efficience et la qualité du système de santé

- Garantir l'efficience des établissements de santé, médico-sociaux et des opérateurs de prévention
- Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation
- Développer la culture et le souci permanent de la qualité et de la sécurité des soins

Orientation 5 : Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires

- Assurer la veille et la sécurité sanitaire
- Se préparer à la gestion des situations exceptionnelles

Orientation 6 : Renforcer les synergies territoriales et prioriser les actions en fonction des spécificités territoriales

- Promouvoir les synergies territoriales

Orientation 7 : Reconnaître l'usager comme un acteur de la santé

Ce dernier irrigue l'ensemble des objectifs du SRS et n'est pas déclinée en objectifs spécifiques.

➤ Les découpages territoriaux du PRS 2

La loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé a opéré une refonte totale des découpages territoriaux. Les territoires de santé créés par la loi HPST ont été remplacés d'une part par les territoires de démocratie sanitaire et d'autre part par des zonages pour l'offre de



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

soins. Par ailleurs l'ARS a créé des territoires de proximité de l'offre médico-sociale et des territoires de projet.

L'ARS s'est attachée à garder le plus de cohérence entre eux pour garantir la lisibilité pour les acteurs de la santé. Ainsi, même s'il existe quelques différences pour répondre aux besoins spécifiques des secteurs, les découpages départementaux ont servi de référence pour les découpages de grande taille comme ceux de la démocratie sanitaire ou ceux plus dans la proximité comme certains zonages de l'offre de soins ou les territoires de l'offre médico-sociale.

On distingue ainsi différents découpages territoriaux dans le PRS 2 :

➤ **Les découpages territoriaux prévus par des dispositions législatives / réglementaires**

- ❖ Les territoires de démocratie sanitaire prévus par l'article L.1434-9 du code de la santé publique

Ces territoires sont définis par la décision du directeur général de l'ARS Hauts – de – France du 28 octobre 2016 portant délimitation des territoires de démocratie sanitaire de la région Hauts – de – France.

Les territoires de démocratie sanitaires sont définis comme suit :

- ✓ Le territoire de l'Aisne ayant pour délimitation géographique celle du département ;
 - ✓ Le territoire de la Métropole – Flandres comprend les communes définies en annexe 1 de la décision
 - ✓ Le territoire du Hainaut comprend les communes listées en annexe 2 de la décision
 - ✓ Le territoire de l'Oise ayant pour délimitation géographique celle du département ;
 - ✓ Le territoire du Pas – de – Calais ayant pour délimitation géographique celle du département
 - ✓ Le territoire de la Somme ayant pour délimitation géographique celle du département.
- ❖ Les zones de répartition des activités de soins, des équipements lourds et des laboratoires de biologie médicale prévues par l'article L.1434-9 du code de la santé publique

Ces territoires sont définis par :

- ✓ La décision de la directrice générale de l'ARS Hauts-de-France n°2017-034 du 15 juin 2017 portant délimitation des zones du Schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds,

- ✓ La décision de la directrice générale de l'ARS Hauts-de-France n°2017-035 du 15 juin 2017 portant délimitation des zones du schéma régional de santé donnant lieu à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité définies aux articles L.6211-16, L.6212-3, L.6212-6, L.6222-2, L.6222-3, L.6222-5 et L.6223-4 du code de la santé publique.
 - ❖ Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevées mentionnées à l'article L.1434-4 du code de la santé publique

Dans l'attente de la publication des nouveaux zonages, les précédents zonages fixés par les PRS de l'ex Picardie et de l'ex Nord Pas de Calais demeurent applicables.

➤ Les découpages territoriaux non opposables

- ❖ Les territoires de proximité de l'offre médico-sociale

Ils constituent le cadre territorial privilégié pour l'organisation de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en difficultés spécifiques dont l'addictologie.

Pour fixer les objectifs qualitatifs et quantitatifs, dans une logique de réponse graduée et selon les dispositifs médico-sociaux concernés, un regroupement de territoires de proximité pourra être défini.



