



CHAVANON
COMBRAILLES
& VOLCANS
CENTRE INTERCOMMUNAL
D'ACTION SOCIALE

Centre Intercommunal d'Action Sociale
Chavanon Combrailles et Volcans

6 Avenue du Marronnier
63380 PONTAUMUR

04 73 79 70 70

cias@ccvcommunaute.fr

Projet de service

Service Autonomie à Domicile

Table des matières

Introduction	4
1. Le cadre législatif et réglementaire	4
2. Modalités d'élaboration et de mise en œuvre du projet de service	7
I. Présentation de l'organisation, des valeurs et principes éthiques	10
1.1 Présentation du CIAS Chavanon Combrailles et Volcans et de son service autonomie à domicile	10
A) Le territoire de la communauté de communes Chavanon Combrailles et Volcans	10
B) Le CIAS	11
1.2 Le Service Autonomie à Domicile	12
1.3 Principes éthiques et valeurs du service	14
II. Organisation et Gouvernance	15
1. Gouvernance	15
2. Présentation des professionnels et des compétences	15
2.1 Direction et personnel d'encadrement	15
2.2 Intervenants	16
3.1 Accueil et intégration des nouveaux agents	17
3.2 Organisation collective du travail	18
3.3 Organisation du travail	18
III. Processus d'accompagnement de la personne accompagnée	18
1. De l'accueil à la définition de l'intervention	18
1.1 Le premier contact et informations	18
1.2 La visite à domicile et l'évaluation des besoins	19
1.3 La mise en place de l'intervention	20
2. L'intervention	20
2.1 La continuité de service	21
2.2 La qualité et l'adaptabilité de l'intervention	21
2.3 La gestion des urgences à domicile et les situations de crise majeure	22
3. Les bilans et l'évaluation de la qualité des prestations	22
IV. Coordination	23
1. Organisation de la coordination	24
2. Suivi des situations et circulation de l'information	24
3. Articulation avec les partenaires	24
4. Soutien aux professionnels	25
V. Travail partenarial et réseaux	25

VI.	Participation et expression des personnes accompagnées	26
VII.	Bientraitance, gestion des risques de maltraitance et gestion des évènements indésirables.....	27
VIII.	Qualité de Vie et Gestion des Risques Professionnels.....	28
	1. Prévention des risques physiques.....	29
	2. Prévention des risques psychosociaux.....	29
	3. Organisation du travail et équilibre vie professionnelle/personnelle	29
	4. Reconnaissance, compétence et parcours professionnels.....	30
IX.	Moyens et gestion financière	30
	1. Ressources de la structure et gestion financière	30
	2. Moyens matériels.....	30
X.	Evaluation et suivi de la qualité	31
	1. Les modalités de mise en œuvre de la démarche qualité	31
	2. Les modalités de suivi et d'évaluation du projet de service.....	32
XI.	Les objectifs d'évolution, de progression et de développement	33
	Orientations stratégiques et objectifs opérationnels du service pour les 5 ans	33

Introduction

1. Le cadre législatif et réglementaire

- La loi du 2 janvier 2002

Depuis la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les services d'aide et d'accompagnement à domicile, qu'ils soient associations ou collectivités publiques, sont reconnus comme acteurs à part entière pour la mise en œuvre de l'action sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap et ceci, au même titre que l'Etat, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale et les institutions sociales et médicosociales.

A la suite de cette loi, un article L. 116-2 est inséré dans le Code de l'Action Sociale et des Familles. Il prévoit que l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

A cette fin, une attention particulière est apportée au renforcement du pilotage des services, de la coordination et du partenariat entre les différents intervenants, ainsi qu'à l'évaluation de la qualité des prestations apportées aux usagers.

Par rapport aux usagers, les apports de la Loi 2002-2 sont importants. Désormais placés au centre des préoccupations, ils doivent bénéficier :

- ❖ **D'interventions adaptées et individualisées à leurs besoins**
- ❖ **D'informations claires, précises et à jour**
- ❖ **De la mise en place de documents contractuels : contrat de prestation, devis, règlement de fonctionnement.**

La loi 2002-2 et à travers elle, **la charte nationale des droits et libertés de la personne accueillie**, fixe, par ailleurs, les sept droits fondamentaux de l'utilisateur :

- ❖ **Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de la personne.**
- ❖ **Le libre choix entre des prestations adaptées aux besoins.** Ce principe peut s'exercer de plusieurs manières :
 - Par une présentation exhaustive des prestations proposées par le service
 - Par une évaluation personnalisée des besoins de la personne, effectuée de préférence à son domicile.

- ❖ **Un accompagnement dans le respect d'un consentement éclairé** : il s'agit de s'assurer que l'utilisateur bénéficie d'une information complète et à jour. Il faut également qu'il puisse formuler son accord explicitement, à travers un écrit.
- ❖ **Un accompagnement individualisé** :
 - En élaborant un plan d'aide personnalisé, suite à une évaluation individualisée.
 - En garantissant qu'une évaluation en continu des besoins des personnes aidées est réalisée : elle peut s'exercer par des visites de réévaluation régulières, planifiées par le responsable de la structure, mais également par une sensibilisation et la possibilité, pour les agents d'intervention, d'une remontée d'information sur les personnes aidées.
 - En s'assurant que le service travaille en coopération avec l'ensemble des autres acteurs du maintien à domicile, qu'ils soient prescripteurs ou intervenants extérieurs.
- ❖ **La garantie de la qualité des prestations** :
 - En s'assurant de l'adéquation entre les besoins des personnes et les qualifications et compétences des intervenants
 - En s'assurant que les intervenants sont concrètement et précisément informés des modalités des interventions qu'elles doivent assurer : objectifs, tâches à réaliser.
- ❖ **L'évaluation de la qualité des prestations** :
 - Par l'organisation des réponses dans les meilleures formes aux réclamations des personnes aidées
 - Par la mise en place, à destination des usagers, de moyens d'expression de leur satisfaction ou leur insatisfaction sur les prestations fournies par le service
 - Par l'exercice, en qualité d'employeur, d'un contrôle de la qualité des prestations assurées par les agents placés sous sa responsabilité.
- ❖ **Une participation directe de l'utilisateur au projet d'accompagnement** :
 - Par la participation active de la personne aidée, ou son représentant au plan d'aide et au démarrage de l'intervention.
 - Par l'information de l'utilisateur des modalités de l'intervention, et également des éventuelles modifications, ou interruptions de l'intervention.

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a également institué **des outils obligatoires** (documents et dispositifs) destinés à garantir le respect de ses droits fondamentaux.

Parmi ces outils figure **le projet d'établissement ou de service**, dont le contenu minimal, les modalités de validation et la fréquence de révision ont été définis par l'article L. 311-8 du Code de l'action sociale et des familles.

L'Article L. 311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles

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.

- La loi Handicap du 11 février 2005, qui a permis la mise en place de la Prestation de Compensation du Handicap.
- La loi Adaptation de la Société au Vieillessement promulguée le 28 décembre 2015.
- Les Rapports Libault (septembre 2028) et El Khomri (octobre 2019) :

Ces deux rapports mettent en avant plusieurs grands enjeux :

- ❖ De forts besoins en recrutement dans les métiers du grand âge avec notamment les personnes en perte d'autonomie (au sens des bénéficiaires de l'APA) passeront de 1,387 million en 2020 à 1,479 million en 2025.
 - ❖ Les métiers du grand âge sont des métiers d'avenir, porteurs de sens, pour lesquels des perspectives d'évolution doivent être renforcées dans les EHPAD et créées pour le domicile.
 - ❖ Des métiers du grand âge peu attractifs qui sont à revaloriser avec une attention particulière à avoir sur les conditions d'exercice de ces métiers qui sont très difficiles notamment par manque d'effectif. Les postures, les rythmes de travail sont marqués par une forte pénibilité et se traduisent par un nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles (« sinistralité ») trois fois supérieur à la moyenne nationale.
-
- La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 qui introduit la transformation des SAAD, SSIAD et SPASAD vers une unique catégorie de **Services Autonomie à Domicile (art L.313-1-3 du CASF)**. Complétée par le décret du 13 juillet 2023 fixant le cahier des charges des Services Autonomie à Domicile

Le but premier étant **l'amélioration de la prise en charge des besoins à domicile** en décloisonnant les approches aide et soin et en introduisant **une entrée unique** dans les dispositifs d'accompagnement. Une simplification qui devrait permettre **une approche globale des parcours** prenant en compte non seulement la problématique sanitaire mais plus largement les problématiques médico-psycho-sociales et environnementales des personnes âgées à domicile.

