



Projet de Service 2024 – 2028

SERVICE AUTONOMIE A DOMICILE

Association LE LIEN Services – Association SSIAD Le Lien

Partie 1 – Le contexte des missions du SAD LE LIEN	5
1.1. Un cadre légal et règlementaire défini.....	5
1.1.1. Les textes de référence.....	5
1.1.2. Les textes techniques.....	6
1.1.3. Le contexte territorial	8
1.2. Les associations gestionnaires	9
Partie 2 – La présentation du Service Autonomie à Domicile	11
2.1. La mission	11
2.1.1. Le SAD Le Lien, acteur du maintien à domicile.....	11
2.1.2. Une « plateforme » de services à domicile.....	11
2.2. Les valeurs, fondement de l’accompagnement	13
2.2.1. Une déontologie d’intervention	13
2.2.2. Le respect des droits de la personne	14
2.2.3. La démarche de bienveillance et la prévention de la maltraitance	16
2.2.4. La prévention et la gestion des risques.....	17
2.2.5. La démarche d’amélioration continue	19
2.3. Le public accompagné.....	20
2.3.1. Le SAAD.....	21
2.3.2. Le SSIAD	22
2.3.3. L’ESAD	22
2.4. L’organisation des ressources au service de l’accompagnement.....	24
2.4.1. L’organisation du travail et des professionnels	24
2.4.2. La politique des ressources humaines	29
2.4.3. Les locaux et moyens matériels.....	30
2.5. Le réseau et les partenariats.....	31
2.5.1. La convention entre les deux associations gestionnaires	32
2.5.2. Les partenaires institutionnels	32
2.5.3. Les partenaires de l’accompagnement	33
Partie 3 – L’offre d’accompagnement.....	34
3.1. Les prestations à la personne proposées par le SAD.....	34
3.1.1. Le service d’aide et d’accompagnement à domicile (SAAD).....	34
3.1.2. Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)	34
3.1.3. L’Equipe Spécialisée Autonomie à Domicile (ESAD).....	35
3.1.4. Le soutien aux aidants.....	35
3.2. Le processus d’accompagnement – de l’accueil à la sortie.....	36
3.2.1. L’accueil	37
3.2.2. L’analyse de la demande et des besoins de la personne	37
3.2.3. L’accompagnement de la personne	38
3.2.4. La fin de l’accompagnement	39
Partie 4 – Les orientations à 5 ans	41
4.1. Consolidation des outils d’un SAD.....	41
4.2. La mise en œuvre du décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023	42
GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS.....	43
ANNEXES	44
Annexe 1 – Les instances de gouvernance associative.....	44
Annexe 2 – Les publications de l’HAS.....	45

Introduction

La loi du 2 janvier 2002, dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, place la personne accompagnée au cœur des préoccupations et des organisations.

Pour ce faire, nous devons poser une réflexion partagée en équipe, et proposer un document « cadre » à notre action, complémentaire aux textes de l'environnement légal et réglementaire.

L'actualisation du projet de service¹ est un moment fort de notre association, invitant chacun à participer à poser les principes d'actions et d'organisation de l'activité des professionnels, en leur donnant sens et repères.

La période d'actualisation de ce projet de service est également une période clé, avec la parution du décret fondateur des Services Autonomie à Domicile – Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023.

Ainsi, la démarche s'est engagée autour **d'un travail conjoint entre le Service d'aide à domicile de l'association Le Lien Services, et le Service de Soins Infirmiers à Domicile, porté par l'association SSIAD Le Lien**, dans la continuité de la création d'un SPASAD Le Lien en 2016, fruit d'une collaboration formalisée et outillée entre les deux structures.

Feuille de route pour 5 ans (2019-2023), le projet de service garantit le droit des personnes bénéficiaires, puisqu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisible les modes d'organisation et de fonctionnement du service.

Il est un levier de cohésion des équipes autour de la personne accompagnée – âgée ou en situation de vulnérabilité, *en donnant un cadre validé institutionnellement*. Il est également un outil de prospective et d'amélioration de la qualité *en engageant la structure sur des projets d'actions, proposant objectifs, modalités de travail et indicateurs d'évaluation*.

Les services du Lien ont ainsi formalisé un projet de service unique durant l'année 2023, dans une démarche plurielle permettant :

- La participation active des équipes de professionnels, dans le cadre de groupes de travail, pour « *la mobilisation et de la cohésion entre les finalités, l'organisation, les acteurs et leurs actions*² » ;
- L'intégration des résultats des enquêtes de satisfaction a permis de tenir compte de l'avis exprimé des personnes accompagnées et leurs proches ;
- La prise en compte de la démarche Qualité et de la préparation de l'évaluation HAS – à conduire en 2025³,

¹ L'article L311-8 de la loi n°2002-2 définit la finalité essentielle du projet d'établissement : « *garantir les droits des usagers en définissant des objectifs en matière de qualité d'accompagnement et de soins, en rendant lisibles les modes d'organisation, de coopération et de fonctionnement de la structure* ».

² P. DUCALET et M. LAFORCADE, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* – Editions Seli Arslan, 2000.

³ Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS – HAS 2022

- L'évaluation des besoins d'intervention, par une analyse des derniers projets de service (SAAD 2017-2021 et SSIAD 2019-2023) et leur déploiement, mais aussi par une lecture attentive des schémas départementaux et leur plan d'actions.

Ce projet de service prend nécessairement en compte les nombreuses évolutions du secteur social et médico-social, et les différents textes de référence – dont *les recommandations de bonnes pratiques* du secteur, afin d'être un appui au développement du service, aux évolutions des compétences des professionnels essentielles pour répondre aux enjeux de demain.