- ❖ Les territoires de projet

Ces territoires se définissent en fonction du projet qui s'y inscrit. Ils sont donc à chaque fois différents. C'est un territoire d'initiatives des acteurs de la santé.

➤ Le suivi et l'évaluation du PRS 2018 – 2028

Un **suivi annuel** de la conception et de la mise en œuvre de ces plans d'actions sera réalisé. Il assurera la visibilité de ces actions et de leurs résultats. Le suivi des plans d'actions s'appuiera sur des indicateurs dits de réalisation et/ou de moyen. Ce suivi régulier des plans d'actions s'effectuera au plan régional et sur les territoires.

L'**évaluation du PRS** sera réalisée au bout de 5 années pour le SRS et le PRAPS en cohérence avec les objectifs stratégiques du COS.

III. Les axes et les orientations prioritaires des schémas départementaux

1. Schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (2015)

La population ayant plus de 60 ans et/ou possédant un dossier MDPH dans le département du Nord est en constante croissance sous l'effet conjugué des évolutions démographiques, des progrès de la médecine, de l'allongement de l'espérance de vie et de l'accentuation de la dépendance.

Cette évolution est au cœur du débat sur l'adaptation de la société au vieillissement et de l'inclusion des personnes en situation de handicap.

Pour leur permettre de rester « acteurs de leur avenir », de contribuer à la vie quotidienne, de choisir leurs lieux de vie, et pour répondre à la diversité des territoires urbains et ruraux, le Département du Nord entend impulser une politique globale de l'autonomie. Pour cela, le Département a défini 5 grandes orientations :

Orientation 1 : Améliorer le service de proximité aux personnes aux personnes

- Améliorer, dans la proximité, les réponses aux personnes et à leurs familles
 - ✓ Développer l'information
 - ✓ Poursuivre le soutien à la MDPH
 - ✓ Créer des relais autonomie qui sur chaque territoire, seront constitués par l'ensemble des acteurs qui concourent à l'accueil et à l'orientation
- Améliorer l'évaluation des besoins des personnes dans une logique de parcours
- Créer les conditions de la mise en œuvre de l'accompagnement pour les personnes et leurs aidants

	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

Orientation 2 : Développer un environnement bienveillant pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

- Améliorer l'accès aux soins et à la prévention en lien avec l'Agence régionale de santé (ARS)
- Favoriser l'habitat adapté, accompagné et connecté
- Promouvoir le lien social, le « vivre ensemble »

Orientation 3 : Engager collectivement le chantier de la prévention de la perte d'autonomie

Orientation 4 : Diversifier et transformer l'offre de services spécialisés

- 2016 : Priorité au soutien à la vie à domicile
 - ✓ Consolider et soutenir les SAD et les SAVS
 - ✓ Développer l'accueil familial
 - ✓ Adapter les logements foyers – résidence autonomie
 - ✓ Innover
 - ✓ Renforcer les structures intermédiaires (accueil de jour, hébergement temporaire) et soutenir les aidants
- Faire évoluer la place des établissements dans cette offre de service
 - ✓ Promotion de la qualité de vie en établissement
 - ✓ Faire évoluer les établissements
- Faire évoluer la gestion des allocations, des établissements et des services

Orientation 5 : Installer une nouvelle gouvernance pour un pilotage renforcé inscrit dans la proximité

- Rénover la gouvernance et l'animation territoriale
 - ✓ Gouvernance départementale transformée
 - ✓ Une gouvernance globale
 - ✓ Une gouvernance territoriale
- Renforcer le service départemental de proximité

LES BESOINS DE L'ÉTABLISSEMENT ISSUS DES PLANS ET SCHÉMAS

Notre système de santé régional est en effet, et à l'image des autres régions françaises, confronté aux défis majeurs du 21^{ème} siècle – démographiques, épidémiologiques et sociétaux – qui nécessitent son adaptation.

