

PROJET DE SERVICE SAD INTÉGRÉ

CIAS DE MOND'ARVERNE COMMUNAUTÉ
2025-2030

La solidarité au coeur de notre action



SOMMAIRE

Préambule	5
Introduction au projet de service du Service Autonomie du CIAS de Mond'Arverne Communauté	6
Une méthode collaborative et ancrée	6
Pourquoi des verbatims ?	6
Des visuels pour incarner le collectif	6
Une vision partagée, un outil vivant	7
Histoire et projet de l'organisme gestionnaire	8
Le SAAD de la communauté de communes : ancrage local et service de proximité	8
Le SSIAD rattaché au CIAS : une culture de soins et d'adaptation	8
Le projet d'un SAD intégré : vers une entité unique, agile et lisible	9
2. Cadre de la réforme et stratégie territoriale	10
Un contexte national : vers l'unification des services à domicile	10
La dynamique territoriale de Mond'Arverne Communauté	11
Une stratégie à l'échelle intercommunale	11
3. Missions du service	13
Une mission d'intérêt général centrée sur l'autonomie	13
Une articulation fonctionnelle des missions d'aide et de soin	13
Une approche territorialisée et de proximité	14
Une mission de prévention et de soutien à la vie sociale	14
Une mission d'amélioration continue de la qualité	14
4. Public accompagné et son entourage	15
L'évolution démographique du territoire de Mond'Arverne Communauté :	15
Les personnes âgées	15
Un public majoritairement âgé, mais aux profils hétérogènes	17
Une attention particulière portée aux parcours complexes	17
Une implication croissante des aidants naturels	18
Des besoins en évolution continue	18
Une reconnaissance du droit à la singularité	19
5. Nature de l'offre de service et organisation	20
Une offre intégrée autour de quatre grands axes	20
Une organisation territorialisée	21
Une équipe pluridisciplinaire	21
Une mutualisation des fonctions support	21

SOMMAIRE

Une adaptation continue à la charge d'activité	21
Une ouverture vers l'innovation organisationnelle	22
6. Principes d'intervention	23
Le respect du projet de vie de la personne	23
L'autonomie comme objectif central	23
La bientraitance comme culture commune	23
La personnalisation des interventions	24
L'interdisciplinarité et la coopération	24
La prévention comme fil conducteur	24
La confidentialité et le respect de la vie privée	24
7. Bientraitance et gestion des risques	25
Une culture de la bientraitance partagée	25
L'auto-évaluation comme outil de vigilance collective	25
Une gestion structurée des risques	26
Des protocoles opérationnels	26
Le rôle central des encadrants et de la coordination	27
Une articulation avec les partenaires du territoire	27
Une démarche continue d'amélioration	27
8. Coordination	28
Une coordination structurée autour des binômes et des interlocuteurs privilégiés	28
Fonctions complémentaires des encadrants	29
Instances de coordination	29
9. Participation des personnes accompagnées	30
Une participation individuelle structurée autour du PAP	30
Une participation collective à développer	31
Le rôle des proches aidants	31
Une culture de l'écoute et de l'ajustement	31
10. Fonction qualité, évaluation et amélioration continue	32
Une fonction qualité visible, outillée et partagée	32
Une culture collective d'analyse et de progrès	32
Évaluation interne : un levier stratégique	33
Articulation avec l'évaluation externe	33

SOMMAIRE

11. Conditions de réalisation	34
Une organisation souple et territorialisée	34
Des outils numériques partagés et interopérables	35
Une flotte de véhicules adaptée	35
Des conditions matérielles et logistiques optimisées	35
12. Les professionnels et les compétences mobilisées	36
Une démarche volontariste ancrée dans les pratiques du service	36
Une équipe expérimentée et pluridisciplinaire	37
Des compétences à reconnaître, structurer et valoriser	37
Vers une montée en compétences collective et coordonnée	38
L'accueil de stagiaires comme levier d'ouverture et d'engagement	38
13. Volet financier et projections	39
Les fonctions supports mutualisés	41
Les nouvelles missions liées à la coordination et l'optimisation des coûts	41
La transparence de l'information et du fonctionnement	42
14. Synthèse et perspectives	43
Une dynamique d'unification et d'intégration	43
Des axes forts pour les années à venir	44
Une feuille de route partagée	44
Une ambition au service du territoire	44
15. Développer une culture commune et faire équipe	46
Une identité commune à construire	46
Autonome mais pas isolé(e)	46
Recommandations formulées	46
Annexes	47

PRÉAMBULE

La loi du 2 janvier 2002 vise à accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans une recherche permanente de la qualité de l'accompagnement. Pour cela, elle rend obligatoire la mise en œuvre du projet de service pour tous les établissements et services : " Art. L. 311-8. – Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ".

Cet outil permet de clarifier l'organisation interne du service et sert à indiquer les évolutions prévisibles et/ou souhaitables à atteindre, les moyens et compétences à mobiliser ; tout en définissant le rôle, les missions et les objectifs de chacun.

Ces dernières années, la crise sanitaire a mis en lumière les dysfonctionnements relatifs aux enjeux du Grand Âge. Alors que les politiques de la vieillesse étaient principalement abordées sous l'angle du financement, il est devenu indispensable de prendre en compte la réalité sociologique, démographique et humaine.

Madame la présidente du Haut Conseil de Financement de la protection sociale, Dominique LIBAULT a remis en 2019 un rapport riche de propositions à l'égard des politiques en faveur des personnes âgées. Le rapport encourage notamment la création d'un guichet unique pour les personnes âgées et les aidants et suggère un plan national pour les métiers du grand âge permettant d'agir sur les effectifs et l'attractivité des métiers. Le rapport El Khomri est venu compléter ces propositions en axant davantage sur l'attractivité des métiers du grand âge. Ce document évoque le besoin d'assurer de meilleures conditions d'emploi mais également d'innovation sur le territoire pour une meilleure coordination entre les acteurs.

Malgré l'abandon de la Loi " Grand Âge et Autonomie ", l'article 44 de la LFSS pour 2022 est venu proposer une restructuration du secteur à domicile en rapprochant les services existants pour former une catégorie unique de Services Autonomie à Domicile (SAD). Un article entré en application par publication du Décret n°2023-608 du 13 juillet 2023.

Ainsi, notre projet de service autonomie à domicile permet d'identifier le cadre à respecter dans la mise en œuvre de nos actions sur le territoire de Mond'Arverne Communauté. Ces actions se trouvant au croisement des politiques médico-sociales nationales, départementales et territoriales.

INTRODUCTION

Le présent document constitue le fruit d'une démarche participative conduite entre mai et juin 2025 avec l'ensemble des acteurs du Service Autonomie à Domicile du CIAS de Mond'Arverne Communauté. Cette élaboration collective visait à construire un projet de service cohérent avec la réforme de l'aide à domicile, mais aussi fidèle aux réalités du terrain, aux attentes des équipes, aux besoins des personnes accompagnées et aux dynamiques locales déjà à l'œuvre.

Une méthode collaborative et ancrée

Cette démarche s'est appuyée sur une série d'ateliers impliquant des aides à domicile, des aides-soignants, des infirmiers, des agents administratifs, des responsables de secteur, des directeurs, des partenaires institutionnels et associatifs. Chaque atelier a été conçu comme un espace d'expression, de réflexion partagée et de co-construction.

Les échanges ont été retranscrits, puis analysés afin d'en dégager les lignes de force. Ce travail a permis d'identifier des valeurs communes, des enjeux concrets, des points d'amélioration et des propositions opérationnelles.

Pourquoi des verbatims ?

Afin de restituer la richesse et la sincérité des contributions, ce projet de service intègre volontairement des verbatims issus des ateliers. Ces citations, insérées au sein de chaque chapitre, rendent compte des perceptions, des priorités et des propositions formulées par les professionnels eux-mêmes. Elles donnent à voir le sens que chacun met dans son travail et la manière dont le service est vécu au quotidien.

Ces verbatims ne sont pas de simples illustrations : ils participent pleinement au diagnostic partagé et renforcent la légitimité des orientations prises. Ils sont un levier d'appropriation du document par ceux qui l'ont co-construit.

Des visuels pour incarner le collectif

En complément des verbatims, des visuels issus des ateliers ont été intégrés. Ces illustrations, réalisées en facilitation graphique pendant les temps d'échange, traduisent de manière synthétique et sensible les idées exprimées collectivement. Elles permettent de visualiser des concepts parfois complexes, de rendre compte des émotions ou des tensions, et de garder une trace vive des dynamiques à l'œuvre.

Chaque visuel agit comme une "photo de groupe cognitive" : il reflète non seulement ce qui a été dit, mais aussi comment cela a été dit, dans quelle ambiance, avec quelles résonances.

¹Définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

Une vision partagée, un outil vivant

Ce projet de service n'est pas un document figé. Il se veut un outil vivant, capable d'évoluer avec les pratiques, les retours d'expérience, les nouveaux besoins. Il pourra être enrichi au fil du temps et servir de support aux réflexions collectives, aux évaluations internes ou externes et aux actions d'amélioration continue.

Par cette démarche, le territoire de Mond'Arverne Communauté affirme son ambition : faire du Service Autonomie à Domicile un espace de coopération, de reconnaissance mutuelle, d'attention portée aux personnes et aux professionnels

HISTOIRE ET PROJET DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE

1



"On a une histoire différente, mais on doit réussir à faire une seule équipe, un seul service."

"Ce qui nous manque, c'est de savoir ce que font les autres."

"Il faut garder ce qui marche, pas tout changer pour réformer."

Le Service Autonomie à Domicile du Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) de Mond'Arverne Communauté résulte d'un processus de transformation engagé dès 2023 visant à fusionner deux entités historiques : le Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Cette démarche de convergence s'inscrit dans une logique de simplification de l'offre médico-sociale, de fluidification des parcours d'accompagnement, et de renforcement de la lisibilité pour les usagers comme pour les partenaires.

Le SAAD de la communauté de communes : ancrage local et service de proximité

Historiquement porté par la volonté politique d'offrir un accès équitable aux services d'aide à domicile dans les zones rurales de Mond'Arverne Communauté, le SAAD a été structuré dans une logique de service public. Son fonctionnement reposait sur une organisation par antennes locales, facilitant l'intervention dans des secteurs aux configurations géographiques variées : plaines périurbaines, zones de montagne, hameaux isolés. Le service a progressivement renforcé ses pratiques de coordination avec les partenaires médico-sociaux locaux et consolidé son ancrage dans les politiques gérontologiques territoriales.

Le SSIAD rattaché au CIAS : une culture de soins et d'adaptation

Créé en 1992, le SSIAD a été au fil des années un acteur clé du maintien à domicile dans le sud du Puy-de-Dôme. En Septembre 2012, il s'est enrichi d'une Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA), avec une montée en compétence sur l'accompagnement des troubles cognitifs. Son organisation, centrée sur l'intervention d'équipes d'aides-soignants coordonnée par une infirmière, permettait un suivi régulier des usagers, une évaluation de l'état de santé, et une coopération renforcée avec les infirmiers libéraux du territoire.

HISTOIRE ET PROJET DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE

Les dernières années ont vu apparaître des zones de frottement entre les deux entités : doublons d'intervention, manque de lisibilité sur les critères d'éligibilité, délais de réponse hétérogènes, et cloisonnement des pratiques. C'est dans ce contexte que la communauté de communes, en lien avec les services du département et de l'ARS, a souhaité formaliser la création d'un service intégré.

Dès 2022, les deux services ont travaillé ensemble pour renforcer la collaboration et la coordination des prises en charge des usagers sur le territoire de Mond'Arverne Communauté. Une organisation développée, renforcée et formalisée à travers une convention de partenariat faisant état d'une expérimentation en mode "SPASAD".

Le projet d'un SAD intégré : vers une entité unique, agile et lisible

La réforme du secteur, impulsée par le décret du 28 juillet 2023, a accéléré la transformation en profondeur des services à domicile. L'objectif est clair : simplifier les parcours, renforcer les coopérations, et garantir à chaque usager une réponse adaptée à ses besoins, que son accompagnement relève du soin ou de l'aide à la vie quotidienne.

La création du Service Autonomie à Domicile Mond'Arverne Communauté répond à cette ambition. Il s'agit d'un service public intégré, réunissant sous une gouvernance commune les professionnels du SAAD et du SSIAD. Le service est piloté par une direction unifiée, s'appuie sur une équipe administrative mutualisée, et s'organise autour de référents de parcours qui assurent une coordination fine des interventions, en lien avec les professionnels de santé, les aidants et les institutions.

Cette nouvelle entité ne se limite pas à une addition des moyens existants. Elle repose sur une vision partagée des enjeux : accompagner les parcours dans leur globalité, proposer des réponses évolutives, développer une culture commune d'accompagnement, et affirmer une posture d'acteur pivot de l'autonomie sur le territoire. Le projet de service 2026–2031 constitue à ce titre une feuille de route collective, opérationnelle et adaptée aux réalités du terrain.

Ce projet est le fruit d'un travail de co-construction avec les professionnels du service, les partenaires, les élus, et s'appuie sur les enseignements des projets précédents du SAAD (2022–2026) et du SSIAD (2015–2020). Il s'inscrit dans un cadre clair (réforme nationale, contractualisation locale, attentes des usagers) tout en laissant place à l'expérimentation et à l'innovation. Il porte l'ambition d'un service public d'autonomie renforcé, adapté, solidaire et humain.

⁵<https://auvergne.msa.fr/lfp/politique-action-sanitaire-et-sociale-msa>

⁶<https://www.puy-de-dome.fr/social/sante.html>

CADRE DE LA RÉFORME ET STRATÉGIE TERRITORIALE

2



"On a des zones isolées, on passe beaucoup de temps sur la route.

Il faut repenser les tournées."

"Il faut adapter le service aux réalités géographiques."

"On a besoin d'un projet de territoire, pas juste d'un service."

