



**Association
VIVRE CHEZ MOI**

SSIAD
Service de Soins Infirmiers
A Domicile

LIVRET D'ACCUEIL

SOMMAIRE

A. PRESENTATION DE NOTRE SPASAD	4
1. L'HISTOIRE DE L'ASSOCIATION VIVRE CHEZ MOI	4
2. LES VALEURS DEFENDUES PAR L'ASSOCIATION VIVRE CHEZ MOI	4
3. LES ACTIVITES PROPOSEES PAR L'ASSOCIATION VIVRE CHEZ MOI	5
4. LES INSTANCES DIRIGEANTES ET ORGANIGRAMME DE L'ASSOCIATION VIVRE CHEZ MOI	5
B. LE SERVICE POLYVALENT D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE (SPASAD)	5
1. LES CONDITIONS D'ADMISSION	5
2. LES MISSIONS DU SSIAD	6
3. NOTRE EQUIPE	6
4. NOUS CONTACTER	7
5. L'EVALUATION DES BESOINS ET LA CONSTRUCTION D'UNE OFFRE DE SERVICE	8
6. L'ADMISSION DANS NOTRE SERVICE	8
7. COUT DES PRESTATIONS	8
8. LE SUIVI DE LA PRESTATION	9
C. LES GARANTIES POUR LA PERSONNE ACCOMPAGNEE	9
1. PARTICIPATION AU FONCTIONNEMENT DU SERVICE	9
2. NOUS FAIRE REMONTER UNE INSATISFACTION	10
3. LES RECOURS POSSIBLES EN CAS DE LITIGES	10
ANNEXES	11
Annexe n° 1 : Charte des droits et libertés de la personne accueillie	
Annexe n° 2 : Notice relative à la personne de confiance	
Annexe n° 3 : Liste des personnes qualifiées	
Annexe n° 4 : Organigramme	
Règlement de fonctionnement SSIAD remis	

Le mot du Président et de la Directrice

Ce livret est mis en place pour une meilleure compréhension du fonctionnement de la structure ainsi que des services que vous pouvez en attendre.

« Avoir choisi comme nom de l'association « Vivre Chez Moi » est à la fois une promesse, une réalité et une perspective qui met au centre de la démarche nos bénéficiaires comme acteurs premiers.

Les valeurs que l'équipe fondatrice a voulu mettre en avant sont centrées sur le respect de chacun, sur son bien-être et sur sa capacité de rester acteur de sa vie. Ainsi prennent sens les notions d'écoute, de solidarité, de dignité et d'accompagnement au maintien de l'autonomie de chacun. »

Jacques SCHUMPP
Président Fondateur

« L'Association Vivre Chez moi gère sur le même secteur un SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) et un SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement A Domicile) ce qui permet d'apporter une réponse globale, complémentaire et adaptée aux besoins des personnes dépendantes et fragiles.

Les deux services travaillent en étroite coordination avec l'ensemble des intervenants, médecins traitants, IDE Libéraux, travailleurs Sociaux, services hospitaliers, équipes mobiles, réseaux, afin de faciliter le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles. »

Virginie REIBEL
Directrice

Le siège de l'Association Vivre Chez Moi se situe au 180, route des Romains 67200 STRASBOURG

Un site à STRASBOURG :

SSIAD, SAAD SPASAD Secteur d'intervention : Strasbourg Ouest : Koenigshoffen, Poteries, Elsau, Montagne-Verte, Lingolsheim, Ostwald, Eckbolsheim, Wolfisheim.

180, route des Romains 67200 STRASBOURG

Tél 03 88 30 32 69

Email : contact@asso-vivrechezmoi.com

Un site à OBERNAI Secteur d'intervention:

SSIAD Secteur d'intervention : Canton de Obernai et Canton de Rosheim

20 Boulevard de l'Europe 67210 OBERNAI

Tél : 03 88 95 44 11

Email : ssiadobernai@asso-vivrechezmoi.com

A. Présentation de l'Association VIVRE CHEZ MOI

1. L'histoire de l'association Vivre Chez Moi

L'association Vivre Chez Moi a été créée en 1990. Elle émane de la réflexion de deux associations gérant des centres de soins infirmiers sur le même secteur : JOIE ET SANTE et SANTE ET FAMILLE.