2. Modalités d'élaboration et de mise en œuvre du projet de service

L'ensemble de ces textes réglementaires et travaux a été pris en référence dans le cadre de l'élaboration du présent projet de service du Service Autonomie à Domicile du CIAS Chavanon Combrailles et Volcans (SAD du CIAS CCV) tout comme les éléments plus contextuels suivants :

- Le schéma départemental de l'autonomie 2023-2027 au travers de son diagnostic et de son plan d'action
- Les perspectives d'évolution des besoins du maintien à domicile *Source Insee, Drees et Carsat* et le profil de population de notre territoire :

-En 2050, plus du tiers des français auront plus de 60 ans contre une personne sur cinq en 2000.

-La part des plus de 75 ans va tripler, celle des plus de 85 ans quintupler par rapport à l'année 2000.

-17,9% de la population du Puy-de-Dôme a entre 60 et 74 ans, cette classe d'âge présente un intérêt important puisque ce sera elle qui dans les prochaines années aura recours aux prestations des SAD. Les perspectives démographiques du Département indiquent un accroissement de la part des 75ans et plus jusqu'en 2040 où ils représenteraient 22% de la population du Puy-de-Dôme. Mécaniquement le nombre de bénéficiaires APA devrait augmenter sur la même ligne.

-Le vieillissement généralisé de la population reposerait principalement sur l'arrivée aux grands âges des enfants du baby-boom, nés entre 1945 et 1975. En effet, ces générations sont nettement plus nombreuses que celles qui leur ont succédé. La hausse de la population de 65 ans ou plus resterait importante jusqu'en 2050, mais cet effet générationnel jouerait surtout au début de la période de projection (jusqu'en 2035 environ) pour se stabiliser ensuite.

-Sur le territoire de Chavanon Combrailles et Volcans, 36% de la population a plus de 60 ans mais la part des 75 ans et plus a diminué de 8% entre 2009 et 2019. (ABS 2023)

Enfin, ce projet de service a tenu compte du bilan du précédent projet de service notamment quant aux actions envisagées et réalisées sur les axes prioritaires qui avaient été alors déterminés ainsi que sur les données de l'Analyse des Besoins Sociaux (ABS) de Chavanon Combrailles et Volcans réalisée en avril 2023.

Présentation de la démarche

Le projet de refonte du projet de service a été présenté dès 2024 aux élus comme un chantier découlant de la mise en œuvre de la réforme SAD. En effet, la mise en œuvre du cahier des charges impliquait la refonte de nombreux documents et procédures au sein du service et in fine du projet de service qui devait être réécrit en tenant compte des nouvelles missions et des nouvelles organisations mises en place pour y répondre. De plus, l'évaluation externe prévue fin 2026 rendant totalement pertinent la réalisation de ce travail en 2025 en parallèle de la mise en conformité pour envisager l'année 2026 comme l'année première d'un fonctionnement optimal en tant que SAD.

Ces travaux ont fait l'objet d'un accompagnement par un cabinet conseil dans le cadre du chantier de modernisation UNA/CNSA tranche 4 entre 2023 et 2025 pour le décryptage du cahier des charges et la démarche projet pour la mise en conformité et l'élaboration du projet de service.

Par la suite, les responsables de secteur ont suivi une réunion en interne sur la démarche qualité et le cahier des charges des SAD, indiquant aussi le chantier de mise en conformité au cahier des charges et la nécessité de refondre le projet de service le 23 janvier 2025.

Les intervenants à domicile ont été informés et associés à ce travail lors des réunions de service de juin 2025 en présence des élus. C'est lors de ces deux réunions qu'il leur a été demandé d'indiquer les thèmes sur lesquels ils souhaiteraient travailler en priorité parmi 4 thèmes proposés.

- Ethique et bientraitance,
- Qualité de vie au travail et prévention des risques professionnels,
- Evaluations des besoins et plan d'aide personnalisé,
- Coordination et communication.

Ainsi 8 groupes de travail réunissant les aides à domicile se sont déroulés de septembre à novembre 2025, 2 groupes par thème mêlant les intervenantes des quatre secteurs et animés par la direction avec l'appui d'une responsable de secteur référente.

Le personnel administratif (responsables de secteur et direction) a aussi travaillé en collectif à l'écriture de ce projet de service lors de plusieurs réunions de service.

Participation des usagers

Un groupe d'expression des usagers constitué en 2025 sur la base du volontariat a été consulté sur le présent projet de service (2 réunions avec 4 bénéficiaires différents en mai et juin 2026). Les éléments issus de ces échanges ont été intégrés dans la rédaction finale du projet.

Participation des partenaires

Une réunion de travail avec la CPTS Haute Combraille et Volcans s'est déroulée le 15 juin 2026 sur le thème de la coordination « aide et soin ». Ces échanges sont venus compléter les réflexions issues des groupes de travail des intervenantes sur la coordination et la communication interne/externe.

Participation des élus

Une réunion de travail s'est déroulée le 12 juin 2026 avec les nouveaux membres du Conseil d'Administration pour travailler notamment sur le plan d'action.

Restitution, adoption et diffusion

Le projet de service a été présenté en synthèse aux aides à domicile en amont de son adoption définitive lors des réunions de service des 16 et 22 juin 2026. Il a ensuite été adressé puis présenté pour avis du Comité Social Territorial et pour adoption par le Conseil d'Administration le 9 juillet 2026.

Des synthèses seront ensuite diffusées en version papier à l'ensemble des agents et élus du CIAS ainsi qu'aux partenaires. Une synthèse en version FALC (Facile à Lire et à Comprendre) sera également accessible sur le site internet du service et un lien sera fait avec le projet de service intégral depuis cette même page.

I. Présentation de l'organisation, des valeurs et principes éthiques

1.1 Présentation du CIAS Chavanon Combrailles et Volcans et de son service autonomie à domicile

A) Le territoire de la communauté de communes Chavanon Combrailles et Volcans

C'est au 1^{er} janvier 2017 qu'une nouvelle communauté de communes de 36 communes s'est mise en place après la fusion de trois anciens territoires. Celle-ci est située à l'extrême ouest du département du Puy-de-Dôme. La population légale au 1^{er} janvier 2022 est de 12 657 habitants avec une superficie de 840 km².

La communauté de communes Chavanon Combrailles et Volcans présente une structure territoriale multipolaire, constituée de 36 communes mais principalement organisée autour des bourgs-centres que sont Giat, Pontaumur, Herment, Bourg-Lastic, Messeix et Pontgibaud.

Le territoire de Chavanon Combrailles et Volcans est un territoire rural situé en zone de moyenne montagne. En termes de mobilité, la polarisation est-ouest du territoire intercommunal, le long des axes A89, D2089 et D 941, engendre une fragilisation du lien entre les bourgs-centres Giat, Pontaumur, Herment, Bourg-Lastic, Messeix et Pontgibaud. La question de la mobilité est une des problématiques essentielles du territoire et on remarque que les distances, d'une extrémité à l'autre du territoire, sont en moyenne de 50 km (voire davantage), il en découle des temps de déplacements conséquents. Ce territoire est souvent impacté par des conditions climatiques difficiles qui ne facilitent pas les déplacements et renforcent le sentiment d'isolement.

La situation de l'habitat et du logement de la communauté de communes Chavanon Combrailles et Volcans correspond globalement à celle d'une commune à dominante rurale. On note une densité moyenne de 15 habitants au km² et un habitat très dispersé ce qui impacte les temps et délais d'intervention auprès des bénéficiaires du service d'aide à domicile. On remarque que l'habitat n'est pas adapté au maintien à domicile : habitat vieillissant, à étage, isolement géographique, peu ou pas d'isolation, chauffage bois.... Ce qui, là encore, a des incidences sur les interventions et notamment nécessite plus de temps en ce qui concerne l'entretien du logement.

B) Le CIAS

Dans le cadre de la prise de compétence « Actions Sociales d'Intérêt Communautaire », le Conseil Communautaire a décidé de créer un Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS).

Le CIAS est donc une émanation de la Communauté de Communes Chavanon Combrailles et Volcans. Il est en charge de la politique sociale, ainsi, il gère le Service Autonomie à Domicile (SAD) et d'autres dispositifs tels que le portage de repas à domicile ou les logements d'urgence.

Le CIAS propose l'ensemble de ces services sur les 36 communes qui composent le territoire de la Communauté de Communes Chavanon Combrailles et Volcans :



1.2 Le Service Autonomie à Domicile

L'objectif principal du service est de favoriser le maintien à domicile et préserver l'autonomie des personnes fragilisées du territoire en les accompagnant dans l'accomplissement des activités domestiques, des actes essentiels quotidiens et de leurs activités sociales.