La transformation des services à domicile s'inscrit dans un cadre national profondément renouvelé par la réforme issue du décret du 28 juillet 2023. Ce texte, structurant, redéfinit les modalités d'organisation, de coordination et de contractualisation des interventions d'aide et de soin à domicile, dans le but de favoriser une meilleure lisibilité de l'offre, une équité d'accès sur les territoires, et une amélioration continue de la qualité des accompagnements.

Un contexte national : vers l'unification des services à domicile

Le décret de juillet 2023 impose la création de Services Autonomie à Domicile (SAD) au plus tard en 2030 pour toutes les structures financées au titre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ou de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap). Il marque une étape majeure dans la recomposition de l'offre, en prévoyant :

- une direction commune pour les activités d'aide et de soins,
- une contractualisation territoriale à l'échelle départementale (CPOM),
- l'instauration de référents de parcours,
- un socle de missions partagées (évaluation, coordination, accompagnement, prévention).

Le décret reconnaît également l'importance d'une gouvernance locale partagée, et fixe les exigences de transparence, de suivi qualité, et de coopération interprofessionnelle. Le cadre réglementaire est ainsi conçu pour favoriser l'intégration, sans rigidifier l'action territoriale.

CADRE DE LA RÉFORME ET STRATÉGIE TERRITORIALE

2

La dynamique territoriale de Mond'Arverne Communauté

Mond'Arverne Communauté est un territoire contrasté : il combine une couronne périurbaine dynamique et densément peuplée, et des communes rurales à faible densité, parfois enclavées. Ce maillage complexe impose une réponse différenciée aux besoins des habitants, tant en termes de réactivité que de structuration des tournées, de coordination des soins, et de coopération entre les services.

Historiquement, les deux services aujourd'hui fusionnés couvraient partiellement ce territoire : le SAAD, organisé en antennes locales, assurait une couverture large mais parfois tendue ; le SSIAD, plus centré sur l'axe central, intervenait dans une logique de proximité avec les établissements médico-sociaux et les professionnels de santé.

La création du SAD intégré permet de construire une réponse homogène, avec une stratégie de maillage territorial renforcée et lisible. Elle répond également aux attendus du Conseil Départemental, partenaire structurant, qui a fixé dans le cadre du CPOM les priorités suivantes :

- sécurisation des parcours sur tout le territoire, y compris les zones isolées,
- amélioration de la qualité de vie au travail (mobilité, horaires),
- développement de la coordination avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), les établissements, les professionnels libéraux.

Une stratégie à l'échelle intercommunale

La gouvernance du projet s'appuie sur une volonté politique forte de maintenir une offre publique de proximité, tout en répondant aux exigences réglementaires. Le SAD est ainsi positionné comme un acteur pivot de l'autonomie sur Mond'Arverne Communauté. La communauté de communes agit comme porteur de la transformation, en lien avec le CIAS et les partenaires associatifs et institutionnels.

Le service développe une logique de contractualisation cohérente avec la stratégie gérontologique départementale, en articulant sa feuille de route avec le programme de soutien aux aidants, les actions de prévention de la perte d'autonomie, et la participation aux dynamiques territoriales de santé (notamment avec les CPTS et les DAC).

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes. Au sein d'un même territoire, le DAC regroupe plusieurs dispositifs en un interlocuteur unique.

Source : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/>

CADRE DE LA RÉFORME ET STRATÉGIE TERRITORIALE

2

Cette stratégie repose sur plusieurs leviers opérationnels :

- la structuration des secteurs géographiques en zones d'intervention cohérentes et équilibrées,
- l'instauration de binômes de coordination (référent parcours – responsable secteur/ infirmier coordinateur),
- la mobilisation des outils numériques pour fluidifier les informations entre partenaires,
- l'expérimentation de solutions spécifiques dans les zones à faible densité (groupements d'intervenants, astreintes croisées, relais de tournée).

En résumé, le SAD Mond'Arverne Communauté s'inscrit pleinement dans le cadre de la réforme, tout en adaptant sa stratégie aux réalités du territoire. Il articule exigences nationales, dynamiques départementales et réponse locale pour construire un service structuré, accessible et humain.



"Notre mission, c'est d'être le plus utile possible au quotidien de la personne."

"On fait plus que de l'aide, on crée du lien."

"Ce qui compte, c'est que la personne puisse vivre bien chez elle."

Le Service Autonomie à Domicile du CIAS de Mond'Arverne Communauté s'inscrit dans une dynamique de réponse globale et coordonnée aux besoins d'accompagnement des personnes âgées, en situation de handicap ou atteintes de pathologies chroniques, vivant à domicile. Par sa double composante – aide et soin – il porte une approche intégrée de l'autonomie, selon une logique de parcours et de proximité.

Une mission d'intérêt général centrée sur l'autonomie

En tant que service public local, le SAD de Mond'Arverne Communauté assume une mission d'intérêt général fondée sur l'égal accès aux droits, la solidarité territoriale et la réponse adaptée à la diversité des situations. Son cœur de mission est d'accompagner les personnes dans leur projet de vie à domicile, dans le respect de leurs choix, de leur rythme, de leurs capacités, et de leurs besoins évolutifs.

Cette mission se décline à travers plusieurs volets :

- l'aide à la vie quotidienne (actes essentiels, activités domestiques, vie sociale),
- les soins d'hygiène et de confort, sous coordination infirmière,
- la prévention de la perte d'autonomie et la promotion de la santé,
- le soutien aux proches aidants,
- la coordination avec les acteurs du soin, du médico-social et du social.

Une articulation fonctionnelle des missions d'aide et de soin

Le service repose sur l'intégration de deux cultures professionnelles complémentaires : celle de l'accompagnement et celle du soin. Cette articulation se traduit par un travail d'équipe autour du projet de la personne accompagnée, porté par une coordination renforcée et des outils partagés.

L'objectif est d'éviter les ruptures dans les interventions, de permettre des transitions fluides (entre actes d'aide et actes de soin), et de garantir une prise en charge cohérente et adaptée.

Cela suppose :

- un repérage conjoint des besoins à domicile,
- une évaluation coordonnée (sociale, médico-sociale, sanitaire),
- la coconstruction du plan d'accompagnement personnalisé (PAP),
- la mobilisation adaptée des intervenants (auxiliaires, aides-soignants, infirmiers).

Une approche territorialisée et de proximité

Le SAD intervient dans une logique de service de proximité, en s'appuyant sur un maillage d'antennes réparties sur le territoire communautaire. Chaque secteur dispose d'une autonomie de fonctionnement encadrée par des protocoles communs, et s'appuie sur un binôme coordination-terrain. Cette organisation permet une réponse réactive et contextualisée.

L'inscription dans le territoire passe aussi par :

- la participation aux dynamiques locales de santé (CPTS, DAC),
- le travail partenarial avec les établissements et services sociaux/médico-sociaux,
- l'inclusion des professionnels libéraux dans le suivi des parcours.

Une mission de prévention et de soutien à la vie sociale

Outre l'intervention technique, le service développe une mission d'animation sociale et de prévention.

Celle-ci se traduit par :

- la mise en place d'ateliers collectifs de prévention,
- l'identification des fragilités et l'alerte aux partenaires,
- l'accompagnement des démarches administratives,
- la lutte contre l'isolement et le soutien aux dynamiques de quartier.

Le service participe également à la politique de soutien aux aidants portée par la communauté de communes, en mettant en œuvre des actions d'écoute, d'information, de répit et de médiation.

Une mission d'amélioration continue de la qualité

Enfin, le SAD est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Il développe une culture commune d'amélioration par l'évaluation des pratiques, la mise en place de protocoles partagés, et l'intégration des retours d'expérience des usagers et des professionnels. Cette mission se structure autour :

- de référents qualité dans chaque secteur,
- de formations transversales pour les équipes,
- d'outils numériques de suivi et d'auto-évaluation,
- d'une logique de transparence, de communication et d'engagements vis-à-vis des usagers et des partenaires.

En somme, les missions du SAD intégré Mond'Arverne Communauté ne se résument pas à juxtaposer des actes d'aide et de soin, mais visent une approche globale de l'autonomie à domicile. Elles traduisent l'engagement du territoire pour un accompagnement humain, respectueux, coordonné et évolutif.

PUBLIC ACCOMPAGNÉ ET SON ENTOURAGE

4



"Il faut penser aussi aux personnes en situation de handicap, pas seulement aux personnes âgées."

"Les aidants, ce sont des partenaires. On doit les accompagner eux aussi."

"Le public change, il faut qu'on évolue avec lui."

"Les aidants, ce sont des partenaires. On doit les accompagner eux aussi."

Le Service Autonomie à Domicile de Mond'Arverne Communauté accompagne une population diverse, aux besoins multiples et évolutifs. Cette pluralité reflète les réalités du vieillissement, de la perte d'autonomie, du handicap, mais aussi les parcours de vie singuliers des habitants du territoire. Le service s'attache à individualiser les accompagnements, à ajuster les modalités d'intervention et à impliquer les proches aidants dans une dynamique respectueuse et soutenante.

L'évolution démographique du territoire de Mond'Arverne Communauté

Les personnes âgées

Le territoire présente une évolution de la population âgée presque trois fois plus rapide que le niveau national. Le SAD de Mond'Arverne s'appuie sur cette réalité pour orienter son action et sa réponse aux besoins de la population.

3 280 → le nombre de plus de 75 ans, soit 8,1% de la population du territoire

+32% → l'évolution des 75 ans et plus sur les 10 dernières années (contre +12% au niveau national).

PUBLIC ACCOMPAGNÉ ET SON ENTOURAGE

4

Pyramide des âges de la population de Mond'Arverne Communauté						
Catégories et Indicateurs	EPCI : Mond'Arverne Communauté [200069177]					
Données disponibles au 01/04/2024						
Démographie	Hommes Effectif	Hommes Taux (%)	Femmes Effectif	Femmes Taux (%)	Ensemble Effectif	Ensemble Taux (%)
Population	20 248		20 514		40 762	
65 ans et plus	3 905	19,3 %	4 612	22,5 %	8 517	20,9 %
75 ans et plus	1 384	6,8 %	1 941	9,5 %	3 325	8,2 %
85 ans et plus	356	1,8 %	693	3,4 %	1 049	2,6 %
TOTAL					12 892	31,7 %

Ces données chiffrées démontrent l'importance de la question de la dépendance et du soin à domicile et l'adaptation des services au " bien vieillir " sur le territoire de Mond'Arverne Communauté.

Les personnes en situation de handicap

L'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap, que celui-ci soit lié à l'âge et/ou à une pathologie, est également un besoin identifié sur le territoire. De nouveaux profils émergent : personnes handicapées vieillissantes, personnes présentant des troubles psychiques, une addiction, un handicap mental, etc.

À l'échelle du département du Puy de Dôme, la population en situation de handicap est en progression avec une augmentation de 4% du nombre de bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) entre 2017 et 2020. La population des jeunes en situation de handicap progresse également : la proportion d'élèves concernés dans le 1er et le 2nd degré augmente de 9% entre 2016 et 2019.

Par ailleurs, la part des familles percevant l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé est plus importante au sein du Département que dans le reste de sa région (2,2% des 0-19 ans contre 1,84% au niveau régional).

PUBLIC ACCOMPAGNÉ ET SON ENTOURAGE

4

Sur le territoire de Mond'Arverne Communauté :

- 175 bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
- 390 bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)
- 180 enfants bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation Enfant Handicapé (AEEH)

Cette évolution (dont la tendance devrait se poursuivre) est un élément structurant du déploiement du service. Aussi, la montée en compétences des professionnels du service, la mise en œuvre coordination effective des accompagnements, ainsi que la mobilisation des moyens humains et financiers adaptés sont une priorité. L'objectif est de garantir aux personnes accompagnées un service de qualité...

Un public majoritairement âgé, mais aux profils hétérogènes

La majorité des personnes accompagnées par le SAD sont des personnes âgées de plus de 75 ans, souvent en situation de dépendance modérée à sévère. Nombre d'entre elles vivent seules, parfois dans des zones isolées. Leur état de santé est marqué par des pathologies chroniques multiples, des troubles cognitifs ou des fragilités liées à l'âge. Ces situations nécessitent une vigilance constante et une adaptation des rythmes d'intervention.

Le service intervient également auprès :

- de personnes en situation de handicap (moteur, sensoriel, mental ou psychique),
- de personnes plus jeunes présentant des pathologies invalidantes,
- de personnes en situation de précarité, de rupture ou de grande vulnérabilité.

L'approche développée par le SAD permet de dépasser les cloisonnements classiques entre publics, en centrant l'intervention sur le projet de vie, les besoins concrets et l'environnement de la personne.

Une attention particulière portée aux parcours complexes

Certains publics accompagnés présentent des profils dits "complexes" : cumuls de pathologies, absence d'aidants, refus d'aide, contexte de violence intrafamiliale, troubles cognitifs avancés, etc. Ces situations requièrent une approche pluridisciplinaire, une régularité dans les transmissions et une capacité d'adaptation permanente.

Partie prenante essentielle de l'accompagnement de la perte d'autonomie sur le territoire, Le SAD travaille de façon étroite avec les partenaires locaux, tenant compte de leurs spécificités et de leurs apports respectifs à la fluidité des parcours : CLIC, MDS, DAC, les services sociaux, les établissements médico-sociaux et les professionnels libéraux pour construire des réponses coordonnées, dans le respect du consentement des personnes et en lien avec les autorités judiciaires le cas échéant.

PUBLIC ACCOMPAGNÉ ET SON ENTOURAGE

4

Le service dispose également d'une ressource interne précieuse à travers l'Equipe Spécialisé Alzheimer qui dote les professionnels d'une expertise spécifique sur la perte d'autonomie et son accompagnement.

Dans les situations de perte d'autonomie menant à des situations complexes, le SAD se positionne comme une ressource pour faciliter l'information, l'orientation, voire la mobilisation des dispositifs portés par les partenaires chaque fois que nécessaire.