M. Jacques SCHUMPP préside l'association depuis son origine.

L'ouverture du Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) a eu lieu le 1^{er} octobre 1990 après accord et agrément du préfet et de la DDASS.

En 2016, sa capacité est de 114 places dont 107 pour des personnes de plus de soixante ans et 7 réservées pour des personnes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes de pathologies invalidantes.

Conformément à la réglementation le SSIAD intervient sur prescription médicale pour effectuer les soins d'hygiène et de nursing auprès de personnes âgées de plus de 60 ans ou atteintes de maladie chroniques ou personnes handicapées.

Les soins sont effectués par une équipe d'aide(s)soignant(e)s encadrée d'infirmier(e)s coordinatrices.

En 2009, l'association a créé un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) qui apporte des prestations complémentaires d'accompagnement à la vie quotidienne et des aides à la personne. Il est géré par une responsable qui encadre une équipe de 20 personnes. En 2016, 134 personnes ont bénéficié des prestations du service.

En octobre 2012, après accord de l'ARS, l'association intègre l'activité du SSIAD de Obernai qui était géré par une association parisienne.

Le SSIAD de OBERNAI a une capacité de 40 places pour personnes âgées.

En juin 2017 création du SPASAD.

Un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) est l'association d'un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD). Depuis décembre 2016 le SSIAD de Strasbourg et le SAAD participent à l'expérimentation SPASAD. Le secteur du SPASAD est Strasbourg ouest : Koenigshoffen, Montage-Verte, Elsau, Poteries, Lingolsheim, Ostwald, Eckbolsheim, Wolfisheim.

Il est autorisé pour une capacité d'accueil de 114 places.

Le site de Strasbourg se situe au 180, route des Romains à Strasbourg

Le fonctionnement est assuré 7 jours sur 7.

2. Les Valeurs défendues par l'association Vivre Chez Moi

Les valeurs de l'association Vivre chez Moi sont d'apporter aux usagers un soutien moral et une chaleur relationnelle, de garantir le respect de leur dignité et leur libre choix, de recréer

un tissu social auprès des personnes isolées, de garantir une qualité de soins et d'accompagnement.

L'association adhère aux Fédérations ADESSADOMICILE et FEHAP et en partage les valeurs humanistes, leur engagement social et leur esprit d'ouverture.

Nous appuyons notre réflexion éthique sur la charte nationale Qualité des services à la personne et sur la charte des droits et des libertés de la personne accueillie (en annexe).

3. Les activités proposées par l'association Vivre Chez Moi

SITE DE STRASBOURG

Service polyvalent d'aide et de soin à domicile (SPASAD)

- SSIAD et SAAD

Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

- Nb de places : 114
- 107 places personnes âgées et 7 places personnes handicapée

Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

- Nb d'heures : 20 000 h par année
- 130 personnes

SITE D'OBERNAI

Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

- Nb de places : 40
- 40 places personnes âgées

4. Les instances dirigeantes de l'association Vivre Chez Moi

L'Association VIVRE CHEZ MOI est une association à but non lucratif. Cette association est administrée par un conseil d'administration et un bureau.

