



PROJET DU SERVICE AUTONOMIE A DOMICILE 2025-2030

Présentation pour avis au :

- **GEU le 12 décembre 2024**

Validation par le Conseil d'Administration le 17 Septembre 2025

Sommaire

PREAMBULE	3
MODALITES D'ECRITURE DU PROJET DE SERVICE	3
NOTRE CADRE D'ACTION : LE CENTRE INTERCOMMUNAL D'ACTION SOCIALE DU GRAND ANNECY	4
PRESENTATION DU SERVICE.....	9
CHAPITRE 1 : UN ACCOMPAGNEMENT CENTRE SUR LA PERSONNE : SECURITE, AUTONOMIE ET RESPECT DES DROITS.....	19
CHAPITRE 2 : LE PROJET DE VIE SOCIALE ET D'ANIMATION	27
CHAPITRE 3 : CONSTRUIRE UNE ORGANISATION PERFORMANTE ET HUMAINE AU SERVICE DES BESOINS DES BENEFICIAIRES.....	30
CHAPITRE 4 : L'ACCOMPAGNEMENT EN SANTE - VERS UNE PRISE EN SOINS RESPECTUEUSE ET PERSONNALISEE	38
CHAPITRE 5 : CONSTRUIRE UNE CULTURE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE PARTAGEE	47
CHAPITRE 6 : PROJET NUMERIQUE FEDERATEUR : DEVELOPPER ET HARMONISER LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS.....	56
LA MISE EN ŒUVRE, LE SUIVI ET L'ACTUALISATION DU PROJET DE SERVICE.....	58
ANNEXES.....	58

PREAMBULE

Le Service Autonomie A Domicile (SAD) du CIAS d'Annecy accompagne chaque année plus de 200 personnes âgées. Conscients de la responsabilité liée au fait d'accueillir des personnes vulnérables, nous tenons à ce que le projet de service réponde à trois impératifs :

- Il est un **outil stratégique** construit en cohérence avec les autres grands documents directeurs de notre action que sont le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et le référentiel qualité de la Haute Autorité de Santé (HAS).
- Il est un **levier organisationnel** : ce projet est celui de toutes les parties prenantes du Service Autonomie A Domicile. Il offre continuité dans les parcours et équité dans l'accompagnement, tout en respectant les spécificités de chacun.
- Il confirme la volonté **d'un engagement professionnel** en accord avec nos valeurs. L'organisation mise en place doit être in fine porteuse au quotidien de la promotion de la bientraitance et du respect des droits des bénéficiaires. C'est pourquoi ce projet est également un guide pratique du quotidien, qui donne du sens au travail de chacun.





Ces trois impératifs tracent une ligne directrice claire plaçant **le bénéficiaire et la qualité de son accompagnement au centre de nos préoccupations**. Aussi, ce document s'articule en 6 chapitres qui sont autant d'aspects de cet accompagnement à considérer. Nous vous en souhaitons une bonne lecture.

MODALITES D'ECRITURE DU PROJET DE SERVICE

Le projet du Service Autonomie A Domicile (SAD) a été élaboré de **manière collaborative**, impliquant les responsables, le personnel d'intervention et les bénéficiaires. Il a débuté par un bilan du précédent projet de service 2020-2025 et une analyse de la situation actuelle, pour définir les axes prioritaires pour les 5 années à venir.

Un **Comité de Pilotage (COPIL)** composé des Responsables de Secteur, IDEC, assistantes, chef de service s'est réuni régulièrement et a notamment produit une analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités, menaces) du service le 3 septembre 2024.

Des **Groupes de travail** composés de 15 professionnels, aides à domicile, aides-soignants, Infirmière, responsables de Secteur, ergothérapeute, IDEC, assistantes se sont réunis 4 fois :

-  Juin/Juillet 2024 : présentation en réunions de secteurs de la méthodologie du projet de service
-  5 septembre 2024 : travail sur le bilan du précédent Projet, les attentes des usagers, les forces/faiblesses du service
-  24 octobre 2024 : travail sur les valeurs du service
-  21 novembre 2024 : travail sur la déclinaison des actions



La **participation des personnes accompagnées et des familles** a été active à travers :

✚ **Une enquête lancée auprès des 162 bénéficiaires du service en mars 2024** : avec un taux de réponse de 48 %. Une analyse des résultats de cette enquête a permis d'alimenter le projet. (En

annexe les résultats)

- ✚ **Groupe d'Expression des Usagers (GEU)** : 21 mars 2024 : rappel des axes du projet actuel et méthodologie pour le prochain projet de service
- ✚ **Groupe d'Expression des Usagers (GEU)** : 16 mai 2024 : partage des résultats de l'enquête auprès des bénéficiaires.
- ✚ **Groupe d'Expression des Usagers (GEU)** : 12 décembre 2024 : recueil des besoins des familles et présentation des axes stratégiques.
- ✚ **Groupe d'Expression des Usagers (GEU)** : 27 mars 2025 : participation autour de la notion de bientraitance.



Le vote du Conseil d'Administration : 17 septembre 2025.

La **communication** sur le projet de service : tout au long de la rédaction du projet de service, une communication a été réalisée auprès des professionnels et du Groupe d'Expression des Usagers. Après la rédaction du projet de service, une diffusion en format synthétique sera assurée auprès du personnel et des bénéficiaires.

NOTRE CADRE D'ACTION : LE CENTRE INTERCOMMUNAL D'ACTION SOCIALE DU GRAND ANNECY

Cadre réglementaire

Depuis le 1er janvier 2002, l'Agglomération du Grand Annecy exerce, à travers le CIAS, la compétence facultative Grand Age et Autonomie. A ce titre, le CIAS propose un réseau de structures et de services dédiés, dont 8 EHPAD, 3 Résidences autonomie, 2 accueils de jours et des services du domicile répartis sur le territoire.

Les Établissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) du CIAS Grand Annecy agissent dans un double cadre réglementaire :

- Comme tous les Établissements et Services Médico-Sociaux (ESMS), notre SAD est soumis à des obligations nationales et locales en matière de qualité de prise en charge, de sécurité des soins et de protection des usagers. Ces exigences sont définies par des textes législatifs et réglementaires, notamment la **loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de 2015, et plus récemment le décret du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile et la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir.**
- En plus de ces exigences communes à tous les ESMS, notre SAD évolue dans un cadre propre à la **Fonction Publique Territoriale (FPT)**. Ce cadre impose des règles spécifiques en termes de gestion des ressources humaines, de statuts des agents, de gouvernance, tout en intégrant les orientations stratégiques fixées par l'Agglomération du Grand Annecy.

Le SSIAD géré par le CIAS a signé pour une durée de 5 ans un **Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens (CPOM)** avec l’ARS le 29 mars 2024. Ce contrat définit les objectifs à atteindre en termes de qualité des prestations et de sécurité des soins, et les moyens alloués pour s’y conformer. Le SAD (aide) a signé depuis 2023 un **Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens (CPOM) relatif à la Dotation qualité** avec le Conseil Départemental.

L’adaptation de nos services aux évolutions démographiques et aux besoins des personnes âgées

Les enjeux démographiques propres au territoire du Grand Annecy

+ 125 %

En 2015, **les personnes âgées de 80 ans et plus** représentaient 5,7 % de la population de l’Agglomération. D’ici 2050, cette proportion devrait atteindre 8,9 %, soit une hausse de 125 %.

99

Ce vieillissement rapide de la population se reflète également dans l’indice de vieillissement, qui passerait de 74,8 en 2015 à 99 en **2050** : il y aura donc **autant de personnes de plus de 65 ans que de moins de 20 ans**.

7000

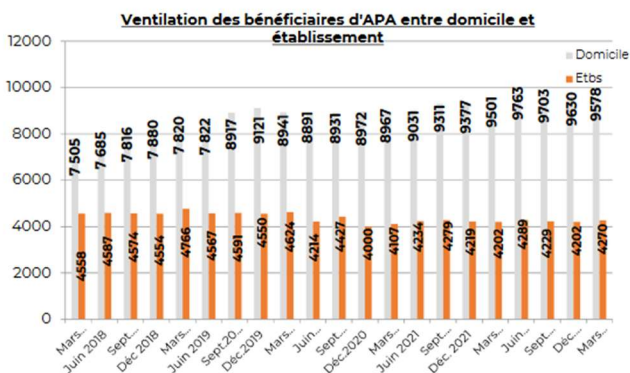
Les projections estiment qu’environ **7 000 personnes seront en situation de dépendance (GIR 1 à 4) en 2050**, soit une augmentation de 110 % par rapport à 2015.

Source : Analyse des Besoins Sociaux du Grand Annecy, 2019

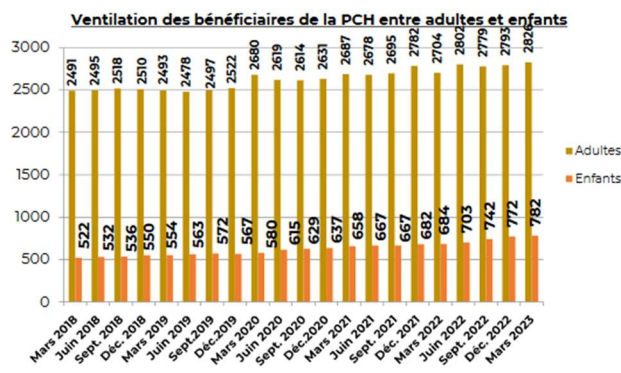
Typologie de l’offre à domicile sur le territoire de notre service

L’offre de l’aide à domicile en Haute Savoie

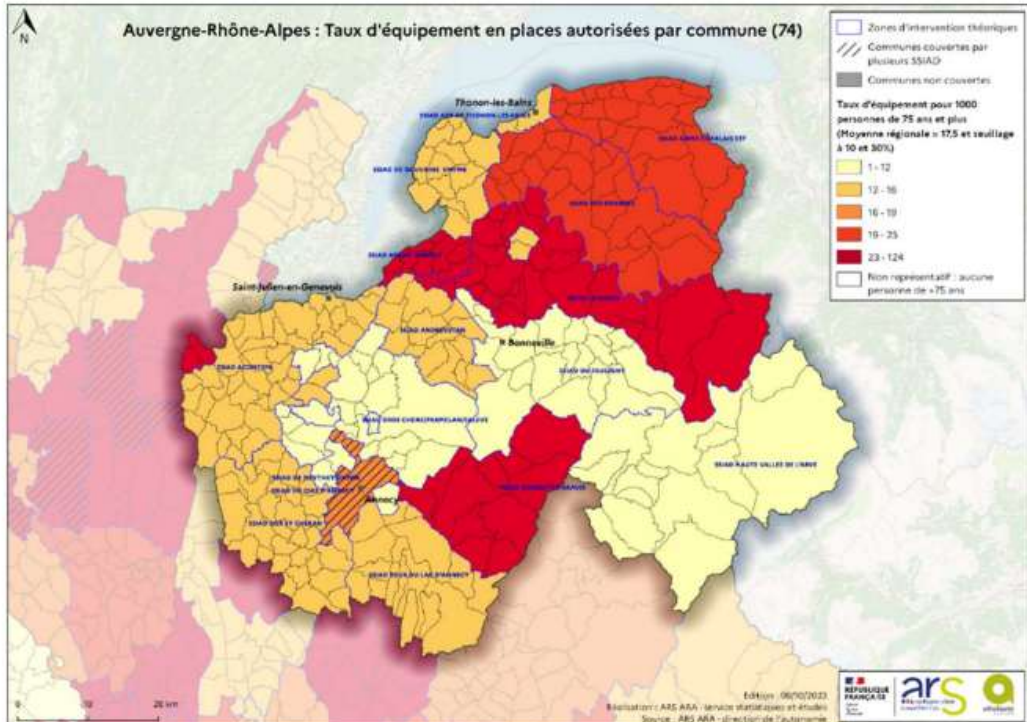
- Des besoins en constante progression**



De mars 2018 à mars 2023 = + 27,6%

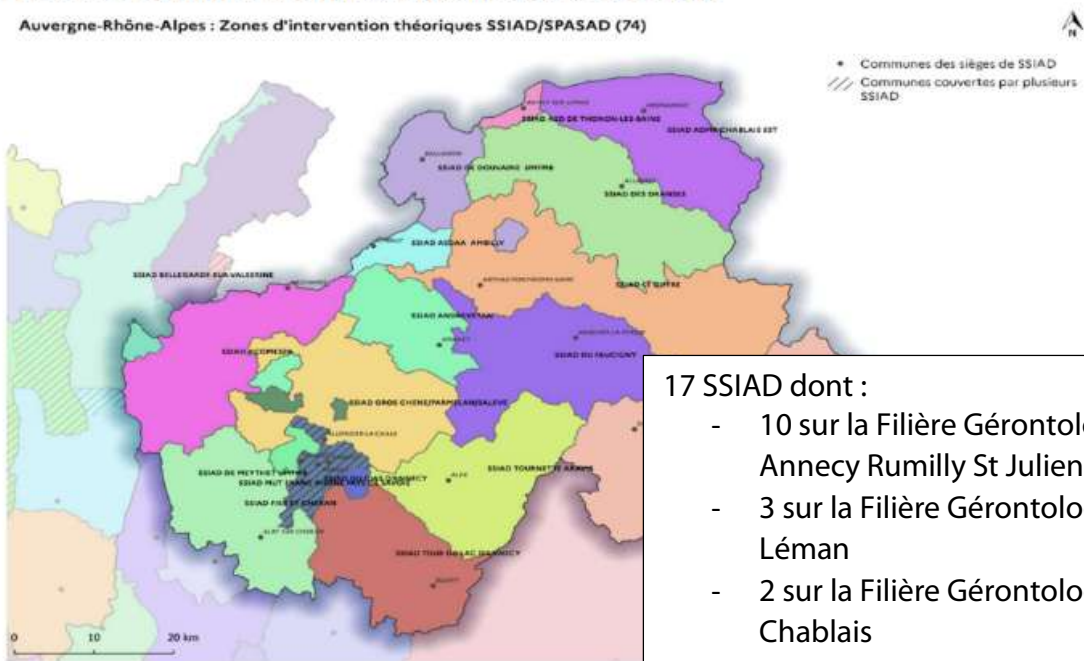


De mars 2018 à mars 2023 = + 13,5%



• **2- Les zones d'intervention autorisées des SSIAD**

Auvergne-Rhône-Alpes : Zones d'intervention théoriques SSIAD/SPASAD (74)



Cette répartition géographique va être amenée à évoluer au regard de la réforme des Services Autonomie A Domicile. Le SAD du CIAS d'Ancey s'inscrita dans le nouveau cadre défini par les tutelles, Agence Régionale de Santé (ARS) et Conseil Départemental et de la refonte de ce découpage territorial.

La gouvernance du CIAS

Conseil Communautaire du Grand Annecy :

Organe décisionnel composé de **95 conseillers** issus des 34 communes du Grand Annecy,

Rôle : le conseil communautaire débat et délibère sur la mise en œuvre des projets de l'Agglomération.

Commission Grand Âge et Autonomie :

Instance consultative composée de **34 élus**.

Rôle : concertation et orientation des politiques liées au grand âge et à l'autonomie.

Conseil d'Administration du CIAS :

Composition : parité entre **administrateurs** de la société civile et **élus**.

Rôle : gestion des services et définition des actions.

Nos valeurs communes

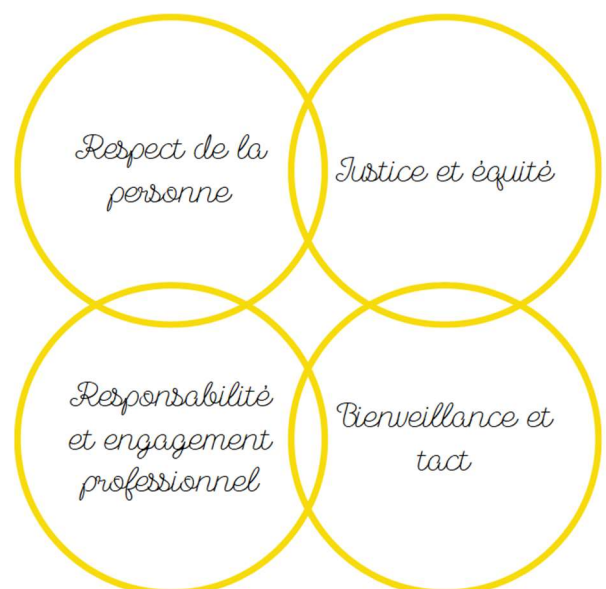
Les valeurs professionnelles du CIAS ont été travaillées à partir de 2008, à la suite d'un diagnostic partagé portant sur les enjeux liés à la bientraitance et à l'éthique au sein des établissements et services. Ce travail a donné lieu à un document officiel, appelé « **Charte d'Éthique et de Bientraitance** », validé par le Conseil d'administration le 22 avril 2009. Aujourd'hui, chaque nouvel agent prend connaissance de cette charte (voir en annexe) à sa prise de poste.

Les agents et les élus du CIAS adhèrent à une approche humaniste qu'ils s'efforcent de traduire quotidiennement dans leur mission d'accompagnement des personnes âgées. Cette approche se fonde sur le **respect** de chaque individu, reconnu pour son âge, son histoire et son unicité.

En préservant son **autonomie** et sa **liberté** d'expression dans les décisions qui la concernent et dans l'exercice des actes de la vie courante,

En prenant soin de lui apporter, en complément de l'aide et de l'affection irremplaçables de sa famille et de ses proches, le maximum de **soutien** et de **bien-être**, à toutes les étapes de l'accompagnement, y compris dans la fin de sa vie,

En favorisant une qualité relationnelle garante de la place et de **l'épanouissement** de la personne âgée et du professionnel qui l'accompagne, et propice à la sérénité de sa famille.



Une offre de service complète à destination des seniors de l'agglomération

La politique gérontologique du CIAS : Prévention et Accompagnement de la dépendance			
	PREVENTION MAINTIEN DE L'AUTONOMIE		ACCOMPAGNEMENT DE LA DEPENDANCE
Actions ciblées de sensibilisation et de formation	Conférences de prévention Bus des séniors	Ateliers de prévention Ateliers numériques	Ergothérapeute Consultation prévention-santé
Aide aux aidants	Ateliers manutention	Journée des aidants	Plateforme de répit Relais à domicile
Soutien à domicile	Animation	Aide à domicile GIR 5-6	Portage de repas Aide à domicile GIR 1-4 Soins à domicile
Solutions de logement / prise en charge	Accueil temporaire	Habitat inclusif – Foyers soleil Résidences autonomie	Accueils de jour
Etablissements	Résidences autonomie		EHPAD
Innovation	Stabbi lab	Outils et méthodes innovants	

L'organisation des services du CIAS et leur complémentarité

Fort d'une offre de service complète, le CIAS du Grand Annecy garantit une prise en charge globale et cohérente des personnes âgées. Cette organisation repose sur une complémentarité des services et une coopération étroite entre ces derniers.