Une implication croissante des aidants naturels

Le rôle des aidants familiaux est déterminant dans l'accompagnement à domicile. Dans la majorité des situations, un proche (conjoint, enfant, voisin) assure une présence régulière, un soutien moral, une aide logistique ou financière.

Le service identifie systématiquement l'entourage de la personne accompagnée, et propose un accompagnement des aidants fondé sur :

- l'écoute et la reconnaissance de leur rôle,
- l'information sur les droits, les relais et les dispositifs de répit,
- la médiation en cas de tensions ou de divergences sur les modalités d'accompagnement,
- la prise en compte de leur état de santé et de leur épuisement éventuel.

Des actions collectives de sensibilisation, de formation ou d'accompagnement spécifiques sont développées avec les partenaires du territoire.

Des besoins en évolution continue

Les personnes accompagnées voient leurs besoins évoluer au fil du temps. Le service adapte ses modalités d'intervention en fonction :

- des évolutions cliniques et des évaluations réalisées,
- des ressources disponibles au domicile,
- de l'apparition de situations d'urgence ou de rupture,
- des souhaits exprimés par la personne ou son entourage.

PUBLIC ACCOMPAGNÉ ET SON ENTOURAGE

4

Cette dynamique suppose une posture professionnelle attentive, une capacité à réévaluer régulièrement les plans d'aide et de soin, et une réactivité dans les ajustements d'organisation.

Une reconnaissance du droit à la singularité

Chaque situation est singulière. Le SAD refuse toute standardisation des parcours. Il met en œuvre un accompagnement respectueux des valeurs, des habitudes, des préférences culturelles ou spirituelles des personnes. Il valorise les capacités d'expression, d'autodétermination et de participation, y compris pour les personnes vulnérables ou en perte d'autonomie avancée.

En résumé, le public accompagné par le SAD de Mond'Arverne Communauté est au cœur du projet de service. L'enjeu est de garantir à chacun un accompagnement personnalisé, évolutif, coordonné, et inscrit dans une relation de confiance, de respect et de bienveillance partagée.

Aussi, en complément des données présentées plus haut, le CIAS mène de manière régulière une analyse des besoins sociaux qui constitue un diagnostic sociodémographique du territoire. Le service d'Action Social dispose ainsi d'une connaissance fine du territoire et appréhende les besoins des habitants.

Dans ce contexte, les objectifs visés sont les suivants :

- Dresser un portrait social de notre territoire
- Fédérer et valoriser les actions existantes et à développer
- Réfléchir à une évolution de la politique sociale
- Renforcer nos partenariats et en réaliser de nouveaux

NATURE DE L'OFFRE DE SERVICE ET ORGANISATION

5



*"Parfois, on commence par une aide ménagère, puis on passe à du soin. Il faut que ce soit fluide."
"Il y a des trous dans la raquette : certaines personnes passent entre les mailles."
"L'organisation, c'est ce qui peut soit nous aider, soit nous freiner."*

Le Service Autonomie à Domicile (SAD) de Mond'Arverne Communauté propose une offre d'intervention articulée entre l'aide à domicile, les soins infirmiers, l'accompagnement des situations complexes, la prévention et le soutien aux proches. Cette offre est structurée pour répondre aux besoins diversifiés de la population, dans un souci d'accessibilité, de réactivité et de continuité.

Une offre intégrée autour de quatre grands axes

L'offre de service se décline autour de trois domaines d'intervention principaux, interdépendants et complémentaires :

1. L'aide à domicile, mis en place sur demande ou dans le cadre d'un plan d'aide :

- aide à la toilette, à l'habillage, à la prise des repas, à la mobilité,
- entretien du cadre de vie, gestion du linge, courses,
- accompagnement dans les démarches administratives,
- soutien à la vie sociale, prévention de l'isolement.

2. Les soins infirmiers à domicile, dispensés sur prescription médicale :

- soins d'hygiène, de confort et de prévention assurés par les aides-soignants,
- coordination avec les infirmiers libéraux pour les soins techniques,
- évaluation clinique, suivi de l'état de santé, accompagnement en soins palliatifs,

3. L'Équipe Spécialisée Alzheimer, sur prescription médicale d'un gériatre :

- accompagnement spécialisé des personnes présentant des troubles cognitifs,
- mobilisation des capacités restantes dans une logique de réhabilitation,
- soutien et conseils aux aidants dans la gestion du quotidien,
- articulation étroite avec les intervenants d'aide et de soin,
- apport d'expertise interne auprès des équipes du SAD pour renforcer les pratiques.

4. La coordination et la prévention :

- co-construction et suivi du plan d'accompagnement personnalisé (PAP),
- organisation des relais avec les professionnels de santé et les partenaires médico-sociaux,
- repérage des fragilités et intervention précoce,
- actions collectives de prévention (nutrition, équilibre, mémoire...).

NATURE DE L'OFFRE DE SERVICE ET ORGANISATION

5

Une organisation territorialisée

L'organisation du SAD est pensée pour garantir une présence de proximité, une connaissance fine des réalités locales, et une capacité de réponse rapide. Elle s'appuie sur :

- des secteurs géographiques définis en cohérence avec les bassins de vie,
 - des équipes territorialisées, composées d'intervenants aide/soin et de professionnels administratifs,
 - des binômes de coordination, réunissant une responsable de secteur et un référent parcours.
- Chaque secteur dispose d'une autonomie d'organisation dans le cadre d'un pilotage harmonisé à l'échelle intercommunale.

Une équipe pluridisciplinaire

L'organisation interne valorise la complémentarité des compétences. Le SAD regroupe :

- des aides à domicile, auxiliaires de vie sociale, aides-soignants,
- des infirmiers coordinateurs, responsables de secteur, personnels administratifs,
- une direction unifiée, rattachée à la collectivité,
- des professionnels de l'ESA spécialisés dans l'accompagnement des troubles cognitifs,
- des intervenants extérieurs ponctuels (ergothérapeutes, psychologues, stagiaires...).

Les échanges entre les professionnels sont organisés régulièrement via des réunions d'équipe, des synthèses de parcours, des revues de situation.

Une mutualisation des fonctions support

La fusion des deux entités historiques a permis de mutualiser les fonctions logistiques, administratives et numériques. Le SAD dispose désormais :

- d'un logiciel métier commun, permettant une traçabilité partagée et une coordination fluide,
- d'un standard téléphonique unifié avec accueil personnalisé et fléchage selon les secteurs,
- d'un service qualité mutualisé, garant de la cohérence des pratiques et du suivi des indicateurs.

Une adaptation continue à la charge d'activité

L'organisation du service est pilotée selon une logique d'ajustement permanent, en lien avec les besoins du territoire. Cela implique :

- une veille sur les entrées/sorties de service et les files actives,
- un suivi de l'activité par indicateurs sectorisés,
- une capacité de mobilisation d'intervenants volants ou de renforts temporaires,
- l'intégration des retours des usagers, des familles et des partenaires.

NATURE DE L'OFFRE DE SERVICE ET ORGANISATION

5

Une ouverture vers l'innovation organisationnelle

Le SAD de Mond'Arverne Communauté s'inscrit dans une démarche de transformation continue. Il expérimente de nouvelles modalités de travail :

- horaires adaptés, équipes autonomes, dispositifs de tutorat terrain,
- outils numériques mobiles (tablettes, dossiers partagés),
- dispositifs de coopération renforcée avec les acteurs libéraux,
- ouverture à des formes innovantes de coordination (réfèrent autonomie, équipe mobile...).

L'organisation du service est ainsi pensée comme un levier de qualité, de sens pour les professionnels et de continuité pour les personnes accompagnées.

Un maillage partenarial pour une action coordonnée

Le travail en partenariat permet de mutualiser les ressources, de croiser les compétences et d'apporter des réponses adaptées aux besoins de la population. Le SAD intégré s'inscrit dans une dynamique d'ouverture, en lien avec de nombreux acteurs :

- les services internes de Mond'Arverne Communauté et les collectivités locales,
- les services territorialisés du Département,
- les établissements et professionnels de santé, du social et du médico-social,
- le tissu associatif local, départemental et national,
- les acteurs de l'emploi, de la formation et de l'insertion,
- les réseaux professionnels et experts ressources (téléphonie, système d'information, analyse de la pratique, médiation, etc.),
- les services de prévention et de santé au travail.

Ces collaborations renforcent l'ancrage territorial du service, facilitent l'échange de pratiques et contribuent à faire du SAD une ressource de proximité identifiée et reconnue.

Au-delà des interventions techniques, le service développe des projets interservices et partenariaux favorisant la participation, la mixité et l'accès à la vie sociale et culturelle du territoire. Parmi les actions déjà mises en œuvre :

- des séances d'aquagym et de gymnastique douce en piscine pour les aînés,
- un projet intergénérationnel co-construit avec le service Culture dans le cadre de la Semaine bleue,
- des ateliers mémoire en partenariat avec la Plateforme d'Accompagnement et de Répît des Volcans (PFAR).

Ces initiatives seront poursuivies et renouvelées dans le cadre du projet de service 2026–2031.



"L'écoute, c'est la base de tout."

"Il ne faut pas infantiliser les personnes, elles savent ce qu'elles veulent."

"On devrait toujours partir des besoins réels, pas de notre agenda."

"On doit être au service de la personne, pas de l'organisation."

Le Service Autonomie à Domicile (SAD) de Mond'Arverne Communauté fonde son action sur des principes professionnels, éthiques et organisationnels qui garantissent la qualité, la cohérence et l'humanité des accompagnements. Ces principes sont issus de la pratique quotidienne des professionnels, enrichis par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), les retours d'expérience des personnes accompagnées et les dynamiques collectives engagées au sein du service.

Le respect du projet de vie de la personne

Les principes énoncés ci-dessus fondent l'action du Service et structurent les accompagnements, nourrissent les pratiques et donnent une cohérence au service. Ils font l'objet de formations, d'outils d'évaluation, de régulation, et sont intégrés dans l'ensemble des documents et supports produits dans le cadre du projet de service.

L'autonomie comme objectif central

Le service n'intervient pas " à la place de ", mais " avec " la personne. L'autonomie, entendue comme la capacité à décider, à faire, à participer, constitue l'horizon commun des professionnels. Elle guide l'ensemble des gestes, postures et décisions.

Cette logique implique :

- de valoriser les capacités restantes plutôt que de compenser immédiatement,
- d'accepter les choix, même s'ils s'accompagnent d'un certain risque mesuré,
- de favoriser les apprentissages, les ajustements, l'expérimentation.

La bientraitance comme culture commune

La bientraitance est au cœur de la posture des intervenants. Elle dépasse l'absence de maltraitance : elle implique une attention active au bien-être, à la sécurité, à la dignité et à l'estime de soi de la personne accompagnée.

PRINCIPES D'INTERVENTION

6

Le service traduit cette exigence par :

- un travail réflexif sur les pratiques professionnelles,
- l'utilisation d'outils d'auto-évaluation (grille verte/rouge, signalements internes),
- une vigilance partagée sur les fragilités psychosociales,
- des espaces de parole et de soutien pour les équipes en tension.

La personnalisation des interventions

Aucun accompagnement ne se ressemble. Les équipes sont formées à adapter leurs interventions au contexte, à la temporalité, au niveau d'urgence, aux préférences exprimées.

Cela suppose :

- de sortir des logiques standardisées ou rigides,
- de prendre en compte l'environnement familial, culturel et matériel,
- d'ajuster la communication, les horaires, les modalités d'intervention.

L'interdisciplinarité et la coopération

Le SAD favorise les approches croisées, le décloisonnement des métiers et la coopération intersectorielle. Chaque professionnel apporte une lecture complémentaire de la situation. L'objectif est de construire des réponses cohérentes et globales.

Ce principe se concrétise par :

- des réunions d'équipe et des synthèses pluridisciplinaires régulières,
- des outils de coordination partagés entre aide et soin,
- des partenariats structurés avec le DAC, les établissements, les libéraux.

La prévention comme fil conducteur

Au-delà de l'aide et du soin, le service inscrit chaque intervention dans une logique de prévention : prévenir la perte d'autonomie, les hospitalisations évitables, les risques de chutes, de dénutrition, d'isolement, d'épuisement des aidants.

Cette orientation passe par :

- un repérage systématique des fragilités,
- des actions collectives et individuelles de prévention,
- un travail avec les partenaires pour mettre en œuvre des parcours de santé, en particulier autour des entrées et sorties d'hospitalisation.

La confidentialité et le respect de la vie privée

Enfin, chaque professionnel est tenu au strict respect de la confidentialité. Les informations recueillies sont traitées avec discrétion, dans le respect du RGPD et des règles déontologiques. Les visites sont réalisées dans le respect de l'intimité du domicile et de la vie familiale.

Ces principes sont régulièrement rappelés, actualisés et partagés au sein du service. Ils sont intégrés dans les parcours d'intégration des nouveaux salariés, valorisés dans les projets d'équipe, et mis en œuvre au quotidien comme boussole collective de l'intervention à domicile.

BIENTRAITANCE ET GESTION DES RISQUES

7

"Ce qui est dur, c'est de ne pas avoir assez de temps pour bien faire. Le matin, c'est la course. On n'a pas toujours le temps de prendre soin comme on voudrait."

"Parfois, on sent que quelque chose ne va pas, mais on ne sait pas quoi faire."

"Il faut oser dire quand on a un doute."

"Il faut apprendre à détecter les signes, même discrets, de maltraitance."

Le Service Autonomie à Domicile de Mond'Arverne Communauté place la bientraitance et la gestion des risques au cœur de son action quotidienne. Ces deux dimensions sont conçues comme complémentaires : la bientraitance constitue un principe éthique structurant, tandis que la gestion des risques représente un cadre opérationnel et organisationnel visant à garantir la sécurité des personnes accompagnées, des professionnels et du service.

Une culture de la bientraitance partagée

La bientraitance repose sur une attention constante portée à la dignité, au respect, à l'écoute et au bien-être des personnes accompagnées. Elle s'inscrit dans une culture de service centrée sur la relation humaine, l'adaptation aux besoins et le respect du projet de vie.