B. Le SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile)

1. Les conditions d'admission

Ne peuvent prétendre à être pris en charge par le SSIAD que les personnes :

- de 60 ans ou plus, malades ou en perte d'autonomie
- de moins de 60 ans, handicapé(e)s ou atteint(e)s d'une pathologie chronique.
- résidant dans la zone d'intervention du SSIAD,
- Ayant une prescription médicale pour l'intervention du SSIAD,

2. Les missions du SSIAD

Les missions du SSIAD sont :

- Favoriser le maintien ou le retour à domicile, en préservant ou en améliorant l'autonomie de la personne.
- Concourir au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.
- Eviter une hospitalisation lorsque les conditions médicales et sociales sont réunies.
- Assurer, sur prescription médicale, des soins infirmiers et d'hygiène et apporter une aide spécifique pour accomplir les actes essentiels de la vie. Les soins d'hygiène sont effectués par les aides-soignantes du service. Les soins techniques (pansements, injections...) sont assurés par les Infirmier(ères) Libéraux (ales) ou de Centres de Soins conventionnés avec le SSIAD et au choix du patient.
- Prévenir et retrouver l'autonomie de la personne accompagnée
- Garantir l'intégration et la coordination des prestations mises en place au domicile de la personne accompagnée
- Apporter un confort moral aux personnes soignées ainsi qu'à leur entourage.

3. Notre équipe :

- une directrice
- une équipe d'infirmier(e)s coordinateur(rice) s
- une équipe d'aides-soignantes (CAFAS ou DPAS ou DEAS)
- une équipe d'assistantes administratives

Les services accueillent également des élèves aides-soignant(es) et des étudiants(es) infirmier(ères), ils sont constamment encadrés par un membre de l'équipe.

- les infirmier(e)s coordinateur (rice) s qui sont en charge de l'encadrement de l'équipe d'infirmiers et d'aide soignants qui intervient à votre domicile sous leur responsabilité. Ils sont également dans le cadre du SPASAD votre référent.
- Les aides-soignants assurent des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins de base et relationnels. Des soins d'hygiène, de confort, de surveillance et de prévention sont dispensés par les soignants, sous la responsabilité de l'infirmier coordonnateur.

4. Nous contacter

Vous pouvez joindre les SSIAD selon les modalités décrites ci-dessous :

Pour le site de STRASBOURG :

Coordonnées :

Téléphone : 03 88 30 32 69

Courriel : contact@asso-vivrechezmoi.com

Adresse : 180, route des romains – 67200 STRASBOURG

Accessibilité fauteuil roulant à l'arrière du bâtiment.

L'accueil est :

- soit téléphonique du lundi au vendredi, hors jours fériés de 8h00 à 15h30.

- soit physique les mardis et jeudis hors jours fériés de 9h à 12h.

Un répondeur enregistreur est à disposition en dehors de ces horaires. Il est relevé quatre fois par jour.

Pour les urgences médicales, vous devez joindre votre médecin traitant ou le 15.

Les prestations du SSIAD sont assurées 7 jours sur 7 à domicile

- du lundi au vendredi : de 6h30 à 20h

- du samedi au dimanche : de 7h à 19h

Zone d'intervention du service :

Strasbourg Ouest : Koenigshoffen, Poteries; Elsau, Montagne Verte, Lingolsheim, Ostwald, Eckbolsheim, Wolfisheim

Pour le site d'OBERNAI :

Coordonnées :

Tél : 03 88 95 44 11

Courriel : ssiadobernai@asso-vivrechezmoi.com

Adresse : 20 Boulevard d'Europe - 67210 OBERNAI

L'accueil est :

- soit téléphonique du lundi au vendredi, hors jours fériés de 8h00 à 12h.

- soit physique les mardis et jeudis hors jours fériés de 9h à 12h.

Un répondeur enregistreur est à disposition en dehors de ces horaires. Il est relevé quatre fois par jour.

Pour les urgences médicales, vous devez joindre votre médecin traitant ou le 15.

Les prestations du SSIAD sont assurées 7 jours sur 7 à domicile de 7h à 19h.

Zone d'intervention du service :

Canton d'Obernai et Canton de Rosheim

5. L'évaluation des besoins et la construction d'une offre de service

Toute demande d'intervention donne lieu à une évaluation multidimensionnelle de vos besoins et attentes par l'Infirmier(ère) coordinateur(rice).

Cette évaluation se fait au domicile de la personne, une visite en structure hospitalière peut être effectuée si besoin. Elle sera faite en coordination avec les autres intervenants à domicile du champ médico-social.