Le projet de service présente donc le contexte des missions (première partie), l'organisation du service et de ses prestations (seconde partie), puis les besoins et enjeux auxquels la structure doit et devra répondre dans les années à venir et les évolutions souhaitées en conséquence, au travers de « Fiches Action » (dernière partie).

Il est élaboré en référence à la Recommandation « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » – ANESM, Mai 2010.

La finalisation (rédaction) du document a été confiée à un prestataire, appuyée d'un Comité de lecture composé de l'encadrement.

Le projet de service – finalisé en janvier 2024, a été soumis à l'approbation du Conseil d'Administration de l'Association le 27/11/2024, présenté aux différents professionnels de l'association et transmis aux autorités de contrôle et tarification.

Ce projet de service n'est pas figé ; il pourra évoluer au gré des mutations, tant du public accompagné que des attentes de l'association gestionnaire et des organismes de tarification. Ainsi, les orientations posées en prospective lors de sa rédaction seront régulièrement évaluées quant à leur déploiement, pour être réajustées le cas échéant – dans le cadre du plan d'amélioration pour la Qualité.

Nous tenons à remercier toutes celles et ceux qui ont contribué à la réalisation de ce document et qui sont prêts à mettre en œuvre l'ensemble des projets qui y sont détaillés en fonction des moyens qui seront alloués.

Partie 1 – Le contexte des missions du SAD LE LIEN

1.1. Un cadre légal et règlementaire défini

Le secteur du maintien à domicile ne cesse d'évoluer ; en effet, pour répondre au mieux aux attentes de « rester chez soi » des personnes en situation de perte d'autonomie qu'elle soit ponctuelle ou durable, les politiques publiques ont proposé des orientations de plus en plus précises, nécessitant l'articulation de l'ensemble des acteurs sur les différents territoires – santé, handicap, grand âge.

1.1.1. Les textes de référence

Le cadre légal évolue régulièrement depuis plus de 20 ans – les textes clés (*liste non exhaustive*) sont :

- **La Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002**, dite de rénovation sociale : elle enjoint les services d'aide au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées (et depuis 2005 aux services d'aide à domicile aux familles) de recevoir une autorisation pour exercer leur activité.
- **La Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005** relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (dite loi Borloo en 2005) précisant les trois domaines distincts : les services à la famille (garde d'enfant, soutien scolaire, assistance informatique et Internet, assistance administrative), les services aux personnes âgées dépendantes (aide pour tous les actes essentiels du quotidien y compris les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété, garde-malade hors prestations de soins ...) et les services de la vie quotidienne (entretien de la maison et travaux ménagers, petits travaux de jardinage et de bricolage, gardiennage de maison principale et secondaire).
- **Le Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004** relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.
- **L'Ordonnance n° 2005 -1477 du 1er décembre 2005** portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux – Choix entre autorisation et agrément.
- La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires modifiant les modalités d'autorisation.
- **La Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement dite Loi ASV** : Elle propose notamment l'expérimentation de SPASAD prévoyant une intégration renforcée des SSIAD et SAAD, devant permettre un soutien diversifié au maintien à domicile. Elle affirme également la nécessité d'une coordination accrue selon la méthode MAIA, pour les institutions et les professionnels de santé intervenant auprès des personnes en perte d'autonomie.
- **La Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé** (article 89) a introduit la mise en place de la démarche « réponse accompagnée pour tous » (RAPT) pour les personnes en situation de handicap. Elle s'appuie sur les conclusions du rapport Piveteau et vise à permettre « un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de

handicap et pour leurs proches. »

- **Le Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile**, et modifiant le CASF. Ainsi, l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles précise que tous les services intervenant auprès des publics fragiles (personnes âgées, personnes en situation de handicap, familles en difficultés), relèvent du régime de l'autorisation délivrée par le Président du Conseil Départemental.
- **Les Lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2022 et 2023** induisent de nouvelles modalités de tarification de l'aide à domicile, et donnent les prémices d'un processus d'unification des services existants, notamment SSIAD et SAAD par la création des Services Autonomie, porteurs d'une offre globale de soins et d'accompagnement à domicile.
- **Le Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023, fondateur des Services Autonomie à Domicile**. Prévu par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022, en vertu de son article 44. Ainsi, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) disposant d'une autorisation sont désormais « réputés autorisés en qualité de service autonomie à domicile ».

Un **cahier des charges** est inscrit au IV du nouvel article D.312-1 du CASF, et applicable aux services mentionnés aux 1° et 2° de l'article L.313-1-3 du CASF (SAD Aide, ne proposant que des prestations d'aide et d'accompagnement, et SAD Aide et Soins).

1.1.2. Les textes techniques

- **Le rapport LIBAULT** de mars 2019, propose une réforme profonde de la prise en charge du grand âge, par des évolutions légales et règlementaires, mais également une prise de conscience forte, de l'ensemble des acteurs et de la société dans sa globalité. Il est suivi, en octobre 2019, du rapport EL KHOMRY, présentant un plan national 2022-2024 en faveur de l'attractivité des métiers du Grand Age.

Le rapport PIVETEAU de 2014 en faveur d'un « zéro sans solution » engage lui aussi le secteur du maintien au domicile pour les personnes en situation de handicap qui le souhaitent.

- **La Stratégie Nationale Maladies Neurodégénératives**

En France, près de 1,5 million de personnes sont directement concernées par les maladies neurodégénératives non rares (maladie de Parkinson, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) qu'il convient d'accompagner, notamment à domicile.

Ces maladies ont fait l'objet d'un Plan National 2014 – 2019, puis d'une feuille de route 2020-2022, pour améliorer le diagnostic, la qualité et la sécurité de prise en charge des malades, ainsi que l'appui aux aidants.