Le SAD développe une approche proactive de la bientraitance à travers :

- l'intégration des principes dans les fiches de poste et les entretiens professionnels,
- des formations régulières à la posture bientraitante et à la communication adaptée,
- l'accompagnement des équipes dans l'analyse des pratiques (groupes de parole, supervision...),
- l'identification des signaux faibles de maltraitance (négligences, isolement, infantilisation...),
- un protocole interne de signalement et de traitement des situations à risque.

L'auto-évaluation comme outil de vigilance collective

Le service a mis en place des outils d'auto-évaluation de la bientraitance, utilisés de manière collective et confidentielle. Parmi eux :

- la grille verte/rouge : chaque professionnel peut signaler des ressentis, tensions ou dérives potentielles,
- des entretiens qualité post-intervention pour repérer les écarts ou les non-conformités,
- l'analyse de situations complexes dans un cadre non culpabilisant.

Ces dispositifs permettent de construire une posture réflexive, partagée, évolutive, et de renforcer la capacité du service à réagir de manière précoce et adaptée.

BIENTRAITANCE ET GESTION DES RISQUES

7

Une gestion structurée des risques

Le SAD dispose d'une cartographie des risques actualisée annuellement, en lien avec le référentiel HAS. Celle-ci couvre les risques :

- liés aux interventions à domicile (accidents, chutes, intrusions, conflits...),
- liés à la santé et aux soins (erreurs médicamenteuses, pertes d'informations...),
- organisationnels (absences non remplacées, retard de planification...),
- psychosociaux (épuisement professionnel, tensions d'équipe, agressivité...),
- induits de manière volontaire ou involontaire par l'entourage de la personne (épuisement de l'aidant, négligence ...)
- liés à son cadre de vie (absence d'adaptation ou de matériel au domicile, isolement, salubrité ...)

Pour chaque type de risque, des actions de prévention, de repérage et de traitement sont définies, avec des indicateurs de suivi.

Des protocoles opérationnels

Le service a formalisé plusieurs protocoles internes :

- protocole de gestion des situations d'urgence ou de danger,
- conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance,
- procédure de continuité de service (période estivale, crise sanitaire...),
- protocole de sécurisation des transmissions et du dossier usager.

Ces outils sont diffusés, connus de tous et régulièrement mis à jour.

BIENTRAITANCE ET GESTION DES RISQUES

7

Le rôle central des encadrants et de la coordination

Les responsables de secteur et les référents parcours jouent un rôle clé dans la mise en œuvre des actions de bientraitance et de gestion des risques. Ils assurent :

- une vigilance de terrain par la proximité avec les équipes,
- une analyse partagée des situations remontées,
- un lien étroit avec les familles, les aidants et les partenaires en cas de difficultés,
- une traçabilité systématique dans les outils métiers.

Une articulation avec les partenaires du territoire

En cas de situation complexe, le service peut solliciter les partenaires (DAC, services sociaux, gendarmerie, ARS, conseil départemental, établissements de santé) pour co-construire une réponse adaptée. Des conventions et des circuits de signalement sont en place avec certains d'entre eux.

Une démarche continue d'amélioration

Enfin, la bientraitance et la gestion des risques sont inscrites dans le plan qualité du service. Chaque signalement donne lieu à une analyse, une mesure corrective et, le cas échéant, une actualisation des pratiques.

Des synthèses annuelles sont présentées en instance, analysées avec les représentants du personnel et intégrées dans le rapport d'activité.

La bientraitance n'est pas un concept isolé : elle est l'expression quotidienne du respect, du professionnalisme et de l'engagement des équipes. La gestion des risques n'est pas une contrainte : elle est une condition de sécurité et de confiance pour tous. Le SAD de Mond'Arverne Communauté s'attache à faire vivre ces deux piliers de façon concrète, visible et partagée.



"On a besoin de savoir qui fait quoi, et quand."

"Quand la coordination est bonne, tout le monde y gagne, surtout la personne."

"Il faut des outils simples pour qu'on se comprenne tous."

"C'est important d'avoir un interlocuteur unique. Ça rassure tout le monde."

Une coordination structurée autour des binômes et des interlocuteurs privilégiés

Le Service Autonomie à Domicile (SAD) de Mond'Arverne Communauté repose sur une organisation de la coordination fondée à la fois sur des référents de parcours (professionnels de terrain) et sur des interlocuteurs privilégiés (encadrants identifiés), en fonction des composantes aide ou soin.

Le référent de parcours est un professionnel de terrain (AVS ou aide-soignant) qui suit au quotidien l'évolution d'une situation. Il observe, échange avec la personne accompagnée et constitue le premier niveau d'alerte sur les besoins d'ajustement. Il est formellement désigné dans le dossier d'accompagnement.

L'interlocuteur privilégié est, selon la composante du service :

- le responsable de secteur pour le volet aide à domicile,
- l'infirmière coordinatrice (IDEC) pour le volet soins.

Ils centralisent les informations, arbitrent les décisions, planifient les ajustements, et assurent le lien avec les partenaires et mobilisent les compétences d'autres professionnels, en particulier l'ESA, intégrée au service.

Fonctionnement de la chaîne de coordination et cheminement des informations :

- 1 -> L'intervenant constate une situation (fragilité, incident, besoin exprimé).
- 2 -> Il transmet cette information à son référent de parcours, intervenant au domicile de la personne.

3 -> Celui-ci la relaie à l'interlocuteur privilégié du secteur, encadrant du service.

4 -> L'interlocuteur évalue la situation et décide :

- d'un ajustement interne : adaptation du planning, sollicitation d'une réunion, ajout d'un passage, etc.
- d'un signalement ou d'une concertation externe : mobilisation du DAC, alerte à l'infirmier libéral ou au médecin traitant, sollicitation des services sociaux, etc.

Ce circuit garantit la traçabilité, la réactivité, et la prise en compte concertée des besoins.

Fonctions complémentaires des encadrants

Le responsable de secteur est chargé :

- d'organiser les interventions du SAD,
- de traiter les demandes entrantes (admissions, urgences),
- d'assurer le lien avec les familles, les aidants et partenaires de proximité,
- de superviser les référents de parcours, volet aide.

L'infirmière coordinatrice (IDEC) assure :

- l'évaluation et l'analyse des besoins en soins des patients suite à prescription médicale,
- l'organisation des soins assurés par l'équipe SSIAD ou les infirmiers libéraux,
- la coordination clinique des situations complexes,
- d'assurer le lien avec les familles, les aidants et partenaires de proximité,
- d'assurer le lien avec les prescripteurs et les autres acteurs de santé,
- de superviser les référents de parcours, volet soin.

Instances de coordination

Instance	Fréquence	Participants	Objectifs
Réunion de coordination hebdomadaire	1 fois/semaine	Interlocuteurs privilégiés, Coordinatrice portage de repas, secrétaire	Ajustement des interventions, suivi des situations
Réunion pluridisciplinaire	Selon besoin	Équipe SAD/SSIAD, libéraux, partenaires	Révision du PAP, gestion des cas complexes
Comité de coordination SAD intégré	1 fois/mois	Direction, responsables, référente qualité	Pilotage stratégique, suivi qualité, indicateurs

PARTICIPATION DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

9

"Elles ne savent pas toujours qu'elles peuvent donner leur avis."

"Il faut aller vers les gens, pas attendre qu'ils s'expriment."

"La participation, ce n'est pas un questionnaire, c'est un échange."

"Ce n'est pas facile d'impliquer les usagers, mais c'est indispensable pour ajuster ce qu'on propose."

La participation des personnes accompagnées constitue un pilier de la transformation du Service Autonomie à Domicile (SAD) de Mond'Arverne Communauté. Elle s'inscrit dans une logique de démocratie en santé, de reconnaissance des savoirs expérientiels et d'amélioration continue de la qualité des accompagnements. Le service affirme ainsi que les usagers ne sont pas seulement bénéficiaires, mais également parties prenantes des actions qui les concernent.

Une participation individuelle structurée autour du PAP

Le principal levier de participation individuelle est le Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP), qui structure l'intervention du service. Le PAP est co-construit avec la personne accompagnée, en lien avec ses souhaits, ses priorités, ses habitudes de vie et ses besoins évolutifs. Il est révisable à tout moment, notamment à la demande de l'utilisateur ou de ses proches aidants.

Chaque professionnel est formé à :

- recueillir la parole de l'utilisateur,
- reformuler ses attentes,
- intégrer ses choix dans la planification des interventions,
- respecter ses décisions, y compris lorsque celles-ci s'écartent des préconisations standards.

Le PAP intègre également les éléments d'environnement : logement, relations sociales, attentes culturelles ou spirituelles, contraintes économiques. Il permet une reconnaissance de la personne dans sa globalité.

PARTICIPATION DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

9

Une participation collective à développer

À ce jour, le service ne dispose pas encore d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS) formel. Toutefois, plusieurs actions participatives sont mises en œuvre :

- questionnaires de satisfaction transmis annuellement,
- recueil de la parole à l'occasion des visites de coordination ou d'évaluation,
- remontées indirectes par les professionnels de terrain et les aidants.

Le projet de transformation prévoit :

- l'expérimentation d'espaces d'expression collectifs (par secteur ou par thématique),
- la mise en place d'un dispositif de remontée et de traitement des attentes non satisfaites,
- l'association des personnes accompagnées à certains temps de bilan ou de prospective du service.

Le rôle des proches aidants

Les proches aidants sont des acteurs clés de la participation. Le service les associe :

- à la formalisation du projet d'accompagnement (avec l'accord de la personne),
- aux temps d'évaluation intermédiaire,
- aux actions collectives d'information, de prévention ou de soutien.

Leur parole est prise en compte dans une logique de co-responsabilité respectueuse, sans se substituer à celle de la personne accompagnée.

Une culture de l'écoute et de l'ajustement

La participation est indissociable d'une posture professionnelle d'écoute active, de reformulation, et de dialogue. Elle suppose que l'utilisateur soit informé de ses droits, des marges de manœuvre du service, et des modalités d'expression.

Le SAD développe une culture du "retour d'expérience usager" :

- en formant les intervenants à capter et restituer les signaux faibles,
- en instaurant un droit à l'erreur partagé,
- en favorisant une communication bienveillante, inclusive, non infantilisante.

En affirmant la participation comme levier de transformation, le SAD de Mond'Arverne Communauté franchit une étape vers un modèle d'accompagnement plus éthique, plus ajusté et plus humaniste. Cette démarche s'inscrit dans les valeurs du service public local et dans les exigences contemporaines d'un secteur médico-social à l'écoute de ceux qu'il accompagne.

FONCTION QUALITÉ, ÉVALUATION ET AMÉLIORATION CONTINUE

10

*"On ne fait pas toujours les mêmes métiers, mais on a une mission commune auprès de la personne."
"Il faudrait peut-être une charte commune de valeurs, avec ce qu'on attend les uns des autres."*

La qualité est un pilier structurant du nouveau Service Autonomie à Domicile (SAD) de Mond'Arverne Communauté. Elle ne se limite pas au respect d'obligations réglementaires : elle s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue, portée par les professionnels eux-mêmes, en lien avec les personnes accompagnées et leurs proches.

Une fonction qualité visible, outillée et partagée

La qualité est coordonnée par une référente qualité dédiée, qui travaille en articulation étroite avec la direction, les responsables de secteur, les infirmières coordinatrices, les référents parcours et les professionnels de terrain.

Son rôle inclut :

- l'animation de réunions qualité transverses,
- la rédaction, le suivi et l'archivage des protocoles internes,
- la mise en forme et la capitalisation des retours d'expérience,
- la coordination du plan d'action qualité, formalisé via des fiches actions numérotées et datées.

Des groupes de travail pluridisciplinaires ont permis de produire ces fiches qualité selon une méthodologie rigoureuse : objectifs, échéances, référents, indicateurs, modalités d'évaluation et de réajustement. Un tableau de synthèse annuel permet d'assurer un suivi lisible et dynamique de la mise en œuvre.

Une annexe dédiée recensera l'ensemble des fiches actions qualité du présent projet de service.

Une culture collective d'analyse et de progrès

Le service a instauré des modalités concrètes pour faire vivre la qualité au quotidien :

- signalement des dysfonctionnements,
- revue des protocoles lors des réunions d'équipe,
- analyse des retours usagers (satisfaction, plaintes, suggestions),
- remontée des situations complexes ou atypiques.

FONCTION QUALITÉ, ÉVALUATION ET AMÉLIORATION CONTINUE

10

Les professionnels soulignent la nécessité de sortir d'une approche défensive ou purement technocratique de la qualité pour favoriser une culture de l'ajustement pragmatique et partagé :

"Il ne faut pas que ce soit un tableau Excel de plus, il faut qu'on puisse s'en servir pour ajuster, pas juste pour remplir un classeur."

Cette posture s'appuie sur :

- le recueil des " signaux faibles ",
- l'écoute active des intervenants,
- la reconnaissance des tensions entre idéal et faisabilité terrain.

Évaluation interne : un levier stratégique

Un auto diagnostic préalable est prévu en 2026, sur la base des référentiels de la Haute Autorité de Santé.

Elle sera animée selon une démarche participative :

- constitution d'un comité de pilotage incluant usagers, professionnels, élus,
- animation de groupes d'expression autour de situations concrètes,
- analyse croisée des réussites et des tensions,
- synthèse partagée en séminaire pluridisciplinaire.

Les conclusions de cette évaluation viendront alimenter le réajustement du projet de service, du PAP et des pratiques internes. Elles seront intégrées au plan d'action annuel et aux fiches qualité.

Articulation avec l'évaluation externe

Par cette démarche d'auto diagnostic, le SAD anticipe également l'évaluation externe obligatoire, qui sera menée par un organisme habilité durant le second semestre 2027. L'organisation en place (référentiel documentaire, historique des fiches actions, comptes rendus qualité, grilles d'évaluation) permet d'envisager cette échéance comme une opportunité de validation du chemin parcouru.