Le Projet Régional de Santé (PRS) définit en cohérence avec les orientations nationales, et pour les dix années à venir, la stratégie de santé en région. L'objectif majeur est d'optimiser encore notre système en termes d'organisation et de pertinence des réponses, pour améliorer la santé de nos concitoyens.

Au regard des missions qui lui sont confiées, le SSIAD se doit de répondre aux grandes orientations stratégiques définies notamment :

- **Mobiliser les acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé**
 - ❖ Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants
 - Prévenir et repérer la perte d'autonomie ;
 - Soutenir les aidants et les accompagner au quotidien ;
 - Ajuster l'offre selon les besoins identifiés ;
 - Améliorer l'articulation des dispositifs et acteurs ;
 - Développer la culture commune et la formation gériatrique.
- **Reconnaitre l'usager comme acteur du système de santé**
 - ❖ Reconnaitre l'usager comme acteur du système de santé
 - Soutenir et renforcer l'action des représentants des usagers ;
 - Mesurer l'effectivité des droits et valoriser les bonnes pratiques ;
 - Développer une communication plus accessible ;
 - Impliquer les usagers dans leur prise en charge.

LES BESOINS ISSUS DE L'ÉVALUATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le service a réalisé son évaluation interne en mars 2012 et son évaluation externe en mai 2014. Suite à ces évaluations, le service s'est engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques concrétisée par un plan d'actions sur quatre ans révisable tous les deux ans.

Dans le cadre de l'amélioration continue des services rendus aux patients, l'association a créé une enquête de satisfaction qui est remis chaque année aux usagers et aux professionnels afin de connaître leur satisfaction. Au regard des analyses, un plan d'actions est mis en place.

Une nouvelle évaluation interne (2018-2019) est en cours de réalisation afin d'évaluer les dispositifs mis en place depuis l'audit qualité réalisé en 2016.

Le SSIAD met tout en œuvre afin de garantir une prise en soin de qualité pour les usagers, et suit une dynamique d'amélioration continue.

LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PROJET DE SERVICE

I. Valeurs fondamentales et principes d'action

1. Valeurs fondamentales

L'action médico – sociale menée par le SSIAD tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes.

Cette action repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux concernés par son activité, et notamment les personnes âgées et sur la mise à disposition des prestations en nature.

L'action médico – sociale menée par le SSIAD est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de toutes les personnes avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacune d'entre elles et en leur garantissant un accès équitable.

Elle s'exerce dans l'intérêt général et dans le cadre de l'agrément conféré par les autorités de tutelle.

Dans ce cadre, le SSIAD s'engage à respecter les principes éthiques et déontologiques fixés par :



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

- Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) ;
- La ou les Chartes Nationales de Référence.

2. Principes d'action

Dans le cadre des valeurs fondamentales exposées ci – dessus, les principes d'action du SSIAD sont les suivantes :

➤ Développer la qualité

- Améliorer la qualité perçue des prestations délivrées par les bénéficiaires ;
- Respecter et faire respecter les droits de la personne accueillie ;
- Lutter contre la maltraitance et les situations à risques de maltraitance ;
- Améliorer la sécurité du personnel ;
- Évaluer l'établissement.

➤ Établir un projet de soin

- Organiser et coordonner les soins ;
- Lutter contre la douleur ;
- Accompagner les patients en fin de vie ;
- Entretenir des relations avec les professionnels libéraux.

➤ Élaborer un projet social

- Valoriser les acquis professionnels ;
- Améliorer les conditions de travail et prévenir les risques professionnels ;
- Développer la formation.

➤ S'engager dans le développement durable

- Signer la charte d'engagement ;
- Sensibiliser les salariés aux quatre domaines qui définissent le développement durable ;
- Mettre en place des actions de préservation de l'environnement ;
- Proposer des formations en éco – conduite.