Face au défi démographique et au doublement de la population en perte d'autonomie à l'horizon 2050, le Gouvernement lance en septembre 2023 le premier comité de pilotage sur la future stratégie nationale maladies neurodégénératives 2024-2028.

- « **L’Aide à domicile aux personnes âgées : le guide des bonnes pratiques** » - DGAS / Secrétaire d’Etat chargée des Personnes âgées et de l’Autonomie, publié en 2016, est également un appui technique important de nos services.
- **Le rapport du CESE d’avril 2023, donnant un avis sur « la prévention de la perte d’autonomie liée au vieillissement »**, dans lequel le CESE fait part aux pouvoirs publics de ses préconisations autour de trois grands principes transversaux :
 - Une nécessaire action « très en amont » car la prévention de la perte d’autonomie ne se limite pas aux risques dits « du grand âge ». Les expositions diverses liées aux conditions de vie, aux conditions de travail et, parfois, aux comportements individuels ont une incidence sur la perte d’autonomie, sa précocité, les conditions de sa survenue, ses formes, son aggravation.
 - Des actions de prévention, au-delà de la prévention primaire qui agit sur les facteurs de risques. Il s’agit d’améliorer le dépistage de la perte d’autonomie (prévention secondaire) mais aussi, quand la perte d’autonomie est là, d’éviter ses complications ou ses aggravations (prévention tertiaire).
Les aidant(e)s et professionnel(le)s du soin et de l’accompagnement sont des acteurs majeurs de la prévention de la perte d’autonomie.
 - Permettre de manière effective le libre choix. « Vieillir avec dignité, c’est être en mesure de faire valoir ses droits » (CESE – Avis 2018), et notamment le droit de choisir son lieu de vie, droit d’être pleinement citoyenne et de participer aux décisions qui la concernent, mais aussi droit de définir et de conduire son propre projet de vie.
- Les **Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles de l’ANESM – HAS⁸** participent de la grammaire d’action de chacun des professionnels. Ensemble de propositions développées méthodiquement, elles donnent un cadre de références pour la mise en réflexion et l’évolution des pratiques, pour améliorer la qualité des interventions et de l’accompagnement.
« Elles reflètent un consensus autour de l’état de l’art et des connaissances à un moment donné. Elles ne sauraient dispenser les professionnels d’exercer leur discernement dans l’élaboration et le choix de l’accompagnement qu’ils estiment le plus approprié, en fonction de leurs propres constats et des attentes des personnes accompagnées. Elles ont pour objectif de mettre à la disposition des professionnels des repères, des orientations, des outils pour :
 - *développer les organisations, les actions et les postures permettant de proposer l’accompagnement le mieux adapté dans des circonstances données ;*
 - *mettre en œuvre la démarche d’amélioration continue de la qualité.**Elles doivent donc être distinguées des standards et des normes qui définissent des critères d’évaluation. Elles peuvent aussi être utilisées dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels. »⁴*

⁴ Guide méthodologique des RBPP pour le secteur social et médicosocial – HAS (novembre 2020)

1.1.3. Le contexte territorial

Le schéma départemental de l'autonomie 2023-2027

La lecture du schéma départemental est venue éclairer la réflexion et les orientations à venir. En synthèse, il est retenu des 4 axes définis :

Axe 1. Renforcer l'information et la prévention

→ L'enjeu est prégnant pour porter une politique opérante du maintien à domicile, et notamment dans le cadre de l'action n°5 quant à la prévention et au repérage des fragilités à domicile, pour lesquels les SAD sont des acteurs essentiels – ces missions seront intégrées aux CPOM à venir.

Axe 2 : Améliorer l'accès aux droits

→ L'action n°8 prévoit notamment d'améliorer l'effectivité des plans d'aide en lien avec l'évaluation des besoins.

Axe 3 : Diversification et transformation de l'offre

→ L'action n°11 est une feuille de route importante pour Le Lien (Service et SSIAD), quant à « l'accompagnement du virage domiciliaire » évoqué dans le schéma départemental, et ainsi répondre toujours au mieux aux attentes des personnes en perte d'autonomie souhaitant vivre à leur domicile dans les meilleures conditions possibles.

Ainsi, le Conseil Départemental s'engage à accompagner les services au déploiement du nouveau cahier des charges des Services Autonomie, et soutenir la professionnalisation des acteurs (action n°18).

Axe 4 : Développer le soutien aux aidants.

→ Les services du Lien se mobilisent de longue date pour le soutien aux aidants, en proposant des actions à leur attention (ateliers, rencontres) et en leur diffusant des informations – notamment pour des solutions de répit. Les actions à déployer dans le cadre du schéma départemental de l'autonomie viendront appuyer celles de nos services.

Le Programme Régional de Santé – PRS 2023 2028

L'ARS Occitanie se mobilise autour de **6 engagements** :

- Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie.
- Accompagner chaque personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé.
- Renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée à leurs besoins de santé sur l'ensemble du territoire.
- Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge et des accompagnements.
- Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements.
- Soutenir l'attractivité des métiers de la santé.

Dans le cadre de la territorialisation des actions, un **Schéma Territorial de Santé (STS)** est dédié à chaque département ; ainsi, le STS de l'Hérault identifie les enjeux prégnants de notre territoire et les défis à relever.

→ Le défi #4 est particulièrement remarquable : « poursuivre la transformation et l'adaptation de l'offre médicosociale », avec notamment l'accroissement de solutions alternatives à l'entrée en établissement pour les personnes âgées ou handicapées, pour **favoriser le maintien à domicile, dans une démarche « d'aller – vers »**.