En s'appuyant sur une fonction qualité outillée, incarnée, légitime et sur un système de suivi dynamique, le SAD de Mond'Arverne Communauté affirme sa volonté de progresser, d'apprendre de ses pratiques, et de se transformer en restant fidèle à son éthique d'accompagnement. La qualité n'y est pas une exigence extérieure, mais une boussole collective.

CONDITIONS DE RÉALISATION

11

"Le matin, on part tôt, parfois sans avoir eu de retour sur la veille."

"On devrait pouvoir souffler un peu plus."

"Les conditions, c'est ce qui permet de bien faire ou pas."

Les conditions de réalisation constituent un levier essentiel pour garantir la qualité, la continuité et l'humanité des accompagnements proposés par le Service Autonomie à Domicile (SAD) de Mond'Arverne Communauté. Elles recouvrent à la fois les ressources humaines, les moyens matériels, les outils numériques, l'organisation logistique et les conditions d'exercice des professionnels.

Une organisation souple et territorialisée

Le SAD est structuré autour de plusieurs secteurs géographiques, permettant une proximité opérationnelle avec les personnes accompagnées. Chaque secteur dispose d'une équipe de terrain identifiée, coordonnée par un binôme Interlocuteur privilégié / référent de parcours. L'objectif est de favoriser la réactivité, la cohérence, et la connaissance fine du territoire.

Cette organisation est adaptée aux réalités locales : densité rurale, distances de déplacement, articulation avec les partenaires, etc. Elle permet aussi de mieux gérer les absences, les imprévus, et les besoins en renfort temporaire.

Des équipes plurielles et professionnalisées

Les conditions d'intervention dépendent de la qualité de vie au travail des équipes. Le SAD s'appuie sur :

- un encadrement de proximité,
- un temps de coordination suffisant,
- un accès aux formations continues,
- des outils de planification clairs et équitables,
- des temps de cohésion et de bien-être

Les métiers représentés sont diversifiés (intervenant à domicile, auxiliaire de vie sociale, accompagnants éducatifs et sociaux, aides-soignants, infirmiers, coordonnateurs, agents administratifs), ce qui nécessite une attention particulière à la communication inter-métiers, à la reconnaissance des compétences, et à l'harmonisation des pratiques.

Des groupes de travail ont souligné l'importance de la stabilité des équipes, de la souplesse dans les plannings et de la clarté des rôles pour garantir une qualité constante d'intervention.

CONDITIONS DE RÉALISATION

11

Des outils numériques partagés et interopérables

Le SAD est doté d'un logiciel métier commun aux composantes aide et soins. Les intervenants disposent de smartphones, ce qui permet :

- une consultation rapide des plannings et du dossier usager,
- la traçabilité des transmissions,
- l'adaptation des interventions en temps réel.

Des outils complémentaires (messagerie sécurisée, portail partenaires, carnet de liaison numérique) sont progressivement intégrés dans une logique d'interopérabilité.

Une flotte de véhicules adaptée

La mobilité est un enjeu majeur du service. Une flotte de véhicules est progressivement déployée, avec :

- des véhicules de service partagés ou attribués selon les missions,
- des véhicules adaptés aux routes rurales et aux conditions hivernales,
- des réflexions sur l'écomobilité (véhicules hybrides, vélos à assistance électrique, organisation des tournées, etc.).

Le service accompagne également les agents dans la gestion des frais kilométriques, la sécurité des trajets, et la prévention des risques liés à la route.

Des conditions matérielles et logistiques optimisées

Chaque secteur dispose d'un point d'ancrage (bureau de coordination), équipé d'outils de travail adaptés. Des salles de réunion, espaces de pause, casiers sécurisés sont mis à disposition dans une logique de confort et de reconnaissance du travail des équipes.

Un effort particulier est porté sur :

- la qualité du matériel de soin et d'aide (lits, lève-personnes, protections),
- la maintenance préventive du matériel confié aux usagers,
- les circuits logistiques (fournitures, stocks, livraisons).

Les conditions de réalisation sont donc pensées comme des fondations invisibles mais déterminantes. Elles conditionnent la fluidité, l'efficacité et l'éthique des accompagnements. Le SAD de Mond'Arverne Communauté s'engage à les faire évoluer en continu, en lien avec les professionnels, les usagers et les réalités du terrain.

LES PROFESSIONNELS ET LES COMPÉTENCES MOBILISÉES

12

*"Il y a des agents qui ont 20 ans d'expérience, et d'autres qui arrivent.
On doit pouvoir apprendre les uns des autres."
"Il faut valoriser les compétences, pas juste les diplômes."*

Une démarche volontariste ancrée dans les pratiques du service

La formation professionnelle revêt une importance particulière dans l'amélioration continue de la qualité des prestations. Elle est le socle de la montée en compétences et en connaissances des professionnels, pour la mise en œuvre d'un service adapté aux situations des personnes accompagnées :

- sensibilisation aux maladies neurodégénératives
- connaissance du vieillissement
- accompagnement du handicap

Ainsi qu'à la prévention des risques professionnels :

- troubles musculo-squelettiques
- risques psycho-sociaux
- risque routier
- risque chimique et biologique

À cette fin, le service déploie une politique de formation ambitieuse (près de 2 200 heures de formation en 2024) avec une augmentation de 255% entre 2022 et 2024 rien que pour la partie Aide. Le recensement des besoins en formation est une démarche permanente qui s'appuie sur une organisation facilitante :

- entretiens
- temps de coordination thématiques
- observations aux domiciles

Les formations proposées s'ancrent donc à la fois dans le projet de vie des personnes accompagnées et dans le projet professionnel des agents.

Ceci se traduit par l'engagement dans des processus de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE), 100% de personnels du soin diplômés, 30% des professionnels de l'aide avec un objectif de 50% de diplômés à l'horizon 2028.

Enfin, la prévention des risques professionnels est un enjeu majeur pour le service. Il s'agit de préserver la santé et de garantir la sécurité des travailleurs. Des outils et des ressources spécifiques y sont dédiés :

- Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) révisé régulièrement,
- assistant de prévention dédié,

LES PROFESSIONNELS ET LES COMPÉTENCES MOBILISÉES

12

- formateur en Prévention des Risques liés à l'Activité Physique - Sanitaire et Social (PRAP 2S),
- deux agents formés PRAP 2S avec un objectif de 5 à 10% de l'effectif formé chaque année,
- formation systématique aux premiers secours citoyen (PSC1) pour les professionnels de l'aide,
- qualification sanctionnée par un diplôme et formation systématique aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) pour les professionnels du soin,
- engagement de formation de l'ensemble des professionnels de l'aide et du soin au risque routier d'ici à 2028,
- développement des temps de coordination et d'échange de bonnes pratiques professionnelles,
- lutte contre l'isolement des intervenants à domicile.

Ces actions influencent le taux de rotation du service, déjà relativement faible, pour les professionnels de l'aide avec 16,7% en 2024 et en diminution par rapport à 2023 (18,8%).

Une équipe expérimentée et pluridisciplinaire

Le service s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire composée d'aides à domicile, d'aides-soignants, d'accompagnants éducatifs et sociaux, d'auxiliaires de vie sociale, d'assistants de soins en gérontologie, ainsi que de responsables de secteur, d'infirmiers coordinateurs et d'un encadrement administratif et technique. De nombreuses compétences relationnelles, techniques et organisationnelles sont présentes au sein de cette équipe. Certaines personnes ont 15 à 20 ans d'expérience sur le territoire, avec une connaissance fine des besoins et des situations complexes.

L'expertise du service est complétée par les compétences de l'ESA qui mobilise les champs de l'ergothérapie, de la psychomotricité et de la psychologie.

Des compétences à reconnaître, structurer et valoriser

Cependant, cette richesse n'est pas toujours valorisée ou partagée. Les entretiens et ateliers ont mis en évidence un besoin de clarification des rôles, de reconnaissance des compétences informelles, et d'outils pour faciliter le transfert de savoirs et la montée en compétences. Il a aussi été souligné l'importance de travailler la posture professionnelle dans un cadre de confiance et de soutien, notamment en contexte d'isolement au domicile.

*"Quand tu es formé·e, tu te sens plus légitime pour intervenir."
"Ce serait bien qu'on ait tous une base commune, un socle de formation."*

LES PROFESSIONNELS ET LES COMPÉTENCES MOBILISÉES

12

Des formations transversales, centrées sur la relation d'aide, la coordination, la gestion des priorités et les transmissions professionnelles sont à développer. Le besoin de temps collectif pour se connaître et échanger sur les pratiques est aussi récurrent.

*"On a tous des compétences différentes, mais complémentaires.
Faut qu'on apprenne à se connaître"*

Vers une montée en compétences collective et coordonnée

Dans le cadre du SAD intégré, la structuration RH doit évoluer pour soutenir la coopération inter-métiers, fluidifier les transmissions, et consolider l'accompagnement à domicile comme un acte professionnel reconnu.

Cela implique :

- la mise en place d'un processus d'intégration pour les nouveaux agents, avec des phases de tutorat,
- l'instauration de référents ou binômes fonctionnels (SAD/SSIAD),
- la création d'un référentiel de compétences partagé,
- l'intégration de parcours de formation communs (co-intervention, accompagnement à l'autonomie, outils partagés),
- une montée en compétences collective, visible et soutenue.

Ces évolutions permettront de sécuriser les parcours professionnels, d'attirer et fidéliser les professionnels, et de garantir aux personnes accompagnées un accompagnement de qualité, fondé sur la confiance et la cohérence d'équipe.

L'accueil de stagiaires comme levier d'ouverture et d'engagement

Dans une logique de service public et d'anticipation des besoins futurs, le SAD intégré affirme sa volonté d'être un acteur formateur, ouvert à l'accueil de stagiaires de différents profils. Il s'agit notamment d'encourager les vocations, de soutenir les parcours d'insertion professionnelle, et de renforcer les liens entre générations et métiers.

Les partenariats à développer concernent :

- les lycées professionnels (Bac Pro SAPAT, ASSP),
- les filières sanitaires et sociales (IFAS, formations auxiliaires de vie, filières éducatives),
- les établissements de formation pour adultes (Greta, Afpa, organismes certifiés),
- et les dispositifs d'insertion ou d'immersion professionnelle (Pôle emploi, Missions locales, École de la 2e chance).

Cette orientation s'inscrit dans une dynamique plus large d'ouverture du service vers son territoire, sa jeunesse et les acteurs de demain. Elle fera l'objet d'une fiche action RH spécifique afin de formaliser les conditions d'accueil, le tutorat associé, et l'intégration progressive des stagiaires dans la culture du SAD intégré.

VOLET FINANCIER ET PROJECTIONS

13



La mise en place du Service Autonomie à Domicile nécessite des moyens adaptés. Ce projet transforme en profondeur l'organisation actuelle du SAAD et du SSIAD. Pour réussir cette transformation, il est indispensable d'anticiper les besoins financiers sur les trois prochaines années.

Le volet financier du projet de service aborde les besoins suivants nécessaires au bon fonctionnement du Service Autonomie à Domicile :

- **Des moyens humains à maintenir et à renforcer** (agents à domicile, encadrement, coordination, fonctions supports, etc.) ;
- **Des locaux communs** ;
- **Des équipements nécessaires** (logiciel métier partagé, téléphonie mobile, véhicules, informatique, tenues professionnelles, etc.) ;
- **Des temps collectifs à financer** (réunions d'équipe, formations croisées, coordination entre métiers) ;
- **Des accompagnements extérieurs utiles** (formation, accompagnement au changement, appui RH ou organisationnel, etc.).

L'année 2026 sera marquée par la mise en place du Service Autonomie à Domicile dans le cadre du virage domiciliaire souhaité par le gouvernement et dans la mise en œuvre d'une politique de simplification et d'amélioration continue du service proposé.

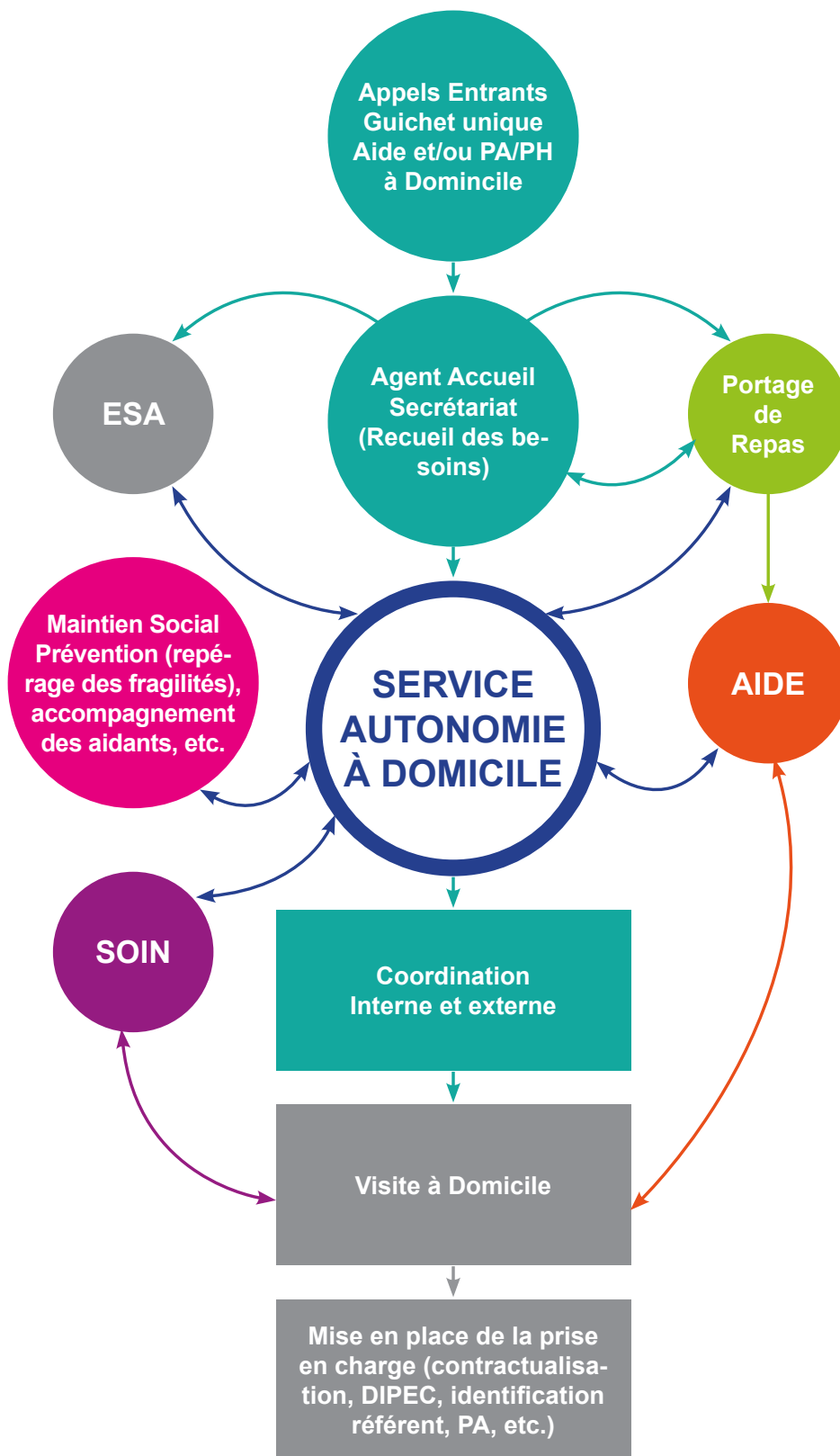
Ces besoins sont évalués dans un document spécifique qui revêt un caractère confidentiel reflétant le plan stratégique à travers un plan de financement prévisionnel sur 3 ans, incluant :