Vous êtes acteur de votre projet individualisé d'aide d'accompagnement et de soins qui se met en place à travers votre recours à notre service.

Nous nous engageons à respecter votre liberté, vos attentes et votre mode de vie, dans la limite de la compatibilité de ce dernier avec le règlement de fonctionnement du service.

Dans le cas où vous rencontreriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits, ou si vous le souhaitez, vous avez la possibilité de recourir à une personne de confiance¹ (cf. annexe n°3) qui pourra vous accompagner dans vos démarches.

6. L'admission dans notre service

L'admission est prononcée par l'infirmier(ère) coordonnateur(rice) après une évaluation à domicile, la signature de l'attestation de remise et de compréhension du règlement de fonctionnement (du contrat individuel de prise en charge s'il est établi dès l'admission) et sous réserve du respect des conditions d'admission.

Lors de l'admission, il vous est remis :

- Le présent livret d'accueil
- Le règlement de fonctionnement du service,
- L'information sur la désignation d'une personne de confiance et les formulaires de désignation,
- La charte des droits et liberté de la personne accueillie.

7. Coût des prestations

- Le financement du service est assuré par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation globale annuelle fixée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, sur présentation d'un budget prévisionnel
- Les prestations réalisées à votre domicile sont prises en charge à 100 %².

Attention : Le service ne prend pas en charge les honoraires médicaux, les actes de kinésithérapie, les examens de laboratoire, les frais pharmaceutiques, le pédicure, le matériel et fournitures médicalisés

¹ Article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

² Les soins sont pris en charge intégralement par la caisse d'assurance maladie dont vous dépendez que vous soyez ou non en affection de longue durée que vous ayez ou pas de mutuelle.

8. Le suivi de la prestation

Au moment de l'admission votre référent est désigné au sein du SSIAD. Son nom est indiqué dans le document individuel de prise en charge que vous signerez. Votre référent s'assure de la mise en place effective du projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins et du bon déroulement de la prestation. Si vous en éprouvez le besoin, à tout moment, il peut se rendre à votre domicile pour réévaluer votre situation.

Les salariés intervenant à votre domicile ont pour mission de nous faire remonter toute information permettant d'améliorer votre accompagnement. Des temps de coordination au sein du service sont organisés régulièrement pour ajuster au mieux les prestations.

L'organisation du partage des informations vous concernant entre les professionnels du service ainsi qu'avec les partenaires extérieurs, en vue de garantir une prise en charge de qualité est définie avec vous au moment de la signature du document individuel de prise en charge.

Une réévaluation de vos besoins sera menée à votre domicile annuellement elle amènera à l'actualisation du projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, voire à la signature d'un avenant à votre document individuel de prise en charge.

C. Les garanties pour la personne accompagnée

1. Participation au fonctionnement du service

Vous pouvez joindre votre référent par téléphone ou par mail pour lui faire remonter des informations sur les prestations qui vous sont fournies.

Une enquête qualité vous sera envoyée une fois par an, nous permettant d'appréhender votre degré de satisfaction et l'évolution de vos attentes.

Vos retours nous permettent d'améliorer notre service.

2. Nous faire remonter une insatisfaction

Le service est engagé dans une démarche d'évaluation de la qualité des prestations qu'il délivre.

Les éventuelles réclamations des personnes accompagnées doivent être adressées au responsable oralement ou par écrit.

Tout incident, énoncé d'une plainte ou conflit, fera l'objet d'un enregistrement puis sera traité attentivement et donnera lieu à une réponse. Des actions d'améliorations seront envisagées.

3. Les recours possibles en cas de litiges

En cas d'insatisfaction sur les modalités d'instruction des réclamations, litiges ou conflits, vous pouvez faire appel à :

- une médiation conventionnelle ou tout autre mode alternatif de règlement des différends, en application des dispositions de l'article L. 133-4 du code de la consommation (à adapter en fonction de l'organisation de votre service, les modalités de saisine opérationnelle sont à inscrire dans le DIPEC)
- une « personne qualifiée » figurant sur la liste établie conjointement par le préfet et le président du conseil départemental. Cette personne est susceptible d'intervenir en tant que médiateur dans le traitement des litiges et contentieux.