1.2. Les associations gestionnaires

Le SAD – Service Autonomie à domicile est situé à Montpellier dans le quartier Euromédecine. Il est porté par **deux associations présidées par une même Présidente, gestionnaire des services Le Lien SSIAD et Le Lien Services (SAAD)** qui ont toujours travaillé ensemble au sein de mêmes locaux.

En 1983, Rose-Marie DAUVERCHAIN crée l'association « Le Lien » Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) dont elle est Présidente. Cette association se veut être un lien entre le secteur hospitalier et la médecine de ville, pour une prise en charge harmonieuse, avec le souhait de travailler en étroite collaboration avec le secteur infirmier libéral, par l'établissement de conventions.

L'association est un des premiers services à mettre en place un tel partenariat.

En 1984, le SSIAD est autorisé pour 50 places sur le territoire Nord de Montpellier, puis 15 places supplémentaires en 1985.

En 1990, le SSIAD obtient 10 places sur Lunel, puis 5 places supplémentaires en 1994.

En 1993, dans un souci d'aider les personnes malades dans leur globalité, il apparaît indispensable de les soutenir non seulement dans leurs activités courantes (aide au lever, à la toilette, à l'habillage, à la prise des repas...), mais également dans leurs activités quotidiennes (ménage, démarches administratives...).

A la suite des lois encadrant « les emplois familiaux » et pour répondre aux demandes d'aide aux actes de la vie courante (activités ménagères, accompagnement...), **Rose-Marie DAUVERCHAIN crée l'association « Le Lien Services », Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD).**

En 1997, face à une forte demande de personnes en perte d'autonomie et/ou de personnes malades, Le Lien Services demande l'agrément qualité et intervient auprès des publics les plus fragilisés.

En 2001, le service de Montpellier s'agrandit de 15 places sur les communes de Palavas, Lattes et Pérols.

2002 marque une évolution importante pour les deux services : Le SSIAD est saisi par la DDASS pour la prise en charge de personnes handicapées à titre expérimental. Et la mise en place de l'APA par le Conseil Général de l'Hérault conduit au fort développement de l'activité prestataire pour le SAAD.

En 2004, le SSIAD Le Lien s'inscrit dans une démarche qualité pour l'obtention de la Norme NF X 050-56. Il sera certifié en 2010 jusqu'en 2023⁵.

⁵ La certification NF (AFNOR) du SSIAD n'est pas été maintenue en raison de son coût, et de sa faible valeur ajoutée par rapport à la démarche Qualité et l'évaluation mise en place par l'HAS (mars 2022).

En 2005, le SSIAD se voit autorisé – en extension du service, pour 15 places personnes âgées (5 places sur Lunel, 10 places sur Montpellier). Les 5 places personnes handicapées en expérimentation deviennent pérennes.

En 2007, le SSIAD Le Lien et le SAAD Le lien Services signent une convention de services et officialisent ainsi une collaboration de longue date au service des personnes en perte d'autonomie souhaitant rester à leur domicile. Elle est complétée **en 2011 par la signature d'une convention de partenariat**, plus structurée et plus engageante, au bénéfice de premières mutualisations de moyens.

En 2009, le Lien SSIAD est retenu pour le Projet Plan ALZHEIMER 2008-2012 ; l'Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile (ESAD) ouvre en 2010. Elle deviendra ensuite **l'Equipe Spécialisée Autonomie à Domicile.**

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement permet la mise en place d'expérimentations pour assurer des prestations d'aide, d'accompagnement et des soins au domicile des personnes fragiles – les SPASAD voient le jour.

La loi ouvre également le financement – pour ces SPASAD, d'actions de prévention, dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

En 2016, afin de toujours mieux répondre aux besoins du territoire, les deux services se positionnent ensemble sur un projet de création d'un SPASAD et sont retenus pour une expérimentation de deux années, pouvant donner lieu à une pérennisation du service.

En 2017, une Equipe Spécialisée de Prévention des Risques (ESPR) est mise en place pour intervenir autour de thèmes spécifiques : Nutrition, Sommeil, Sensibilisation aux outils numériques, dans le cadre d'actions de prévention financées par la CFPPA – *financements non pérennes*.

En 2021, une nouvelle Présidente est élue pour les deux associations ; Marie-Claire MANVILLE prend la suite de Rose-Marie DAUVERCHAIN, présidente fondatrice qui devient Présidente d'Honneur.

Cf. annexe 1 – les instances de gouvernance associative.

Partie 2 – La présentation du Service Autonomie à Domicile

2.1. La mission

2.1.1. Le SAD Le Lien, acteur du maintien à domicile

Le Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 précise les missions du Service Autonomie à Domicile ; ainsi le SAD

- Met en place une réponse coordonnée aux besoins et attentes de la personne,
- Contribue à repérer les fragilités de la personne accompagnée,
- Participe à prévenir et repérer les situations de maltraitance,
- Contribue à évaluer les besoins des aidants et à y répondre.

Pour ce faire, le SAD peut proposer – selon le même décret :

- Des prestations d'aide et d'accompagnement dans les actes quotidiens de la vie,
- Des soins,
- Une aide à l'insertion sociale,
- Des actions de prévention de la perte d'autonomie et de soutien à l'autonomie,
- Des actions de soutien aux proches aidants de la personne accompagnée.

Dans le cadre de l'analyse d'une demande d'accompagnement, il est important de déterminer si la prestation attendue est en adéquation avec les compétences et les moyens que le service peut mettre en œuvre".

Si c'est le cas, l'accompagnement se met en œuvre. Dans le cas contraire, la personne est orientée vers une structure ou un professionnel en capacité d'y répondre, en substitution ou en complément.