Voici un portrait d'utilisateur ayant bénéficié de plusieurs services du CIAS, illustrant ainsi la collaboration entre les équipes, la cohérence de l'accompagnement et notre approche globale du parcours de vie.



Suite à un AVC et des séquelles compromettant son maintien à domicile, Mme B intègre un EHPAD du CIAS après un séjour en SSR, seulement elle ne s'y plaît pas et après plusieurs années passées à l'EHPAD elle souhaite réintégrer son domicile. A la demande de l'EHPAD, la responsable de secteur et l'IDEC du SAD vont évaluer la faisabilité de ce projet. L'état de Mme semblant trop fragile pour lui permettre de rester seule à son domicile même avec un plan d'aide conséquent, il lui est proposé d'intégrer un appartement dans une résidence de service. Mme B accepte, un travail d'aménagement conséquent est effectué en collaboration avec l'ergothérapeute du service et la tutrice. Un plan d'aide important est mis en place et Mme est ainsi satisfaite de son lieu de vie qui répond à ses besoins, et de manière sécurisée tant pour elle que pour les professionnels.

Le projet stratégique du Service Autonomie A Domicile

Fort de l'état des lieux conduit à l'occasion du **bilan du précédent Projet de service 2020-2025**, de la rédaction du **CPOM** en fin d'année 2023, couplé à **l'auto-évaluation du service** au cours de l'année 2024, et à l'évolution réglementaire, il se confirme un besoin de :

- Inscription du service dans la réforme « Service Autonomie A Domicile »
- Maintien et approfondissement de la qualité de la prise en charge à domicile
- Développement des liens formalisés avec les partenaires
- Visibilité des services du domicile en interne et en externe
- Assurer le virage entre la certification du service et l'évaluation externe
- Evolution du logiciel métier non adapté aux pratiques et besoins actuels
- Approfondissement de la communication avec les équipes de terrain via des outils/moyens adaptés

Aussi, le projet de service 2025-2030 a été travaillé dans cette intention d'amélioration continue, de sorte à sécuriser l'organisation, et offrir un accompagnement de qualité pour tous les usagers. Le CIAS s'attache à ce que l'ensemble de ses politiques ou projets soient prioritairement guidés par **l'intérêt de l'utilisateur**. La méthode de construction du projet de service, tout autant que les réflexions et projets ici proposés, sont donc en lien avec ce principe fédérateur.

PRESENTATION DU SERVICE

Le Service Autonomie à Domicile fait partie de la **Direction Prévention et Bien Vieillir A Domicile** qui comporte également un service Prévention et un service de Portage des repas.

Le **service Prévention** offre les prestations suivantes :

Une plateforme de répit d'aide aux aidants, « Parenthèse d'Alois » qui offre les prestations suivantes :

- Des temps de parole et d'écoute individualisée : 215 séances de soutien psychologique en 2024.
- Des temps collectifs via des « Pauses café » : 171 participations aux groupes de parole en 2024.
- Du relais à domicile : permettant aux aidants familiaux de personnes âgées en perte d'autonomie de se ressourcer pour prendre du répit : de 4 heures à 7 jours consécutifs : 650 heures réalisées en 2024.

Des consultations santé animées par une infirmière et un psychologue : ouvertes à **toute personne âgée de plus de 60 ans** résidant sur l'agglomération du Grand Annecy.

Des ateliers mémoire animés par l'infirmière sur le territoire.

Des ateliers numériques : via des accompagnements individuels ou des ateliers collectifs animés par une conseillère numérique.

Intervention de l'ergothérapeute : à travers des visites réalisées à domicile pour l'aménagement des logements des personnes âgées et des préconisations.

Le **service de Portage des repas** est accessible à toute **personne âgée de plus 60 ans** dans l'incapacité de préparer leurs repas et/ou d'effectuer leurs courses sur 9 communes de l'agglomération. En 2024, 146 625 repas ont été livrés pour 846 bénéficiaires.

Le **Service d'aide à domicile** créé en **1971** comme un service d'aide-ménagère devient :

- 🔍 En **1995**, un **Service de maintien à domicile**
- 🔍 En **2005**, un **Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)**
- 🔍 En **2011**, un **Service de Soins à Domicile (SSIAD)** est autorisé par l'ARS
- 🔍 En **2017**, le SSIAD augmente sa capacité pour passer à 32 places et l'expérimentation en **Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD)** est lancée
- 🔍 Au 1^{er} janvier 2025 : le Service devient **Service Autonomie à Domicile** dans le cadre de la réforme : **avec 42 places autorisées pour le SAD mixte (Aide et soin)**

Les valeurs du Service Autonomie A Domicile

Un **groupe de travail composé d'aides à domicile, aides-soignants, infirmière, ergothérapeute, assistantes, responsable de secteur, chef de service**, s'est réuni le 24 octobre 2024 pour définir les valeurs du service. **A partir de la Charte éthique du CIAS, 4 grandes valeurs fortes**, se sont dégagées pour le service autonomie à domicile :

LES VALEURS:

Bienveillance

Accompagnement, adaptation, sécurité

Communication

Travail en équipe, pluridisciplinarité



Les visuels produits par le Groupe :



Typologie des publics accueillis par le SAD

Nombre d'heures réalisées en 2024 : 45 013 heures

Stabilisation et remontée par rapport à 2023 (43 330 h) et 2022 (44 535 h).

Les aides à domicile du service d'accompagnement à domicile ont réalisé **650 heures** pour le **service de relais à domicile**, 2 fois plus qu'en 2023.

Nombre de bénéficiaires en 2024 : 240 personnes accompagnées (235 en 2023, 228 en 2022)

La moyenne d'âge : évolue peu, elle est de 85 ans pour le service d'aide et 86 ans pour le soin. Nous constatons au cours de 2024 un **turn over important** nécessitant de nombreuses visites d'évaluation à domicile par les Responsables de secteur/IDEC.

Les arrêts du service par motif en 2024 : 60 sorties

Principaux motifs de sorties :

- ❑ EHPAD,
- ❑ Décès,
- ❑ Déménagement
- ❑ Arrêt volontaire,
- ❑ Emploi CESU,
- ❑ Passage au SPASAD

Les entrées du service : 57 entrées sur l'année 2024, majoritairement venant du domicile.

Répartition par GIR :

En 2024	GIR 1 et 2	GIR 3 et 4	GIR 5 et 6
Aide	15 %	63 %	22 %
Soins	48 %	52 %	

La majorité des heures effectuées le sont dans le cadre d'une **prise en charge APA (+80 %)** et la **majorité des interventions** à domicile dure **plus de 60 minutes**, montrant bien la **dépendance du public pris en charge et la complexité des interventions à domicile**.

Les **besoins exprimés sont ceux d'un accompagnement 7 jours sur 7 et 3 fois par jour**. Les familles expriment également des besoins pour la nuit. Le service ne peut pas répondre à toutes les demandes du week-end notamment et n'est pas organisé pour des prises en charge de nuit hors relais à domicile. Face à ces perspectives, le CIAS du Grand Annecy doit anticiper et adapter son offre de services. Les **demandes viennent pour la majorité** des personnes ou des familles, lorsque la dépendance s'installe et que le maintien à domicile nécessite la mise en place d'aide. Un lien important est également tissé avec le Centre Hospitalier d'Annecy (CHANGE), les services SSR pour favoriser les retours d'hospitalisation à domicile, ainsi que les assistantes sociales tant du Conseil Départemental que des CCAS et des acteurs de coordination DAC 74 (Dispositif d'Appui à la Coordination Haute-Savoie) et CRT (Centre de Ressources Territorial).

L'offre de service

Ce projet de service s'inscrit dans le cadre de la **réforme des Services Autonomie à Domicile** qui vise à apporter :

- ✚ Une **réponse plus complète aux besoins** avec la reconnaissance des missions de prévention, repérage des fragilités, soutien aux aidants, lutte contre la maltraitance ;
- ✚ Une **simplification des démarches** au quotidien, les services autonomie deviennent la **porte d'entrée unique pour l'utilisateur** ;
- ✚ Une **coordination renforcée entre les professionnels de l'aide et du soin** pour améliorer la qualité de l'accompagnement.

La **stratégie départementale du Conseil Départemental de Haute-Savoie et de l'Agence Régionale de Santé (ARS)** présentée en juin 2025 s'est réalisée sur la base du diagnostic suivant :

Une **offre en service d'aide qui ne répond que partiellement aux besoins** :

87%
Des SAD répondant refusent de nouveaux bénéficiaires

49%
Des heures APA notifiées aux SAD prestataires sont réalisées

18%
Des heures APA en direction des GIR 1 et 2

Une **offre en soins insuffisante** :

17 SSIAD
Autorisés en Haute-Savoie

67%
Des places occupées (Déclaratif selon enquête)

47%
Des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires APA contre 55% en France

Le contexte spécifique de la Haute-Savoie est à prendre en compte :

- La proximité avec la Suisse, l'impact du tourisme, les problématiques de logement, et les gels de lits d'EHPAD viennent accentuer les tensions sur le domicile,
- La géographie particulière (zones isolées et/ ou de montagne) complique la couverture équitable du territoire,
- Les importants problèmes de recrutement et de fidélisation du personnel et les tensions financières génèrent des difficultés pour se structurer.

En Haute-Savoie, au travers de la structuration des SAD, **la réforme doit constituer un levier** pour:

- Améliorer le service rendu à l'usager et fluidifier son parcours (**prise en charge des publics les plus dépendants GIR 1 et 2**)
- Améliorer la couverture territoriale des besoins (les **zones isolées**)
- Mieux prendre en compte les profils spécifiques,
- Améliorer et optimiser la gestion des services (les **horaires atypiques, notamment** la nuit)


Le projet de service s'inscrit également dans le cadre d'un nouveau modèle tarifaire pour les SSIAD, plus proche de la réalité des soins, qui a pour objectif de mieux prendre en compte l'activité des services et le niveau de perte d'autonomie des personnes accompagnées. Ce nouveau mode de financement comprend deux composantes :


- **Une part socle** (financement des frais de structure, frais de transports) ;
- **Une part variable tenant compte du niveau de santé et de perte d'autonomie du patient, des besoins en soins**, et des modalités d'intervention mises en place.

Enfin, le projet de service s'inscrit dans les orientations tant du **Schéma départemental Autonomie (2019-2023)** que dans les orientations du **Programme régional de l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes** qui met en avant plusieurs enjeux pour le territoire de la Haute-Savoie :

- Répondre aux besoins spécifiques
- Soutenir le domicile
- Reconfigurer et conforter les ressources gérontologiques du territoire
- Promouvoir les parcours coordonnés

Le Service Autonomie à Domicile du CIAS, conformément au cahier des charges du 13 juillet 2023, offre les prestations suivantes, **sachant qu'une partie du SAD est mixte (sur 42 places autorisées par l'ARS)** :

 **Aide et accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne** : le SAD du CIAS propose des prestations d'hygiène, d'habillage, d'aide à la prise de repas, d'aide à la prise de médicaments, de courses, d'entretien du lieu de vie.

 **Réponse aux besoins de soins** : pour la partie SAD intégré, il est proposé des tournées en binôme aide à domicile et aide-soignant depuis la création du SPASAD en 2017. Ce mode de fonctionnement intégré sera poursuivi pour les bénéficiaires les plus dépendants. Pour la partie SAD, les liens avec les intervenants paramédicaux seront formalisés.

- ✚ **Aide à l'insertion sociale** : le SAD du CIAS repère les signes de fragilité, de perte d'autonomie et d'isolement de la personne. Les responsables de secteur qui sont issues de formation en travail social permettent cette vigilance soutenue. Le SAD porte également une attention toute particulière aux aidants et oriente vers la Plateforme d'aide aux aidants le cas échéant.
- ✚ **Actions de prévention de la perte d'autonomie**, de préservation, de restauration et de soutien à l'autonomie : le SAD engage des actions de lutte contre la dénutrition, la déshydratation, les chutes et l'isolement, qui sont les principaux facteurs de risques repérés à domicile. Des travaux sont en cours sur ces thématiques avec la Filière Gérontologique du territoire notamment.
- ✚ **Soutien aux aidants** : une plateforme de répit est en place depuis 2012 au CIAS et propose des actions d'aide aux aidants, de manière individuelle et collective. La responsable de secteur du SAD étant également responsable de la mise en place des relais à domicile, une proximité entre les deux services permet d'offrir un parcours continu tant aux bénéficiaires qu'aux aidants qui sont repérés.
- ✚ **Centre de Ressource Territorial (CRT)** : le CRT est porté sur notre territoire d'intervention par l'EHPAD de la Fondation du Parmelan avec lequel nous travaillons de concert tant sur le volet 1 (appui aux professionnels : via la mise en place d'un comité éthique) que sur le volet 2 (accompagnement renforcé à domicile : lien sur certaines prises en charge) et avec lequel nous conventionnerons.

Le processus d'accompagnement du service

L'accueil et l'information du public

Le SAD est situé dans des **locaux dédiés** avec un **accueil physique** organisé pour l'ensemble de la Direction Prévention et Bien Vieillir A Domicile, **5 jours par semaine**. Les modalités en sont les suivantes :

- Un **accueil téléphonique** personnalisé, qui est assuré **5 jours sur 7 de 8h30 à 17h00**
- Une **messagerie électronique** spécifique au service
- Un **site internet du Grand Annecy** précise les prestations proposées par le service
- Un **guide des services du CIAS** du Grand Annecy diffusé aux prospects, bénéficiaires, partenaires



L'analyse de la demande et des besoins de la personne

Lorsqu'une personne s'adresse au service, sa demande fait l'objet d'une **évaluation à son domicile** par la **Responsable de secteur**. **Pour le SAD intégré, une évaluation conjointe est** réalisée par la RS/IDEC.

Cette évaluation porte sur les besoins d'aide, d'accompagnement, de soins et tient compte des **souhaits et habitudes de vie** de la personne et de son environnement.

L'évaluation permet également de repérer les signes de fragilité. Le Responsable de secteur et/ou l'IDEC évaluent **la sécurité de la personne** et des intervenants et **l'ergothérapeute** du service peut intervenir pour faire des préconisations adaptées.

Cette évaluation tient compte des plans d'aide élaborés par les équipes du Conseil Départemental.

Le **livret d'accueil** est remis sous format papier lors de la première visite d'évaluation par le RS/IDEC.

Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP)

Dans les 6 mois de son entrée, le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) est **coconstruit entre le service et l'utilisateur et/ou sa famille**/personne de confiance suivant les cas. Il fixe des objectifs dans plusieurs dimensions :

- Accompagnement au maintien de l'autonomie dans les actes essentiels de la vie quotidienne, dans les soins, dans les activités domestiques
- Accompagnement au maintien des relations sociales et sorties extérieures



Un **exemplaire signé est remis au bénéficiaire dans le classeur de liaison au domicile et un est conservé au service** dans le logiciel métier. Il est réévalué autant que de besoins et au moins une fois par an.

La contractualisation

Le **document individuel de prise en charge (DIPEC)** qui définit les prestations, leurs modalités de réalisation, les droits et obligations de la personne accompagnée **est remis** à la personne accompagnée. La procédure « Offre de service » détaille le processus et la remise des documents obligatoires, devis, DIPEC, règlement de fonctionnement.



La réalisation des interventions

Pour chaque nouvel embauché, un **parcours d'intégration** est mis en place et suivi par les Responsables de secteur/IDEC. Le nouveau professionnel est obligatoirement positionné en **binôme** avec un professionnel expérimenté lors des premiers jours de travail. Puis, il intègre le **parcours de formation interne avec les ateliers permanents** de formation. De plus, les nouveaux professionnels bénéficient de binôme en SAD (soin) sur 3 matinées, à 15 jours de la prise de poste.

La continuité des interventions est assurée :

- Du **lundi au dimanche de 8h00 à 20h00**, y compris jours fériés.
- En **cas d'absence d'un intervenant**, comme l'indiquent le DIPEC et règlement de fonctionnement, le service met tout en œuvre pour proposer au bénéficiaire un autre intervenant. **Une priorité est accordée aux interventions d'aide à la personne** (repas, toilette, habillage, transferts). Les interventions des soirées, week-ends et jours fériés sont systématiquement assurées. Pour les interventions d'aide à la vie courante (ménage, repassage, courses), si le remplacement ne peut être effectué le jour même, la prestation aura lieu dès que possible, en accord avec le bénéficiaire. Pour le soin à domicile, il est fait appel à de l'auto-remplacement ou de l'intérim afin que les prestations puissent être assurées.
- En **cas d'urgence**, un système **d'astreinte « Encadrement » et d'astreinte « Intervention »** est en place en dehors des plages horaires d'accueil du bureau et le week-end permettant le remplacement d'un intervenant le cas échéant.



Le suivi et l'évolution de la prise en charge :

- Le service tient compte des **besoins et des habitudes de vie des personnes via le projet personnalisé** qui est actualisé en fonction de l'évolution de la situation du bénéficiaire.
- **Les contacts** avec les bénéficiaires et les familles sont réguliers,
- Des **réunions de concertation** avec les partenaires extérieurs sont organisées, le cas échéant
- Lorsque le maintien à domicile devient difficile, les Responsables de secteur/IDEC se mettent en lien avec le service admission du Pôle Etablissements du CIAS prioritairement afin **d'assurer un parcours sans rupture** pour la personne âgée et son entourage. Des hébergements temporaires, EHPAD, accueils de jour, peuvent être proposés ainsi que du relais à domicile dans le cadre du répit aux aidants.

Les outils de la coordination du SAD

En interne, le service fonctionne avec des **outils communs sur les activités d'aide et de soins :**

- Un **logiciel métier commun** à l'aide et aux soins à domicile
- Une **grille d'évaluation commune** pour les Responsables de secteur / IDEC
- Un **cahier de liaison** pour les interventions réalisées au domicile
- Un **système commun de télégestion** pour les intervenants de l'aide et du soin
- Des **réunions de secteur bimensuelles** pour les aides à domicile animées par les Responsables de secteur et **des réunions de transmissions** quotidiennes pour les soignants animées par l'IDEC
- Les **locaux permettent l'organisation de réunions** entre les équipes de l'aide et du soin à domicile. Un espace est dédié à cette coordination (salle de réunion).