II. Projet qualité

1. Définition et finalités du projet qualité

Le projet qualité vise à poursuivre la recherche de la satisfaction des personnes accueillies et de leurs proches, du personnel, des correspondants, des institutions sociales et sanitaires ainsi que les fournisseurs du service et notamment :



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

- À améliorer la qualité des prestations délivrées aux personnes accueillies et à leurs proches ;
- À donner confiance aux personnes accueillies, à leurs proches et aux correspondants ;
- À motiver et responsabiliser l'ensemble du personnel ;
- À améliorer les conditions d'exercice et de travail du personnel ;
- À optimiser et préserver le savoir – faire dont est dépositaire le service ;
- À favoriser les rapports entre les fournisseurs ;
- À renforcer le positionnement du service dans le paysage local ;
- À faciliter les procédures d'évaluation et de conventionnement.

2. Améliorer la qualité perçue

Un COPIL chargé du suivi du plan d'amélioration continue de la qualité, du suivi des indicateurs, de la réactualisation du projet de service, et du suivi de la gestion documentaire a été créé.

Les outils de la loi 2002-2 ont été formalisés. En effet, cette loi a introduit 7 outils afin de permettre à l'usager de poursuivre ses droits :

- Le livret d'accueil ;
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
- Le document individuel de prise en charge (DIPEC) ;
- La personne qualifiée ;
- Le règlement de fonctionnement ;
- La participation des usagers ;
- Le projet d'établissement ou de service.

Des groupes de travail sur plusieurs thématiques ont été créés afin de favoriser la démarche participative des professionnels :

- Projet d'accompagnement personnalisé (PAP)
- Démarche d'amélioration continue de la qualité (DACQ)
- Bien-être
- Étudiants
- Éthique

3. Respecter les droits des personnes accueillies

Le SSIAD intervient uniquement sur prescription médicale. Il est soumis aux exigences de la loi 2002-2 et doit respecter un certain nombre de dispositions concernant le respect des droits des usagers.

Le SSIAD veille à :



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

- Informer le patient sur les soins qui vont être réalisés ;
- Assurer une continuité des soins ;
- Mettre en place un accompagnement personnalisé du patient ;
- Informer sur le fonctionnement du SSIAD et les services proposés par le biais du livret d'accueil ;
- Mettre à disposition le règlement de fonctionnement et la charte des droits de la personne accueillie ;
- Informer de la liste des personnes qualifiées afin de permettre à l'utilisateur de contacter l'une d'entre elle en cas de litige.

4. Lutter contre la maltraitance

La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance font partie intégrante de la politique du service.

Un professionnel rencontrant des difficultés lors d'une situation particulière peut en discuter avec l'infirmier coordinateur, la directrice et l'équipe.

En cas de situations de maltraitance avérée, suspectée ou événement précurseur, les professionnels disposent d'une démarche à suivre clairement définie et d'outils spécifiques :

- Procédure : Repérer et déclarer une situation de maltraitance (AU-PRO.03)
- Guide d'utilisation de la grille de repérage d'une situation de fragilité ou à risque (AU-CI.04)
- Grille de repérage d'une situation de fragilité ou à risque (AU-CI.04-EN.01)
- Notion de la bientraitance / maltraitance (AU-CI.05)
- Bientraitance, guide de bonnes pratiques (AU-CI.29)
- Document d'information (AU-CI.28)
- Charte de Bientraitance (AU-CI.27)
- Bientraitance, ce qu'il faut savoir (AU-CI.30)
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM
- Un groupe de travail « Bientraitance » est également formalisé
- Procédure : Traitement d'un événement indésirable (QGDR-PRO.07)
- Fiche de déclaration des événements indésirables (QGDR-PRO.07-EN.02)

Le SSIAD s'engage à poursuivre les formations « Bientraitance » et former l'ensemble des professionnels à la bientraitance.



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

5. Améliorer la sécurité des salariés

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est un document qui permet de répertorier l'ensemble des risques professionnels auxquels les agents sont exposés. Il s'agit d'un outil afin de planifier le plan d'actions associé.

L'absence de DUERP au sein d'une entreprise peut engendrer des conséquences humaines non négligeables.