2.1.2. Une « plateforme » de services à domicile

Le SAD Le Lien propose plusieurs prestations, portées par :

- . Un service d'aide et d'accompagnement à domicile – SAAD ;
- . Un service de soins infirmiers à domicile – SSIAD ;
- . Une Equipe Spécialisée Autonomie intervenant à Domicile – ESAD.

Ces services interviennent selon leur autorisation, sur **différents territoires** : Montpellier et certaines communes de Montpellier Méditerranée Métropole, Palavas, Lunel et les communes du territoire lunellois.

Maintenir au domicile

SAAD 31 228 heures	ESAD 10 places	SSIAD 115 places	
Service Prestataire	30 pers. en file active	Soins auprès des personnes âgées 110 places	Soins auprès des personnes handicapées 5 places

Le service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Porté par l'association Le Lien Services, le SAAD propose des prestations d'aide et d'accompagnement de la personne en tant que **prestataire de service**. Ainsi, **l'association est employeur de personnel**. Ses salariés (41 en 2023 – 22,69 ETP) sont mis à votre disposition après une évaluation des besoins de la personne (effectuée au domicile lors d'une visite ou par téléphone). Le planning, la relation bénéficiaire-salarié et la facturation sont intégralement gérés par l'association.



La Convention collective de branche de l'aide et de maintien à domicile est applicable.

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Porté par l'association SSIAD Le Lien, il est un service social et médico-social, au sens de **l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles**, alinéa 6 : « *Les établissements ou services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* ».

L'action du SSIAD Le Lien s'inscrit dans des missions d'utilité sociale : « *Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, et de réhabilitation* ».

Ainsi, le SSIAD Le Lien a pour missions de :

- Assurer des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins relationnels, dont le but est de favoriser le maintien à domicile, et ainsi :
 - Eviter, retarder ou écourter – en facilitant le retour à domicile – une hospitalisation,
 - Prévenir ou retarder l'entrée en EHPAD ou en établissement d'accueil de personnes en situation de handicap.

- Permettre aux personnes en situation de dépendance, de fragilité, de maintenir le plus longtemps possible leur autonomie (ou d'en ralentir la perte).

L'Equipe Spécialisée Autonomie à Domicile (ESAD)

Conformément à la circulaire ministérielle du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures du Plan Alzheimer – Mesure 6, l'ESAD assure, sur prescription médicale des séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement permettant le maintien et la stimulation des capacités auprès de personnes présentant une maladie neurodégénérative.

A partir des souhaits, des besoins et des capacités de la personne (écoute et évaluation), le service l'accompagne dans la réalisation des objectifs posés. Les séances de soins d'accompagnement et de réhabilitation sont des actions personnalisées qui tiennent compte des capacités.

La prestation est limitée dans le temps. Le nombre de séances est fonction du besoin et du stade de la maladie (15 séances maximum par an, renouvelables l'année suivante).

L'ESAD entretient des liens privilégiés avec le SSIAD, pour des interventions pluridisciplinaires, et ainsi la prise en charge de situations spécifiques dans une réponse optimisée et coordonnée.

2.2. Les valeurs, fondement de l'accompagnement

2.2.1. Une déontologie d'intervention

Chacun des membres de l'équipe, en intégrant l'association, s'engage à respecter la déontologie du secteur et les valeurs du service, selon lesquelles **chaque bénéficiaire est une personne, quels que soient sa situation, son état de santé physique ou psychique, son niveau d'intégration sociale, sa culture ou ses choix de vie.**

Notre déontologie d'intervention est basée :

- **Sur le respect des droits et des besoins de la personne dépendante en tant que personne à part entière.** L'action des professionnels participe à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, le lien social et l'exercice de la citoyenneté, comme à prévenir l'isolement et les exclusions, et à en corriger les effets⁶.
- **Sur une démarche constante pour favoriser la bientraitance,** traiter et prévenir les situations de maltraitance⁷.
- **Sur la nature professionnelle de la relation de « soins »** pour protéger les personnes et leurs droits, mais aussi pour préserver les ressources tant psychiques que physiques des intervenants, face à la dépendance des bénéficiaires. Le personnel est également informé de « *l'interdiction de*

⁶ En cohérence avec la recommandation « Questionnement éthique dans les établissements sociaux et médicosociaux », HAS (ANESM) 2010.

⁷ Dans le respect de la recommandation « La bientraitance définition et repères pour une mise en œuvre », HAS (ANESM) 2008.

recevoir toute délégation de pouvoir sur les avoirs, bien ou droits, toute donation, tout dépôt de fonds, de valeur ou de bijoux ».

- Le service SAAD intervient sur demande, dans le cadre ou non de l'APA, et réalise des prestations visant au « prendre soin » de la personne afin de favoriser son maintien à domicile.
- Le service SSIAD assure, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels.
- Le service ESAD réalise, sur prescription médicale, des séances de soins, de réhabilitation et d'accompagnement permettant le maintien et la stimulation des capacités.

Ces prestations s'appliquent dans **un projet individualisé d'accompagnement (PIA)**, articulé au plan individualisé de soins le cas échéant, élaborés à partir d'une évaluation des besoins de la personne, réalisée par la(les) responsable(s) de service lors des visites à domicile.

Les projets d'accompagnement sont ainsi personnalisés – et réévalués régulièrement et au moins une fois par an ; ils dépendent de la demande ou de la prescription médicale, de l'évaluation des besoins mais aussi de l'environnement de la personne.