- les investissements ;
- les salaires et charges du personnel ;
- les frais de déplacement ;
- les dépenses de fonctionnement du service ;
- les coûts d'équipement et de mise en réseau ;
- les actions de formation et de montée en compétences.

Cette projection économique est au service de l'organisation cible qu'elle soutient et préfigurée par l'organigramme fonctionnel :

VOLET FINANCIER ET PROJECTIONS

13



VOLET FINANCIER ET PROJECTIONS

13

Les fonctions supports mutualisés

L'organisation cible s'appuie sur une mutualisation de ressources humaines et de moyens et répond à une volonté de rationalisation des organisations reposant sur la mise en œuvre d'une convention de service commun. Le service commun entre Mond'Arverne Communauté et le CIAS a pour vocation de soutenir l'activité Aide et Soins et intervient dans 4 domaines :

- affaires juridiques,
- communication,
- marchés publics,
- service technique.

Les nouvelles missions liées à la coordination et l'optimisation des coûts

La coordination et la qualité de la prise en charge ont été placées au centre de la réforme des Services Autonomie à Domicile afin de proposer un service le plus complet et qualitatif possible. Le projet s'attache à développer une coordination structurée et renforcée qui engendre de nouvelles dépenses à travers :

- Des ressources humaines et de nouvelles compétences
- La mise en œuvre de la coordination nécessitant des temps d'échanges réguliers entre les professionnels
- Des outils de communication et de traçabilité adaptés aux enjeux de parcours des personnes accompagnées
- Le développement de compétences des professionnels (encadrement, personnels intervenant)
- Des lieux d'accueil et de travail communs

La nouvelle dimension du service permettra également d'optimiser le nombre de fournisseurs et de contrat, de limiter le nombre de commandes et ainsi de réaliser, à terme, des économies d'échelle dans le fonctionnement du service.

Le Service Autonomie à Domicile déploie des missions étendues de coordination. Ces missions font l'objet d'une dotation spécifique au Service Autonomie à Domicile et qui a pour finalité :

La mise en œuvre d'un parcours fluide à domicile (éviction des hospitalisations, prévention et soutien aux aidants, par exemple)

La prise en compte du suivi dédié à chaque situation et aux relations avec les partenaires et relais.

VOLET FINANCIER ET PROJECTIONS

13

La coordination nécessite également une évolution des modalités :

- D'accueil téléphoniques ou physiques,
- D'évaluation régulière et conjointe des situations, entre professionnels ou au domicile,
- D'accompagnement spécifiques des personnes (psychologue, ergothérapeute).

La transparence de l'information et du fonctionnement

En tant qu'établissement public, le SAD de Mond'Arverne communique de manière annuelle les informations économiques traduisant son fonctionnement et son action auprès du public accompagné.

Un dialogue de gestion avec l'Agence Régionale de Santé pour l'activité de Soins et le Conseil Départemental pour l'activité d'Aide valide la gestion opérée. Mond'Arverne Communauté soutient l'action du service par les moyens alloués au service, le financement de l'investissement et la supervision de la gestion du service.

Ces mécanismes matérialisent la vigilance du service au maintien du juste niveau d'utilisation des recettes dont il dispose et dont il rend compte.

De même, le Service se doit d'anticiper, d'évaluer et de proposer ces dépenses habituelles ou liées aux nouveaux dispositifs, dans le cadre de l'établissement de son budget annuel.



"Ce travail, il nous a fait du bien, on a pu dire les choses."

"Maintenant, il faut que ça débouche sur du concret."

"Ce projet, c'est une base. Le reste, c'est à construire ensemble."

"On a bien avancé. Ce projet, c'est un début, mais ça pose les bases."

Le projet de service 2026–2031 du Service Autonomie à Domicile (SAD) de Mond'Arverne Communauté marque une étape importante dans la structuration, l'unification et la transformation de l'offre d'accompagnement et de prise en charge à domicile sur le territoire. Il s'appuie sur les valeurs du service public local, sur l'expertise des professionnels, sur les attentes exprimées par les usagers, et sur une vision ambitieuse de la solidarité de proximité.

Une dynamique d'unification et d'intégration

La fusion des services d'aide et de soins permet de dépasser les logiques segmentées pour proposer une réponse globale, cohérente et lisible aux personnes en perte d'autonomie.

Elle vise à :

- simplifier le parcours des usagers afin de le rendre plus fluide dans une logique de qualité du service rendu,
- fluidifier les échanges entre professionnels,
- valoriser les compétences de chacun au sein d'une organisation collective.

Cette transformation n'est pas qu'organisationnelle : elle repose sur une culture commune en construction, une logique de parcours renforcée, et une dynamique d'innovation au service des personnes accompagnées.

SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

14

Des axes forts pour les années à venir

Le projet a permis de poser les bases d'un SAD intégré, structuré autour de 4 orientations majeures :

- Un accompagnement personnalisé, co-construit et évolutif,
- Une coordination renforcée entre les acteurs du domicile,
- Une qualité soutenue par des outils concrets et des pratiques réflexives,
- Une attention constante portée aux conditions de travail et à la participation.

Ces orientations irriguent l'ensemble des fiches actions, des engagements organisationnels et des priorités de développement.

Une feuille de route partagée

La démarche de co-construction menée lors des ateliers, des réunions d'équipes et des consultations a permis d'impliquer les professionnels et les encadrants à chaque étape. Cette méthode sera poursuivie dans la mise en œuvre, à travers :

- des comités de suivi réguliers,
- des points d'étape annuels avec les agents et les partenaires,
- des outils d'évaluation partagés (indicateurs, retours d'expérience).

Le projet n'est pas figé : il constitue une feuille de route adaptable, à faire vivre collectivement selon les besoins du territoire et les ressources disponibles.

Une ambition au service du territoire

Le SAD de Mond'Arverne Communauté réaffirme sa vocation de service public de proximité, garantissant l'accès à un accompagnement digne, humain et cohérent à tous les habitants du territoire, quels que soient leur âge, leur état de santé ou leurs ressources.

Il entend être :

- un acteur structurant de la politique autonomie locale,
- un partenaire fiable pour les professionnels de santé et du médico-social,
- un lieu de travail épanouissant et professionnalisant pour ses équipes.

Ce projet de service formalise une étape structurante dans la transformation du SAD et du SSIAD vers un Service Autonomie à Domicile intégré, plus lisible, plus cohérent, et mieux adapté aux réalités du territoire.

Les grands axes posés – coordination, continuité, participation, qualité, montée en compétences – ne sont pas des objectifs à atteindre une fois pour toutes, mais des repères pour guider l'évolution du service.

SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

14

Ce document propose une feuille de route partagée, avec :

- un socle commun de valeurs et de pratiques professionnelles ;
- des outils concrets pour renforcer la coordination, la participation des personnes, la qualité de vie au travail ;
- une identification claire des compétences mobilisées et des besoins de formation ;
- un début de projection financière réaliste.

Il doit maintenant être partagé, enrichi et piloté collectivement, avec l'ensemble des parties prenantes : équipes professionnelles, direction, personnes accompagnées, représentants institutionnels et partenaires.

La suite consistera à :

- valider les scénarios d'organisation opérationnelle,
- planifier la mise en œuvre des fiches actions qualité,
- construire un tableau de bord de suivi des engagements,
- inscrire cette dynamique dans les démarches contractuelles (CPOM, autorisation SAD mixte, etc.).

Ce projet est une fondation. Il donne à voir une ambition partagée : garantir à chaque personne un accompagnement à domicile de qualité, cohérent et digne, au cœur d'un territoire solidaire.

DÉVELOPPER UNE CULTURE COMMUNE ET FAIRE ÉQUIPE

15

*"Il faudrait peut-être une charte commune de valeurs, avec ce qu'on attend les uns des autres."
"On a une histoire différente, mais on doit réussir à faire une seule équipe, un seul service."*

Une identité commune à construire

Lors des ateliers, plusieurs participants ont exprimé la nécessité de construire une culture commune, tout en respectant l'identité propre des services SAD et SSIAD. Cela passe par la reconnaissance des différences de pratiques et de temporalités d'intervention, mais aussi par la mise en œuvre de moments de partage, d'échange et de régulation.

Plusieurs idées ont émergé pour favoriser cette culture commune : création de binômes SAD/SSIAD, harmonisation de certains outils (journaux de liaison, WhatsApp sécurisés), participation à des temps collectifs (réunions, moments conviviaux, formations communes).

Autonome mais pas isolé(e)

Une formule a marqué les échanges : " autonome mais pas isolé·e ". Elle résume bien le positionnement attendu des professionnel·les dans le futur service. Chaque agent doit pouvoir agir avec une certaine autonomie, tout en sachant qu'il ou elle fait partie d'une équipe et peut s'appuyer sur des collègues ou des référents en cas de besoin.

"Parfois on est seul·e dans la voiture ou chez la personne, mais il faut qu'on sente qu'il y a une équipe derrière."

Recommandations formulées

Parmi les propositions concrètes discutées :

- Créer des binômes fixes entre SAD et SSIAD.
- Organiser des réunions régulières inter-services.
- Valoriser les compétences de chacun dans les échanges.
- Développer des outils de communication communs.
- Formaliser des temps conviviaux (repas d'équipe, café d'accueil...).
- Diffuser un référentiel commun des pratiques attendues.
- Mettre en place une charte de coopération entre professionnels.
- Mutualiser des équipements et infrastructures.

"On a besoin d'un cadre clair, mais aussi de la liberté de bien faire"

ANNEXES

1 – Délibération du CA du CIAS

2 – Délibération de l'EHPAD

3 – Plan Action

4 – Les Visuels

ANNEXES

Plan d'Action Qualité – Projet de service Mond'Arverne

Conformément aux attendus de la HAS (cf. Fiche pratique n°7, "Le système de cotation du dispositif d'évaluation de la qualité des ESSMS", octobre 2024), ce document constitue la base d'un plan d'action qualité structurant pour le futur service autonomie à domicile du territoire de Mond'Arverne Communauté. Il vise à renforcer les pratiques professionnelles, structurer les outils de coordination, favoriser l'implication des personnes accompagnées, et construire une culture commune.

Fiche AQ-01 : Coordination SAD/SSIAD

- **Objectif**

Renforcer la fluidité de l'intervention entre les services.

- **Actions**

- Mise en place de binômes fixes SAD/SSIAD.
- Planification de réunions mensuelles interservices.
- Expérimentation d'un journal de liaison commun.

- **Indicateurs**

Nombre de binômes constitués, fréquence des réunions.

ANNEXES

Fiche AQ-02 : Culture commune et coopération

- **Objectif**

Favoriser l'émergence d'une culture commune et partagée.

- **Actions**

- Création d'une charte de coopération.
- Formation croisée entre professionnels.
- Animation de temps collectifs de régulation (ex. Café de la coordination).

- **Indicateurs**

Taux de participation, validation de la charte.

ANNEXES

Fiche AQ-03 : Suivi des problèmes et traçabilité

- **Objectif**

Mettre en place une gestion formalisée des problèmes repérés.

- **Actions**

- Création d'un modèle de fiche action qualité..
- Intégration dans les réunions d'un point systématique "amélioration continue".
- Suivi via un tableau de bord.

- **Indicateurs**

Nombre de fiches ouvertes/fermées, délais de traitement.

ANNEXES

Fiche AQ-04 : Organisation des tournées

- **Objectif**

Optimiser les tournées et réduire les temps non productifs.

- **Actions**

- Cartographie des zones d'intervention.
- Expérimentations sectorielles.
- Revue trimestrielle des plannings.

- **Indicateurs**

Temps moyen de trajet/jour, évolution de la satisfaction des agents.

ANNEXES

Fiche AQ-05 : Participation des personnes accompagnées

- **Objectif**

Renforcer l'expression des personnes et leur implication.

- **Actions**

- Création d'une fiche "avis et suggestions" diffusée par les professionnels.
- Recueil systématique en fin de parcours ou de prestation.
- Traitement des retours dans les comités de pilotage

- **Indicateurs**

Taux de retours analysés, mise en œuvre des suggestions.