Annexes

Les documents suivants sont annexés au présent livret d'accueil et vous sont également remis lors de votre admission dans notre SPASAD.

1. Annexe n° 1 : Charte des droits et libertés de la personne accueillie
2. Annexe n° 2 : Notice relative à la personne de confiance
3. Annexe n° 3 : Liste des personnes qualifiées
4. Annexe n° 4 : Organigramme
Règlement de fonctionnement remis

Annexe n°1 :

Charte des droits et libertés de la personne accueillie

Article 1^{er} : Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2 : Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3 : Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4 : Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- 1- La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2- Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- 3- Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5 : Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6 : Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7 : Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes. Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8 : Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. À cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9 : Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10 : Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11 : Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

Annexe n°2 :

Notice relative à la personne de confiance

Notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance (article D. 311-0-4 du code de l'action sociale et des familles)

Explications concernant le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance.

La loi donne le droit à toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social³ de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

1. Quel est son rôle ?

La personne de confiance a plusieurs missions :

■ **Accompagnement et présence :**

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- être présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du document individuel de prise en charge, pour rechercher votre consentement à être accueillie dans le SPASAD (en présence du directeur du service ou toute autre personne formellement désignée par lui).
- vous accompagner dans vos démarches liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.

■ **Aide pour la compréhension de vos droits :**

Votre personne de confiance sera consultée par le service qui vous prend en charge au cas où vous rencontriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits.

Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions.

Par ailleurs, lors de la désignation de la personne de confiance du code de l'action sociale et des familles (dans le cadre de votre prise en charge sociale ou médico-sociale), si vous souhaitez que cette personne exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique (concernant les usagers du système de santé, par exemple, en cas d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie ...), vous devrez l'indiquer expressément dans le formulaire de désignation figurant en annexe 2. Les missions de cette personne de confiance sont rappelées dans l'annexe 1.

La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations qui vous concernent.

³ Etablissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'il prend en charge des personnes majeures.

2. Qui peut la désigner ?

Cette faculté est ouverte à toute personne majeure prise en charge par une structure sociale ou médico-sociale.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice lorsqu'un mandataire spécial a été désigné, tutelle, curatelle) pour les actes relatifs à la personne, la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles.

3. Qui peut être la personne de confiance ?

Vous pouvez désigner comme personne de confiance toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant.

Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer de sa portée.

La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation figurant en annexe 2. Il convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

4. Quand la désigner ?

Vous pouvez la désigner lorsque vous le souhaitez.

Lors du début d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, qu'elle soit effectuée par un service ou dans un établissement d'hébergement, il vous sera proposé, si vous n'aviez désigné personne auparavant, de désigner une personne de confiance.

Il est possible que vous ayez déjà désigné une personne de confiance pour votre santé⁴, notamment au cours d'une hospitalisation, avant votre début de prise en charge sociale ou médico-sociale. Cette personne n'est pas automatiquement autorisée à être votre personne de confiance pour votre prise en charge sociale ou médico-sociale. Il vous sera donc nécessaire, si vous souhaitez que cette même personne soit également votre personne de confiance dans le cadre de votre prise en charge sociale et médico-sociale, de procéder à une nouvelle désignation.

La désignation de la personne de confiance du secteur social et médico-social est valable sans limitation de durée, sauf si vous l'avez nommé pour une autre durée plus limitée.

⁴ En application de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Si vous êtes demandeurs d'asile, la notice d'information et le formulaire de désignation d'une personne de confiance vous ont été remis par l'Office français de l'immigration et de l'intégration lors de votre passage au guichet unique en même temps que la proposition d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile ou, si cette proposition d'hébergement intervient postérieurement à votre passage au guichet unique, en même temps que la proposition d'une offre d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile.

Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, il convient dès votre arrivée que vous remettiez le formulaire de désignation au responsable du centre afin qu'il puisse engager sans délais la prise de contact avec la personne que vous aurez désignée.

5. Comment la désigner ?

La désignation se fait par écrit. Il est préférable d'utiliser le formulaire figurant en annexe, mais vous pouvez aussi le faire sur papier libre, daté et signé en précisant bien le nom, le prénom et les coordonnées de la personne de confiance.

La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire ou, le cas échéant, le document.

Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment. Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour la désignation (formulaire figurant en annexe 3).

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, notamment au moyen du formulaire figurant en annexe 4, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

6. Comment faire connaître ce document et le conserver ?

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer la structure et l'équipe de prise en charge que vous avez désigné une personne de confiance, afin qu'ils connaissent son nom et ses coordonnées, et d'en donner une copie.

Il est souhaitable d'en tenir vos proches informés.

Il peut être utile de conserver le document de désignation avec vous.

Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple, en cas d'hospitalisation), la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique peut exercer les missions suivantes.

- Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement :
- La personne de confiance peut si vous le souhaitez :
 - o vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
 - o assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
 - o prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale :

- La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.
- Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche serait consulté.
- Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.
- Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches ...).
- Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.
- La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas de contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera.
- Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Nota - Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'autorisation de votre personne de confiance sera en revanche requise.

Annexe 2 suite : Formulaire de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Né(e) le ____/____/____ à _____

Désigne

Nom et prénom : _____

Né(e) le ____/____/____ à _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : ____/____/____/____/____/

professionnel : ____/____/____/____/____/

portable : ____/____/____/____/____/

E-mail : _____@_____

comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à _____, le ____/____/____/

Signature :

Co-signature de la personne de confiance :

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui non

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à _____, le ____/____/____/

Signature :

Co-signature de la personne de confiance :

Formulaire de révocation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Né(e) le ____/____/____ à _____

Met fin à la désignation

Nom et prénom : _____

Né(e) le ____/____/____ à _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : ____/____/____/____/____/

professionnel : ____/____/____/____/____/

portable : ____/____/____/____/____/

E-mail : _____@_____

comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Fait à _____, le ____/____/____/

Signature :

Formulaires à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul (e) le formulaire de désignation ou de révocation de la personne de confiance

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

1. Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance

<p>Témoin 1 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____ _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) : _____ _____</p> <p>atteste que la désignation de : Nom et prénom : _____ _____</p> <p>Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : Nom et prénom : _____ _____</p> <p>Fait à _____</p> <p>le ____/____/____/</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Co-signature de la personne de confiance :</p>	<p>Témoin 2 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____ _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) : _____ _____</p> <p>atteste que la désignation de : Nom et prénom : _____ _____</p> <p>Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : Nom et prénom : _____ _____</p> <p>Fait à _____</p> <p>le ____/____/____/</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Co-signature de la personne de confiance :</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Partie facultative</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>atteste également que : Nom et prénom : _____</p> <p><input type="checkbox"/> a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à _____</p> <p>le ____/____/____/</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Co-signature de la personne de confiance :</p>	<p>Partie facultative</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>atteste également que : Nom et prénom : _____</p> <p><input type="checkbox"/> a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à _____</p> <p>le ____/____/____/</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Co-signature de la personne de confiance :</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

<p>Témoïn 1 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>atteste que : Nom et prénom :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>A mis fin à la désignation de Nom et prénom :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.</p> <p>Fait à _____</p> <p>le ____/____/____/</p> <p>Signature du témoin :</p>	<p>Témoïn 2 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>atteste que : Nom et prénom :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>A mis fin à la désignation de Nom et prénom :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.</p> <p>Fait à _____</p> <p>le ____/____/____/</p> <p>Signature du témoin :</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Un modèle d'attestation de délivrance de l'information sur la personne de confiance.