Chacun des membres de l'équipe, en intégrant l'association, s'engage à **préserver autant que possible l'autonomie des personnes, et à les prévenir du risque d'isolement.**

2.2.2. Le respect des droits de la personne

L'ensemble des professionnels du SAD favorise l'exercice des droits et libertés de la personne accompagnée, dans le respect de ses rythmes de vie, dans l'organisation des interventions, les pratiques et les postures professionnelles.

Les outils (exigés par la 2002-2) sont disponibles.

- **Le livret d'accueil**⁸ est remis à la personne, à son proche aidant ou à son représentant légal lors à l'admission ; une lecture peut en être faite avec la personne pour répondre à ses éventuelles questions.
La charte des droits et des libertés de la personne accueillie⁹ y est annexée.
Le recours à la personne qualifiée¹⁰ (liste jointe) **et/ou à un médiateur**¹¹ y est mentionné et expliqué – en cas de litige.
- **Le Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA)** est le socle de l'accompagnement ; pour le SSIAD, le PIA est complété par le Projet de soins.
- **Le règlement de fonctionnement**¹² précise les droits et les devoirs de la personne, mentionne les limites d'intervention des professionnels au sein du domicile.

⁸ Circulaire DGAS-SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil.

⁹ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

¹⁰ Article R311-1 du CASF, modifié par le Décret n°2021-684 du 28 mai 2021.

¹¹ En application de l'article L.211-30 et de l'article L.612-1 du code de la consommation.

¹² Conformément au décret 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement.

- **Un document individuel de prise en charge** (contrat) est signé à l'admission de la personne (et propose le bordereau de rétractation réglementaire). Il définit les objectifs et la nature de l'intervention, et mentionne l'interlocuteur chargé du suivi de chacune des prestations.
- **Le projet de service** est disponible et communiqué à l'ensemble de l'équipe. Il est unique pour l'ensemble des « dispositifs ».

L'organisation et les pratiques professionnelles doivent être respectueuses de la personne accompagnée et de l'ensemble de ses droits. Et notamment :

- **Le droit au libre choix, la participation et l'expression de la personne** s'exerce à plusieurs niveaux.
 - . Dans le cadre de l'élaboration et l'évolution du Projet Individualisé d'Accompagnement, la personne est libre de ses décisions concernant son projet (de vie, d'accompagnement). Le projet est ainsi coconstruit avec le service.
 - . La participation de la personne s'entend également dans la vie du service. Des modalités d'expression collective sont proposées (groupe d'expression¹³ autour d'un moment convivial – *si le service s'attache à proposer régulièrement ces espaces, il ne peut contraindre à la participation qui reste très faible voire inexistante*).
 - Un questionnaire de satisfaction est communiqué aux personnes accompagnées annuellement (*en 2023, 99% des bénéficiaires sont satisfaits du service*), et une fiche de réclamation est à leur disposition.

Pour garantir la possibilité de la personne d'agir selon ses propres choix, et quelle que soit sa situation, le dispositif relatif à « la personne de confiance » lui est présenté et régulièrement proposé (pour désigner ou modifier la personne).

Dans cette même logique, les informations sur « les directives anticipées » sont transmises, et leur rédaction accompagnées si la personne le souhaite.

- **L'intimité, la dignité, et le droit à la vie privée** doivent également être assurés. La vigilance est d'autant plus importante que les interventions se réalisent au domicile de la personne, au cœur de sa sphère d'intimité. Il en est de même autour de la question de la fin de vie, proposée en réflexion autour de la présentation des directives anticipées.
 - La juste proximité (ou juste distance professionnelle) comme le questionnement éthique sont régulièrement travaillés lors des *réunions d'équipe*.
- **Le droit à l'information** fait l'objet d'une attention particulière tant en termes de transmission (les documents à destination des personnes et de leurs proches sont régulièrement actualisés et systématiquement explicités) que d'accès (toute personne prise en charge par le service a un droit d'accès à son dossier et aux informations liées à sa prise en charge – procédure dédiée).
- **La confidentialité et la protection des informations et données relatives à la personne sont garanties.**

¹³ En lieu et place du Conseil de la Vie Sociale (CVS), à la suite des difficultés de mise en œuvre de cette instance selon les modalités du décret concerné.

. Le respect de la vie privée concerne également le secret des informations personnelles (Art. L.1110-4 du code de la santé publique) – toutes informations venues à la connaissance d'un professionnel du service ou de toute autre personne en relation avec le service.

Ainsi, chaque salarié de l'association, intervenant ou non au domicile des bénéficiaires, quel que soit son niveau de compétence ou de responsabilité, se doit d'observer une obligation de réserve stricte.

. Si la confidentialité est essentielle, l'accompagnement de la personne induit possiblement le partage d'informations entre professionnels et/ou avec des partenaires externes (médecins, infirmiers libéraux, services d'accueil de jour, établissement d'accueil temporaire, kinésithérapeute.).

La confidentialité comme le partage d'informations à caractère secret (Art. L226-2-2 du CASF) sont cadrés par la loi¹⁴, des procédures, des outils (réunion d'équipe, dossier informatisé des personnes, messagerie sécurisée, cahier de liaison), et sont soumis au consentement de la personne (formulaire dédié).

2.2.3. La démarche de bientraitance et la prévention de la maltraitance

Notre déontologie d'intervention fonde une **démarche de bientraitance** essentielle, par la reconnaissance de la personne en tant que telle, par le respect et par le souci de son bien-être et de son épanouissement.

La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations au sein d'un service et auprès de la personne. Elle vise à promouvoir le bien-être de la personne en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance¹⁵.