L'évaluation des risques professionnels est une obligation des chefs d'établissements selon la loi n°91 – 1414 du 31 décembre 1991 par transposition de la directive n°89/391/CEE.

Le SSIAD élabore tous les ans le DUERP afin de classer et hiérarchiser les risques et de proposer un plan d'actions.

6. Évaluer périodiquement le service

L'évaluation des activités a pour objectif la qualité des prestations pour les usagers. Elle aide à adapter le fonctionnement du service et les pratiques professionnelles aux caractéristiques, aux spécificités, aux attentes et aux besoins dans le cadre des missions et des contraintes, notamment budgétaires qui sont imposées au service.

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

Une démarche d'évaluation interne doit être réalisée par les établissements sociaux et médico – sociaux tous les 5 ans.

Le SSIAD est dans une démarche d'amélioration continue, notamment par la mise en place de groupes de travail, rédaction de comptes – rendus, documents qualité, plan d'actions, suivi, ..., et souhaite poursuivre cette dynamique.

III. Projet de soin

1. Définition et finalités du projet de soin

Le projet de soins définit :

- Les objectifs généraux de la politique de l'établissement en matière de qualité, d'organisation, et d'évaluations des soins ;
- Les mesures permettant la réalisation de ces objectifs.

	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

Le projet de soins vise à :

- Confirmer l'identité du service de soins ;
- Développer les soins relevant du rôle propre de chaque professionnel ;
- Garantir et améliorer la continuité des soins ;
- Améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes accueillies et leurs proches ;
- Participer à l'évaluation des soins ;
- Maintenir et renforcer le niveau de compétence et de qualification des professionnels ;
- Favoriser la communication ;
- Améliorer les conditions de travail.

Établi dans une démarche participative, le projet de soins s'adresse à tous les professionnels du SSIAD de Marquette – lez – Lille.

2. Organiser et coordonner les soins

➤ Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP)

Lors de la visite de pré-admission, l'infirmier coordinateur établit un recueil de données avec la personne et le proche ou l'aidant afin d'évaluer les besoins. Ce projet est formalisé sous format papier après accord du patient. Le projet reprend des objectifs à atteindre et est évalué tous les ans ou dès que la situation du patient nécessite une réévaluation du projet de soins.

➤ Les soins de nursing

Les soins de nursing sont programmés et notifiés dans le document individuel de prise en charge (DIPEC). Les soins sont évalués régulièrement.

L'aide – soignant encourage le patient dans la réalisation des soins d'hygiène avec pour objectif le maintien de l'autonomie.

Lors de la réalisation des soins, les soignants veillent à ne pas « faire à la place de » la personne accompagnée.

➤ Confort et soins

L'ergothérapeute évalue au domicile les besoins en matériel de l'utilisateur (lit médicalisé, lève-personne, ...) pour favoriser la prise en charge dans les meilleures conditions de confort et d'ergonomie. Le projet de soins est réajusté en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne accompagnée.

	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

Le SSIAD accorde une importance à prendre en considération les demandes exprimées par le patient et son entourage mais aussi des équipes. Il est attentif aux différentes situations et aux limites de l'accompagnement à domicile.

➤ **Participation des aidants familiaux et des autres partenaires**

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

Les aidants (proches, familles, ...) participent activement à ce maintien. L'aidant peut-être un partenaire de soins (prévention escarres, préparation et prise de médicaments, ...). Il peut également contribuer à la coordination de la prise en charge en multidimensionnelle (médecin, infirmier, kinésithérapeute). Il facilite le bon déroulement des soins (organisation de la chambre, préparation du matériel, ...). L'aidant peut être amené à alerter le service sur des situations particulières (ex : perte d'appétit, chute, changement de comportement, ...).

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.