Pour le SAD intégré :

- Un **temps de coordination hebdomadaire** entre RS/IDEC
- **Participation de la RS aux transmissions soins** et AD bi-hebdomadaire
- **Coordination avec l'assistante de secteur** pour organiser les plannings

En externe, la coordination est assurée via :

- Des **réunions de concertations** avec les partenaires extérieurs,
- La signature de **conventions** (IDEL, HAD, CRT),
- Des **rencontres programmées** (trimestrielles avec le CCAS, pluriannuelles avec le Centre de Ressource Territorial, le collectif inter-SSIAD)
- La **participation aux groupes de travail de la Filière Gérontologique** du Territoire, à son assemblée générale annuelle
- Participation aux **Réunions de Concertation Pluriprofessionnelle du DAC 74**, pour les cas complexes

La participation des usagers du SAD

Cette participation est facilitée par différents moyens :

- La co-construction **du Projet d'Accompagnement personnalisé (PAP)** dans les 6 mois de son entrée
- **Un bilan à 1 mois** après l'entrée dans le service est réalisé auprès de chaque nouveau bénéficiaire
- Un **Groupe d'Expression des Usagers (GEU)** se réunit 3 fois par an
- Une **enquête annuelle de satisfaction** est diffusée auprès de tous les usagers du service
- La diffusion d'un **baromètre qualité** aux bénéficiaires du service une fois par an sur les résultats de l'enquête

L'écosystème du Service Autonomie à Domicile, les partenaires :

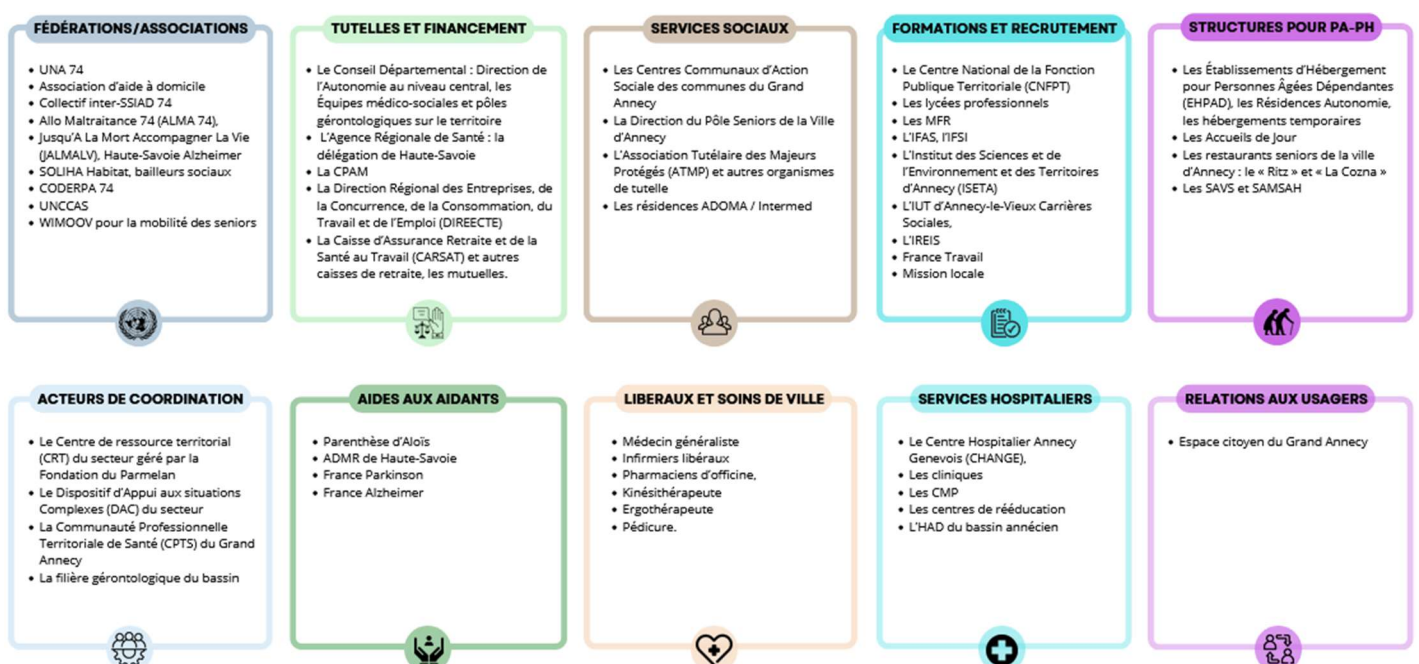


Schéma non exhaustif

Le territoire d'intervention

Dans le cadre de la réforme des SAD, les tutelles ARS/Conseil Départemental ont précisé **leur stratégie en juin 2025, avec 5 objectifs** prioritaires :

- Couverture territoriale et libre choix de l'utilisateur
- Continuité de service (Week-End, Jours Fériés, horaires atypiques)
- Accessibilité financière pour les usagers
- Soutien aux plus fragiles (GIR 1 et 2)
- Pérennité des opérateurs (seuil minimal d'activité en SAD aide)

Les 3 leviers de la réforme sont les suivants :

- Un **Pilotage unifié CD/ARS**
- Une **Régulation territoriale** par la sectorisation des SAD : **autorisation d'un seul SAD mixte par secteur sur la base de la carte actuelle des SSIAD,**
- Vers **un financement par objectif de politique publique**

Dans ce cadre, **le CIAS porte un projet de SAD intégré sur 6 communes : Annecy, Annecy le Vieux, Cran Gevrier, Meythet, Seynod.** Le SAD (aide) couvre les communes d'Annecy et Annecy le Vieux.

CHAPITRE 1 : Un accompagnement centré sur la personne : sécurité, autonomie et respect des droits

Qui sommes-nous ?

Notre Service Autonomie A Domicile est avant tout **un acteur de proximité**, engagé depuis des années auprès **des personnes âgées** du territoire. Nous plaçons **l'humain au cœur de notre action**, avec la conviction que chacun a droit à une prise en charge digne, respectueuse et adaptée à ses besoins. Fidèles à nos **valeurs fondatrices** – bienveillance, respect, professionnalisme et écoute – nous avons su, au fil du temps, nous adapter aux **évolutions du secteur** tout en maintenant un haut niveau de qualité de service.

Le **bilan positif de notre précédent projet de service (2020-2025)** en témoigne :

- Une satisfaction élevée des bénéficiaires quant à la qualité de l'accompagnement et des soins,
- Une équipe formée, avec un engagement affirmé dans l'amélioration continue,
- Une collaboration renforcée avec les partenaires médico-sociaux du territoire.

(voir en Annexe)

Où allons-nous ?

Aujourd'hui, forts de ces acquis et à **l'écoute des attentes exprimées par les bénéficiaires et leurs proches** (voir en Annexe les résultats de l'enquête menée en mars 2024), nous réaffirmons notre mission :

- **D'accompagner les personnes à vivre chez elles dans les meilleures conditions possibles**, en favorisant leur **autonomie**,
- **De garantir une approche humaine et individualisée**, soutenue par **des valeurs éthiques fortes**.

Comment y allons-nous ?

Notre ambition s'articule autour de **5 piliers** :

- **Répondre aux besoins et souhaits individuels des personnes accompagnées**, en garantissant une personnalisation de l'accompagnement et une écoute attentive.
- **Faire de l'accompagnement individuel un véritable outil de prévention et de lutte contre la maltraitance**, en intégrant les principes de bientraitance dans chaque dimension de l'accompagnement.
- **Garantir le respect des droits fondamentaux**, en informant et en associant activement les personnes accompagnées à leurs décisions.
- **Développer les collaborations internes et externes**, pour une coordination optimale au service d'un accompagnement global.
- **Renforcer la place des familles et des proches**, en promouvant leur implication et leur rôle dans le parcours de vie des résidents.

AXE 1 : Répondre aux besoins et souhaits individuels des Personnes Accompagnées

Objectif 1 : Garantir une formalisation et un suivi individualisé des souhaits et besoins des bénéficiaires

Action 1 : Formaliser la procédure de mise en œuvre des Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP)

Action 2 : Formaliser les PAP dans le logiciel métier pour les bénéficiaires relevant de GIR 1 à 4 conformément à la procédure

Action 3 : Assurer l'actualisation annuelle des PAP

Action 4 : Informer les bénéficiaires sur la procédure afin de les impliquer davantage dans leur PAP et leur parcours d'accompagnement.

Objectif 2 : Promouvoir un travail collaboratif et pluridisciplinaire dans la mise en œuvre du PAP afin d'éviter toute standardisation de l'accompagnement

Action 5 : Sensibiliser les professionnels à l'importance de la mise en œuvre des PAP et garantir leur parfaite connaissance des projets de chaque bénéficiaire

Action 6 : Systématiser la démarche de recueil des habitudes de vie par les professionnels

Pour suivre nos progrès :

- Formalisation de 100 % des PAP des bénéficiaires et respect des délais de réactualisation
- Tenue d'un tableau de suivi des PAP

AXE 2 : Faire de l'accompagnement individuel un véritable outil de prévention et de lutte contre la maltraitance

Objectif 1 : Faire de l'accompagnement individuel un véritable outil de prévention et de lutte contre la maltraitance

Lors des interventions quotidiennes des AD/AS, une attention particulière est portée à l'environnement, à l'état général de la personne, aux changements d'attitudes, aux liens intrafamiliaux. Les responsables et professionnels sont à l'écoute et attentifs au repérage des situations à risques. Cette attention quotidienne permet de faire de l'accompagnement un outil de prévention et de lutte contre la maltraitance.

Action 7 : Intégrer et formaliser dans le PAP les choix individuels des bénéficiaires : via le recueil de l'histoire et des habitudes de vie.

Action 8 : Favoriser une équipe régulière d'intervenants pour permettre une personnalisation de l'intervention tout en veillant au risque d'épuisement des professionnels dans les situations complexes

Action 9 : Veiller à ce que les besoins vitaux de la personne soient pris en compte (notamment l'alimentation : attirer la vigilance de la famille sur ce point ou des tutelles/curatelles lorsque la personne est isolée)

Action 10 : Soutenir les préconisations de l'ergothérapeute pour la mise en place de matériel adapté au domicile afin de diminuer les risques tant pour les bénéficiaires que pour les professionnels.

Action 11 : Développer les temps « bien-être » ou de lien social sur l'après-midi : l'organisation actuelle le permet pour certains bénéficiaires du SPASAD. Nous souhaitons l'étendre car cela répond non seulement aux souhaits exprimés par les usagers lors de l'enquête (sorties culturelles, balades...), mais aussi au sens de la réforme des SAD.



**Focus : Groupe d'expression des usagers du 27 mars 2025 :
ce qu'est la Bienveillance à domicile :**

Dialogue, contact, partage, respect, humain, empathie, communication, en accord, adaptation, interconnexion, présence bienveillante, respect des envies, consentement de la personne, humanité, transparence.

Qu'est-ce qu'une belle vie à domicile ?

Garder ses repères, garder son autonomie, rester à domicile le plus longtemps possible, avoir une vie sociale, ne pas être isolé, se faire dorloter, avoir un logement adapté, être financièrement autonome, être chez soi tranquille, être accompagné, sécurisé, être entouré, faire des activités avec d'autres personnes, une vraie présence, de l'écoute, de la tendresse, des échanges, des gestes doux.

Objectif 2 : Prévenir les situations de maltraitance

Action 12 : Formaliser une politique de lutte contre la maltraitance, avec procédure associée, et une cartographie des risques de maltraitance.

Action 13 : Informer et associer les bénéficiaires afin qu'ils connaissent leurs droits et les moyens de les faire valoir, notamment lors de la remise du livret d'accueil en expliquant l'ensemble des droits.

Action 14 : Organiser régulièrement des sessions de sensibilisation à la bienveillance et à la prévention de la maltraitance, en s'appuyant sur la « procédure commune de prévention et gestion des situations de maltraitance » et les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.

Action 15 : Maintenir un plan de formation conséquent via des formations continues et les ateliers de formations internes permettant de soutenir une posture professionnelle adaptée.

Action 16 : Approfondir et déployer le Projet autour du Prendre Soins via la formation Humanité notamment.

Action 17 : Poursuivre les Séances d'Analyse de la pratique pour les professionnels et l'encadrement.

Action 18 : Accompagner les professionnels à déclarer les FEI via le logiciel qualité.

Action 19 : Maintenir les concertations avec les professionnels et les services pour toute situation individuelle à risque et notre présence à l'Espace Ressource Maltraitance de la filière gérontologique et au Dispositif d'Appui aux situations Complexes (DAC) et CRT du territoire.

Action 20 : Participer à la création d'un espace dédié aux échanges et aux questionnements éthiques pour le domicile.

Pour suivre nos progrès :

- Connaissance par les agents de la procédure commune « prévention et gestion des situations de maltraitance ».
- Nombre d'agents sensibilisés/formés chaque année.
- Mise en place du Comité Ethique pour le Domicile et nombre de situations traitées annuellement



Focus : Comité éthique pour le Domicile

Dans le cadre du **Centre de Ressource Territorial (CRT) du bassin annécien porté par la Fondation du Parmelan**, un projet de mise en place d'un Comité éthique pour les professionnels du domicile va voir le jour sous forme d'expérimentation en 2025, en lien avec l'ADMR. Il s'agit de réunir ce Comité 3 ou 4 fois par an à partir des situations remontées par les professionnels de terrain. Une **convention** est en cours de signature.

Un **Flyer explicatif pour les professionnels** a été formalisé.

LES 10 RÈGLES D'OR DE LA RÉFLEXION

1

La réflexion éthique est une nécessité



6

Personne n'est obligé d'être concerné par la situation pour pouvoir y réfléchir



2

On ne fait pas de la réflexion éthique tout seul



7

Plus les personnes faisant partie du groupe de réflexion éthique viennent de structures et secteurs différents, plus le partage est intéressant et la réflexion enrichie



3

Tout le monde peut faire de la réflexion éthique



8

Le groupe de réflexion éthique peut donner un avis mais il ne décide pas



4

Le questionnement éthique est relié à une situation concrète



9

La réflexion éthique consiste à se poser des questions. Elle doit se pratiquer selon une méthode précise



5

La réflexion éthique permet de mieux comprendre et expliquer les valeurs en conflit dans la situation et ce qui fait dilemme



10

Partager ce qui ressort d'un groupe de réflexion éthique permet que cela puisse servir à d'autres si besoin





Focus : Démarche HUMANITUDE

Le projet Humanitude s'inscrit dans le **cadre d'une approche globale de prise en soin de la personne** âgée. Cette démarche globale est portée depuis plus de 5 ans par nos élus et l'encadrement du service autonomie à domicile.

Pour **l'année 2025, 10 professionnels** du Domicile seront formés dont l'encadrement. Et il est prévu un plan pluriannuel pour former l'ensemble des équipes du domicile. La philosophie Humanitude rejoint complètement le projet de service insufflé depuis plusieurs années autour du « prendre soin ». Au-delà de l'approche Humanitude et des 4 piliers (Regard/Parole/Toucher/Verticalité) fondant cette approche du soin, les professionnels axeront leur pratique du quotidien sur la manutention relationnelle et la communication comme outil au service du prendre soin.



BILAN GLOBAL

Des **BÉNÉFICES POUR LES USAGERS**

Diminue les troubles du comportement, dont l'agressivité

Permet un apaisement de la personne, et de son entourage

Sollicitation plus importante de la personne

Des **BÉNÉFICES POUR LES PROFESSIONNELS**

Permet de faire les soins de nursing de manière plus calme, avec l'adhésion de la personne

Font moins « à la place de » et font participer davantage l'utilisateur

Remotive, redonne du sens au travail, envie de continuer dans cette voie

Participe de la démarche de bientraitance au sein des établissements et service

AXE 3 : S'assurer du respect des droits fondamentaux des personnes accompagnées

Objectif 1 : Informer les bénéficiaires et les professionnels sur l'existence de ces droits

Action 21 : Adapter les documents remis afin qu'ils soient compréhensibles pour le public visé, en produisant des supports en FALC (notamment La charte des droits et libertés).

Action 22 : Informer chaque personne accompagnée sur ses droits lors du processus d'admission et porter une attention particulière aux personnes seules et isolées à domicile.

Action 23 : Sensibiliser les professionnels au respect des droits fondamentaux des bénéficiaires via notamment un parcours de sensibilisation aux droits et libertés, ludique et pédagogique, dédié.

Action 24 : Proposer aux bénéficiaires de consulter avec eux les documents relatifs aux droits fondamentaux et leur expliquer.

Objectif 2 : Associer les bénéficiaires aux décisions qui les concernent

Action 25 : Mobiliser les instances d'expression internes au service et renforcer leur rôle. Veiller à ce que les décisions du Groupe d'Expression des Usagers (GEU) soient accessibles.

Action 26 : Coconstruire avec chaque bénéficiaire un projet personnalisé qui respecte ses droits fondamentaux.



Focus sur le Groupe d'Expression des Usagers (GEU), instance consultative du Service autonomie à domicile :

Composé de représentants des usagers/familles, de la gouvernance (élus et direction), de professionnels, et de représentant du personnel, le GEU se réunit **au moins 3 fois par an** et notamment pour exprimer son avis sur :

- Le projet de service,
- Le bilan des enquêtes annuelles de satisfaction
- Le rapport d'activité, Le bilan des plaintes/réclamations/FEI

Objectif 3 : Accompagner les bénéficiaires dans l'exercice de leurs droits

Action 27 : Mettre en place un suivi personnalisé pour chaque bénéficiaire afin de garantir l'exercice plein et entier de leurs droits via le partenariat avec les CCAS et les organismes du quartier (mairies, associations). Et notamment lorsqu'il y a une mesure de protection juridique (lien avec les organismes type ATMP).

Action 28 : Organiser les modalités d'accès à la vie civique et citoyenne (information, logistique...).

Pour suivre nos progrès :

- Affichages rédigés en "Facile à Lire et à Comprendre" (FALC) et assurant une visibilité adaptée aux Personnes à Mobilité Réduite (PMR).
- Effectivité du parcours de sensibilisation des professionnels aux droits et libertés, taux de suivi du parcours.
- Prévoir l'envoi des CR des GEU aux bénéficiaires du service sous un format adapté.

Objectif 4 : Respecter les besoins, attentes, rythme et les habitudes de vie des bénéficiaires

Action 29 : Procéder à une réévaluation annuelle a minima et autant que de besoins en cas d'évolution de la situation du bénéficiaire. Utiliser le Dossier Usager Informatisé (DUI) comme support pour déclencher des alertes et organiser les réévaluations nécessaires.

Action 30 : Veiller à ce que les besoins et attentes des bénéficiaires soient toujours prioritaires face aux contraintes organisationnelles et aux conditions d'exercice des professionnels.

Action 31 : Maintenir le rôle de l'ergothérapeute dans les propositions d'aménagement des logements afin de garantir la sécurité des bénéficiaires et des intervenants à domicile.