ANNEXES

Fiche AQ-06 : Détection et gestion des risques

- **Objectif**

Améliorer la capacité de vigilance et d'alerte des professionnels.

- **Actions**

- Mise en place d'une fiche de signalement confidentielle.
- Formation sur la bientraitance et les signaux faibles.
- Supervisions cliniques de cas complexes.

- **Indicateurs**

Nombre de signalements, évolution du climat éthique.

ANNEXES

Fiche AQ-07 : Qualité de vie au travail (QVT)

- **Objectif**

Soutenir les professionnels dans leur quotidien.

- **Actions**

- Enquête QVT annuelle.
- Temps collectifs de détente ou d'échange.
- Ajustements organisationnels identifiés par les agents.

- **Indicateurs**

Évolution des réponses à l'enquête, taux de participation..

ANNEXES

Fiche AQ-08 : Lien avec les établissements de santé

- **Objectif**

Sécuriser les parcours et éviter les mouvements domicile-établissements non anticipés.

- **Actions**

- Promouvoir l'action du service auprès des établissements de santé,
- Etablir une communication régulière et fiable autour de la situation du patient hospitalisé,
- Sécuriser les conditions de retour à domicile (état médical et matériel).

- **Indicateurs**

Évolution des réponses à l'enquête, taux de participation..

ANNEXES

Annexe des visuels produits

Projet de service du Service Autonomie du CIAS de Mond'Arverne Communauté

Une méthode collaborative et ancrée

La démarche s'est appuyée sur une série d'ateliers impliquant des aides à domicile, des aides-soignants, des infirmiers, des agents administratifs, des responsables de secteur, des directeurs, des partenaires institutionnels et associatifs. Chaque atelier a été conçu comme un espace d'expression, de réflexion partagée et de co-construction.

Les échanges ont été retranscrits, puis analysés afin d'en dégager les lignes de force. Ce travail a permis d'identifier des valeurs communes, des enjeux concrets, des points d'amélioration et des propositions opérationnelles.

Des visuels pour incarner le collectif

Ces illustrations, réalisées en facilitation graphique pendant les temps d'échange, traduisent de manière synthétique et sensible les idées exprimées collectivement. Elles permettent de visualiser des concepts parfois complexes, de rendre compte des émotions ou des tensions, et de garder une trace vive des dynamiques à l'œuvre.

Chaque visuel agit comme une "photo de groupe cognitive" : il reflète non seulement ce qui a été dit, mais aussi comment cela a été dit, dans quelle ambiance, avec quelles résonances.

Les visuels produits lors des ateliers

Matérialisation des échanges et de la volonté collective des participants, reflet de l'expression des membres du service et de ses partenaires, les visuels co-construits lors des ateliers sont les traces de la réflexion et des orientations validées collectivement et qui donnent corps au projet. Aussi, ils sont partie intégrante du projet de service du SAD Mond'Arverne Communauté et illustrent à la fois la démarche et les orientations stratégiques, socles de l'action médico-sociale du service et de sa réponse aux besoins du territoire...

ANNEXES

Les pages suivantes présentent les visuels produits lors des ateliers :

Rose épines bourgeons	3
Territoire de Mond'Arverne Communauté	4
Le parcours de la personne accompagnée	5
Role et place des Aidants	6
Agir pour la Bienveillance	7
Communication / Transmission / Secret professionnel	8
Coordination – Interlocuteur privilégié – Partenaires professionnels	9
Culture commune / Faire équipe	10
Compétences et QVCT (Qualité de Vie et Conditions de Travail)	11
Dessiner le projet du Service Autonomie à Domicile	12

ANNEXES

Rose épines bourgeons

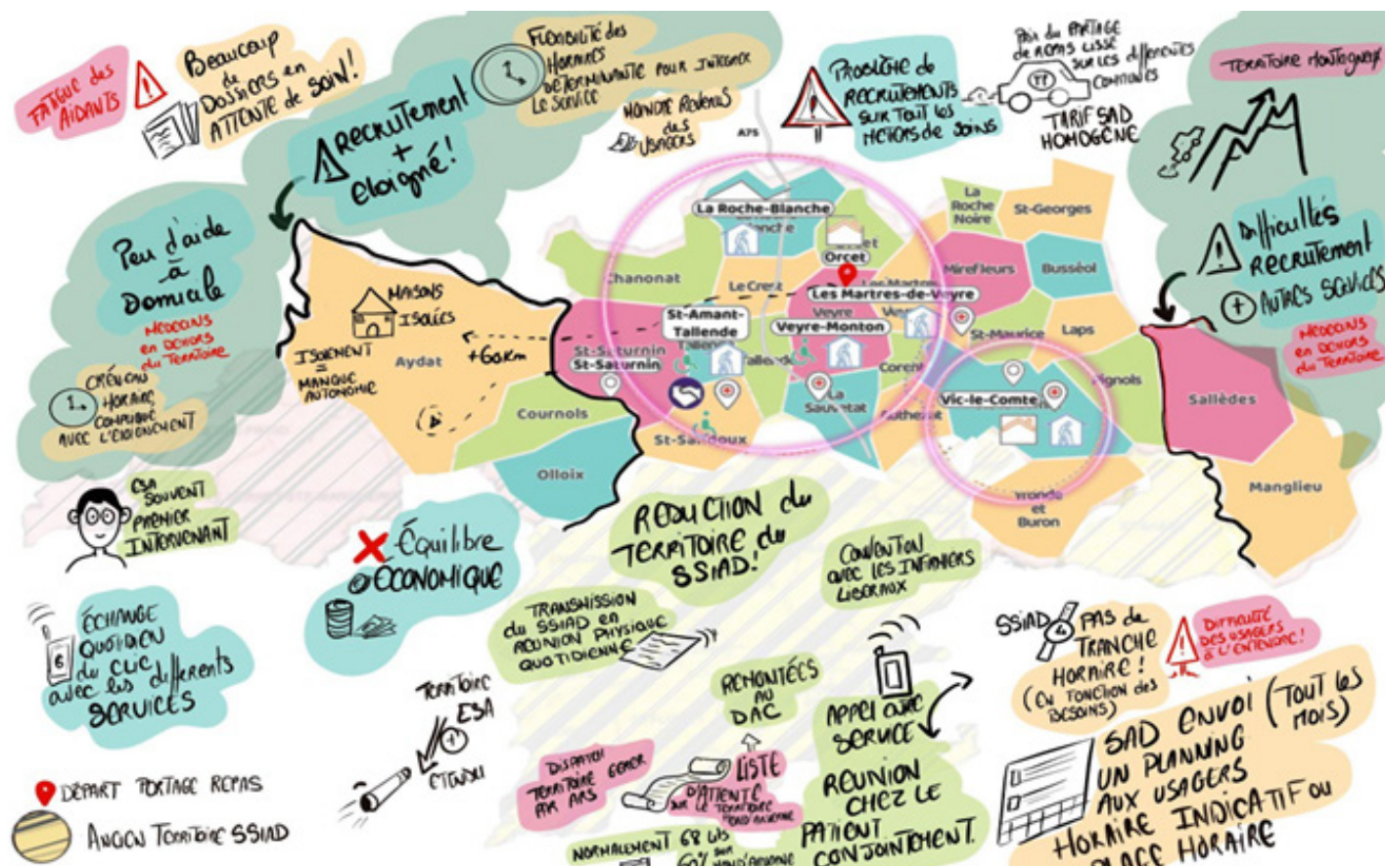
Ce visuel matérialise : les réussites passées des services → les Roses / les pistes d'amélioration identifiées en première intention → les Épines / les projets envisagés, initiés ou à mettre en œuvre → les Bourgeons.



ANNEXES

Territoire de Mond'Arverne Communauté

Ce visuel matérialise : les réussites passées des services → les Roses / les pistes d'amélioration
La configuration et la réalité du territoire sont des éléments clés qui structurent l'action du service. Sa compréhension s'appuie autant sur les remontées de terrain des professionnels qui le parcourent au quotidien, que sur son organisation ou les données établies par la collectivité (Analyse des Besoins Sociaux).



ANNEXES

Le parcours de la personne accompagnée

Axe central de la réponse à la volonté de demeurer au domicile, le parcours de la personne accompagnée est un champ de référence pour fonder l'action du Service Autonomie à Domicile.

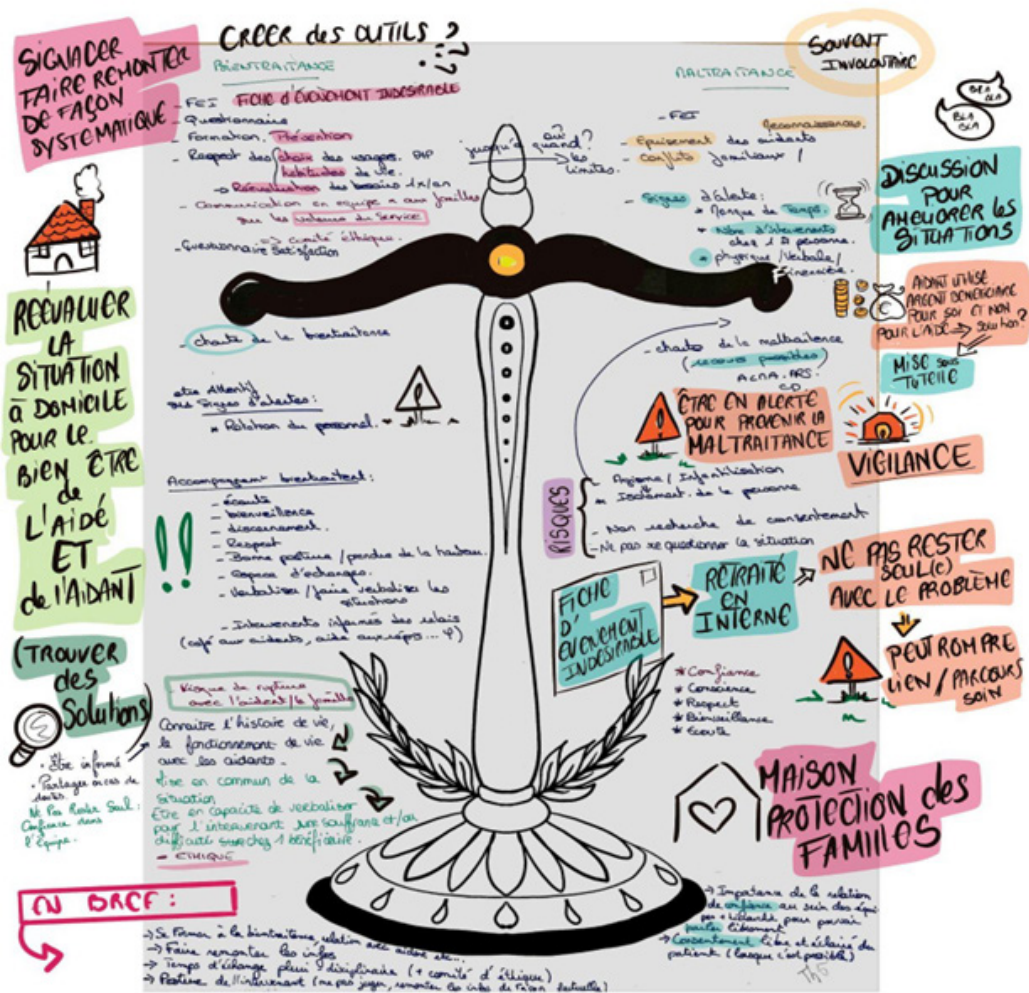


ANNEXES

Agir pour la Bienveillance

Accompagner des personnes en perte d'autonomie nécessite un regard permanent sur son action et le cadre de vie. Promouvoir la bienveillance, c'est déployer une démarche consciente et critique sur sa pratique professionnelle et le contexte d'intervention.

Penser la Bienveillance

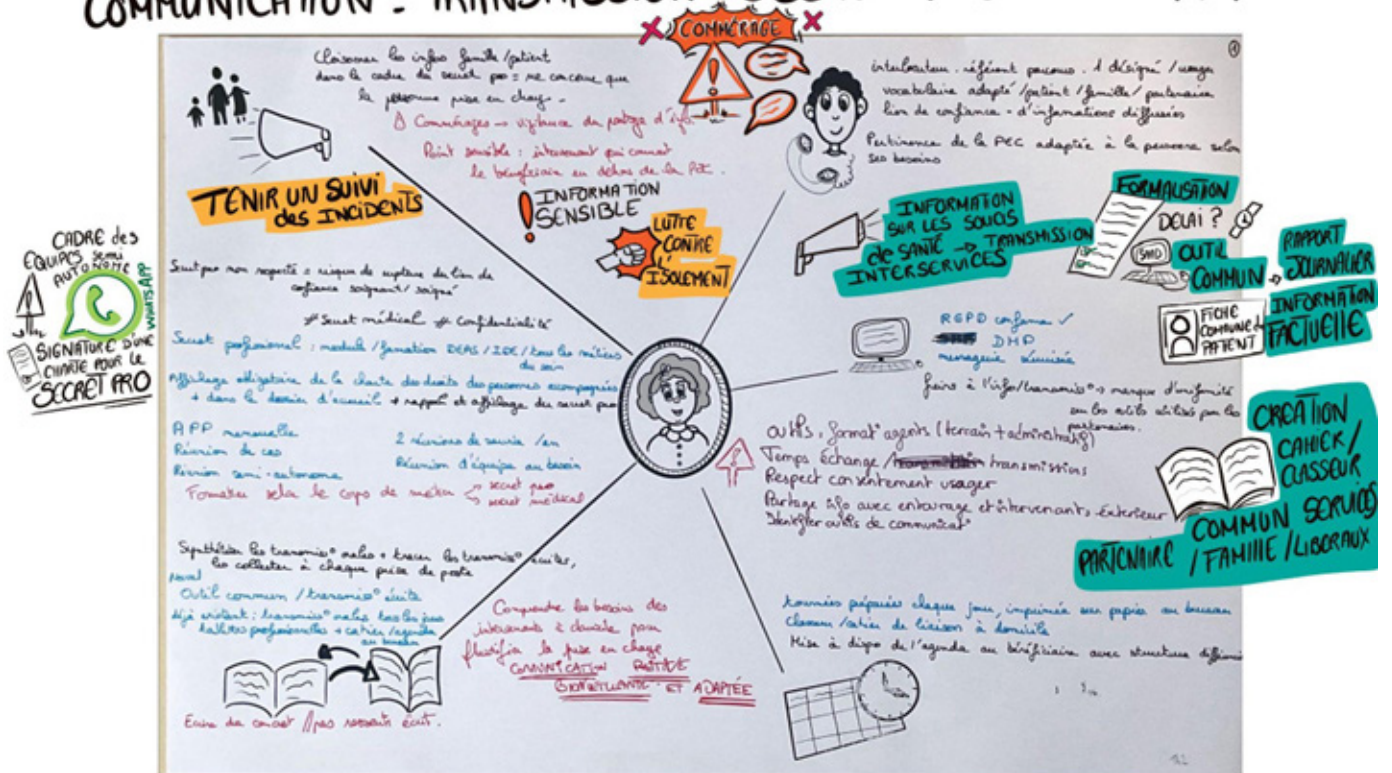


ANNEXES

Communication / Transmission / Secret professionnel

La communication professionnelle regroupe les échanges d'informations entre intervenants autour de l'accompagnement de la personne accompagnée, dans un cadre sécurisé, fluide et respectueux du secret professionnel.