Le SAD du CIAS CCV met en œuvre les six missions suivantes, conformément au cahier des charges SAD de juillet 2023 :

-prestations d'aide et d'accompagnement aux activités courantes quotidiennes et aux actes essentiels :

Le service assure des prestations d'aide et d'accompagnement visant à soutenir la réalisation des actes essentiels et des activités courantes de la vie quotidienne, dans le respect des capacités, des choix et du projet de vie de la personne accompagnée. *(ex : entretien du cadre de vie, aide aux courses, préparation de repas...aide au lever/coucher, aide à la toilette, aide à la prise des repas, aide à l'habillage...).*

-évaluation des besoins de soin et orientation/coordination (niveau SAD Aide uniquement) :

Bien que le service n'assure pas de prestations de soins, il contribue à la prise en compte des besoins de santé des personnes accompagnées à travers une mission de repérage des fragilités, de prévention de la perte d'autonomie et de coordination avec les professionnels sanitaires et médico-sociaux du territoire.

Les intervenants à domicile, par leur présence régulière auprès des bénéficiaires, participent à l'identification des évolutions de situation et à la transmission des informations utiles afin de favoriser la continuité et la sécurisation du parcours à domicile.

-aide au maintien du lien social :

Le SAD participe à la prévention de l'isolement et au maintien du lien social grâce à une présence régulière au domicile, au soutien de la vie quotidienne et au repérage des situations de fragilité sociale. Le maintien du lien social constitue un levier essentiel de prévention de la perte d'autonomie et de soutien à la qualité de vie des personnes accompagnées.

-action de prévention de la perte d'autonomie et repérage des fragilités :

Le service contribue à la prévention de la perte d'autonomie par un accompagnement favorisant le maintien des capacités, des habitudes de vie et de la sécurité au domicile.

Les professionnels participent également au repérage précoce des fragilités et des évolutions de situation afin de permettre une adaptation de l'accompagnement et, si nécessaire, une orientation vers les partenaires compétents.

Le service met aussi en œuvre des actions d'information et de prévention à la santé et à la perte d'autonomie destinées au public « senior », bénéficiaire ou non du service (conférence nutrition sommeil, ciné débat, prévention routière...). Cela participe aussi à la proposition d'activités et d'événements sur le territoire permettant des rencontres et échanges. Le service s'inscrit dans le champ de la prévention en partenariat et coordination avec les autres acteurs du territoire (CLS, CLIC ...).

-soutien aux aidants :

Le service contribue au soutien des proches aidants en prenant en compte leur place dans l'accompagnement de la personne aidée, en étant attentif aux situations d'épuisement et en facilitant l'orientation vers les dispositifs et partenaires du territoire. Il met aussi en œuvre des actions d'information et de prévention à destination des aidants.

-Centre de Ressources Territorial

La mission de Centre de Ressources Territorial (CRT) est portée par le SSIAD des Combrailles, une convention de partenariat a été signée en juin 2025 pour déterminer les conditions de partenariat entre notre SAD et le CRT.

Le CIAS exerce ses missions exclusivement en mode **prestataire**.

Le service réalise un peu moins de 55 000 heures à l'année (53 224 heures en 2025).

80% des heures réalisées le sont dans le cadre d'une prise en charge.

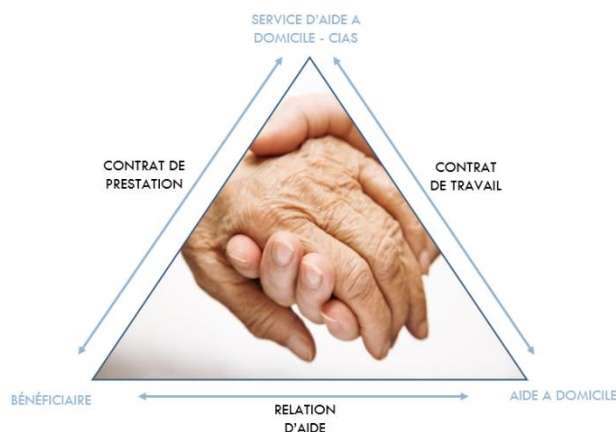
Plus précisément 62% de l'activité du service prestataire d'aide à domicile concerne des dossiers d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et un peu plus de 1% de Prestation de Compensation Handicap (PCH).

Les prises en charge par les caisses de retraite concernent 14% de l'activité du service dont quasiment 30% pour la MSA (régime agricole), 47% pour la CARSAT (régime général) et 19% pour l'ANGDM (Caisses des Mines).

1.3 Principes éthiques et valeurs du service

Le service met en œuvre une organisation pour que le bénéficiaire soit au cœur du dispositif grâce à un service public de proximité, respectueux des personnes accompagnées et offrant des bonnes conditions de travail à son personnel.

Il attache beaucoup d'importance et met en avant la relation triangulaire inhérente au mode d'intervention prestataire.



Le service entend proposer un service de qualité et de proximité et à en garantir l'égal accès à tous les habitants du territoire. Il propose des prestations d'accompagnement individualisées et adaptées aux besoins de chacun.

L'accompagnement des bénéficiaires s'effectue à tous niveaux avec bienveillance, réactivité et adaptabilité.

Il veille aussi à respecter scrupuleusement les droits fondamentaux du bénéficiaire tout au long de l'accompagnement proposé conformément aux dispositions du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement.



Mots clés sur les valeurs issues des groupes d'expressions usagers consacrés au projet de service.

II. Organisation et Gouvernance

1. Gouvernance

Le SAD est un service du CIAS administré par un Conseil d'Administration composé de membres élus issus du Conseil communautaire de la Communauté de communes Chavanon Combrailles et Volcans et de membres nommés issus des représentants d'associations des droits des usagers de services sociaux et médico-sociaux.

Il est présidé par le Président de la Communauté de communes, élu par les membres du Conseil communautaire ;

Ainsi les décisions concernant l'organisation et le fonctionnement du SAD sont discutées puis approuvées par délibération du Conseil d'Administration.

Le CIAS qui a reçu délégation de la Communauté de communes pour la gestion des activités sociales d'intérêt communautaire est intégré au sein du Pôle Action Sociale et Santé de la Communauté de communes. Ainsi, il est inclus dans les politiques publiques de la communauté de communes afin de faciliter la cohérence et la transversalité des différentes politiques développées et notamment favoriser les liens entre les politiques « services à la population », santé et le maintien à domicile.

2. Présentation des professionnels et des compétences

2.1 Direction et personnel d'encadrement

- Une Directrice (Agent titulaire à temps complet dont 0,70 ETP pour le SAD), titulaire d'un Master de Droit Administration Sanitaire et Sociale chargée de la gestion financière, administrative et des ressources humaines. Elle est en charge de la mise en œuvre de la politique d'action sociale souhaitée par le Conseil d'Administration et du respect des réglementations en vigueur.

- Une Directrice adjointe (Agent contractuel à temps plein dont 0,80 ETP pour le SAD), diplômée d'Etat en Economie Sociale et Familiale, dont la mission principale est l'appui technique au quotidien des RS et l'animation d'une démarche de prévention des risques professionnels étant par ailleurs désignée assistante de prévention du CIAS. Elle est aussi en charge de développer un programme d'actions collectives de prévention envers le public âgé et les aidants, en lien avec les nouvelles missions du SAD, et en partenariat avec les acteurs du territoire.

- Des responsables de secteur toutes titulaires et à temps plein dont 95% de leur temps est dédié au SAD :

La responsable de secteur évalue les besoins, aide à la constitution des dossiers de prise en charge, organise l'intervention et veille au bon déroulement des prestations. Elle est l'interlocuteur privilégié du bénéficiaire, des aides à domicile et des autres intervenants à domicile. Elle assure ainsi la coordination nécessaire à une bonne prise en charge y compris pour la réponse aux besoins de soins pour lesquels elle va informer et orienter la personne accompagnée jusqu'à la bonne prise en compte par les partenaires compétents.

Toutes disposent d'une expérience sur ce poste de minimum 10 ans et ont suivi régulièrement des formations dans le domaine. Leurs compétences et connaissances sont renforcées par la formation en continu développée par le service aussi bien pour le personnel administratif et d'encadrement que pour les intervenants à domicile.

Le service est organisé en deux pôles avec un binôme de responsables de secteurs :

-Pour le pôle Pontaumur/Pontgibaud, les deux responsables de secteur travaillent en binôme pour se remplacer mutuellement et assurer ainsi une véritable continuité de service en cas d'absences prévues ou imprévues. La responsable de secteur de Pontaumur travaille 2 jours sur 5 à Pontgibaud pour permettre l'échange d'informations indispensables en cas de remplacements.

-Sur le même principe, les responsables de secteur de Bourg-Lastic et Herment/Giat forment un binôme. Les deux responsables de secteurs partagent un bureau commun tous les jours à l'exception de deux demi-journées pour assurer les permanences sur le site d'Herment et conserver la proximité avec les intervenantes de Giat et Herment.