Action 32 : Disposer d'un logiciel métier adapté pour assurer un repérage des risques de fragilité dès l'entrée du bénéficiaire et tout au long de son parcours d'accompagnement.

Pour suivre nos progrès :

- Respect des demandes des usagers pour définir les plages d'horaires d'interventions
- Nombre de réévaluations pluridisciplinaires réalisées sur les questions relatives aux risques



Focus sur le rôle de l'ergothérapeute au sein du service

Le service autonomie à domicile bénéficie d'un temps d'ergothérapeute qui se déplace au domicile des bénéficiaires, à la demande des Responsables de secteur/IDEC. L'ergothérapeute propose des aménagements qui rendent plus compatibles un maintien à domicile adapté pour le bénéficiaire et la sécurité des professionnels intervenants. C'est une des réponses du service au regard du besoin exprimé par les familles sur l'adaptation des logements et la sécurisation du domicile.

Axe 4 : Développer les collaborations avec les partenaires pour assurer une meilleure coordination et un accompagnement global des bénéficiaires

Objectif 1 : Renforcer la collaboration interne

Action 33 : Formaliser un processus permettant de fluidifier le passage du domicile à l'établissement entre structures du CIAS, incluant la communication, la transmission des informations et le transfert des dossiers.

Action 34 : Structurer et formaliser la collaboration entre les différents services du CIAS (accueils de jour, PASA, espaces Snoezelen, dispositifs transversaux, etc.).

Objectif 2 : Développer la collaboration externe

Action 35 : Renforcer la place du domicile au sein de la Filière Gériatrique en investissant davantage les groupes de travail thématiques (Nutrition/Maltraitance/Parcours/GRH)

Action 36 : Poursuivre la participation du SAD au Collectif inter-SSIAD au niveau départemental

Action 37 : Poursuivre les rencontres régulières avec la Direction Senior du CCAS d'Annecy

Action 38 : Collaborer avec le Centre de Ressource Territorial du bassin annécien sur les deux volets

Action 39 : Faciliter la communication avec les professionnels externes via les outils numériques disponibles (Dossier Usager Informatisé, Monsisra, Projet CASSIS).

Pour suivre nos progrès :

- Formalisation du processus de collaboration entre Etablissements/domicile au sein du CIAS
- Adaptation du logiciel métier pour communiquer plus facilement avec les partenaires
- Taux d'utilisation de l'outil Monsisra

Axe 5 : Renforcer la place des familles et des proches dans l'accompagnement des personnes

Il est essentiel de souligner la complexité du rôle des familles dans l'accompagnement des personnes âgées à domicile. En effet, ce rôle peut osciller entre deux extrêmes : le désinvestissement, où les proches se retirent par manque de disponibilité, de confiance, de déni, d'épuisement et le surinvestissement, où ils prennent en charge des responsabilités dépassant leurs compétences et empiétant sur les interventions des professionnels. Cette dualité peut engendrer des tensions, tant pour les familles que pour les professionnels. Le défi consiste à instaurer un juste équilibre, favorisant une implication constructive des familles. En adoptant une

approche partenariale, le projet de service du SAD souhaite ainsi soutenir les familles dans leur rôle, tout en garantissant le bien-être et la sécurité des personnes accompagnées.

Objectif 1 : Assurer la transparence et une meilleure information pour les familles, proches et tutelles

Action 40 : Mettre en place un outil interactif de dialogue avec les familles/tutelles (portail dédié aux familles).

Action 41 : Elaborer des supports de communication adaptés, notamment sur les projets d'accompagnement.

Action 42 : Maintenir l'enquête de satisfaction annuelle et assurer sa diffusion auprès des familles via un support adapté.

Objectif 2 : Clarifier le rôle et renforcer l'implication des familles, proches et tutelles

Action 43 : Mobiliser davantage de familles à participer au Groupe d'Expression des Usagers (GEU) afin qu'il devienne un véritable espace d'échange pour elles.

Action 44 : Mettre en place un système de messagerie instantanée entre familles/professionnels/partenaires (de type « Portail Famille ») afin d'encourager une communication régulière.

Action 45 : Rappeler le cadre d'intervention par les responsables du service en cas de difficultés.

Action 46 : Orienter vers le psychologue en cas de difficultés, permettant aux familles de se sentir écoutées et valorisées.

Action 47 : Former les professionnels sur les ressources existantes afin de pouvoir informer les familles sur les dispositifs adaptés (accueils de jour, dispositifs d'aide aux aidants/plateforme de répit, hébergement temporaire...).

Action 48 : Former les professionnels à adopter un positionnement adapté et constructif dans leurs interactions avec les familles.

Pour suivre nos progrès :

- Résultats de l'enquête annuelle de satisfaction et son mode de diffusion
- Nombre de visites à domicile réalisées par les responsables de secteur /IDEC



Aide aux aidants : la Parenthèse d'Aloïs, ou Plateforme de Répit

Lors des **Groupes d'Expression des Usagers**, il est ressorti fortement le **besoin de soutien pour les aidants**. La Direction Prévention et Bien Vieillir A Domicile a créé, en 2012, en réponse à un appel à projet de l'ARS, **la plateforme de répit**, la « Parenthèse d'Aloïs », qui est ouverte à tous les habitants du Grand Annecy et propose les prestations suivantes :

- **Soutien individuel psychologique**, jusqu'à 10 séances.
- **Pause-café** (informations, conseils, partage d'expériences), animée par un psychologue. Sur plusieurs communes de l'agglomération : Seynod, Saint-Jorioz, Fillière, Menthon. Une fois par mois, dans chaque lieu.
- **Activités collectives** : proposées avec le proche aidant. Ces activités seront redynamisées à compter de 2025 avec l'embauche d'un professionnel dédié.
- **Relais à domicile** : différentes formules sont proposées :
 - **Relais pause** : de 4 à 5 heures
 - **Relais détente** : de 6 à 12 heures
 - **Relais répit** : 24 heures, renouvelable jusqu'à 7 jours consécutifs

CHAPITRE 2 : Le projet de vie sociale et d'animation

Qui sommes-nous ?

Le projet de vie sociale et d'animation est une composante importante du projet de service. Il s'inscrit dans une **démarche globale visant à améliorer la qualité de vie des bénéficiaires** en mettant en place des actions favorisant le bien-être, l'épanouissement personnel et le maintien des liens sociaux. **L'enquête réalisée auprès des bénéficiaires du domicile en mars 2024** montre bien ce besoin de sorties et de valorisation d'activités favorisant les relations sociales. Le travail collaboratif mené avec le **GEU en mars 2025 sur la notion de « bien vivre à domicile » vient appuyer** cet enjeu lié au maintien de liens sociaux de qualité. Dans le cadre de **la réforme du Service Autonomie à Domicile**, cet axe devient essentiel et constitue un levier pour offrir un accompagnement global, personnalisé et de qualité, en cohérence avec nos valeurs de bientraitance et de respect de la dignité des personnes.

Où allons-nous ?

Ce volet suit une ligne directrice stratégique définie dans le **Projet Global d'Activités et de Vie Sociale (PGA)** du CIAS applicable à l'ensemble de ses établissements et services :



Lien social au cœur du service et autour du bénéficiaire
Renforcer les connexions humaines et maintenir des relations authentiques.



Les activités et la vie sociale, levier essentiel d'ouverture sur l'extérieur et le territoire
Créer des liens entre les bénéficiaires, les proches et l'environnement de proximité



Visibilité et attractivité des services du CIAS par les activités
Faire rayonner nos services à travers des activités innovantes et inclusives, donner à voir.

Comment y allons-nous ?

Les grands axes suivants ont été définis :

- ❖ Intégrer les activités et la vie sociale au projet d'accompagnement individuel
- ❖ S'ouvrir sur l'extérieur et encourager la participation des proches
- ❖ Mettre en place une dynamique de lutte contre l'isolement
- ❖ Encourager les actions transversales, inter-établissements et interservices
- ❖ Impulser l'esprit d'animation à l'ensemble des équipes
- ❖ Mettre en avant les établissements et services du CIAS à travers des projets innovants

- ❖ Promouvoir la visibilité et la communication vers l'extérieur

Les activités proposées doivent couvrir différentes sphères : maintien des repères / Bien-être/ Intergénérationnel /Culturelles, manuelles, festives.

AXE 1 : Intégrer les activités et la vie sociale au Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)

Action 1 : Intégrer cet axe dans les Projets d'Accompagnement Personnalisé (PAP) des bénéficiaires en fonction du recueil de ses besoins et envies.

AXE 2 : Mettre en place une dynamique de lutte contre l'isolement

Objectif 1 : Prévenir et repérer l'isolement des bénéficiaires à domicile

Action 2 : Prévenir et repérer les situations d'isolement lors de l'évaluation globale effectuée à domicile par les Responsables de secteur/IDEC à l'entrée du bénéficiaire.

Action 3 : Prévenir et repérer les situations d'isolement par la veille sociale assurée par les intervenants à domicile une fois que la prise en charge est installée (remontées d'informations via logiciel métier et en réunions de secteur /transmission).



Zoom : La lutte contre l'isolement des personnes âgées à domicile

L'isolement est une des thématiques qui ressort tout particulièrement dans **les dernières Analyses des Besoins Sociaux (ABS)** conduites sur le territoire : en 2019, 10 % des répondants (de 55 ans et plus) se sentent isolés. Près de 20 % des seniors de plus de 85 ans ont le sentiment d'être isolés. Les personnes isolées se sentent moins en sécurité dans leur quartier. Elles considèrent que l'offre sur le territoire n'est pas suffisante pour pouvoir vieillir chez soi. Les personnes isolées sont moins informées et ont davantage de difficultés d'accès aux soins.

Depuis plusieurs années, le CIAS propose **des animations individuelles à domicile**. Nous souhaitons développer cette offre et la cibler sur les personnes âgées isolées prises en charge par le SAD.

Dans le cadre des **heures dites de lien social** accordées **dans les plans d'aide APA**, nous pourrions proposer davantage ces animations aux personnes isolées qui en constituent le public cible. Nous attendons la **stratégie départementale** en la matière afin de nous inscrire dans ce cadre. Nous avons d'ores et déjà formé une équipe d'une dizaine d'aides à domicile sur les activités d'animation et du petit matériel est à leur disposition ainsi qu'une mallette SNOEZELEN.

Dans le cadre de la **Réforme des Services Autonomie A Domicile**, la lutte contre l'isolement fait partie intégrante des missions des SAD.

Par ailleurs, des liens sont à tisser plus étroitement avec **les partenaires du territoire** qui interviennent déjà au titre de la lutte contre l'isolement, comme Les Petits Frères des Pauvres ou Facilit'âge avec la mise en place d'un réseau de confiance sur notre bassin territorial.

Objectif 2 : Proposer des activités individuelles ou en groupes restreints

Action 4 : Proposer des animations à domicile en fonction du Projet d'Accompagnement Personnalisé de chaque bénéficiaire.

Action 5 : Renforcer les liens du SAD avec les acteurs locaux (type Les Petits Frères des Pauvres, Unis Cité) pour l'organisation de visites de convivialité à domicile et s'inscrire dans le cadre des heures dites de lien social.

Action 6 : Ouvrir les activités proposées dans le cadre du Projet de Vie Sociale et Partagée (PVSP) des Habitats inclusifs, aux bénéficiaires du SAD les plus isolés (cf en annexe le PVSP).



Zoom sur l'Habitat Inclusif

L'habitat inclusif est une solution de logement pour les **personnes âgées de plus de 65 ans et autonomes**.



Cette forme d'habitat constitue une alternative à la vie à domicile isolée et à la vie collective en établissement. Les personnes y vivent dans des logements privés, tout en partageant un espace commun et un **projet de vie sociale**. Au CIAS, 33 personnes en bénéficient et **3 animatrices de la vie sociale partagée** sont chargées de l'animation, de la coordination, de la régulation du vivre ensemble.

Cet habitat est inséré dans la cité, dans un environnement facilitateur, de manière à permettre la participation sociale et citoyenne et à limiter le risque d'isolement.

AXE 4 : Encourager les actions transversales, inter-établissements/services

Action 7 : Croiser les compétences des référents de vie sociale entre établissements et avec le SAD et les habitats inclusifs.

Action 8 : Alimenter un outil collaboratif pour mutualiser les ressources, partager les contacts etc.

AXE 5 : Impulser l'esprit d'animation à l'ensemble des équipes

Action 9 : Former les professionnels du domicile au développement de compétences en animation.

AXE 6 : Mettre en avant le service à travers des projets innovants

Action 10 : Promouvoir des actions innovantes plusieurs fois par an (par exemple, lors de la Journée Nationale de la Gérontologie en mars ou lors de la Semaine Bleue en octobre).

AXE 7 : Promouvoir la visibilité et la communication vers l'extérieur

Action 11 : Travailler sur l'harmonisation des outils de communication entre établissements/services.

Pour suivre nos progrès :

- Evaluations annuelles de la mise en œuvre du PGA
- Enquête annuelle de satisfaction du SAD

CHAPITRE 3 : Construire une organisation performante et humaine au service des besoins des bénéficiaires

Qui sommes-nous ?

Le projet de service 2020-2025 comportait deux axes relatifs au projet social :

- **Améliorer les conditions d'exercice professionnel** des intervenants à domicile
- **Optimiser le recrutement et la professionnalisation** des nouveaux professionnels

Au regard des **différentes actions menées au cours des 5 dernières années, le bilan est positif** tant au niveau du développement des compétences des professionnels que de la politique d'amélioration de la qualité de vie au travail qui a été menée. (Voir en annexe le bilan du projet 2020-2025)

L'organisation en place :

Notre organisation s'inscrit dans une dynamique mutualisée, portée par la Direction des Ressources Humaines (DRH) de l'Agglomération du Grand Annecy. Regroupant trois services principaux — Carrières Paie, Emploi Compétences, et Prévention — cette structure accompagne le SAD tout au long du parcours professionnel de ses agents, du recrutement à la cessation d'activité. Le SAD bénéficie ainsi de l'appui d'un gestionnaire Carrières Paie et d'un conseiller Emploi Compétence attiré, ayant pour objectif une prise en charge individualisée et un suivi adapté aux besoins des professionnels du service.

Actuellement, le SAD comporte :

- Un **chef de service** qui pilote l'activité sur l'aide, le soin à domicile et les habitats inclusifs
- Des **responsables de secteur** qualifiés en travail social qui encadrent les aides à domicile et évaluent les besoins à domicile pour mettre en place les interventions chez les bénéficiaires
- Une **IDEC** qui encadre l'équipe soignante et évalue les besoins en soins des bénéficiaires
- Les **assistantes** qui planifient les interventions et assurent un accueil téléphonique et physique
- Les **intervenants** : aides à domicile, aides-soignants diplômés, IDE, ergothérapeute,

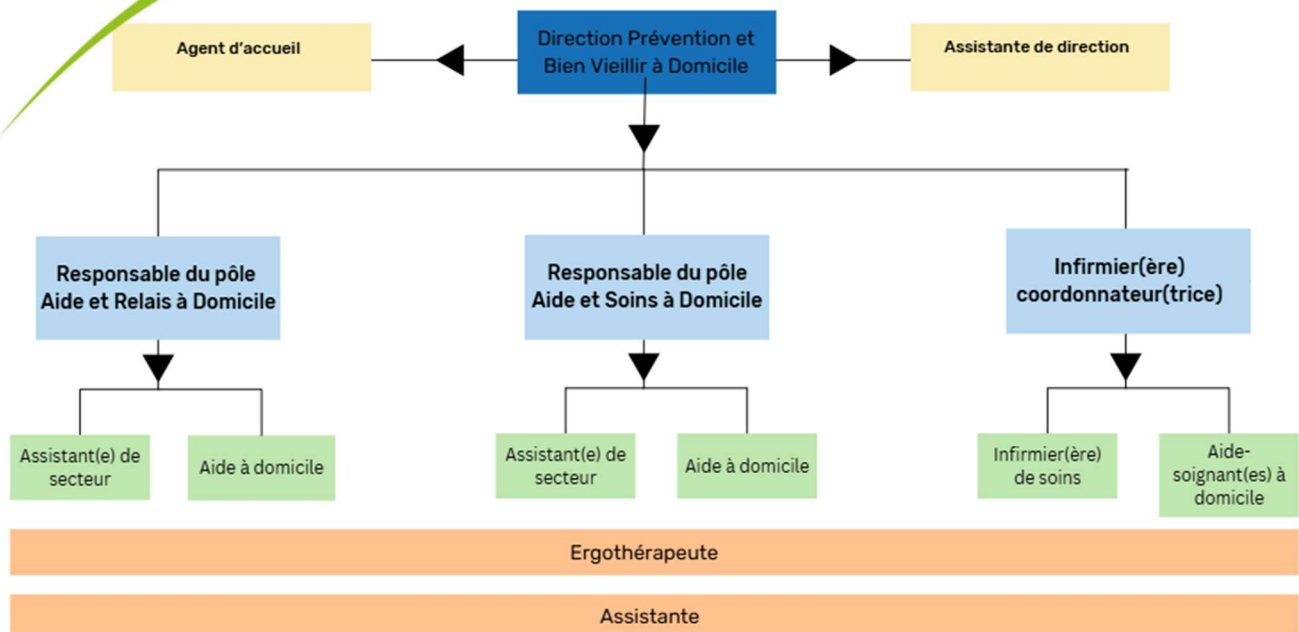
Dans le cadre de la réforme, le **Service Autonomie à Domicile comprendra** :

- **Le responsable du service** : la direction du service.
- **L'encadrant** : qui évalue les besoins de la personne accompagnée et assure le suivi en vue d'apporter une réponse globale et individualisée au regard de ses attentes et de ses besoins. Les Responsables de secteur qui assurent actuellement cette mission, continueront ainsi.
- **Le responsable de la coordination** : cette fonction est déjà assurée depuis la création du SPASAD en 2017 par un **binôme Responsable de secteur/IDEC**. Dans le cadre de la réforme, elle continuera sous cette modalité. Les principales missions de ce binôme de coordination sont : l'évaluation des besoins des usagers et le suivi des prises en charge, l'organisation du travail des équipes Aide et Soins, chacun gardant le management de son équipe, le lien avec les partenaires extérieurs notamment pour les situations complexes.
- **L'interlocuteur privilégié** : avec un rôle central sur la dynamique des projets personnalisés. Une assistante occupera cette mission.
- **Les intervenants** qui interviennent au domicile : les aides-soignants et aides à domicile.

Des **fiches de postes formalisent les missions** des différents professionnels.