3. Lutter contre la douleur

La douleur est un phénomène très présent chez les personnes âgées. Cependant, hormis les moments de douleur intense, les personnes âgées sollicitent très peu les soignants toutefois :

- D'après l'article L 1110-5 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle – ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun « une vie digne jusqu'à la mort ».*

Le SSIAD s'engage à lutter contre la douleur notamment en :

- Respectant le protocole « Douleur chez la personne âgée » ;
- Évaluant la douleur à l'aide des outils mis à disposition (Échelle ALGOPLUS, ECPA) ;
- Effectuant des transmissions écrites et ciblées ;
- Coordonnant avec les partenaires ;
- Mettant en place le matériel adapté.

	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

4. Accompagner les personnes en fin de vie

La fin de vie est une période particulière dans la vie de toute personne. Elle mérite une attention soutenue de la part des professionnels. L'accompagnement des personnes en fin de vie repose sur un cadre réglementaire :

- La loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie et qui renforce les dispositions existantes ;
- La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) ;
- La loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relatives aux droits des malades et des patients en fin de vie (Loi dite Léonetti) ;
- La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- La loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs.

Ainsi la personne en fin de vie qui désire demeurer chez elle, peut bénéficier des soins palliatifs. Ces soins visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne et à soutenir son entourage, sont pratiqués en équipe interdisciplinaire.

Les aides – soignant(e)s du SSIAD bénéficient de formation afin d'accompagner au mieux les patients en fin de vie.

5. Relation avec les professionnels libéraux

Le SSIAD de Marquette-lez-Lille collabore avec différents acteurs afin de proposer un accompagnement adapté aux usagers :

- ❖ Les centres communaux d'action sociale (CCAS) des différentes communes ;
- ❖ Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ;
- ❖ Réseau ROSALIE (Accompagnement et soins palliatifs) ;
- ❖ Réseau en soins gériatrie ;
- ❖ Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ;
- ❖ Le centre local d'information et de coordination (CLIC) ;
- ❖ Les hospitalisations à domicile (HAD) : Holidom, Santély, Synergie ;
- ❖ Les résidences autonomie et les EHPAD ;
- ❖ Les infirmier(e)s libéraux (ales) ;
- ❖ Les médecins ;
- ❖ Maisons des aidants.



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

IV. Projet social

1. Définition et finalités du projet social et des plans de formation

Le projet social fait partie intégrante du projet de service.

Établi dans le cadre d'une démarche participative, il constitue un outil qui concerne l'ensemble des professionnels du service.

Le projet social fixe, dans ses aspects les plus larges, la politique de gestion des ressources humaines. Le projet social est tourné :

- Vers le respect et la reconnaissance mutuels ;
- Vers l'expression de la motivation de chacun par la responsabilité et l'autonomie ;
- Vers la valorisation des contributions individuelles.

Il s'appuie sur l'équité et la solidarité de tous.

Le projet social est indissociable des plans de formation, la formation étant un élément essentiel de la vie de l'établissement.

Le projet social et les plans de formation du SSIAD visent à :

- Améliorer l'organisation de travail ;
- Valoriser l'identité professionnelle des personnes ;
- Maintenir et renforcer le niveau de compétence et de qualification des professionnels ;
- Favoriser la communication notamment avec les représentants du personnel ;
- Améliorer les conditions de travail.

2. Améliorer les conditions de travail et prévenir des risques professionnels

La qualité de vie au travail est un sentiment de bien-être (physique, mental et social) au travail qui englobe l'ambiance, les valeurs de l'établissement, l'intérêt du travail, le sentiment d'implication et de responsabilisation, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué qui s'exerce dans un environnement où les risques sont maîtrisés.

- **Savoir travailler ensemble**

L'ensemble des salariés œuvrent pour la meilleure prise en charge des patients. Ils doivent s'appuyer sur un socle de valeurs communes, un respect des compétences de leurs collègues et ceux dès l'embauche au SSIAD.

- ✓ Accueillir et accompagner les nouveaux arrivants

 <p>SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE</p>	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

Une procédure de recrutement au sein du SSIAD est formalisée.

Un livret d'accueil pour les nouveaux arrivants est formalisé et leur est remis.