Chaque salarié est soucieux de **construire un lien durable et respectueux de la personne**. Pour ce faire, chacun doit systématiquement, quelle que soit la situation :

- ✓ S'efforcer d'établir une relation de **confiance** basée sur **l'écoute** et le dialogue avec la personne aidée et avec son entourage familial et social ;
- ✓ Solliciter son **accord** sur toutes les décisions, dans toutes les actions à entreprendre et susciter autant que possible sa **collaboration**, l'objectif étant – dans la mesure du possible et selon la demande, de « *faire avec et non à la place* » ;
- ✓ Adopter une attitude générale de **respect** impliquant réserve et discrétion à tout moment de l'intervention : respect de la personne, de ses droits fondamentaux, respect de ses biens, respect de son espace de vie, respect de sa vie privée, respect de sa culture, de son choix de vie ;
- ✓ Être attentif au bien-être du bénéficiaire et au **respect de son mode de vie** dans les limites de son périmètre d'intervention – *portées à sa connaissance (lors de l'accueil du salarié) comme à celle du bénéficiaire (livret d'accueil) ;*

¹⁴ Et notamment la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et les recommandations de la CNIL – Les informations personnelles recueillies par le service font l'objet d'un traitement informatique destiné à organiser les interventions et gérer les relations avec le bénéficiaire. Les destinataires des données sont les salariés du service. La personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui la concernent, comme le droit de refuser le traitement informatique des données.

¹⁵ RBPP HAS (ANESM) « *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* » (Juillet 2008).

- ✓ Témoigner à la personne en perte d'autonomie de la **bienveillance** et de la **compréhension** ;
- ✓ **S'appuyer sur l'équipe** dans le cadre d'un accompagnement pluridisciplinaire, pour permettre la juste distance dans la relation avec la personne accompagnée.

Une charte de bientraitance, écrite lors des groupes de travail est affichée en salle de réunion et annexée à la procédure de développement de la bientraitance.

Ainsi, notre personnel est informé et formé afin de développer les pratiques de bientraitance et de prévention de la maltraitance :

- Dans le cadre de l'élaboration et la modification des protocoles en vigueur (groupes de travail), et plus précisément au travers de la procédure de développement de la bientraitance et prévention de la maltraitance ;
- Au cours des réunions hebdomadaires d'équipe, qui favorisent l'expression, l'échange des pratiques, la diffusion du projet de service, des valeurs de la structure ;
- Durant des journées de formation interne ou externe (gestion de l'agressivité, gestion du stress, bientraitance, écoute des personnes et analyse pertinente de leurs besoins, attentes et « désirs », dynamisation du travail avec les aidants).

La présence de l'intervenant au domicile d'une personne fragile, les activités quotidiennes comme les activités de soins sont un levier important pour maintenir son autonomie et entretenir le lien social.

Toutefois, partager des instants de vie ne doit pas induire de la familiarité ou de l'intrusion ; la juste distance professionnelle est essentielle. Elle permet de **prévenir la maltraitance** liée un positionnement inadéquat, ou encore une attitude trop présente et protectrice pouvant entraîner un sentiment d'oppression ou d'infantilisation.

- . Chaque intervention se déroule dans le **respect de la réglementation** en vigueur (droit du travail, convention collective, contrat de travail, formation professionnelle et prévention des risques professionnels) et du Document individuel de prise en charge.
- . L'association active un **dispositif de traitement des situations de maltraitance**. Lorsqu'elle a connaissance d'une telle situation (fiche de remontée d'informations ou fiche de réclamation), elle recueille les informations, analyse la situation et transmet – dès que nécessaire, un signalement aux autorités compétentes, en particulier au président du conseil départemental ou au responsable désigné par lui et en informe la personne accompagnée ou son proche aidant.

2.2.4. La prévention et la gestion des risques

La démarche de bientraitance et la prévention des risques (dont celui de maltraitance) s'appuient en premier lieu sur la « **relation triangulaire** » PERSONNE ACCOMPAGNEE – INTERVENANT – RESPONSABLE DU SERVICE :

- ✓ *Triangulation relationnelle* : La relation duelle entre un intervenant et une personne peut être privilégiée (*elle permet l'établissement de repères, la sécurisation de la personne fragile*) mais elle est rapidement partagée avec d'autres intervenants dans les situations dites « lourdes » (forte dépendance), grâce à l'intervention en binôme ou le relais de plusieurs professionnels au domicile.

- ✓ *Triangulation institutionnelle* : La relation duelle entre l'intervenant et la personne accompagnée s'adosse systématiquement à une association présente et cadrante, représentée par les Responsables (directrice, responsable de secteur / de service, infirmier(e) coordinateur).

La démarche de bientraitance et la prévention des risques s'appuient ensuite sur la dynamique managériale (informations régulières, participation des professionnels, évaluations) et des documents structurés :

- **Les procédures dédiées à la prévention des risques** inhérents à la vulnérabilité des personnes et/ou à la spécificité des interventions (médicamenteux, infectieux, hygiène alimentaire...).
- **Les procédures de recueil et traitement des dysfonctionnements**, à travers la fiche de remontée d'informations notamment. Ainsi, sont suivis et traités :
 - . Les plaintes et les réclamations des personnes accompagnées ou tout autre acteur ;
 - . Les faits de violence et de maltraitance ;
 - . Les événements indésirables – conformément au cadre règlementaire¹⁶ et aux consignes des autorités (ARS notamment).
- **Le plan de continuité d'activité** – qui intègre notamment les bonnes pratiques en cas d'événements climatiques (canicule et grand froid notamment) et sanitaires (risques infectieux, risques parasitaires...).
- **Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels**, actualisé au moins une fois par an avec les équipes.

Enfin, le SAD est pro-actif à la prévention des risques, dans le cadre de toutes ses interventions – point de vigilance professionnelle permanent, et réinvesti régulièrement (**FICHE ACTION**).