En plus de leur mission de responsables de secteur, toutes assurent des missions annexes liées en soutien à la direction :

- la responsable d'Herment/Giat est en charge de la formation et des actions de professionnalisation des aides à domicile,
- la responsable de Bourg-Lastic assure la correspondance avec la médecine du travail et le CNAS,
- la responsable de secteur de Pontaumur est en charge de l'établissement et du suivi de la facturation du service,
- la responsable de secteur de Pontgibaud est en charge de la mise en œuvre d'actions collectives de prévention à destination des personnes âgées et en situation de handicap du territoire.

2.2 Intervenants

-l'aide à domicile : son rôle est de seconder les personnes accompagnées pour permettre leur maintien à domicile dans de bonnes conditions. Elle veille à préserver leur autonomie (aider à faire/faire avec mais ne pas faire à la place de) et favoriser leur bien-être.

Son intervention est encadrée par la législation, le plan d'aide accordé par l'organisme financeur et fait l'objet d'un document individuel de pris en charge signé par le bénéficiaire ou son représentant. L'intervention répond aussi aux besoins et attentes exprimés au travers des objectifs inscrits dans le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) le cas échéant.

Le service compte au 1^{er} janvier 2025, 59 aides à domicile pour un peu moins de 42 ETP, dont 10 salariées sont diplômées d'un DEAVS et 5 d'un Titre d'Assistant de Vie aux Familles. Une majorité des intervenants ont un diplôme de type BEP Sanitaire et social ou Bac Pro services aux personnes et/ou ont une expérience professionnelle en milieu hospitalier ou en EHPAD.

Les agents du service sont en contrat de travail de droit public. 53 sont titulaires de la fonction publique, 6 sont contractuelles de droit public dont 1 en contrat à durée indéterminée. En moyenne, les agents occupent des postes à 0.70 ETP.

3. ACCUEIL, INTERGRATION ET ORGANISATION DU TRAVAIL

3.1 Accueil et intégration des nouveaux agents

Les aides à domicile sont recrutées par les responsables de secteur lors d'entretien d'embauche avec dossier de candidature à l'appui. Un test de compétences peut être réalisé lors de cet entretien avec des exercices de mises en situation. Le service recherche en priorité des personnels formés ou à défaut avec de l'expérience dans le domaine du service à la personne. Face à la pénurie de ces profils ces dernières années, le service s'attache à recruter des personnes dont le profil laisse apparaître des savoirs être et les qualités humaines indispensables à l'accompagnement de public vulnérable. L'accent est alors mis sur l'intégration et l'accompagnement de l'agent dans sa prise de poste. Ainsi, une période de « tuilage » et l'accès à des formations sont alors organisées au plus vite pour permettre à l'agent recruté de s'intégrer au mieux à l'équipe et d'acquérir rapidement les compétences techniques nécessaires.

Avant sa prise de poste effective, la responsable de secteur reçoit en entretien la personne embauchée pour lui présenter les différents bénéficiaires qu'elle sera amenée à rencontrer (contexte d'intervention, missions...) et lui donner le nom et les coordonnées des collègues qu'elle peut contacter pour échanger sur les pratiques à mettre en œuvre chez les bénéficiaires. Elle lui remet également les différents équipements mis à disposition ainsi qu'un livret d'accueil salarié décrivant le fonctionnement du service et les consignes de travail et toutes les informations utiles à la bonne compréhension du fonctionnement du service. L'agent se voit aussi remettre et présenter le livret d'accueil bénéficiaire et le règlement de fonctionnement afin de s'approprier complètement les missions du service et nos engagements envers le bénéficiaire.

Depuis 2023, pour faciliter une intégration pérenne des intervenantes, un parcours d'intégration a été mis en place sur plusieurs temps forts : outre l'entretien de recrutement puis celui de prise de poste, l'agent est reçu par la direction et sa responsable un mois après son arrivée pour un premier bilan et une reprise des informations notamment sur la prévention des risques professionnels, des consignes de service et pour évaluer les besoins en formation et les évolutions possibles. Enfin, entre 6 et 15 mois, l'agent est convié à un petit déjeuner d'intégration avec les autres dernières recrues. Ce temps animé par la direction, en présence d'un élu, a vocation à créer du lien entre les agents, illustrer l'aspect collectif et transversal du service et comment ce dernier s'inscrit dans le panel d'acteurs du territoire. Un partage des valeurs du service et de leur rôle en son sein est réalisé lors de ce temps d'échange convivial. Le processus d'intégration sur un peu plus d'un an fait l'objet d'une fiche protocole synthétique retraçant ces différentes étapes clés.

3.2 Organisation collective du travail

A minima, les intervenantes sont réunies par pôle au moins une fois par an pour évoquer les évolutions administratives, faire passer des consignes de travail, répondre à leurs questions, évoquer et échanger autour des difficultés de leur poste. Ces réunions se déroulent en présence de la direction et des élus.

En complément, chaque responsable de secteur organise des réunions, environ tous les trimestres, avec chaque équipe d'intervenants pour donner ou réaborder des consignes de travail, coordonner certaines interventions. Si une situation nécessite une réorganisation urgente, une réunion est organisée le plus rapidement possible.

3.3 Organisation du travail

Les aides à domicile évoluent dans le respect d'une fiche de poste qui leur est remise à la signature de leur contrat. Pour rompre l'isolement, leur permettre de prendre du recul sur les situations rencontrées et de travailler leur positionnement professionnel, des séances d'analyse des pratiques leur sont proposées à minima deux fois par an.

Chaque année, un entretien individuel est effectué pour chaque agent par sa responsable de secteur permettant d'échanger sur son travail quotidien, les difficultés rencontrées, les objectifs pour l'année suivante et envisager des formations spécifiques adaptées aux besoins de l'agent et à ses motivations.

III. Processus d'accompagnement de la personne accompagnée

En 2018, une démarche qualité avait été amorcée avec la création de formulaires uniques pour l'ensemble des secteurs que ce soit pour la gestion de leur portefeuille de bénéficiaires ou pour la gestion de leurs aides à domicile respectives.

Différentes procédures ont ensuite été mises en place pour garantir aux usagers un accueil et la délivrance d'une prestation identique quel que soit le secteur. Toutes ces procédures ont été rédigées ou remises à jour à compter de 2024 pour tenir compte des obligations réglementaires issues notamment du cahier des charges des services autonomie à domicile.

1. De l'accueil à la définition de l'intervention

1.1 Le premier contact et informations

Dans un souci de proximité avec les habitants, le public peut être accueilli sur 4 lieux distincts sur le territoire : tous les jours de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h00 (le vendredi 16h30) dans les locaux de la Communauté de communes à Bourg-Lastic, Pontaumur et Pontgibaud mais aussi à la mairie d'Herment lors de deux permanences par semaine. Le service est joignable également par téléphone aux mêmes horaires.

Nos locaux disposent d'espaces d'accueil permettant la confidentialité des échanges et la mise en place de l'affichage des informations générales de fonctionnement du service (tarifs, charte de la personne accueillie, règlement de fonctionnement...). Notre site internet permet également la consultation de ces documents.

Toute demande d'intervention peut se faire sur simple demande auprès du service administratif.

Nous donnons tous les renseignements nécessaires et pouvons aider à constituer le dossier de prise en charge. Si nous ne pouvons pas répondre à la demande, nous nous engageons à orienter la personne vers les services compétents qui pourront y répondre.

Désormais concernant le besoin de soin, notre service s'engage à informer la personne sur les opérateurs dispensant du soin et à garantir leur mise en relation. Le service devra également assurer la coordination de la prise en charge ou y participer pleinement si elle est assumée par un service autonomie intégré.

Selon le niveau de dépendance, nous étudions les possibilités de prise en charge par un organisme de retraite, une mutuelle, le Conseil Départemental pour l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap) via la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

A la demande du bénéficiaire et systématiquement pour chaque prestation, un devis est complété et laissé à la disposition du bénéficiaire. L'établissement de ce devis est gratuit.

1.2 La visite à domicile et l'évaluation des besoins

Afin de bien cerner chaque situation et adapter notre intervention aux besoins des bénéficiaires, le service organise des visites à domicile à chaque nouveau dossier, permettant une présentation des services et de leur interlocuteur privilégié à savoir la responsable de secteur.

La visite permet d'évaluer la situation, de déterminer avec le bénéficiaire les besoins et de convenir d'un planning d'interventions. Pour cela la responsable de secteur remplit conjointement avec le bénéficiaire le Document d'évaluations des besoins qui définit les besoins précis de la personne. Ce dernier servira à la rédaction du Document Individuel de Prise en Charge (DIPEC) mais aussi ultérieurement à la co-construction du projet d'accompagnement personnalisé (PAP).

De plus, nous remettons et présentons systématiquement le livret d'accueil qui précise les informations pratiques du service ainsi que le règlement de fonctionnement. Des documents informatifs sur nos partenaires et l'offre de service complémentaire peuvent aussi être distribués en fonction du besoin (aide aux aidants, téléassistance, de l'Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) ...).