Toute l'équipe du SSIAD se tient à disposition afin d'accompagner le nouveau collaborateur.

- **Reconnaitre et renforcer le professionnalisme des agents**

Le professionnalisme de chacun doit être reconnu par tous. Chaque salarié avec le niveau de compétences qui est le sien, participe au fonctionnement du SSIAD.

- ✓ Définir des fiches de poste

Des fiches de poste ont été élaborées dans le but de définir le domaine de compétences de chacun, son articulation avec les autres métiers, les liens fonctionnels et hiérarchiques. Ces fiches sont utiles lors des recrutements ou des évaluations.

- **Entretenir la motivation au travail**

Un entretien annuel de progrès est réalisé chaque année dans le but de dresser un bilan sur l'activité professionnelle de l'année écoulée, sur les conditions de travail, les difficultés ou ressources dans la conduite des missions, ... avec le salarié.

C'est également l'occasion de définir des objectifs en termes d'activités pour la période à venir et aussi de repérer les besoins en formation.

L'entretien individuel permet de :

- Favoriser une relation de confiance en permettant au professionnel d'échanger sur ses pratiques professionnelles ;
- Échanger avec l'employeur sur ses perspectives, ses projets et ceux de l'association et d'envisager des actions permettant de mener à bien ces projets ;
- Repérer les dysfonctionnements, réfléchir ensemble aux réajustements, éclairer les décisions en matière de formation et de promotion professionnelle.

L'entretien annuel de progrès est un réel moment privilégié d'échanges, d'écoute et de respect mutuel.

Le SSIAD s'engage à maintenir cette logique de progression.

	PROJET DE SERVICE 2019-2024	Référence : GRFA-CI.01
		N° de version : 2
		Date de création : 2014
		Date de révision : 2018
		Nombre de pages : 61

- **Prévenir les risques professionnels dont les risques psychosociaux**
- ✓ Réactualiser le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et élaborer un plan d'actions

L'environnement professionnel doit être sécurisé pour un exercice professionnel serein. Un groupe de travail DACQ est installé afin de réactualiser tous les ans le DUERP.

3. Former en formation initiale et continue – plans de formation

Afin de s'adapter en permanence aux besoins et attentes, le SSIAD élabore un plan de formation annuel. Ce qui permet de répondre aux besoins de professionnalisation du SSIAD. Quelques exemples de formations proposées aux salariés :

- AFGSU et réactualisation ;
- Géro-psycho-éducation ;
- Transmissions ciblées ;
- Maladies neurodégénératives ;
- Accompagnement du patient en fin de vie et de la famille ;
- Alerte aidants ;
- ...

Le besoin en formation est également recueilli lors des entretiens de progrès annuel entre la direction et les professionnels.

V. Développement durable

1. Définition et finalités du développement durable

- **« Le développement durable est un développement qui permet de répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. »**
Rapport de Brundtland – 1987

Cette définition implique :

- D'être attentif à l'impact des activités sur l'environnement et en particulier sur les ressources présentes et à venir ;
- Considérer les impacts des activités sur les générations futures afin de léguer un actif environnemental, social et économique pour leur assurer une vie meilleure ;
- De créer une activité économique moins intensive sur le plan écologique, ce qui suppose de penser différemment les manières de produire et de consommer ;
- De développer une économie redistributive qui permettra à chacun de bénéficier de la plus-value des activités productives.

- *La responsabilité sociétale des entreprises (RSE) est une « démarche volontaire qui consiste à mettre en œuvre des pratiques responsables liées aux domaines économique, social et environnemental »*

Elle poursuit ainsi un double objectif :

- Trouver des réponses aux problématiques économiques, sociales, environnementales auxquelles sont confrontés les établissements et qui impactent et impacteront les différentes parties prenantes ;
- Répondre simultanément aux attentes économiques, sociales, environnementales de toutes les parties prenantes

Tout comme le développement durable, la RSE est basée sur trois piliers complémentaires qui permettent la pérennité et l'équilibre de la démarche : le social, l'économique et l'environnemental.