ORGANIRAMME SERVICE AUTONOMIE



Il est important de souligner que le service repose sur **des piliers solides** :

- Des **temps de partage des pratiques et de coordination** entre professionnels (réunions de secteur tous les 15 jours et de transmissions quotidiennes)
- Des **taux d'encadrement** qui permettent d'accompagner les professionnels dans leurs missions et d'assurer la nécessaire coordination entre les professionnels et avec les partenaires extérieurs
- Une **qualification importante des professionnels** : 51 % des aides à domicile sont diplômées, les aides-soignantes sont toutes diplômées d'Etat
- Des **astreintes** des professionnels de terrain et de l'encadrement
- Un plan de **formation adapté aux caractéristiques du public accueilli et axé sur la grande dépendance** :
 - En interne avec la participation des professionnels aux ateliers de formation permanents CIAS
 - En externe avec des formations aux approches non médicamenteuses comme : Snoezelen, Humanitude, Toucher conscient et massage de pleine attention
 - En continu : formations relatives aux maladies Alzheimer et apparentées, à la communication avec les familles....
- La présence du **relais de prévention RH** au sein du SAD et d'un temps d'**ergothérapeute** : permettant le déploiement d'une politique de prévention des risques professionnels.

Cela permet d'offrir un **service personnalisé et de qualité aux bénéficiaires du domicile**, tout en préservant l'équipe de professionnels.

Malgré ces atouts, le service reste confronté à **des défis importants** :

- Le **recrutement et la fidélisation**, dans un contexte fortement concurrentiel sur le bassin annécien.

- L'accompagnement de **professionnels en fin de carrière** (70 % du personnel d'intervention du SAD a plus de 50 ans) ou avec des **restrictions médicales peu compatibles avec la prise en charge** de personnes âgées de plus en plus dépendantes.

Qualité de vie et conditions de travail : un axe fort du service

Dans le cadre de notre **engagement continu envers l'amélioration des conditions de travail, de nombreuses actions en matière de Qualité de Vie au Travail (QVT)** ont déjà été mises en œuvre avec succès au sein de notre SAD au cours de la période 2020-2025. Soucieux de poursuivre sur cette dynamique positive, nous souhaitons approfondir ces initiatives et engager de nouvelles actions visant à renforcer le bien-être des intervenants. **Ce projet social s'inscrit ainsi dans la volonté de consolider et développer davantage notre démarche QVT** afin d'accompagner au mieux l'évolution de notre service et répondre aux attentes de nos équipes.



Zoom : Dans le cadre du **CPOM « Dotation qualité SAAD »** signé avec le Conseil Départemental depuis 2023, le service porte des actions fortes sur l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels grâce à :

1. La mise en place d'une organisation promouvant la qualité de vie au travail :

- ✓ Développer et pérenniser les séances d'Analyse de la Pratique Professionnelle (APP)
- ✓ Pérenniser le système d'astreinte
- ✓ Mise en place d'un lieu dédié aux intervenants à domicile
- ✓ Déclinaison de la semaine « Bien-être » pour le domicile
- ✓ Mise en place d'équipe autonome

2. La mise en place d'actions limitant les risques professionnels :

- ✓ Pérenniser et renforcer la démarche de prévention des risques professionnels
- ✓ Améliorer l'équipement des professionnels
- ✓ Poursuivre la coordination des interventions autour des bénéficiaires
- ✓ Poursuivre la formation des professionnels

Une analyse SWOT a été travaillée avec les professionnels et l'encadrement lors d'une séance de travail permettant de nous projeter sur les 5 ans à venir :



FORCES

- Implication et engagement des équipes
- Professionnalisme
- Politique de prévention des risques
- Qualité de vie au travail et budget
- Qualité des prises en charge
- Travail et équipe pluridisciplinaire
- Qualification de l'encadrement
- Supports (protocoles)
- Formation des agents
- Ecoute, disponibilité de la hiérarchie
- Entraide - Bonne cohésion d'équipe
- Equipe pluridisciplinaire
- Bonne communication entre les équipes
- Stabilité des équipes

FAIBLESSES

- Difficultés de recrutement
- Fluctuation d'activité
- Absentéisme,
- Turn-over des équipes
- Complexité et lourdeur des prises en charges
- Baisse de l'exigence par rapport au matériel présent au domicile
- Fréquence des week-ends travaillés (pour le soin 1 WE sur 2 travaillé, 1 sur 5 pour l'aide)
- Manque de matériel (véhicules)
- Polyvalence des postes

OPPORTUNITES

- Appels à projets : ex prévention en SSIAD
- Extension de places de SSIAD/recrutements
- Le nombre de Formations
- Le travail en partenariat avec les structures locales
- Polyvalence des postes

MENACES

- Concurrence entre services
- Problématique du recrutement
- Changement des demandes de la part des bénéficiaires

Alors qu'il est confronté à des besoins croissants d'accompagnement et de maintien à domicile de personnes âgées de plus en plus dépendantes, notre SAD rencontre des difficultés d'attractivité, de recrutement et de fidélisation des professionnels. Ces difficultés sont **majorées au regard du contexte départemental** évoqué précédemment.

Afin de répondre à ces enjeux, nos orientations stratégiques pour les 5 années à venir sont les suivantes :

- Optimisation de la performance de la gestion RH pour garantir des processus clairs et harmonisés,
- Consolidation de notre politique de Qualité de Vie au Travail (QVT), visant à améliorer l'attractivité et les conditions de travail,
- Adaptation de l'organisation pour répondre aux besoins spécifiques des bénéficiaires.

Comment y allons-nous ?

AXE 1 : Optimiser la performance de la gestion RH

Objectif 1 : Formaliser des procédures harmonisées

Action 1 : Mettre en place un Kit RH à destination des encadrants (spécifiquement pour les nouveaux) pour assurer la connaissance et l'accès aux process RH.

Action 2 : Structurer les liens DRH/CIAS pour fluidifier les processus et assurer une plus grande réactivité dans les recrutements.

Action 3 : Formaliser les procédures pour clarifier les process RH (recrutement, discipline, gestion du temps).

Action 4 : Optimiser la gestion du temps de travail sur la base de procédure et logiciel adapté.

Action 5 : Formaliser un règlement intérieur global CIAS, applicable à toutes les entités.

Action 6 : Sécuriser juridiquement les décisions RH.

Objectif 2 : Développer des outils RH adaptés aux besoins métiers

Action 7 : Mettre en place un outil numérique de gestion de la modulation du temps de travail.

Action 8 : Déployer l'outil INCOVAR pour la pose des congés des professionnels.

Action 9 : Mettre en place un outil de recrutement centralisé pour la simplification des remplacements.

Action 10 : Déployer un SIRH pour une meilleure gestion du plan de formation et des compétences.

Pour suivre nos progrès :

- Procédures RH existantes
- Délais moyens d'embauche
- % d'agents ayant suivi une formation dans l'année

AXE 2 : Consolider la politique de Qualité de Vie au Travail

Objectif 1 : Renforcer l'attractivité de l'organisation

Action 11 : Faciliter l'attribution de logements pour les nouveaux embauchés.

Action 12 : Renforcer un management favorisant un accompagnement de qualité et l'attractivité des métiers.

Action 13 : Favoriser le développement des compétences et des parcours professionnels.

Action 14 : Promouvoir notre démarche de qualité de vie au travail.

Objectif 2 : Prévenir les risques psycho-sociaux

Action 15 : Mettre en place un lieu dédié aux intervenants à domicile, une véritable salle de pause.

Action 16 : Poursuivre l'organisation de semaines « Bien-être » dédiées aux agents du domicile.

Action 17 : Disposer d'un véritable lieu d'affichage et de communication avec les AS/AD.

Action 18 : Développer des temps de convivialité / festifs réguliers ponctuant l'année.

Action 19 : Maintenir les liens avec la cellule de veille RPS en lien avec la DRH.

Action 20 : Poursuivre l'analyse de la pratique professionnelle pour tous les métiers du domicile.

Action 21 : Se coordonner avec la médecine de prévention pour une meilleure prise en charge des agents.



Focus sur la semaine Bien-être Domicile :

Organisée en juin 2024, elle a connu un **taux de participation** des professionnels **de + 50 %**. Au programme : une 40aine de créneaux sur la semaine autour de la Sophrologie, Réflexologie, Massages assis.



Chaque professionnel est reparti avec un livret comportant un ensemble de fiches ressources : TMS, Cohérence cardiaque, Mieux comprendre mon Dos, Intelligence Emotionnelle, Nutrition, Personnes ressources à contacter.....

Dans le cadre de la Dotation Qualité SAD, nous souhaitons renouveler ce type d'évènements.

Objectif 3 : Améliorer les conditions et l'environnement de travail

Action 22 : Poursuivre les actions des relais de prévention au sein du SAD.

Action 23 : Développer l'action de l'ergothérapeute à destination des professionnels, en mettant notamment en place un temps d'Accueil Sécurité pour chaque nouvelle embauche.

Action 24 : Améliorer l'équipement des professionnels (notamment dans le cadre de la Dotation Qualité SAAD et en lien avec le DUERP)

Action 25 : Soutenir les cadres par l'amélioration de leur qualité de vie au travail.

Pour suivre nos progrès :

- Suivi des actions CPOM Dotation qualité SAAD : plan d'actions
- Suivi des accidents de travail : bilan annuel de l'ergothérapeute
- Suivi des actions des relais de prévention RH au sein du SAD



Focus : intervention de l'ergothérapeute : prévention des risques professionnels :

L'ergothérapeute réalise des visites au domicile des personnes bénéficiaires de l'APA, à la demande des responsables du secteur de Soins et Aides à Domicile et du Relais à Domicile.

Elle apporte des **conseils aux aides à domicile**, intervenant auprès des **bénéficiaires dans le cadre de la prévention des TMS et de la limitation des accidents de travail**. Pour cela, des visites à domicile avec l'agent et/ou une analyse du poste de travail peuvent être effectuées. Lors d'un accident de travail, l'ergothérapeute réalise systématiquement un entretien avec l'agent concerné et son responsable de secteur. Un suivi sur le terrain est alors effectué.

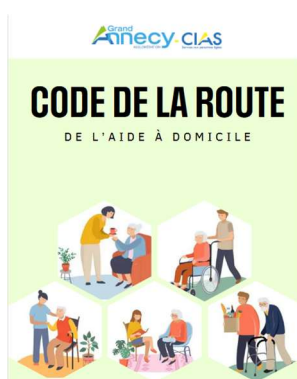
L'ergothérapeute effectue également des **formations/sensibilisations** pour apprendre et acquérir les bons gestes et les bonnes postures à adapter lors de manipulations de la personne et transferts.

Elle **formalise des protocoles pour une bonne utilisation du matériel**. Nous constatons une réelle plus-value de ce poste : la démarche absentéisme a mis en lumière une baisse du nombre d'accident du travail notamment.



Focus : deux relais de prévention RH au sein du SAD avec pour mission de :

- Analyser les conditions de santé et sécurité au travail
- Proposer des améliorations : Mise à jour des Documents Uniques d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP)
- Se former, s'informer : participation aux journées des relais de prévention avec la DRH du Grand Annecy
- Être un interlocuteur privilégié dans son service et communiquer en ce sens : mise en place d'outils de prévention à destination des professionnels
- Autres missions en lien avec le programme de prévention : démarche RPS, Prévention TMS, Démarche prévention absentéisme...



AXE 3 : Adapter l'organisation aux besoins spécifiques des personnes accompagnées

Objectif 1 : Adapter les décisions RH aux besoins propres au secteur médico-social

Action 26 : Ajuster la durée des contrats aux spécificités des services.

Action 27 : Clarifier les niveaux de prise de décision entre le CIAS et la DRH pour gagner en efficacité.

Action 28 : Adapter les astreintes à la logique métier spécifique du CIAS.

Action 29 : Envisager la mise en place d'un dialogue social au CIAS pour préparer les CST.

Objectif 2 : Adapter l'organisation et les moyens humains aux besoins des personnes accompagnées :

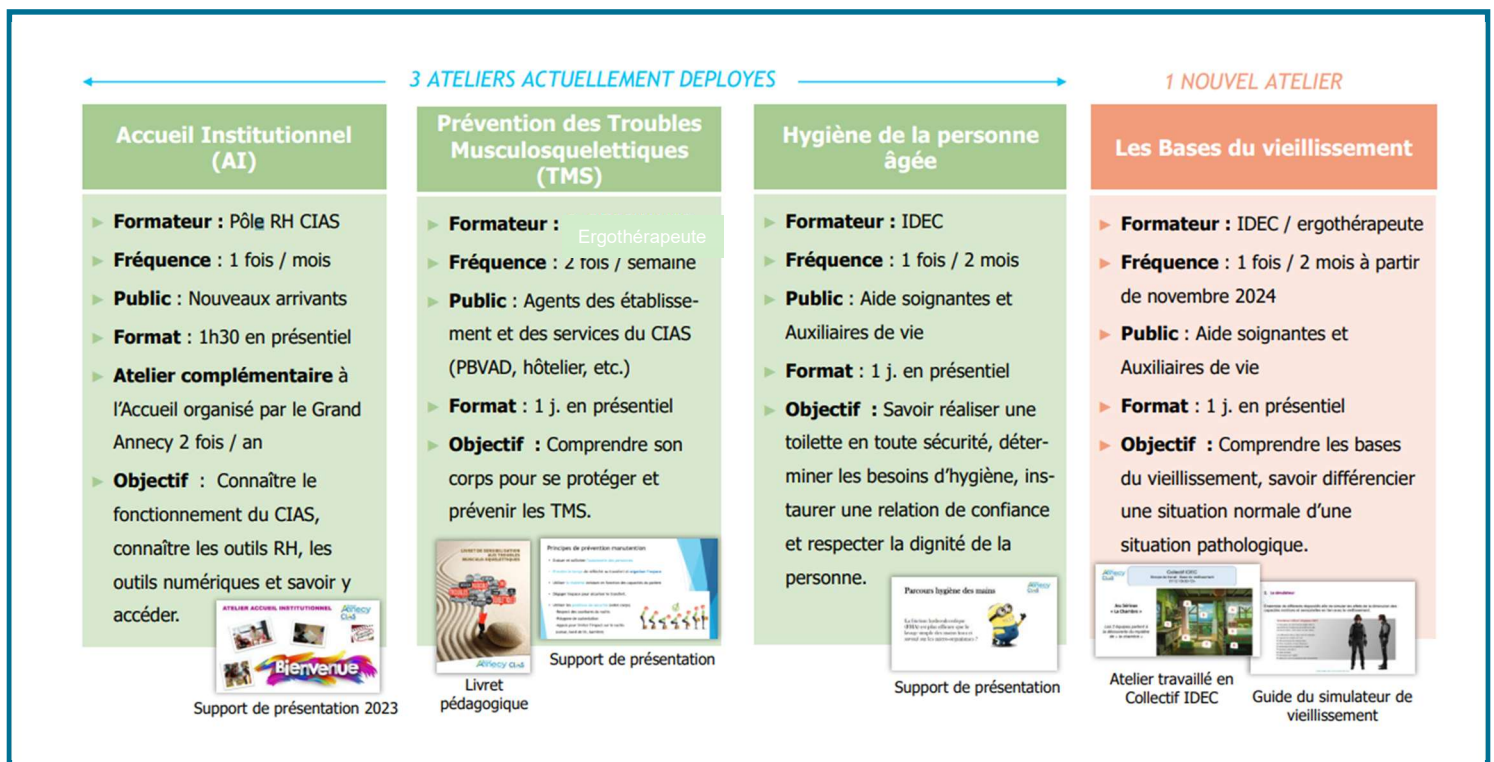
Action 30 : Maintenir une organisation en tournées en continu pour le soin permettant d'améliorer la qualité de prise en charge des personnes accompagnées et la QVT des professionnels.

Action 31 : Demander une extension de places de SSIAD pour répondre aux besoins du territoire.

Action 32 : Lancer une réflexion sur les besoins en horaires atypiques dans le cadre de la réforme Service Autonomie A Domicile.

Action 33 : Maintenir le déploiement d'un plan de formation continue adapté aux réalités du terrain : formations flash, sensibilisations, outils pratiques partagés...

Action 34 : Développer des outils GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) pour anticiper les évolutions du secteur et les caractéristiques de la masse salariale.



Pour suivre nos progrès :

- Nombre de mobilités internes
- % de diplômés embauchés

CHAPITRE 4 : L'accompagnement en santé - Vers une prise en soins respectueuse et personnalisée

Qui sommes-nous ?

Le projet d'aide et de soins s'inscrit dans une démarche globale fondée sur la culture de la prévention et la bientraitance. Il place l'utilisateur en tant qu'acteur central de son parcours de soins, reconnaissant la singularité de chaque individu et garantissant une prise en charge respectueuse, adaptée et continue. Nous affirmons que l'implication active des usagers dans leurs soins constitue un levier essentiel pour améliorer la qualité et la sécurité des interventions. Ce principe trouve également écho dans l'article 2 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, qui stipule que chaque individu doit bénéficier d'un accompagnement individualisé, le plus en adéquation possible avec ses besoins.

Extrait de la charte d'éthique et de bientraitance du CIAS :

« Prendre soin, c'est faire preuve de patience et de sollicitude, qualités essentielles de l'accompagnant, qui permettent de respecter le rythme de vie et d'action, souvent fortement ralenti, de chacun ».

Où allons-nous ?

Le fil conducteur de notre démarche au SAD repose sur la bientraitance et le projet d'accompagnement personnalisé. À travers ce cadre, nous nous engageons à aborder des thématiques clés en lien avec le CPOM signé avec l'ARS pour la partie « SSIAD » et à répondre au nouveau cahier des charges « SAD » sur le volet Prévention.

Comment y allons-nous ?

AXE 1 : Accompagnement personnalisé de la santé des bénéficiaires

Les bénéficiaires, lorsqu'ils en ont la capacité, doivent être informés des actes de soins et des choix thérapeutiques les concernant. L'utilisateur doit pouvoir donner son accord pour le partage de ses informations confidentielles, et ce dans le respect de son autonomie. **Au domicile, l'entourage familial, le médecin traitant, les intervenants libéraux notamment les IDEL et les paramédicaux font parties prenantes de l'accompagnement** en soin. Lors de la visite préalable à la mise en place d'une prise en charge, une première évaluation des besoins en soins et des risques est effectuée par l'IDEC et la Responsable de Secteur au domicile, puis complétée à distance par l'IDE et l'ergothérapeute si nécessaire. Les coordonnées des autres professionnels de santé seront listées, la personne de confiance désignée. Une convention sera envoyée aux IDEL présents dans la prise en charge. La coordination est au cœur de la prise en soin à domicile.

Objectif 1 : Rendre les bénéficiaires acteurs de leur parcours de soins

Action 1 : Informer systématiquement les bénéficiaires des actes de soins réalisés, ainsi que des choix de soins mis en place dans le cadre de leur parcours de santé.