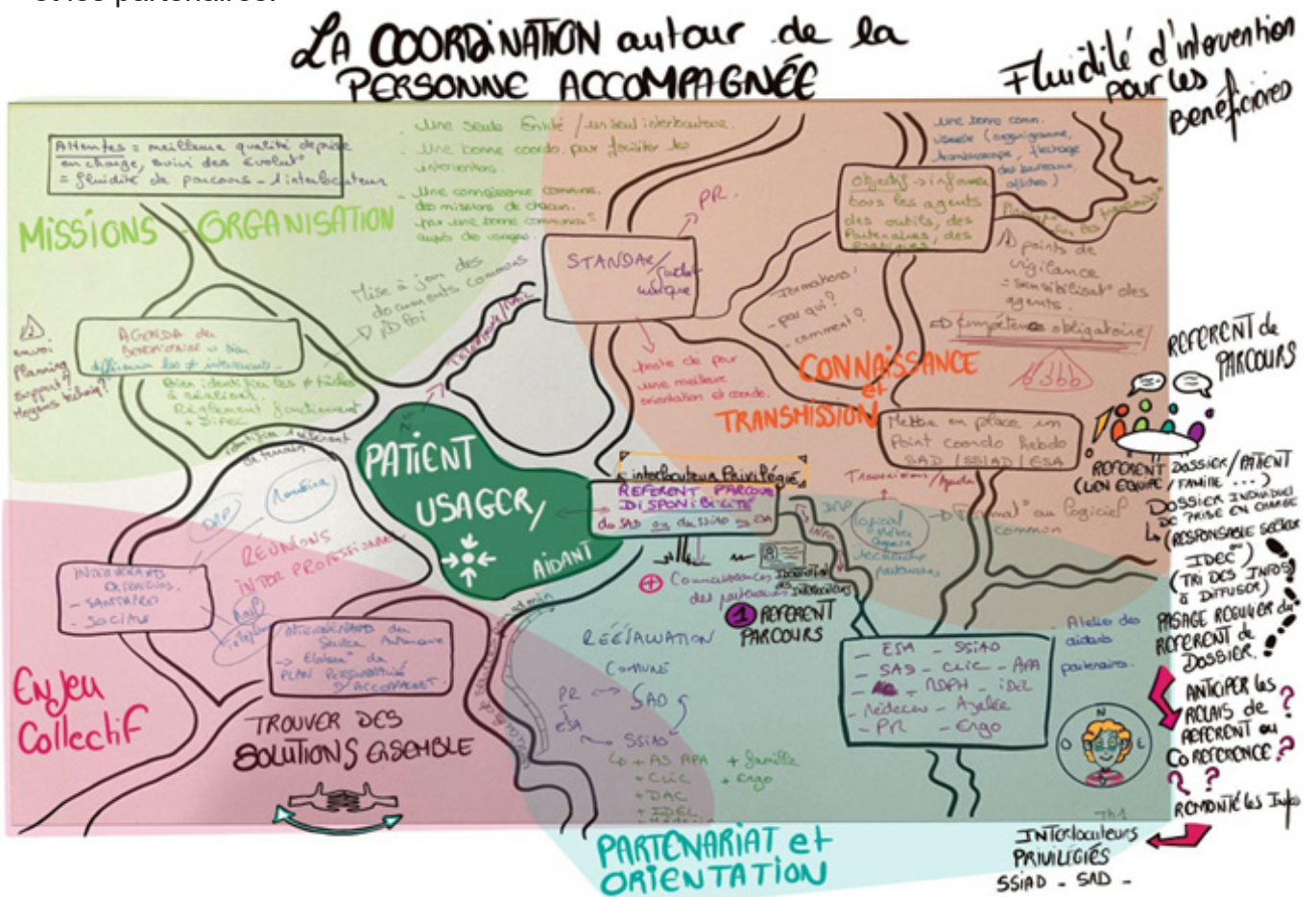
COMMUNICATION - TRANSMISSION - SECRET PROFESSIONNEL



ANNEXES

Coordination – Interlocuteur privilégié – Partenaires professionnels

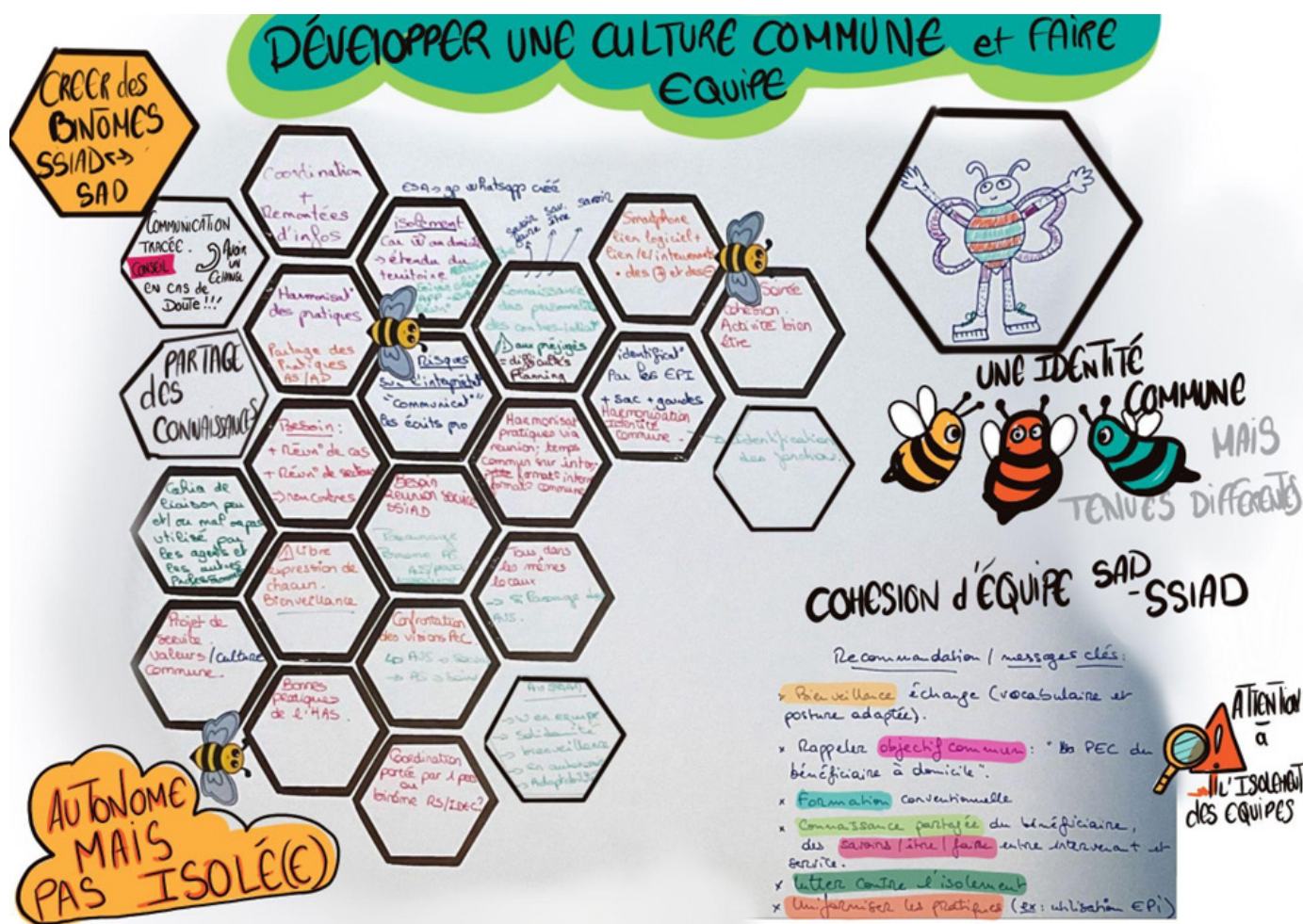
La coordination organise l'ensemble des interventions autour de la personne accompagnée, pour garantir un accompagnement cohérent, continu et adapté à ses besoins. Elle repose sur la désignation d'un référent de parcours, garant du lien entre les intervenants et les partenaires.



ANNEXES

Culture commune / Faire équipe

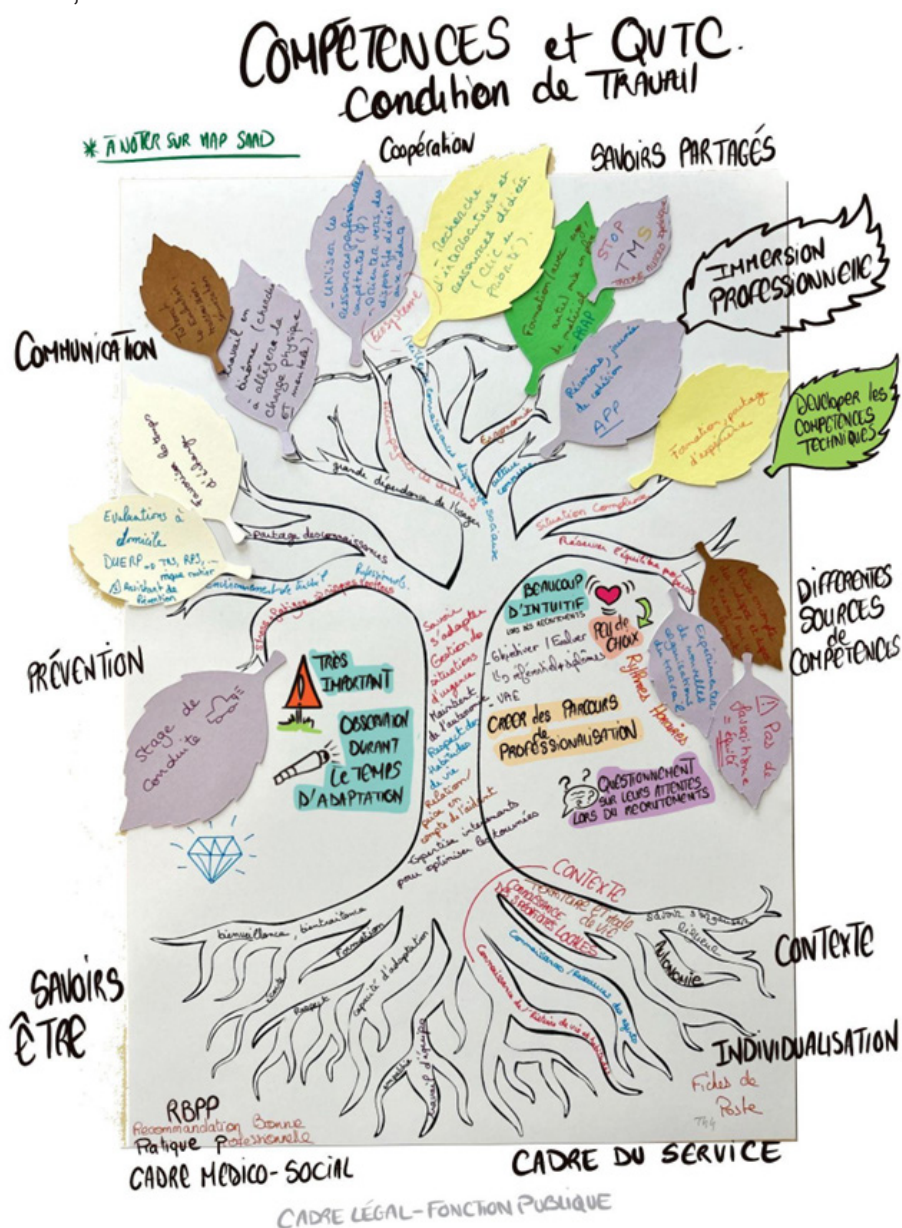
Faire équipe, c'est construire une culture partagée autour de valeurs, repères et pratiques professionnelles communes, pour mieux accompagner la personne accompagnée dans un cadre cohérent et harmonisé.



ANNEXES

Compétences et QVCT (Qualité de Vie et Conditions de Travail)

Le développement des compétences et la QVCT garantissent aux professionnels les moyens d'accompagner la personne accompagnée dans de bonnes conditions, en favorisant l'engagement, la santé au travail et la reconnaissance.



CIAS MOND'ARVERNE COMMUNAUTE PROJET DE SERVICE 2025-2030



Centre Intercommunal d'Action Sociale
16, boulevard de Beussat, 63270 Vic le Comte
T. 04 73 69 24 28 - M. servicealpersonne@cias.mond-arverne.fr - Site internet : mond-arverne.fr