1.3 La mise en place de l'intervention

Sur la base de cet entretien un devis est rédigé et envoyé au bénéficiaire. Si ce dernier est accepté, le DIPEC est adressé en 2 exemplaires au bénéficiaire avant la première intervention. Ce contrat reprend les éléments suivants :

- la durée de la prestation, fréquence des interventions, le type de prestations,
- le prix de la prestation avant toute prise en charge,
- quand elle est connue au moment de la signature du contrat le montant de la prise en charge,
- le restant à charge de la personne,
- les modalités de facturation et de paiement,
- les informations sur les conditions de résiliation et de rétractation,
- le recours possible à la médiation,
- la nature et le traitement des données dans le cadre de la loi informatique et libertés.

2. L'intervention

2.1 La continuité de service

Le service assure ses missions 7 jours sur 7, de 7h à 21h sans exception.

Les horaires de travail au domicile sont définis par un planning mensuel établi en concertation entre la personne accompagnée et le CIAS. Aucune modification du planning mensuel ne peut être faite sans l'accord du service. Le service s'engage à respecter au mieux les plages horaires prédéfinies lors de la signature du document individuel de pris en charge. Des variations liées à des contraintes de service sont toutefois possibles.

Les aides à domicile ont accès à leur planning du mois le 25 du mois précédent et les bénéficiaires se voient distribués par leur intervenante un exemplaire papier du planning mensuel au plus tard chaque début de mois.

En cas d'impossibilité d'intervention ou de changement d'horaire, le service s'engage à prévenir au plus tôt et à garantir une remplaçante en priorité pour les interventions concernant l'aide aux actes essentiels de la vie courante. Les interventions les week-ends et jours fériés sont réservées en priorité aux personnes les plus dépendantes et/ou isolées. Les modalités de gestion des remplacements sont détaillées dans le règlement de fonctionnement et le document de prise en charge.

En dehors des horaires d'ouverture, il y a possibilité de laisser un message sur le répondeur téléphonique du service ou en cas d'urgence, le service peut être joint sur le numéro d'astreinte. En effet, une responsable de secteur par pôle est d'astreinte les week-ends et en dehors des heures d'ouverture du bureau la semaine pour être en mesure de gérer les urgences des aides à domicile ou des bénéficiaires et garantir la continuité de service sur ces périodes.

2.2 La qualité et l'adaptabilité de l'intervention

Les intervenants s'engagent à fournir un travail de qualité et adaptés aux besoins de la personne. Ils doivent respecter les horaires et jours d'intervention définis dans le DIPEC.

Nos agents sont tenus de nous rendre compte du bon déroulement de l'intervention. Leur rôle est essentiel, ils sont un relais entre le service et les bénéficiaires. Ils doivent évaluer l'évolution des situations et donner les informations nouvelles au service qui adaptera l'intervention et transmettra aux services extérieurs spécialisés si nécessaire. Ils sont consultés, pour avis, sur les éventuelles modifications à apporter à l'intervention et sont associés à la co-construction du projet d'accompagnement personnalisé des bénéficiaires qu'ils accompagnent. Des réunions de coordination sont organisées pour traiter des situations difficiles soit en interne soit avec la participation des intervenants extérieurs (IDE, CPTS, ESA, assistante sociale, CLIC...). Les aides à domicile sont systématiquement conviées afin de participer à

la prise en charge globale de la personne. Cette participation souligne l'importance de leur rôle et permet donc la valorisation de leur profession.

Nos agents travaillent quotidiennement dans le respect de l'intimité des personnes et sont soumis au secret professionnel et au devoir de confidentialité. Le service poursuit continuellement sa vigilance sur cette question et a pour objectif d'informer et de sensibiliser régulièrement son personnel sur les règles de conciliation entre les droits au respect de la vie privée de chacun et les besoins de communication ou de partage d'information pour une bonne prise en charge.

Le service propose aussi aux bénéficiaires, lors de la visite à domicile de mise en place, la signature d'une autorisation de communication externe. Ce document permet au service d'échanger sur la situation du bénéficiaire avec les partenaires externes au service lorsque cela s'avère strictement nécessaire à la qualité de leur accompagnement. Cela permet au service de sensibiliser l'utilisateur sur le besoin essentiel de travailler en coordination avec tous les intervenants à domicile pour leur apporter une prise en charge de qualité tout en respectant un cadre précis.

2.3 La gestion des urgences à domicile et les situations de crise majeure

En cas d'urgence, les intervenantes ont été formées à respecter un protocole de gestion des urgences à domicile. Ainsi en cas d'urgence vitale, l'intervenant appelle les secours, applique les règles élémentaires de sécurité puis prévient la responsable de secteur. Nos intervenants sont formés à minima tous les 3 ans aux gestes de premiers secours suite à un partenariat avec la protection civile.

Suite au covid-19 un plan de continuité d'activité avait été créé pour assurer les conditions de poursuite du service malgré un risque sanitaire grave avec mise en place d'un confinement et un absentéisme important. Depuis, un plan de continuité d'activité est mis en place pour prévoir toutes formes de crise majeure qui impacterait profondément l'organisation du service (risques climatiques, pénurie de carburant, piratage informatique, fort absentéisme...). Ce plan permet de préciser les conditions du déclenchement du service en mode dégradé et les étapes de mises en œuvre. Il précise notamment les personnes et ressources mobilisables et les critères de priorisation à prendre en compte pour conserver les interventions essentielles.

3. Les bilans et l'évaluation de la qualité des prestations

Le contrôle de la qualité des prestations s'effectue en continu et de différentes manières : l'enquête annuelle de satisfaction, les visites annuelles et les appels téléphoniques réguliers.

Lors du premier mois de la prise en charge, le bénéficiaire sera amené lors d'une conversation téléphonique à donner son avis. L'objectif de cet entretien est d'évaluer la satisfaction de la personne, l'adéquation entre la prestation et ses besoins et attentes et d'adapter la prestation si nécessaire.

La responsable de secteur qui a effectué la première visite à domicile reviendra au domicile au minimum 1 fois par an pour faire le point sur l'évolution des besoins et réviser le projet d'accompagnement personnalisé. Une visite peut être réalisée à tout moment à la simple demande du bénéficiaire ou d'autres intervenants à domicile partenaires. Des visites sont organisées aussi lors des renouvellements de prise en charge. Ces visites constituent un moment privilégié pour s'assurer que l'intervention est conforme aux besoins et attentes de la personne aidée, y compris pendant les remplacements. Lors de cette visite, la responsable contrôle le contenu du cahier de liaison, le bien-être ainsi que le degré de satisfaction de la personne par rapport au travail et au comportement des aides à domicile. Il s'agit en outre de vérifier si les missions définies et les modalités d'intervention conviennent toujours.

La visite annuelle poursuit les mêmes objectifs de proximité avec les bénéficiaires, d'évaluation en continu des besoins et de contrôle de la qualité.

Pour l'enquête de satisfaction annuelle, le service a choisi de procéder à une enquête anonyme basée sur des questions fermées et simples auxquelles une réponse peut rapidement être apportée.

L'enquête aborde trois grands thèmes :

- Les relations avec le service (facilité d'accès, clarté des documents, délais de réponse...),
- Les services rendus (prestations proposées, horaires d'intervention, organisation du travail les week-ends et jours fériés, remplacements...),
- Les relations avec le(s) intervenant(s) (qualités professionnelles et savoirs être).

Chaque année, un sujet est mis en avant au travers d'une ou deux questions plus ciblées.

A la fin du questionnaire, les personnes peuvent donner leur appréciation globale sur le service et faire part de leurs attentes ou suggestions.

Les résultats du questionnaire sont diffusés aux élus, aux usagers ainsi qu'aux agents et peuvent conduire à réajuster ou faire évoluer l'organisation du service.

IV. Coordination

La coordination constitue une fonction centrale du service. Elle vise à garantir la continuité, la cohérence et la qualité des interventions auprès des usagers, dans le respect de leurs besoins et du cadre réglementaire.

Elle est assurée par **les responsables de secteur**, en lien étroit avec les intervenants à domicile et les partenaires du territoire.

1. Organisation de la coordination

La coordination s'appuie sur l'évaluation initiale des besoins de l'utilisateur réalisée lors de la visite à domicile. Cette évaluation permet d'élaborer un accompagnement individualisé précisant la nature des interventions, leur fréquence et leurs objectifs.

Les interventions sont planifiées par la coordination, qui veille à l'adéquation entre les besoins identifiés, les compétences des intervenants et les contraintes organisationnelles. Les plannings sont ajustés en continu afin de prendre en compte les évolutions de situation, les absences et les situations imprévues.