Action 2 : Clarifier la place de la famille dans le partage d'informations médicales.

Action 3 : Élaborer pour chaque bénéficiaire un projet de soins cohérent avec son projet de vie, en prenant en compte ses choix de santé.

Objectif 2 : Promouvoir une culture de la prévention

Action 4 : Répondre aux appels à projets de l'ARS sur les actions de prévention qui seront à développer au domicile dans le cadre de la réforme des services autonomie à domicile.

Action 5 : Renforcer les liens avec les partenaires locaux (Vieillir Vivant, ADMR, Les Petits frères des Pauvres...) afin de proposer des actions de prévention coordonnées sur le territoire pour les services du domicile.

Action 6 : Former et sensibiliser les professionnels aux actions de prévention : via l'IDE/IDEC du service notamment.

Action 7 : Renforcer les liens en interne avec le service prévention du BVAD pour promouvoir une culture de la prévention (ex : l'IDE formée aux ateliers mémoire peut accompagner et transmettre aux professionnels du domicile).

**Focus : Promouvoir une culture de la Prévention à domicile :**

- Faire un **repérage des risques de fragilité à domicile** : le nouveau cahier des charges des Services Autonomie A Domicile prévoit ce repérage dans les missions des SAD. Nous allons assurer cette traçabilité en fonction des outils/fonctionnalités que le logiciel métier permettra.
- Répondre **aux besoins identifiés via l'enquête usagers de 2024** : sur les thématiques suivantes : proposer des actions de préventions des chutes, de la dénutrition, autour du sommeil/bien être et de la mémoire.
- Créer des **programmes éducatifs** : tant à destination des professionnels pour de la sensibilisation que des ateliers d'accompagnement pour aider les bénéficiaires à mieux gérer leur santé au quotidien, en lien avec les partenaires locaux.
- Agir sur une **thématique en particulier chaque année** : en 2025, dans le cadre de la Filière Gérontologique, l'axe prévention de la dénutrition sera travaillé pour le Domicile. En lien avec le service prévention du CIAS, une action pourrait être conduite autour de la Santé mentale.
- Formaliser une **convention avec l'EMH du CHANGE** : à l'instar des EHPAD du CIAS, les services du domicile engagent une action partenariale avec l'Equipe Mobile d'Hygiène permettant l'intervention de leur équipe auprès des professionnels du SAD sur les thématiques suivantes : L'hygiène des mains, La prévention des infections respiratoires, La vaccination, Le port du masque.

Pour suivre nos progrès :

- Contenu des projets de soins
- Réponse aux appels à projets
- Existence d'actions de prévention

AXE 2 : La sécurisation du circuit du médicament à domicile

Le circuit du médicament est un processus comprenant la prescription, la dispensation et l'administration au patient. Il garantit la sécurité et la qualité des soins médicamenteux pour les bénéficiaires. La prescription médicale initiale est réalisée par le médecin traitant de la personne. Un **travail a été engagé sur le circuit du médicament à domicile avec l'élaboration d'une procédure** et des actions de recensement dans les dossiers des bénéficiaires, des modalités de dispensation et de stockage ainsi que la tenue à jour des ordonnances par l'IDE du service. La préparation des piluliers est déléguée aux IDEL (infirmiers libéraux) avec lesquels des conventions sont établies. Un **travail de formation auprès des intervenants (AS/AD)** est prévu pour les sensibiliser à l'importance du respect des procédures et à la surveillance des Evènements Indésirables et à leur traçabilité.

Objectif 1 : Renforcer la sécurisation du circuit du médicament à domicile

Action 8 : Élaborer une procédure interne qui détaille les étapes du circuit et permettra de sécuriser les pratiques tant pour les soignants que pour les aides à domicile.

Action 8 : Sensibiliser les cabinets IDEL aux bonnes pratiques.

Action 9 : Faciliter la mise en place d'audits pour le domicile à l'instar des établissements en partenariat avec la pharmacie de l'hôpital.

Action 10 : Former les nouveaux agents aux bonnes pratiques.

Objectif 2 : Moderniser et harmoniser les pratiques de gestion à domicile

Action 11 : Développer avec les médecins traitants la prescription numérique à travers le DUI.

Action 12 : Poursuivre la formation des équipes à l'utilisation de la messagerie sécurisée pour la transmission des informations.

Action 13 : Améliorer la traçabilité avec une vigilance sur les « si besoin ».

Pour suivre nos progrès :

- Existence de la procédure
- Nombre de séances de sensibilisation auprès des professionnels
- Conventions avec les IDEL

AXE 3 : Prise en charge de la douleur à domicile

Les bénéficiaires peuvent être confrontés à des douleurs chroniques, notamment liées à des pathologies dégénératives, des troubles musculosquelettiques ou encore des comorbidités. Notre objectif est de **mettre en place un suivi périodique des douleurs chroniques des bénéficiaires**. Cela inclut une évaluation régulière de la douleur, ainsi que des échanges pluridisciplinaires pour assurer une approche globale de la prise en charge. Une évaluation de la douleur sera évaluée lors du début de la prise en charge à l'aide d'une échelle Algoplus puis selon les besoins du bénéficiaire. La convention avec l'HAD est en cours de reconduction. Certains soignants et aides à domicile ont été formés au Toucher-massage conscient afin d'améliorer et atténuer certaines douleurs, faciliter les soins. Les médecins traitants sont sollicités dès l'apparition d'une douleur non soulagée, des feuilles de surveillance Algoplus sont mises en place et remplies par les aides-soignants sensibilisés à l'importance de la prise en charge des douleurs.

Objectif 1 : Assurer un suivi systématique des douleurs en formalisant un dispositif global de prise en charge

Action 14 : Identifier les bénéficiaires présentant des douleurs et/ou sous antalgiques.

Action 15 : Mettre en place une évaluation de la douleur à l'entrée via les échelles adaptées Algoplus et en assurer le suivi.

Action 16 : Proposer des touchers massages conscients aux bénéficiaires douloureux.

Objectif 2 : Promouvoir une approche pluridisciplinaire

Action 17 : Organiser des sessions de formation régulières sur l'utilisation des échelles pour les professionnels.

Action 18 : Poursuivre le partenariat avec les équipes mobiles de l'hôpital et l'HAD, notamment pour les cas complexes.

Pour suivre nos progrès :

- Nombre de grilles renseignées
- Nombre d'agents formés aux grilles d'évaluation

AXE 4 : Les Maladies Neurodégénératives

Les maladies neurodégénératives se manifestent par une perte progressive de fonctions cognitives, phasiques et motrices. Les personnes atteintes de ces pathologies nécessitent un accompagnement spécialisé. Une orientation stratégique s'impose pour **répondre aux besoins croissants des bénéficiaires touchés par ces pathologies au sein de notre SAD**. Notre plan d'action conjugue à la fois un accompagnement individualisé et l'optimisation des ressources matérielles et humaines existants.

Objectif 1 : Optimiser les soins et le suivi des bénéficiaires

Action 19 : Élaborer des plans de soins individualisés adaptés à chaque stade de la maladie.

Action 20 : Solliciter l'ergothérapeute du service pour effectuer des recommandations d'adaptation des logements aux besoins spécifiques.

Action 21 : Renforcer la formation des professionnels sur les particularités des MND.

Objectif 2 : Développer des approches spécifiques dans les projets personnalisés

Action 22 : Planifier des séances snoezelen pour stimuler les sens et le bien-être des bénéficiaires (équipe AD formée, mallette Snoezelen spécifique au domicile, utilisation de la salle Snoezelen de l'EHPAD la Résidence Heureuse)

Action 23 : Former les professionnels à des techniques de massage et de toucher relationnel pour favoriser l'apaisement et la connexion (3 AS et 20 AD sont formées au Toucher Massage depuis 3 ans).

Action 24 : Former les professionnels à la démarche Humanitude qui permet de prendre en compte les troubles liés aux MND (10 professionnels formés en 2025).

Action 25 : Mettre en place un programme d'animations dédié (10 professionnels formés en 2023/2024).

Action 26 : Accompagner les proches du bénéficiaire en les orientant vers les ressources existantes.

Objectif 3 : Adapter les Ressources Humaines aux besoins spécifiques des personnes atteintes de MND

Action 27 : Promouvoir des sessions de sensibilisation régulières auprès de l'ensemble de l'équipe pour renforcer la qualité de la prise en charge et éviter l'épuisement professionnel.

Action 28 : Ajuster les plannings pour garantir une continuité et une stabilité dans l'accompagnement.

Pour suivre nos progrès :

- Nombre de recommandations de l'ergothérapeute
- Nombre de professionnels formés aux approches type Humanitude

AXE 5 : Les troubles cognitifs et comportementaux

Les troubles cognitifs et comportementaux sont souvent liés à des pathologies neurodégénératives ou apparentées comme la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes. Ces troubles peuvent entraîner des changements de comportement tels que l'agressivité, l'apathie, l'euphorie, la perte d'initiative et de motivation, ainsi qu'une indifférence envers l'entourage. D'autres symptômes mentionnés incluent des problèmes de convenance sociale, des errances, des cris, des confusions ou des délires, parfois aggravés par un sentiment de persécution. Ces manifestations peuvent être accompagnées de difficultés liées à l'hygiène personnelle, à l'habillement ou à l'utilisation des toilettes. L'enjeu dans notre approche concerne à la fois l'**anticipation** et la **prévention** de l'apparition des symptômes qui sont présents dès les premiers stades des maladies neurocognitives, et l'**amélioration de notre prise en soin des manifestations comportementales installées**.

Objectif 1 : Renforcer l'évaluation et le suivi des bénéficiaires atteints de TCC

Action 29 : En cas de repérage de troubles par l'IDEC/IDE/Responsable secteur, orienter vers le médecin traitant pour demander une évaluation à l'EMG ou au CEG ou orienter vers les ESA.

Action 30 : Mettre en relation avec le CMP le cas échéant suivant les troubles et organisation du suivi (pour faire le lien ou accompagner aux RDV).

Action 31 : Faire le lien avec le médecin traitant pour suivre l'évolution des troubles cognitifs et comportementaux.

Action 32 : Orienter les proches aidants vers les dispositifs de répit si besoin (relais à domicile).

Objectif 2 : Assurer une approche proactive dans la gestion et le suivi des troubles du comportement

Action 33 : Continuer à former et sensibiliser les professionnels aux prises en charge non médicamenteuses : Toucher Massage, Snoezelen, démarche Humanitude.

Action 34 : Déployer la démarche Humanitude particulièrement adaptée pour prendre en compte les troubles cognitifs et comportementaux associés.

Objectif 3 : Proposer des activités adaptées pour préserver les fonctions cognitives, sensorielles et fonctionnelles

Action 35 : Intégrer dans le projet de vie les préférences de chaque bénéficiaire afin de favoriser la stimulation cognitive.

Action 36 : Proposer des activités adaptées pour préserver les fonctions cognitives, sensorielles, fonctionnelles.

Action 37 : Formaliser des moments clés dans l'organisation quotidienne pour maintenir une ambiance rassurante et aider les bénéficiaires à conserver des repères spatio-temporels.

Action 38 : Mettre en place des moments spécifiques sur le temps méridien pour renforcer la présence de soignantes ou d'aides à domicile auprès des bénéficiaires.

Action 39 : Développer notre partenariat avec les EHPADs du CIAS pour fluidifier le parcours des bénéficiaires notamment en cas de nécessité d'une place en Hébergement Temporaire de Crise.

Pour suivre nos progrès :

- Nombre de personnel formé aux approches non-médicamenteuses

AXE 6 : Lutter contre la dénutrition

La lutte contre la dénutrition est un **enjeu crucial pour assurer la santé et le bien-être des bénéficiaires car c'est un des principaux risques repérés à domicile**. En effet, la dénutrition peut entraîner une aggravation de la fragilité, une diminution de l'autonomie, une altération de la qualité de vie et une augmentation du risque de complications médicales, qui compromettent le maintien à domicile de la personne. Le **SAD avait déjà mis en place des actions de prévention** de la dénutrition (formation d'AD, confection d'un livret de recettes, distribution d'un set de table avec conseils nutritionnels). Nous souhaitons **poursuivre ce type d'actions et nous orienter vers une stratégie globale de prise en charge** priorisant la prévention, l'adaptation des repas proposés, et un suivi régulier, la dénutrition étant plurifactorielle.

Objectif 1 : Dépistage et suivi régulier

Action 40 : Surveiller les poids à l'entrée et 1 x/ mois des bénéficiaires en capacité de monter sur la balance.

Action 41 : Evaluer les troubles de la déglutition à l'entrée et suivre la procédure de prise en charge des fausses routes avec la prévention de leur survenue.

Action 42 : Mettre en place la fiche de surveillance des prises alimentaires le cas échéant.

Action 43 : Informer les bénéficiaires et leur entourage via des actions de prévention, guides de prévention de la dénutrition.

Action 44 : Informer les bénéficiaires et leur entourage sur l'existence des restaurants seniors de la Ville d'Annecy : avec une vigilance sur les situations sociales complexes et les risques d'isolement.

Objectif 2 : Adaptation des repas et de l'environnement

Action 45 : Travailler à l'élaboration d'une fiche de recommandations/ conseils à destination des AD et des familles pour adapter / enrichir les repas en fonction des besoins des bénéficiaires.

Action 46 : Rester vigilant sur l'adaptation des textures que ce soit pour les personnes bénéficiant du portage des repas ou les personnes dont le repas est élaboré par les aides du service.

Objectif 3 : Formation du personnel

Action 47 : Former les équipes soignantes et aides à domicile au repérage des signes de dénutrition.

Action 48 : Former les professionnels à la confection de repas adaptés et équilibrés.



Focus sur les actions menées avec le Groupe Nutrition de la Filière Gériatrique :

Dans la **continuité des actions menées il y a 5 ans**, (formations d'aides à domicile, création d'un livre de recettes de cuisine et de set de table pour les usagers), il est prévu pour 2025/2026 les actions suivantes :

- Des ateliers nutrition pour les bénéficiaires / professionnels du domicile en 2025
- Une Journée annuelle événement autour de la nutrition en 2026
- De la sensibilisation pour les professionnels du domicile en 2026/2027
- La création de guide pour le domicile 2027/2028

Les **ateliers nutrition animés par une diététicienne** se dérouleront au sein de l'espace partagé des Habitats Inclusifs. Les objectifs étant de :

- Comprendre les bases d'une alimentation saine et adaptée au vieillissement
- Mettre en place une alimentation plaisir et accessible
- Apprendre à enrichir les repas à domicile pour plus de bien-être
- Encourager la personne âgée/ l'aidant à prendre plaisir à cuisiner

Chaque participant pourra ainsi mieux comprendre l'importance de l'alimentation dans le cadre du vieillissement et de repartir avec des solutions concrètes à appliquer à domicile.

Une expérience menée par un autre SAD du territoire, « les goûters partagés à domicile », serait intéressante à pouvoir proposer au sein de notre service avec un double enjeu : rompre l'isolement de la personne et refaire du temps du goûter un temps convivial et stimulant pour la personne âgée.

Pour suivre nos progrès :

- Nombre de professionnels sensibilisés à la thématique
- Nombre d'actions collectives conduites en la matière

AXE 7 : Prévention des chutes

Les chutes constituent un des principaux risques pour les personnes âgées à domicile. Les chutes ont des conséquences physiques, psychologiques, sociales et réduisent la qualité de vie des personnes. Elles constituent un **évènement de rupture dans le parcours de vie des personnes âgées** sur le plan de l'autonomie. Les chutes à l'origine d'une perte d'autonomie qui peut être temporaire ou définitive, ainsi que d'une perte de confiance en soi ou d'une « peur de chuter ». Cette peur peut amener le bénéficiaire à limiter ses activités du quotidien, ses déplacements et ses relations sociales. Nos actions misent sur la prévention des chutes et l'amélioration de leur prise en charge.

Objectif 1 : Repérer les personnes à risque de chutes

Action 49 : Evaluer le risque de chutes à l'admission puis révision par l'IDE lors de l'évaluation des besoins en soins. En identifiant les facteurs intrinsèques (troubles de l'équilibre, déficits sensoriels et musculaires, pathologies chroniques et la peur de chuter...) et les facteurs extrinsèques (traitements médicamenteux, environnement inadapté...) de risques.

Action 50 : Formaliser les échanges avec les médecins concernant les actions à mettre en place pour éviter les chutes.

Action 51 : Améliorer les relations avec les kinésithérapeutes libéraux intervenant à domicile chez les bénéficiaires.

Objectif 2 : Prévenir les risques de chutes

Action 52 : Favoriser l'intervention de l'ergothérapeute du service pour aménager le logement (bilan et préconisations sur le logement et le matériel adapté), en collaboration avec les familles, les soignants, le médecin traitant et le kinésithérapeute le cas échéant.

Action 53 : Sensibiliser les bénéficiaires sur les risques de chutes et les mesures de prévention à adopter (ateliers équilibres...). Se saisir si besoin de la plateforme de prévention des chutes du CHANGE.

Action 54 : S'inscrire dans une réflexion collective et pluridisciplinaire : réunions régulières avec le groupe « chute » de la Filière Gérontologique pour une démarche clinique d'évaluation.

Action 55 : Former les professionnels aides à domicile et soignants afin de repérer et prévenir les risques de chute. Modules de formation interne (ateliers permanents).

Objectif 3 : Analyser les chutes et mettre en place des mesures préventives

Action 56 : Poursuivre la formation des intervenants à l'utilisation de BlueKango et l'élaboration de FEI.

Action 57 : Utiliser et diffuser la procédure présente sur BlueKango pour la conduite à tenir en cas de chutes.

Pour suivre nos progrès :

- Préconisations de l'ergothérapeute du service formalisés dans le DUI

AXE 8 : Soins palliatifs

Le respect de la bientraitance et des droits des bénéficiaires implique un accompagnement adapté en fin de vie, conformément à l'article 9 de la charte des droits et libertés. Avec l'évolution du profil des usagers à domicile et le développement des soins palliatifs, il est essentiel de renforcer nos pratiques en la matière. Malgré des avancées, **l'offre reste insuffisante en raison d'un manque de formation et de la faible disponibilité des équipes mobiles spécialisées**. Le CIAS s'engage à garantir un accès équitable aux soins palliatifs, en renforçant les compétences des équipes et en mobilisant les ressources pluridisciplinaires, afin d'assurer une prise en charge respectueuse de la dignité, du soulagement de la douleur et du soutien aux familles.

Objectif 1 : Renforcer les compétences du personnel soignant en soins palliatifs :

Action 58 : Organiser des sessions de formation annuelles pour le personnel en collaboration avec les acteurs du territoire (Filière, HAD, JALMALV...).