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Fonctions dans le service : _____

atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom : _____

Né(e) le : _____ / _____ / _____ à _____

Attestation signée à _____, le _____ / _____ / _____

Signature du directeur ou de son représentant :

Cosignature de la personne accueillie :

Annexe n° 3 :

Liste des personnes qualifiées et adresses des autorités compétentes

ARRETE ARS n° 2018/3085 du 09/10/2018 portant modification de la liste des personnes qualifiées prévues par l'article L.311-5 du code et de l'action sociale des familles



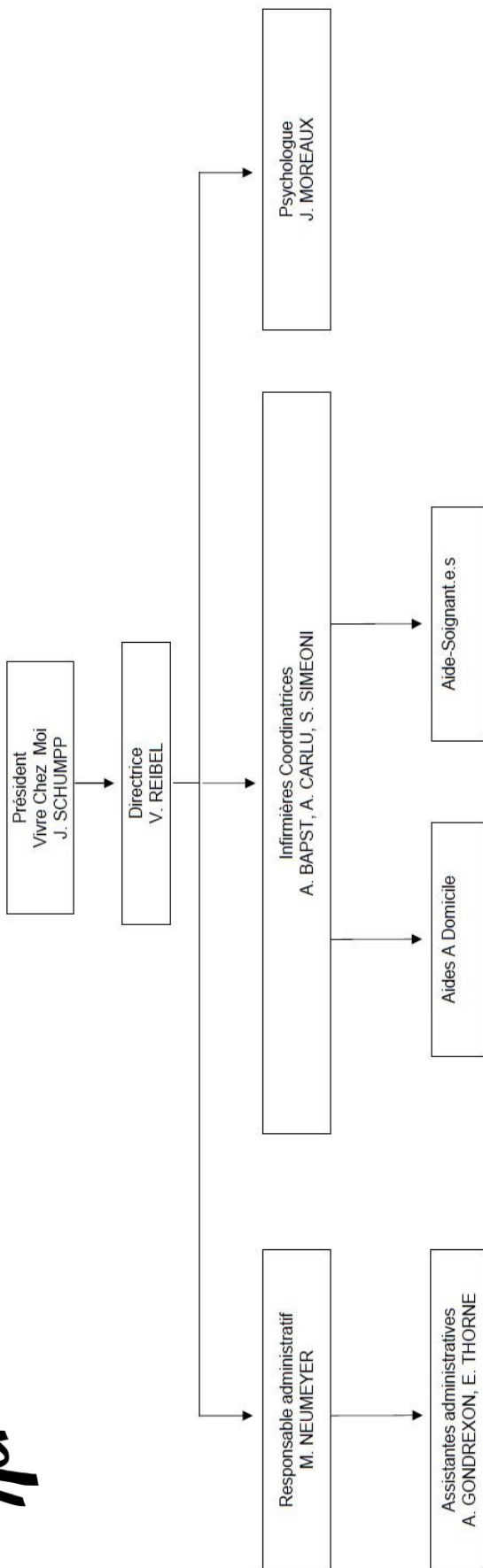
Coordonnées des personnes qualifiées au titre de l'article L 311-5 du CASF Département du Bas-Rhin

CHAMP	NOM	PRENOM	TELEPHONE	E-MAIL
Personnes âgées	HAUDIER	Claude	03.88.78.50.86	haudier.c@evc.net
Adultes & Enfants handicapés	BAJARD	Paul	06.60.21.97.39	paul.bajard@gmail.com
Enfance et Personnes en situation d'exclusion	MINGES	Marie-Josée	06.09.44.57.89	mjmb.minges@gmail.com



Annexe n°4 : Organigramme

Organigramme VIVRE CHEZ MOI



OBERNAI
SSIAD
(Service de Soins Infirmiers à Domicile)

SSIAD
Secteur Obernai et Rosheim

STRASBOURG
SSIAD + SAAD
(Service de Soins Infirmiers à Domicile + Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile)

SAAD
Secteur Strasbourg Ouest

SSIAD
Secteur Strasbourg Ouest