2. Suivi des situations et circulation de l'information

La responsable de secteur, en charge de la coordination, assure le suivi régulier des situations des usagers que ce soit en échangeant directement avec la personne, les intervenantes ou des partenaires dans le cadre du respect du partage d'information. Le plus souvent ce sont les intervenants à domicile qui transmettent leurs observations (évolution de l'autonomie, difficultés rencontrées, événements inhabituels) le plus souvent à l'oral. Ces informations sont tracées dans le logiciel et analysées par la responsable de secteur et donnent lieu, si nécessaire, à des ajustements du projet d'accompagnement ou à des échanges avec les partenaires concernés.

La circulation de l'information est organisée afin de garantir la continuité de l'accompagnement, la réactivité du service et la sécurité des usagers comme des professionnels. Aussi les intervenantes sont associées et informées des ajustements mis en place et des suites données à leur remontées d'information.

3. Articulation avec les partenaires

La coordination joue un rôle d'interface avec les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux (services de soins, professionnels de santé, CCAS, familles, représentants légaux). Elle veille à la cohérence des interventions, au respect du champ de compétences du service et à la complémentarité des actions mises en œuvre autour de l'utilisateur

Dans ce cadre, le service travaille quotidiennement en étroite collaboration avec différents partenaires :

- le Conseil Départemental, et son équipe médico-sociale,
- les assistants de service social des Caisses de Retraite,
- Les Mutuelles pour les prises en charge en sortie d'hospitalisation,
- les professionnels et services de santé du territoire, pour une meilleure coordination de certaines situations (médecins, services infirmiers, SSIAD, service social des cliniques, hôpitaux...), et notamment sur une grande partie du territoire avec la CPTS Haute Combraille et Volcans (HCV) qui a développé des parcours maintien à domicile complexe et sortie d'hospitalisations.
- le CLIC Riom Limagne et CLIC Senior Montagne (conseil, coordination, animation des réunions maintien à domicile fragile...).

Des visites communes, réunions de coordination ou échanges téléphoniques sont très régulièrement mis en place avec les assistantes sociales APA, les assistantes polyvalentes de secteur ou les gestionnaires de parcours de la CPTS HCV pour évoquer les situations complexes et essayer de trouver ensemble les leviers d'amélioration pour ces situations.

Dans certaines situations, lorsque les conditions d'intervention ne permettent plus d'assurer un accompagnement adapté ou sécurisé dans le cadre des missions du service, une réévaluation du plan d'aide ou une orientation vers des dispositifs plus appropriés peut être proposée.

Des tableaux de suivi permettent de tracer les visites communes réalisées ainsi que les réunions de coordination avec les partenaires. Ces temps de réunion et de concertation se développent beaucoup ces dernières années et répondent au besoin accru de coordination pour des prises en charge de plus en plus complexe à domicile. Des questionnements éthiques seront intégrés à ces temps de manière beaucoup plus fréquente également dans un objectif de qualité de la prise en charge et de respect des droits fondamentaux des personnes accompagnées.

4. Soutien aux professionnels

La coordination constitue un appui pour les intervenants à domicile. Elle apporte des réponses aux difficultés rencontrées sur le terrain, participe à la régulation des situations complexes et contribue à la sécurisation des pratiques professionnelles. Elle favorise également la remontée des besoins en formation et l'amélioration continue de l'organisation du service.

V. Travail partenarial et réseaux

Outre la coordination sur les situations individuelles des personnes accompagnées, notre service met en œuvre un travail partenarial autour des questions du maintien à domicile et de l'offre de service médico-sociale, sociale et sanitaire sur le territoire. Dans ce cadre, il bénéficie d'une relation étroite avec certains services et professionnels de santé :

A l'initiative du SMAD des Combrailles porteur du SSIAD, du CRT, de l'ESA et de la PFAR des Combrailles un réseau des services à domicile s'est créé et regroupe, en plus de ces services, les trois SAD publics des Combrailles dont celui du CIAS Chavanon Combrailles et Volcans.

Le SMADC portant aussi le Contrat Local de Santé (CLS) des Combrailles la participation à ce réseau qu'il anime permet l'émergence d'une dynamique transversale entre les projets du CLS et ceux des services de maintien à domicile.

Des conventions de partenariat régissent les modalités d'organisation et de coordination entre notre service et le SSIAD, le CRT, l'ESA et la PFAR.

A travers le réseau UNA aussi, les 3 services publics autonomie à domicile des Combrailles mutualisent leurs moyens pour mettre en œuvre certains projets tels que les plans de formation, les équipements télégestion, des analyses de pratiques...

Le territoire Chavanon Combrailles et Volcans bénéficie ces dernières années d'une forte dynamique en termes de projet de santé avec notamment l'installation de nouveaux professionnels dans le cadre de pôle ou de maison pluriprofessionnels de santé. Deux CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) couvrent le territoire dont la CPTS Haute Combrailles et Volcans qui développe deux parcours (sortie d'hospitalisations et cas complexes) sur lesquels notre service s'appuie très régulièrement.

Le CIAS siège au Conseil d'Administration et au bureau de la CPTS HCV, il représente ainsi le secteur médico-social et plus particulièrement le secteur du domicile dans cette instance et cela favorise l'interconnaissance entre le soin et le médico-social, entre le service d'aide à domicile et les professionnels de santé.

VI. Participation et expression des personnes accompagnées

La participation et l'expression des usagers sont au cœur de notre projet de service. La mise en œuvre de la participation et de l'expression des personnes accompagnées dans le service est réalisée dans le cadre du respect des droits des usagers, de la recherche d'une co-construction du service et la volonté d'adapter l'accompagnement aux besoins réels de chacun. Le livret d'accueil mentionne cette recherche de leur participation comme l'une de nos priorités.

Les objectifs poursuivis sont ainsi :

- Garantir la prise en compte de la parole des usagers,
- Améliorer la qualité du service grâce à leurs retours,
- Favoriser leur autonomie et leur pouvoir d'agir.

Au quotidien, cela se traduit à travers la co-construction des projets personnalisés, les visites régulières de suivi, la gestion des réclamations mais aussi l'intégralité des échanges téléphoniques ou physiques entre les bénéficiaires et leur responsable de secteur.

De manière plus formelle, l'enquête annuelle de satisfaction adressée à tous nos bénéficiaires est un outil d'analyse de la satisfaction générale mais aussi de la corrélation entre les actions développées et le retour réel sur le terrain. Chaque année, l'enquête est retravaillée pour mettre en exergue un aspect précis de fonctionnement du service. Elle fait l'objet d'une analyse poussée dont un compte rendu est adressé à tous les bénéficiaires et à l'ensemble du personnel et du Conseil d'Administration.

Enfin, la création de groupes d'expression des usagers qui se réunissent une à deux fois par an vise à associer les personnes accompagnées, mais aussi leur proche aidant, à l'organisation du service. Les situations individuelles ne sont absolument pas traitées dans ces réunions qui visent à recueillir leur avis sur la mise en place d'une nouvelle organisation, d'un document (livret d'accueil, règlement de fonctionnement) ou comme ce fut le cas sur le projet de service lui-même.

VII. Bientraitance, gestion des risques de maltraitance et gestion des événements indésirables

Le service développe une vigilance particulière sur les situations pouvant entraîner un risque de maltraitance quelle qu'elle soit. De ce fait, elle met en place une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en formant notamment son personnel au repérage de telles situations avec un partenariat avec l'association ALMA (Allô maltraitance personnes âgées et adultes en situation de handicap).

Outre la formation régulière des agents, le repérage des situations à risques et l'analyse de situations complexes en équipe participent à étoffer les mesures de prévention mises en place.

Une procédure de prévention et de gestion de la maltraitance retrace les différentes étapes clés de la politique mise en place. De ce fait, les agents sont informés qu'il en est de la responsabilité du service et donc de chacun d'entre eux de signaler tout fait de maltraitance et ils savent comment agir dans ce cas-là.

Au-delà, le service intègre dans son fonctionnement au quotidien les notions de bientraitance et d'éthique afin de s'assurer de toujours placer le bénéficiaire et ses intérêts au centre des dispositifs et des réflexions sur l'accompagnement proposé. Les décisions sur les situations dites « complexes », qu'ils s'agissent de maltraitance ou de maintien à domicile difficile, sont toujours le fruit d'une réflexion collective, le plus souvent pluriprofessionnelle et animée par les piliers fondateurs de l'éthique à savoir :

- L'autonomie (respect du droit à l'autodétermination),
- La bienfaisance (le devoir de faire le bien),
- La non malfaisance (le devoir de ne pas faire le mal),
- La justice (traiter toutes les personnes accompagnées de manière égale et équitable)

A ces principes s'ajoute celui de **la singularité** de chaque situation, qui ne doit pas conduire à établir une règle commune.

En effet, les recommandations des bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé définissent l'éthique comme « une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes dans une situation déterminée ».

Analyser et s'interroger sur la meilleure solution dans chaque cas précis et en tenant compte des particularités et contraintes propres à chaque situation conduit à éviter d'être soi-même « maltraitant » en tant que service.