Action 59 : Instaurer des réunions pluridisciplinaires pour examiner les situations complexes de fin de vie, en lien avec les questionnements éthiques qui peuvent se poser.

Objectif 2 : Améliorer l'accompagnement et le soutien des bénéficiaires et de leurs proches :

Action 60: Recueillir les souhaits concernant la fin de vie en vue de l'élaboration du projet de vie.

Action 61 : Informer les bénéficiaires et leurs proches sur les missions de l'HAD, notamment sur l'élaboration d'un dossier de précaution si l'état de la personne le nécessite.

Action 62 : Renforcer la collaboration avec l'HAD 74 pour la prise en charge de la fin de vie à domicile (convention est en cours de révision).

Pour suivre nos progrès :

- Organisation de sessions de formation
- Accentuation des collaborations externes
- Convention avec l'HAD 74
- Mise en place d'un comité éthique pour le domicile

CHAPITRE 5 : Construire une culture de la qualité et de la sécurité partagée

Qui sommes-nous ?

Le projet qualité, sécurité et gestion des risques

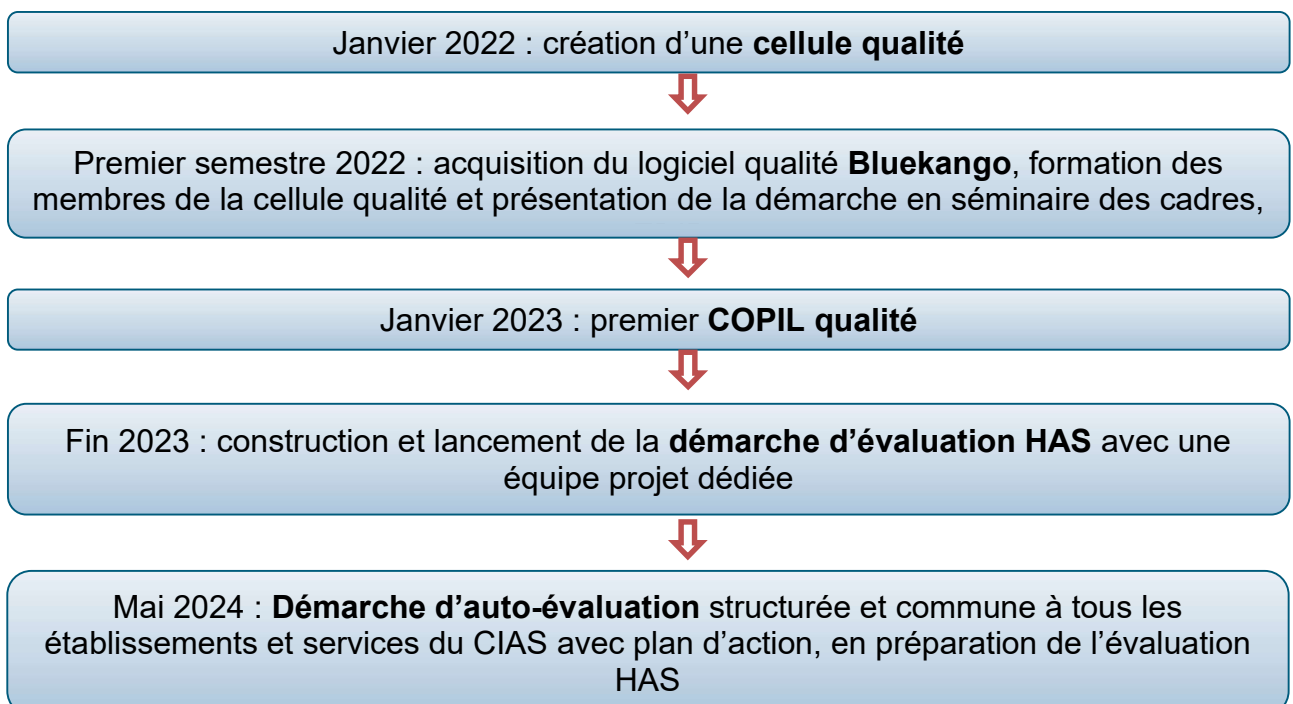
Depuis **2011**, le Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile du CIAS a concrétisé sa dynamique d'amélioration continue de la qualité en s'engageant dans une démarche de **certification à la Norme Française NF 50-056 « Services aux personnes à domicile »**.

La certification du Service a concerné **toutes les étapes de l'accompagnement du bénéficiaire** à domicile : de l'accueil, à l'évaluation de la demande, l'offre de service, la mise en place et le suivi des interventions, la coordination autour des prestations, le traitement des réclamations. Depuis 2011, le service a ainsi pu renouveler sa certification grâce à un travail conséquent de formalisation de procédures et protocoles, garantissant ainsi un haut niveau de qualité de prise en charge. Cette démarche collective a associé les professionnels et les usagers au travers de temps qualité ou d'instances comme le GEU et de pratiques qualité éprouvées comme l'enquête annuelle de satisfaction.

Depuis la loi du 2 janvier 2002, la réglementation qualité a connu des évolutions. Elle est désormais codifiée à l'article L312-8 du CASF qui mentionne que « dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services mentionnés à l'article L312-1 évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité et des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de Santé ».

Avec la parution en 2022 du référentiel qualité HAS, socle commun à toutes les structures médico-sociales, le SAD s'est engagé dans la démarche d'évaluation externe. **L'enjeu pour le SAD est donc de passer de la certification à l'évaluation externe** tout en continuant à associer toutes les parties prenantes et en faisant évoluer sa documentation qualité et ses pratiques pour les adapter à la philosophie du manuel qualité HAS.

Chronologie de la démarche :



Structuration de la démarche et moyens pour 2025-2030

COFIL Qualité/HAS – instance stratégique et décisionnaire de coordination et de suivi de la démarche

Missions	<ul style="list-style-type: none"> > Opère les choix stratégiques > Définit des thèmes prioritaires > Alloue les ressources > Valide le plan d'action et s'assure de son suivi
----------	--

Cellule Qualité – groupe opérationnel de conduite de la démarche

Missions	<ul style="list-style-type: none"> > Structure et anime la démarche Qualité > Facilite l'organisation et la lisibilité des procédures via la GED > Vise les FEI, contrôle et suit les fiches action > Structure le plan d'actions qualité en collaboration avec les directions, les chefs de service et le COFIL <p>Indicateurs de suivi et mesure des écarts ?</p>
----------	---

Cellule FEI – instance pluridisciplinaire d'analyse des événements indésirables

Missions	> Analyse et suivi des événements indésirables
----------	--

Moyens matériels : mise en place d'un logiciel qualité dédié Bluekango, 

Ce logiciel est déployé sur tous les établissements. Tous les agents disposent d'un accès.

Focus : les outils de la démarche qualité

La Gestion Électronique Documentaire (GED)

La Gestion Electronique Documentaire (GED) définit la manière dont sont élaborés, validés, diffusés, revus et modifiés tous les documents du système qualité du CIAS.

Les procédures et protocoles sont classés dans le logiciel qualité en 3 grandes thématiques, puis par processus, via le logiciel qualité. Afin d'être sur une démarche globale d'amélioration continue de la qualité, cette structuration a été élaborée en lien avec les exigences de l'HAS.

L'ensemble vise à :

- Décrire et diffuser les bonnes pratiques professionnelles et les harmoniser entre établissements.
- Permettre une réflexion sur les pratiques professionnelles et favoriser l'engagement.
- Clarifier les niveaux de responsabilité de chacun.
- Pérenniser un socle de connaissances communes, régulièrement mises à jour.

Alimentée par les évolutions réglementaires et les retours d'expériences, la base documentaire est en évolution constante. Elle compte environ 500 documents qualité.

Le recueil de la satisfaction des usagers

Le SAD conduit un questionnaire de satisfaction annuel dont les réponses sont analysées statistiquement via le logiciel qualité. Le SAD dispose d'un questionnaire standardisé qui permet une comparaison entre les années. Un rendu en est présenté en Groupe d'Expression des Usagers (GEU). Ce bilan permet de discuter et de mettre en place des actions d'amélioration.

Le traitement des plaintes et réclamations

Les plaintes et réclamations sont un élément central du recueil du niveau de satisfaction des usagers. Les plaintes sont toutes analysées et suivies. Une réponse est apportée à l'utilisateur. Les réclamations sont prises en compte. Au-delà des plaintes, les commentaires élogieux permettent également de mieux identifier ce qui est ressenti positivement par les usagers.

Les auto-évaluations

En prévision des évaluations HAS, tous les établissements/services du CIAS ont procédé à une auto-évaluation en 2024 afin d'établir un diagnostic initial de conformité. Un plan d'actions correctrices a été ensuite mis en place, en cohérence avec les objectifs du CPOM et du projet de service.



Du 4 avril au 14 octobre 2024



Des entretiens avec les usagers avec les professionnels



1 outil = Bluekango



4 temps de formation 2024 (GRIEPS) : 4 avril, 13 mai, 7 juin, 19 septembre

Focus : la gestion des risques

La gestion des risques a priori – les actions préventives

La gestion des risques a priori se base sur une cartographie des dangers qui reprend les recommandations de l'HAS. Elle permet d'identifier, au sein des processus, les étapes dangereuses, pour en réduire l'occurrence et/ou la gravité. Un focus particulier est posé sur la gestion du risque médicamenteux.

La prévention du risque de maltraitance

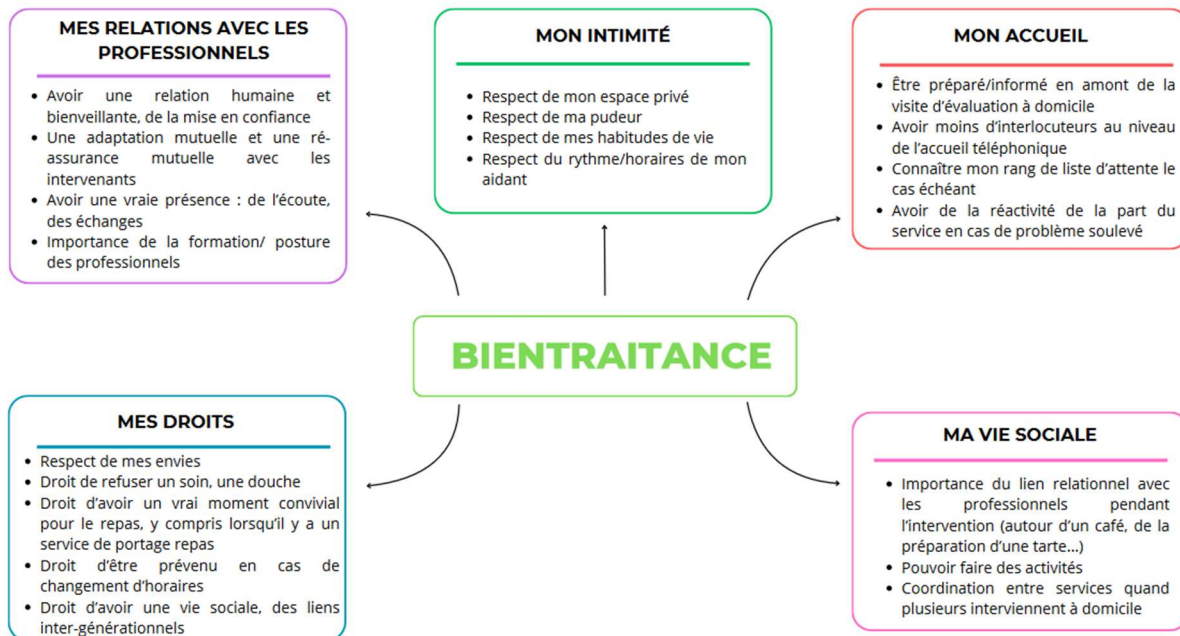
Le SAD a mené, au cours de l'année 2025, un travail sur le **repérage des risques de maltraitance**, afin d'établir une **cartographie spécifique des risques du service**. Un plan de prévention découlera de ce travail collaboratif.

Concernant le personnel, les agents signent la **charte de bientraitance** à leur recrutement. Un **parcours de sensibilisation aux droits et libertés des personnes accueillies en SAD** est ensuite mis en place au cours des premiers mois d'intégration du professionnel. Le SAD propose un **plan de formation** conséquent développant ainsi une culture commune autour de la prévention des situations à risque. Les équipes bénéficient également depuis plusieurs années de **séances d'analyse de la pratique professionnelle**. Enfin, ils ont été destinataires de la **procédure et de flyers** sur la prévention de la maltraitance qui ont été travaillés par des professionnels du CIAS en 2025. Les professionnels sont également incités à **déclarer tout évènement indésirable** sur le logiciel qualité.

Les Responsables de secteur diplômées en travail social ainsi que l'IDEC/IDE diplômées permettent un **suivi étroit des situations à risque de maltraitance**. Le lien est fait systématiquement avec les **tutelles** (Conseil Départemental/ARS/ CTLM) pour le signalement des situations ainsi qu'avec les assistantes sociales du CCAS Annecy. Elles participent à **l'Espace ressource Maltraitance de la filière Gériatrique**. Ce travail partenarial permet un suivi rapproché des situations.

Un comité éthique dédié aux professionnels du domicile va voir le jour courant 2025, fruit d'un travail collaboratif sur le territoire avec le Centre de Ressource Territorial (CRT) et l'ADMR.

Les **usagers** du service ont été destinataires en 2025 de **flyers sur la prévention de la maltraitance (livret d'accueil) et un Bilan annuel** est présenté au Groupe d'Expression des Usagers. Enfin, une **réflexion a été menée en Groupe d'Expression des usagers sur la notion de Bientraitance à Domicile** :



La prévention des risques des professionnels

Le SAD a deux **relais de prévention** qui travaillent en lien avec le service prévention de la DRH du Grand Annecy. Ils mettent notamment à jour le **DUERP du service**. Par ailleurs, le SAD a signé un **CPOM « Dotation qualité SAAD »** qui permet le **financement d'actions de prévention des risques professionnels**. (Voir chap.3 RH)

La gestion des risques a posteriori – les actions correctives

Les agents ont tous accès au logiciel qualité et sont formés puis incités à déclarer les événements indésirables, dans une politique de transparence. Ces derniers sont analysés par une cellule dédiée, pluridisciplinaire et dont la composition est tournante. Les événements indésirables sont classés par fréquence, gravité et niveau de maîtrise afin de déterminer un niveau de risque résiduel et de prioriser les actions. Un rapport annuel est présenté devant le COPIL qualité qui détermine les axes d'action principaux.

La continuité de l'activité

Un plan de continuité de l'activité a été mis en place et activé pour le SAD lors du COVID. Depuis, un travail est mené pour définir un **plan global de gestion de crise et de continuité de l'activité**, tel que demandé par le manuel qualité de la HAS. Ce plan vise à garantir la continuité du service, en cas de crise majeure.

Il vise les objectifs suivants :

- Garantir la continuité des prestations essentielles auprès des bénéficiaires les plus vulnérables
- Protéger la santé et la sécurité des professionnels et des usagers
- Organiser une réponse adaptée et évolutive en cas de crise majeure
- Communiquer auprès de l'ensemble des personnes concernées

Ce **plan de gestion de crise et de continuité de l'activité** est construit sur la base des **références réglementaires propres au SAD**.

Où allons-nous ?

La démarche qualité et de gestion des risques du CIAS, appuyée par l'évaluation HAS, doit désormais s'inscrire dans une structuration plus aboutie, avec des orientations stratégiques claires portées par la gouvernance. Cela implique une sensibilisation accrue des équipes aux enjeux de la qualité, afin de renforcer leur engagement et d'intégrer pleinement ces démarches dans les pratiques quotidiennes. Il est également essentiel de mieux tracer et formaliser les actions mises en place, garantissant ainsi une amélioration continue et une visibilité accrue des efforts menés en faveur de la qualité et de la sécurité des accompagnements.

Comment y allons-nous ?

AXE 1 : Définir et piloter la politique qualité et de gestion des risques du CIAS

Objectif 1 : Définir la politique qualité du CIAS, porter le sujet institutionnellement

Action 1 : Formaliser un schéma directeur qualité, à partir des auto-évaluations (document cadre, axes stratégiques, calendrier SMART, rapports d'activité)

Action 2 : Mise en place d'une gouvernance qualité (comité, rôles et responsabilités)

Objectif 2 : Identifier les moyens dédiés

Action 3 : Identifier les moyens internes : Dédier des ressources humaines à la mise en œuvre de la démarche qualité et la répartition des responsabilités terrain par secteur

Action 4 : Identifier les moyens externes (comité éthique...)

Objectif 3 : Diffuser une culture qualité et amélioration continue sur le terrain

Action 5 : Organiser un dispositif de sensibilisation/formation. (outils pédagogiques et ludiques)

Action 6 : Développer des outils de communication régulière sur la démarche qualité

Pour suivre nos progrès :

- Existence et suivi annuel du schéma directeur qualité
- Formalisation d'une gouvernance qualité et des rôles de chacun
- Sensibilisation des nouveaux agents aux enjeux de la qualité et de la gestion des risques et au logiciel

AXE 2 : Poursuivre la mise en œuvre de la démarche qualité et gestion des risques

Objectif 1 : Mise en place d'un système d'amélioration continue (Plan-Do-Check-Act)

Action 7 : Mettre en place des indicateurs de suivi de la démarche qualité et gestion des risques

Action 8 : Organiser des audits réguliers (référentiel HAS, soins, bonnes pratiques...)