D'une façon plus simple, la RSE peut être définie, **comme l'application des principes du développement durable au monde de l'entreprise et des organisations.**

À noter que la RSE ne limite pas la démarche aux seules entreprises, elle accueille également les collectivités, les organismes publics, les associations, etc.

- Les parties prenantes sont un groupe ou un individu qui affecte ou est affecté par l'accomplissement des objectifs de l'organisation.

Pour les établissements, il s'agit en premier lieu, des personnes âgées, des salariés, des dirigeants ainsi que les familles et proches des usagers. La notion de *partie prenante* s'étend également aux fournisseurs, aux associations partenaires, aux autorités, aux collectivités locales... les parties prenantes occupent un rôle majeur dans le processus de création de valeur des établissements et constituent un levier essentiel dans la mise en œuvre durable de la démarche.

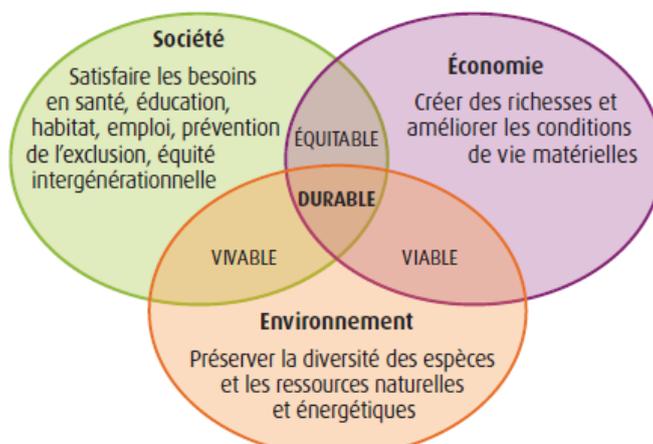


Figure 4: Les trois piliers du développement durable



PROJET DE SERVICE 2019-2024

Référence : GRFA-CI.01

N° de version : 2

Date de création : 2014

Date de révision : 2018

Nombre de pages : 61

2. Les objectifs du développement durable

La mise en œuvre d'une démarche RSE appelle un nouveau mode de management qui se traduit concrètement par une démarche proactive et innovante avec ses parties prenantes. De nombreux points positifs sont visés :

- Amélioration de la qualité de vie des personnes accompagnées
- Amélioration du bien – être au travail des salariés
- Amélioration de l'image et de la performance de l'établissement et du secteur

Le SSIAD s'engage à progresser de façon continue en évaluant simultanément l'impact de son activité et de ces décisions au regard de quatre domaines :

- La préservation de l'environnement ;
- L'équité sociale ;
- L'efficacité économique ;
- La gouvernance et l'implication dans le territoire

Le tout en signant la charte d'engagement, une amélioration continue en faveur du développement durable.

CONCLUSION

Ce projet de service s'inscrit dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue. Toute l'équipe s'est engagée et investie afin de progresser dans ses pratiques professionnelles au bénéfice des personnes accompagnées.

Le plan d'actions associé à ce projet sera réévalué et une analyse régulière de l'avancée des actions mises en place sera réalisée afin de mesurer l'efficacité et l'efficience ; ce qui permettra de réajuster si nécessaire.

Dès à présent, et après une phase d'appropriation de la part des salarié(e)s, ce document guidera avec cohérence, l'ensemble des acteurs avec une plus grande lisibilité sur notre offre de service. En effet, ce projet par nature fédérateur, nous incite à l'engagement pour des interventions appuyées sur des valeurs et principes fondant une éthique de service fidèle à celle de l'Association.

En ce qui concerne la communication de ce projet, les objectifs définis pour les 5 ans à venir seront transmis à nos partenaires, personnes accompagnées ainsi que leur famille.

Il sera également consultable prochainement sur le site internet de l'Association à l'adresse suivante : www.association-ssiad.fr

Ce projet est un outil de référence évolutif et reste à la disposition de l'ensemble des équipes.