La culture de la bientraitance mise en place crée un climat favorable au questionnement éthique. Ce dernier nourrit et renforce la bientraitance mise en place en renforçant la dynamique de permanente amélioration.

L'ensemble du personnel de direction et d'encadrement a été formé à la bientraitance et à la réflexion éthique en lien avec l'élaboration du présent projet de service et la mise en conformité avec le cahier des charges. L'objectif des années à venir est de faire « ruisseler » ces concepts jusqu'aux agents d'intervention afin qu'ils les intègrent au quotidien dans leurs interventions.

Le groupe de travail « éthique et bientraitance » avait d'ailleurs fait ressortir un besoin des intervenantes de prendre des temps collectifs pour aborder les situations dans le cadre d'une réflexion éthique. Un travail sur le contenu et l'animation des analyses de pratiques proposées pourrait permettre de réaliser de vrais espaces de réflexions éthiques. Une réflexion est aussi amorcée au niveau du réseau des SAD des Combrailles pour créer un espace de réflexion éthique mutualisé avec le réseau des EHPAD.

Enfin, la mise en œuvre du recensement des événements indésirables (EI) et événements indésirables graves (EIG) qui sont signalés conformément à la réglementation, permet au service de mettre à jour ces process et documents en fonction de l'analyse effectuée sur les tableaux de suivi.

VIII. Qualité de Vie et Gestion des Risques Professionnels

La Qualité de Vie au Travail (QVT) et la prévention des risques professionnels étaient déjà identifiées comme des axes majeurs lors du précédent projet de service. Un important travail a été mené sur ces deux aspects et visent à être encore conforté.

En effet, le service autonomie à domicile intervient auprès de publics vulnérables. Les métiers exercés sont exigeants physiquement et émotionnellement, avec des contraintes organisationnelles (déplacements, horaires morcelés, travail isolé, pour les administratifs gestion des plannings, des absences, traitement des réclamations usagers, partenaires...).

La QVT et la prévention des risques professionnels constituent donc des leviers majeurs pour :

- Améliorer la santé et la sécurité des salariés
- Fidéliser les équipes et renforcer l'attractivité du service
- Garantir la qualité et la continuité de l'accompagnement des bénéficiaires
- Répondre aux obligations réglementaires de l'employeur

Le service s'engage à créer des conditions de travail favorisant la santé, la sécurité et le bien-être des professionnels, notamment par l'organisation des plannings, la prévention de l'usure professionnelle, l'accompagnement managérial de proximité et l'accès à la formation continue.

Une démarche de prévention active est mise en œuvre afin de limiter les risques physiques et psychosociaux (troubles musculosquelettiques, fatigue, isolement, risques psychosociaux), à travers le repérage des situations à risque, l'adaptation des interventions, le soutien des équipes et le développement d'une culture de prévention partagée. En prenant soin des professionnels, le service renforce la qualité de l'accompagnement des bénéficiaires et construit un cadre de travail respectueux, sécurisant et porteur de sens.

L'objectif principal est de pouvoir développer une organisation de travail durable favorisant, la santé, la sécurité et le bien-être des agents tout en améliorant la qualité du service rendu auprès des bénéficiaires.

Depuis 2019, le CIAS a mis en place le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP). Celui-ci permet de faire un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail, par la suite de les analyser et de mettre en place des actions de prévention pertinentes afin de limiter voire réduire les risques. Le DUERP est mis à jour, une fois par an ou après chaque nouvel événement qui n'est pas répertorié avec l'aval du Comité Social Territorial. Il est consultable par tous. Un plan d'action annuel de prévention est établi tenant compte de l'étude des registres et accidents de service survenus.

Suite à la mise en place du Projet « Aide et Moi » entre 2023 et 2025 porté par la CARSAT et le Conseil Départemental, le CIAS a pu mettre en place une véritable politique de prévention des risques professionnels en formant notamment son assistante de prévention à l'animation d'une démarche prévention spécifique au métier du domicile. Cela a permis de mettre en place différentes actions sur les thèmes suivants :

1. Prévention des risques physiques

Différentes formations peuvent être proposées, comme par exemple PRAP 2S (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique dans le domaine Social et Médico-Social) qui permettra à l'aide à domicile d'analyser son environnement de travail et proposer des actions correctives pour limiter les risques. D'autres formations liées aux gestes et postures ou à la mobilisation peuvent être sollicitées. Les formations ou sensibilisation sont organisées soit par le CNFPT (Centre National de la Fonction Publique Territoriale), par les CLIC, soit en interne directement par le CIAS.

Le service a pu s'équiper d'aides techniques que les aides à domicile peuvent emprunter afin de les faire tester aux bénéficiaires avant une éventuelle acquisition/location. Une sensibilisation de toutes les aides techniques a eu lieu au sein du service avec une ergothérapeute. Le service lors de la première visite informe les bénéficiaires du matériel adapté nécessaire lors des interventions des aides à domicile. Lors de l'embauche des aides à domicile des petites trousse de secours leur sont remises avec des pansements, du désinfectant, des compresses..., mais aussi des informations concernant certains risques spécifiques.

2. Prévention des risques psychosociaux

Le service a pu mettre en place des groupes d'analyse des pratiques professionnelles afin de permettre aux agents d'échanger sur leur pratique et d'avoir un regard extérieur sur la situation. La fiche de poste est présentée à chaque embauche afin de clarifier le rôle et les missions de l'aide à domicile. Un soutien psychologique peut être apporté par la psychologue du Centre de Gestion. Une enquête sur le climat social du service a été réalisée en juin 2025, il en est ressorti que les aides à domicile se sentaient soutenues et avaient confiance en la hiérarchie. Elles estiment travailler dans de bonnes conditions de travail. Cette enquête est réalisée tous les 4 ou 5 ans pour mesurer l'impact des mesures mises en place.

3. Organisation du travail et équilibre vie professionnelle/personnelle

Le service autonomie à domicile est découpé en plusieurs secteurs afin de limiter les trajets des intervenantes entre chaque bénéficiaire. Les journées continues sont privilégiées, les soirs et les week-ends sont dédiés aux personnes les plus dépendantes et un roulement est établi à l'avance afin de répartir équitablement la charge de travail et de permettre aux agents de s'organiser. Lors de l'embauche, la responsable de secteur demande à l'aide à domicile ses indisponibilités afin de pouvoir en tenir compte le plus possible dans l'élaboration des plannings. Le service est équipé de la télégestion ce qui facilite le badgeage pour les aides à domicile et leur donne accès facilement, et en temps réel, au planning ou aux fiches des bénéficiaires via leur téléphone.

4. Reconnaissance, compétence et parcours professionnels

Le service propose de nombreuses formations à ses agents, afin de leur permettre d'avoir une formation continue et de pouvoir réinterroger leurs pratiques régulièrement. Un accompagnement peut aussi être proposé pour emmener certains agents vers une qualification professionnelle via la VAE (Validation des Acquis de l'Expérience) par exemple ou les concours de la fonction publique.

IX. Moyens et gestion financière

1. Ressources de la structure et gestion financière

Le service est autorisé mais non tarifé, de ce fait il applique un tarif APA et PCH non négocié avec le Département mais dont l'augmentation est encadrée par un arrêté annuel.

De plus, notre population se définissant par une faiblesse des revenus, le CIAS s'engage à limiter la part du tarif au-delà du tarif de solvabilisation APA/PCH, représentant pour le bénéficiaire une part sans prise en charge.

Le service a obtenu une réponse favorable à l'appel à projet pour la mise en place de la dotation qualité permettant ainsi le financement de ses actions en termes d'aide à la mobilité, de qualité de vie au travail et de prise en charge des publics spécifiques. Il est signataire d'un CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) pour leur mise en œuvre sur la période 2023 à 2026.

Le tarif sans prise en charge est lui aussi en adéquation avec les moyens financiers de la population et reste ainsi bien inférieur aux montants pratiqués par les services voisins.

2. Moyens matériels

Le service dispose de tous les moyens techniques et informatiques pour une bonne administration du service (postes informatiques avec un logiciel métier d'aide à domicile en télégestion – Ximi de la société Xelya). Chaque personnel administratif est doté d'un ordinateur portable et d'un téléphone portable pour les besoins de l'astreinte administrative. Chaque intervenant à domicile se voit remettre un smartphone pour avoir accès aux données transmises par le système de télégestion. (planning, fiche bénéficiaire, messagerie, badgeage...)

Le service souhaiterait développer à l'avenir le portail familles ou extranet proposé par le logiciel métier afin de faciliter davantage les échanges avec les bénéficiaires ou leurs aidants.