Action 9 : Piloter un plan d'action global (PAG) à ajuster en fonction des résultats obtenus

Objectif 2 : Recueillir et améliorer la satisfaction de l'utilisateur

Action 10 : Etendre l'enquête de satisfaction aux familles

Action 11 : Poursuivre l'analyse des enquêtes de satisfaction au domicile, en faire un rendu en GEU et mettre en place les améliorations

Objectif 3 : Systématiser l'utilisation de l'outil numérique Bluekango

Action 12 : Former l'ensemble du personnel à l'utilisation de Bluekango

Action 13 : Poursuivre la centralisation des documents et processus dans Bluekango (base documentaire centralisée, processus de mise à jour)

Pour suivre nos progrès :

- Existence d'un PAG reprenant le suivi des indicateurs et des audits
- Existence d'un pilote et d'une instance (COFIL)
- % de retour d'enquêtes de satisfaction à destination des usagers
- 100% de retours au GEU de l'enquête annuelle
- 100% des professionnels utilisent logiciel qualité

AXE 3 : Renforcer la sécurité des usagers par la prévention et la gestion des risques individuels et collectifs

Objectif 1 : Définir et déployer le plan de prévention des risques de maltraitance et de violence

Action 14 : Elaborer un protocole interne de prévention des risques de maltraitance et de violence

Action 15 : Formaliser une cartographie des risques

Action 16 : Formation et sensibilisation des équipes à la détection des risques de maltraitance

Objectif 2 : Améliorer le recueil et le traitement des plaintes et réclamations

Action 17 : Améliorer le recueil et traitement avec la mise en place d'une procédure formalisée

Action 18 : Organiser un suivi des plaintes et réclamations avec actions correctives et communication

Objectif 3 : Améliorer le recueil et le traitement des évènements indésirables

Action 19 : Inciter les équipes pour la systématisation des déclarations des évènements indésirables

Action 20 : Organiser un suivi avec audits ponctuels, actions correctives et communication sur les suites données

Objectif 4 : Améliorer et actualiser régulièrement le PCA

Action 21 : Réaliser des exercices de simulation annuels pour tester les protocoles d'urgence et identifier les points à améliorer

Action 22 : Actualiser les procédures

Objectif 5 : Actualiser le DUERP du service

Action 23 : Actualiser régulièrement le DUERP

Action 24 : Suivre le plan d'action

Objectif 6 : Améliorer la gestion du risque infectieux et épidémique

Action 25 : Rédiger l'ensemble des procédures concernant le risque infectieux et les faire connaître et appliquer par tous les acteurs

Action 26 : Disposer de ressources externes à l'instar des EHPAD (EMH...)

Objectif 7 : Améliorer la gestion du risque médicamenteux (audit circuit du médicament)

Action 27 : Rédiger une procédure circuit du médicament et protocoles dédiés au domicile et connus de tous les acteurs

Action 28 : Réaliser des audits réguliers du circuit du médicament au SAD

Objectif 8 : Améliorer la gestion des risques liés aux bâtiments et personnes

Action 29 : Réaliser des exercices d'évacuation et de simulation de crise

Action 30 : Renforcer les contrôles techniques périodiques de conformité des installations et des bâtiments administratifs du SAD

Pour suivre nos progrès :

- Procédure prévention de la maltraitance diffusée, connue de tous, élargée
- Cartographie des risques existante et remise à jour annuellement, plan de suivi
- 100% de plaintes et réclamations ayant eu une réponse sous moins 7 jours
- 100% des DUERP rédigés, puis mis à jour annuellement

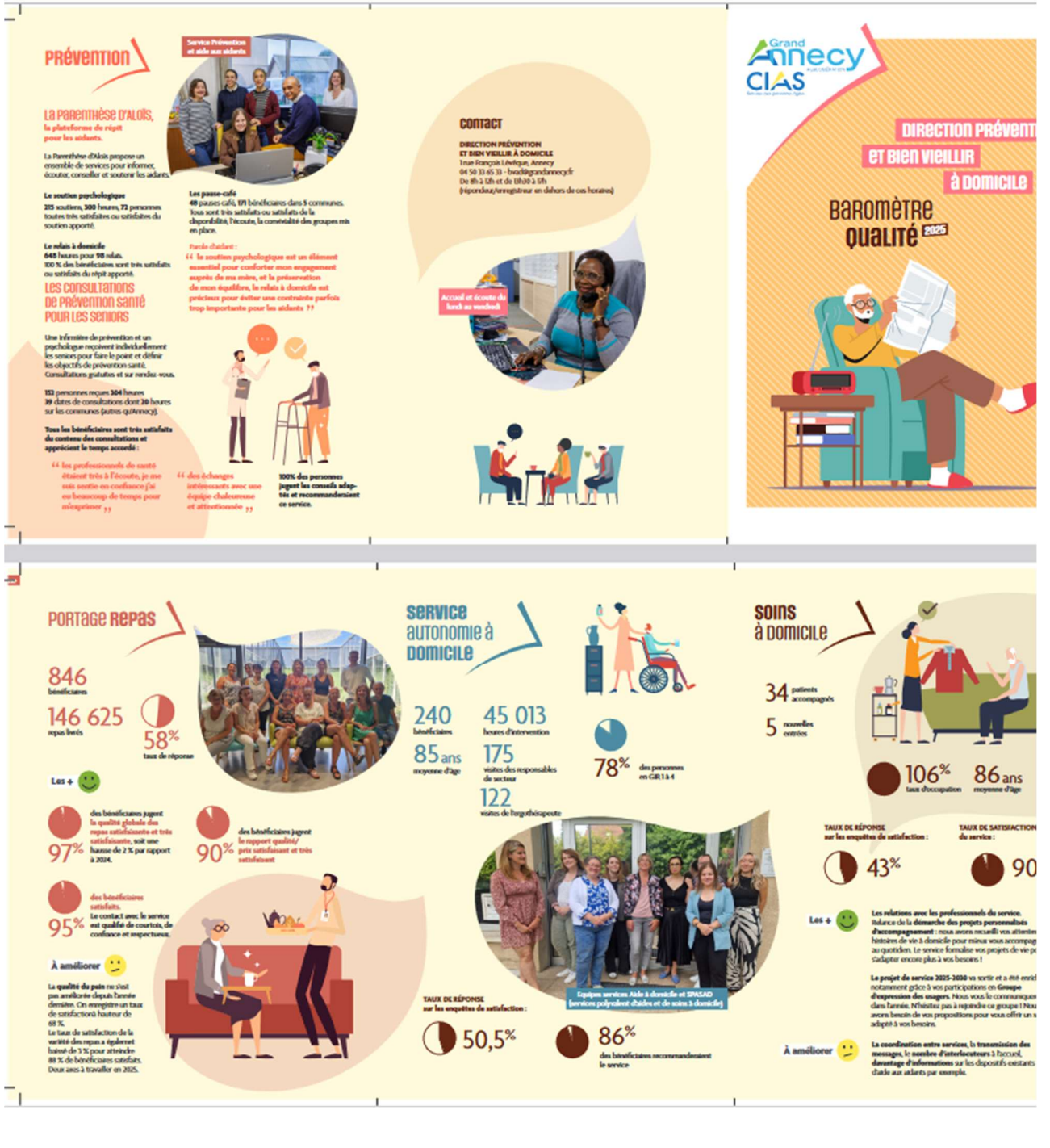
**ZOOM : Qu'est-ce qu'un service d'aide/soins à domicile de qualité pour vous professionnels du domicile ?****Retour du travail collaboratif mené en 2024 avec les équipes :**

- ❖ Valeurs de respect, bienveillance, empathie, intimité, écoute, réponse aux besoins/aux attentes
- ❖ Ponctualité, discrétion, confiance, partage, honnêteté, politesse
- ❖ Autonomie des professionnels, disponibilité, adaptation, flexibilité,
- ❖ Personnalisation des interventions / Respect du cadre d'intervention : trouver un juste équilibre
- ❖ Savoir se remettre en cause, vigilance sur les débordements, limite de compétences
- ❖ Communication entre collègues, avec les bénéficiaires, les familles, le bureau
- ❖ Qualité de vie au travail
- ❖ Travailler tous dans le même sens
- ❖ Coordination avec les médico-sociaux (ex : médecin pour fin de vie)
- ❖ Organisation du service, matériel adapté





Zoom : Communiquer sur la démarche qualité auprès des usagers : Le Baromètre Qualité, une pratique ancienne et éprouvée à domicile



CHAPITRE 6 : Projet numérique fédérateur : développer et harmoniser les pratiques des professionnels

Qui sommes-nous ?

Le projet de service du SAD du CIAS Grand Annecy reflète une ambition claire : **fournir à nos équipes et à nos usagers des outils pratiques et modernes pour renforcer l'efficacité et la qualité des prestations**. Dans la continuité des efforts entrepris pour équiper nos établissements, tels que les EHPAD et les résidences autonomie, nous poursuivons cette dynamique au Domicile en mettant l'accent sur l'innovation et l'optimisation des processus. Ainsi, le **SAD a déjà franchi des étapes**, notamment avec l'implémentation du SONS (dispositif Système ouvert et non sélectif) à l'aide du projet ESMS Numérique (Système ouvert et non sélectif) qui inclut la qualification des identités des bénéficiaires grâce à l'INS (Identifiant National de Santé) et l'accès au Dossier Médical Partagé (DMP). Ces avancées concrètes témoignent de notre volonté de garantir une gestion rigoureuse et personnalisée des parcours de soin.

Où allons-nous ?

Dans une **perspective d'amélioration continue**, nous prévoyons également la mise en place de nouveaux dispositifs pour simplifier et accélérer les traitements administratifs, à l'instar de la digitalisation des devis et contrats. Ces outils contribueront à réduire les délais de traitement tout en améliorant l'expérience des bénéficiaires et de leurs familles. Ce projet de service s'inscrit donc dans une **vision globale et stratégique**, où innovation technologique et engagement humain se conjuguent pour construire un service toujours plus performant, inclusif et adapté aux besoins de notre territoire. Le **Service d'Information et du Numérique (SIN) joue un rôle central dans cette transformation, assurant un accompagnement de proximité** auprès des agents et servant d'interface avec les services numériques du Grand Annecy pour les questions d'infrastructure.

Forces identifiées	Points d'attention
<ul style="list-style-type: none"> - Une équipe SIN réactive et disponible - Un parc informatique modernisé - Une infrastructure réseau adaptée - Un accompagnement continu des équipes 	<ul style="list-style-type: none"> - Une partie du personnel reste peu familière avec les outils numériques - Des contraintes budgétaires limitant certains développements - Un besoin d'accompagnement constant dans l'appropriation des nouveaux outils

Notre vision à 5 ans est de **faire du numérique un levier d'amélioration de la qualité de l'accompagnement, tout en facilitant le travail quotidien des professionnels**. Cette transformation numérique doit être inclusive et adaptée aux besoins de chacun.

Comment y allons-nous ?

AXE 1 : Optimisation des usages du DUI

Objectif 1 : Pérenniser les usages du DUI

Action 1 : Former les nouveaux arrivants à l'utilisation du DUI et pérenniser les usages

Action 2 : Harmoniser les pratiques de saisie et créer des procédures communes d'utilisation

AXE 2 : Un numérique attractif et innovant

Objectif 1 : Fédérer les utilisateurs

Action 3 : Permettre à tous les professionnels d'avoir une adresse mail nominative et personnelle.

Action 4 : Assurer le passage vers des moyens de téléphonie mobile plus adaptés au contexte.

Action 5 : Mettre en place une plateforme de remplacements pour proposer des plages de travail supplémentaires à des agents recherchant un complément de revenus et avoir moins recours à l'intérim.

Action 6 : Disposer d'un outil de plannings pour optimiser la gestion des ressources humaines, garantir la continuité du service, réduire les erreurs et les coûts, tout en améliorant la transparence, le bien-être des agents et la conformité réglementaire.

Objectif 2 : Apporter des solutions numériques à nos bénéficiaires et partenaires

Action 7 : Mettre en place un Portail Famille afin de faciliter et renforcer les échanges d'informations avec les bénéficiaires du service et les partenaires médico-sociaux.

Action 8 : Mettre en place un outil de liaison dématérialisé (remplacement des cahiers de liaison papier) afin de développer les échanges entre les professionnels, les bénéficiaires et l'entourage.

Action 9 : Poursuivre la dématérialisation (MSS, DMP, INS).

Numérique et protection des données

Nous veillons à garantir la sécurité et la confidentialité des données, en conformité avec le RGPD et les exigences réglementaires. Les outils numériques utilisés respectent les normes de protection des informations, assurant un cadre sécurisé pour la gestion des données des usagers et des professionnels.

Afin de renforcer cette démarche, nous avons :

- Réalisé un diagnostic** en 2023/2024
- Défini un **plan d'action RGPD**



Nous souhaitons :

- **Sensibiliser les équipes** aux enjeux de la protection des données et **former les professionnels** aux bonnes pratiques en matière de sécurité numérique.
- **Ancrer une culture commune de la confidentialité**, essentielle pour un usage responsable des outils numériques.

Pour suivre nos progrès :

- Une adresse mail pour chaque professionnel
- Aller vers une solution mobile adaptée aux besoins des professionnels
- Développer un portail d'échange avec les bénéficiaires
- Utilisation des outils (MSS, DMP) sécurisés pour échanger avec les professionnels de santé

LA MISE EN ŒUVRE, LE SUIVI ET L'ACTUALISATION DU PROJET DE SERVICE

Objectifs

- Suivre l'avancement des actions
- Garantir une visibilité claire, à tous les niveaux, sur l'état d'avancement des actions.
- Anticiper et ajuster les actions en fonction des besoins, notamment à mi-parcours.

Pilotage et coordination

Un tableau de bord de suivi du plan d'actions permettra de :

- Suivre les indicateurs clés,
- Définir les échéances,
- Assurer une répartition claire des tâches et responsabilités.

Suivi et évaluation

Le Comité suivi composé de la Direction, encadrement de proximité du SAD se réunira tous les 3 mois, afin de :

- Suivre l'avancement des actions,
- Analyser les indicateurs de suivi,
- Déterminer les ajustements nécessaires,
- Organiser l'évaluation à mi-parcours et finale.

Une **réévaluation globale** du projet sera menée à mi-parcours, en 2027, intégrant les enseignements issus de la démarche qualité et les recommandations identifiées tout au long du suivi.

ANNEXES

Ci-dessous :

- Annexe 1 : Glossaire
- Annexe 2 : Charte d'éthique et de bientraitance
- Annexe 3 : Organigramme synthétique du CIAS, mars 2025
- Annexe 4 : Bilan du précédent projet service
- Annexe 5 : Résultats de l'enquête auprès des usagers

A consulter par ailleurs :

- Projet de service associé (Plateforme de répit La Parenthèse d'Aloïs)
- Projet de Vie Sociale et Partagée (Habitat Inclusif)
- Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
- La Procédure maltraitance, cartographie des risques
- Le Projet Global d'Activités et vie sociale

1. Annexe 1 : GLOSSAIRE

SIGLES ET ACRONYMES	SIGNIFICATION
AD	Aide à domicile
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASV	Adaptation de la Société au Vieillessement
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHANGE	Centre Hospitalier Annecy Genevois
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CODIR	Comité de Direction
COPIL	Comité de Pilotage
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRT	Centre de Ressources Territorial
CST	Comité Social Territorial
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DAMRI	Démarche d'Analyse et de Maîtrise du Risque Infectieux
DRH	Direction des Ressources Humaines
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
DUI	Dossier Usager Informatisé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMH	Equipe Mobile d'Hygiène
ESMS	Etablissements et Services Médico-Sociaux
FALC	Facile A Lire et à Comprendre
FPT	Fonction Publique Territoriale
FEI	Fiche d'Evènement Indésirables
GED	Gestion Electronique des Documents
GIR	Groupe Iso Ressources (grille permettant de définir le niveau d'autonomie de la personne)
GMP	GIR Moyen Pondéré
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HTC	Hébergement Temporaire de Crise
HT	Hébergement Temporaire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IDEC	Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur
IDEL	Infirmiers libéraux
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IMC	Indice de Masse Corporelle
MFR	Maison Familiale et Rurale
MND	Maladies Neurodégénératives
PAG	Plan d'Action Global
PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé
PCA	Plan de Continuité d'Activité
PGA	Projet Global d'Activités et de vie sociale

PPI	Plan Pluriannuel d'Investissements
QVT	Qualité de Vie au Travail
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
RH	Ressources Humaines
RPS	Risques Psycho Sociaux
RS	Responsable de Secteur
SAD	Service Autonomie A Domicile
SIRH	Système d'Information en Ressources Humaines
SPC	Symptômes Psycho Comportementaux
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
TCC	Troubles Cognitifs et Comportementaux
TMS	Trouble Musculo Squelettique

2. Annexe 2 : CHARTE d'ETHIQUE ET de BIENTRAITANCE



CHARTRE D'ÉTHIQUE ET DE BIENTRAITANCE

des établissements et services du
Centre intercommunal d'action sociale
(CIAS) du Grand Annecy

Les élus et les agents du CIAS partagent une approche humaniste qu'ils veulent exprimer quotidiennement dans la mise en oeuvre de leur mission d'accompagnement de la personne âgée.

Une approche traduite par le **RESPECT** de la personne, dûe à son âge, son histoire, son individualité :

- en préservant son autonomie et sa liberté d'expression dans les décisions qui la concernent et dans l'exercice des actes de la vie courante,
- en prenant soin de lui apporter, en complément de l'aide et de l'affection irremplaçables de sa famille et de ses proches, le maximum de soutien et de bien-être, à toutes les étapes de l'accompagnement, y compris dans la fin de sa vie,
- en favorisant une qualité relationnelle garante de la place et de l'épanouissement de la personne âgée et du professionnel qui l'accompagne, et propice à la sérénité de sa famille.



Le sens de l'action des élus et des professionnels repose sur des valeurs essentielles

Respect de la personne

Justice et équité

Responsabilité et engagement professionnel

Bienveillance, tact et sollicitude

Respect de la personne

L'avancée en âge, le handicap et la perte d'autonomie sollicitent avec une grande exigence notre capacité à la **reconnaissance** et au **respect** de la personne. Chaque personne âgée a développé sa propre singularité, sa propre histoire, sa richesse affective, ses habitudes, ses croyances, ses désirs, ses projets. Le CIAS s'engage à respecter cette **individualité**.

Justice et équité

Les **libertés fondamentales**, garantes de la dignité humaine prennent tout leur sens dans l'accompagnement des personnes les plus vulnérables. Le CIAS s'engage à apporter la plus grande vigilance au respect de ces libertés, tout en les adaptant au niveau d'autonomie des personnes accompagnées. Cet ajustement doit se faire dans l'intérêt exclusif des personnes âgées.

Responsabilité et engagement professionnel

Deux valeurs traduisent le sens de la responsabilité professionnelle : d'une part la **compétence technique**, d'autre part la **conscience professionnelle**, c'est-à-dire la volonté constante de bien faire. Le CIAS s'engage à promouvoir ces deux dimensions essentielles de la responsabilité professionnelle, ainsi que le bien-être des agents, qui est une composante de leur engagement.

Bienveillance, tact et sollicitude

Le respect de l'**intégrité** et de la **sensibilité** des personnes est primordial. **Prendre soin**, c'est faire preuve de **patience** et de **sollicitude**, qualités essentielles de l'accompagnant, qui permettent de respecter le rythme de vie et d'action, souvent fortement ralenti, de chacun. Le **tact** concerne tout à la fois la délicatesse du **toucher** et la volonté de ne pas brusquer ou heurter la sensibilité par le geste, souvent intime, ou la **parole**. Dans le cadre de l'accompagnement, la **bienveillance** permet de concevoir le plus justement et le plus respectueusement la place de la personne âgée.



3. Annexe 3 : ORGANIGRAMME DU CIAS



ORGANIRAMME CIAS DU GRAND ANNECY