Le service met à disposition des aides à domicile des équipements de protection individuelle tels que des gants appropriés pour l'aide aux soins et d'autres pour le ménage quotidien du domicile ainsi que des masques chirurgicaux et du gel hydroalcoolique. Depuis le Covid-19, les salariés ont aussi accès à des masques de types FFP2 ou des équipements individuels de protection renforcés tels que des surblouses ou surchaussures à usage unique pour faire face à des épidémies ou expositions à des éléments pathogènes et contagieux.

Deux tuniques de travail floquées au nom du CIAS leur sont également remises, cela participe à la reconnaissance du service et à la valorisation de leur profession. Un badge avec nom, prénom, photo et tampon du CIAS est également remis à chaque intervenant de terrain pour faciliter son identification par les personnes accompagnées.

Le service s'est doté de 14 véhicules de services, électriques et flockés aux couleurs du CIAS, dans le cadre des actions sur l'aide à la mobilité de la dotation qualité. Il a aussi fait l'acquisition d'une voiture électrique sans permis, toujours dans un objectif d'attractivité et de qualité de vie au travail. Ces véhicules sont mis à disposition des agents pour effectuer leurs interventions à domicile.

X. Evaluation et suivi de la qualité

1. Les modalités de mise en œuvre de la démarche qualité

La démarche qualité du service s'inscrit dans une logique d'amélioration continue (cycle PDCA (Planifier, Agir, Contrôler, Réajuster) partagée par l'ensemble de l'équipe. Elle repose sur plusieurs éléments dont l'analyse et le croisement permettent d'identifier les axes de progrès à envisager.

Tout d'abord, l'existence de procédures formalisées ou de protocoles internes visent à sécuriser et à garantir l'homogénéité des pratiques professionnelles.

Le service s'appuie ensuite sur plusieurs tableaux de suivi qui sont analysés à minima une fois par an afin d'objectiver son fonctionnement et d'identifier les axes de progrès. Ces tableaux de suivi concernent les événements indésirables, les réclamations des usagers, ainsi que les visites à domicile et les réunions de coordination. Ces outils permettent une traçabilité des situations, une analyse des causes et la mise en place d'actions correctives adaptées.

Par ailleurs, des réunions de coordination sont organisées de manière régulière afin de favoriser l'analyse des situations complexes et l'harmonisation des pratiques entre professionnels. Ces temps collectifs participent pleinement à la dynamique qualité en renforçant la cohérence des interventions et la réactivité du service. Ils sont complétés par les temps de réunions formels où la qualité est toujours abordée : présentation d'une procédure, partage des analyses des tableaux de suivis ou des enquêtes. La création du groupe d'expression des usagers est aussi un moyen de recueillir et prendre en compte l'avis des usagers du service.

La parole des usagers constitue également un levier essentiel de la démarche qualité. À ce titre, une enquête annuelle de satisfaction est réalisée afin de recueillir leur perception du service rendu. Les résultats font l'objet d'une analyse dont les résultats sont communiqués aux agents, bénéficiaires et membres du Conseil d'Administration. Ils donnent lieu, le cas échéant, à un plan d'action à mettre en œuvre.

Enfin, l'évaluation de notre service sur la base du nouveau référentiel commun à tous les ESSMS sera l'occasion d'avoir une photographie à l'instant T de notre qualité de service et donnera lieu à un plan d'action pour corriger, améliorer les points négatifs qui auront été relevés. Une auto-évaluation préalable sera menée et des travaux préparatoires permettront de prioriser les actions à mettre en œuvre pour s'approcher au mieux des attendus du référentiel.

L'ensemble de ces dispositifs combinés contribue à inscrire durablement le service dans une démarche d'amélioration continue, centrée sur la qualité de l'accompagnement, la satisfaction des usagers et la sécurisation des pratiques professionnelles.

2. Les modalités de suivi et d'évaluation du projet de service

Le comité de pilotage qualité, remis en place en 2026 suite aux élections municipales, en charge du suivi de ce projet de service et de la démarche qualité, se réunira une à deux fois par an pour définir les actions prioritaires à mener, évaluer les actions déjà mises en œuvre et contrôler l'avancée générale des objectifs stratégiques du projet de service.

Le comité de pilotage sera aussi amené à éventuellement amender le projet de service en fonction des résultats de l'évaluation, de l'Analyse des Besoins Sociaux, des résultats des enquêtes de satisfaction ou de tout autre nouvel élément qui conduirait à redéfinir les orientations stratégiques pour le service.

La mise en œuvre des actions pourra elle faire l'objet de groupe de travail dont la composition sera plus restreinte mais qui veillera tout de même à conserver les différents profils représentés dans le comité de pilotage (élus, agents administratifs et aide à domicile).

XI. Les objectifs d'évolution, de progression et de développement

Orientations stratégiques et objectifs opérationnels du service pour les 5 ans

Axes stratégiques	Objectifs opérationnels	Actions (exemples non exhaustifs)
<u>AXE n°1</u> Recruter, fidéliser, former du personnel pour répondre aux besoins	1 /Poursuivre la politique Qualité de Vie au Travail pour favoriser le recrutement et fidéliser	-relancer les analyses de pratiques professionnelles -poursuivre la conciliation vie pro/perso -prévoir des temps conviviaux : action à organiser sur la journée des aides à domicile du 17 mars -continuer la valorisation du métier via communication contre les idées reçues du métier/contraintes vs avantages- vidéos -développer partenariat MFR, lycée pro, IFSI ...pour jobs d'été - poursuivre accueil de stagiaire et immersion -pérenniser la flotte de véhicule de service
	2 /Poursuivre la politique prévention des risques professionnels : limiter l'absentéisme, l'usure et les inaptitudes	- informer régulièrement les agents -informer, sensibiliser les bénéficiaires -acquisition et mise à disposition d'aides techniques -formation PRAP2S à poursuivre -recourir à l'ergonome/l'animateur prévention sur situation complexe à domicile -développer analyse de pratiques professionnelles pour les RS
	3 /Poursuivre l'accueil et l'intégration des nouveaux agents	-pérenniser l'accueil en trois temps, -remise du livret accueil agent et présentation des procédures lors des temps d'intégration continue -développer lors des réunions de secteur des temps de transmission et d'apprentissage (moment qualité)
	4 / Développer un parcours de formation adapté aux nouvelles exigences du poste et aux nouveaux profils	-participer à l'expérimentation « PAPA » -poursuivre le tuilage et valoriser les tuteurs -travailler avec le CNFPT le contenu des formations adressées aux aides à domicile

<u>AXE n°2</u> Proposer un service de qualité, adapté aux nouveaux besoins et nouvelles missions des SAD	1 /Consolider et pérenniser la démarche qualité	-Réunir le copil qualité 1 à 2 fois par an pour étudier, analyser les tableaux de bord et outils créés (suivi des EI/EIG, réclamations, plan d'action de prévention, statistiques absentéisme...) -Finaliser le plan de gestion de crise et le PCA et le réviser une fois par an -réunir le groupe d'expression des usagers une à deux fois par an -harmoniser les pratiques au sein des 4 secteurs /poursuivre la traçabilité au sein du logiciel et des tableaux de bord -développer la communication en FALC pour les bénéficiaires -poursuivre la sensibilisation régulière au risque de maltraitance/communiquer aux nouveaux embauchés sur la procédure
	2 /Développer, formaliser les partenariats sur la coordination aide et soin et l'accompagnement des situations complexes	-établir une convention avec la CPTS et le CLIC, retravailler les conventions avec le SSIAD, ESA et PFAR, CRT. -créer groupe de travail avec la CPTS sur limite intervention aide/soins et protocoles de délégation simplifiés -adhérer à l'espace de réflexion éthique des Combrailles dès sa création (en attendant participer à sa création via les réunions de travail)
	3 /Répondre efficacement aux nouvelles missions du SAD en lien avec les partenaires déjà présents	-développer l'accompagnement social individuel proposé (former les équipes) -développer l'accompagnement social collectif en complément des autres dispositifs -développer l'aide aux aidants en complément de la PFAR -rencontrer/échanger avec les EHPAD du territoire pour ouverture animation/repas en lien avec le CRT ou hors CRT

		-se coordonner avec le CLS et les Clics pour se compléter et ne pas faire doublon -associer les clubs et associations du territoire
AXE TRANSVERSAL : Communiquer efficacement	-pour recruter, -pour présenter le service/les nouvelles missions du SAD, -impliquer/associer les bénéficiaires (communication adaptée, FALC) -impliquer/associer les partenaires du territoire, -impliquer les équipes à la DQ, au projet de service...	-diffuser en porte à porte nouvelle plaquette aux mairies, aux structures de santé -présenter fonctionnement et projet de service aux partenaires principaux lors d'une réunion -développer les supports FALC et petites vidéos sur le site internet, en affichage.... -représenter le service en réunions secrétaires de mairies et secrétaires/assistantes médicales des MSP -rencontrer/échanger avec les EHPAD du territoire, les clubs du 3ème âge.