Chaque acteur du SAD est responsable de la bonne prévention et gestion des risques. Aussi, chacun doit respecter la loi comme les procédures internes ; chacun a également le devoir d'alerter – son employeur (signalement interne) comme les autorités si nécessaire (signalement externe), de tout risque grave que la structure fait courir à une personne ou à la société.

En cas de signalement, toute personne agit dans le cadre *du dispositif de protection des lanceurs d'alerte prévu au chapitre II de la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique.*

¹⁶ Dont le Décret N° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales et l'Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales

2.2.5. La démarche d'amélioration continue

L'Association répond au cahier des charges des SAD¹⁷ qui définit les missions et précise l'offre de services.

Parallèlement, la structure a organisé une démarche qualité structurée et outillée – *en s'adossant notamment sur la démarche Qualité reconnue pour le SSIAD par la certification NF Service à Domicile (NF311), de 2010 à 2023.*

Elle s'appuie sur :

- Des **procédures et des outils** régulièrement évalués et actualisés.
- Un **plan d'actions Qualité**, au service de l'amélioration continue de la qualité des prestations, alimenté par le suivi des dysfonctionnements et événements indésirables (remontées d'informations et/ou réclamation) et les évaluations conduites (auto-évaluation et évaluation HAS, évaluations professionnelles...). Des groupes Qualité sont mis en place pour une participation active de l'ensemble des acteurs.
- **La traçabilité des interventions** :
 - . Le dossier de la personne accompagnée est constitué dès son admission – sous format informatique (logiciel métier). Tout contact, toute demande, toute intervention y sont systématiquement consignés.
 - . Un cahier de liaison est mis en place au domicile de la personne dès que pertinent. Il favorise la coordination des différents intervenants auprès de la personne, et la communication avec les proches.
 - . Les réunions d'équipe font l'objet de comptes-rendus disponibles.

La démarche d'amélioration continue s'appuie également sur une **réflexion et un questionnement éthiques** :

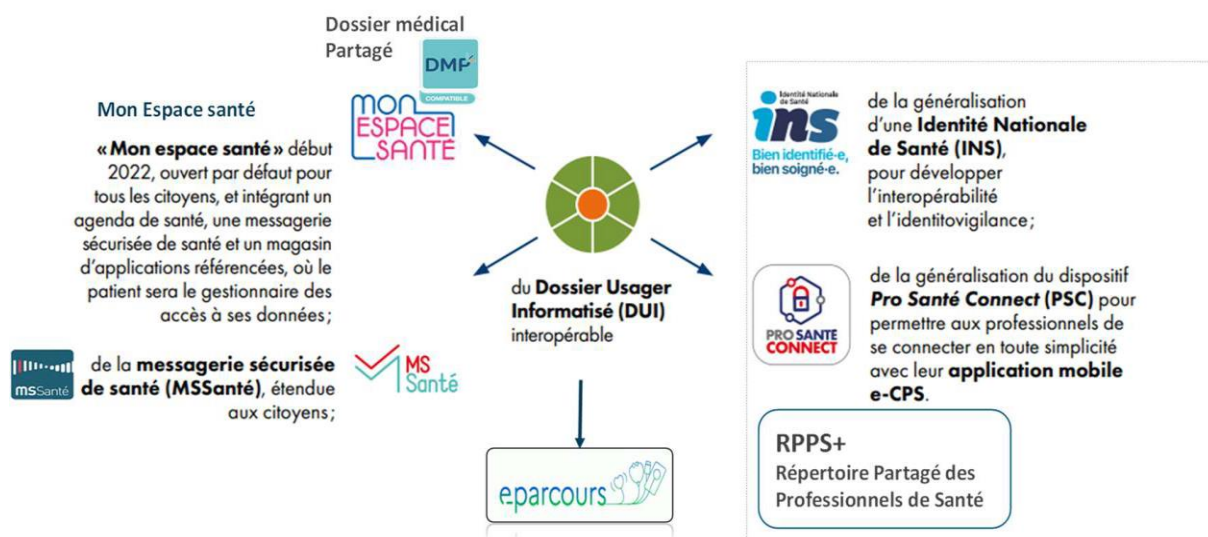
- . Au niveau du SAD – gouvernance et direction / encadrement dans le cadre de participations à des instances sur le territoire – réseau institutionnel en appui ;
- . Au niveau des professionnels lors des réunions d'équipe, des formations proposées, des temps d'analyse de pratiques, des groupes Qualité.

Les personnes accompagnées et leurs aidants sont également associés à cette réflexion lors des temps autour du Projet individualisé, de réunion d'analyse de situation (groupe ad hoc constitué de professionnels, de partenaires, des aidants et de la personne) ou de temps collectifs – ateliers de prévention, groupe d'expression...

Enfin, la démarche d'amélioration continue s'appuie sur une traçabilité rigoureuse. Pour ce faire, le SAD s'est engagé dans la **démarche « ESSMS du Numérique »**, dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS Occitanie.

Des fonds et un appui externe vont permettre la mise en conformité du système informatique, pour disposer d'un logiciel Dossier Usager Informatisé (DUI) performant et adapté.

¹⁷ Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023



Elle sera également un soutien pour poursuivre la dynamique RSE engagée, qui doit se consolider dans les années à venir.

2.3. Le public accompagné

Le décret désigne les publics des services autonomie à domicile (SAD) :

- Les personnes âgées de soixante ans et plus en perte d'autonomie ou malades,
- Les personnes présentant un handicap,
- Les personnes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques.

Le décret rappelle que « ces personnes disposent de la liberté de choix du service chargé de leur accompagnement ».

Ainsi, les SAD interviennent au domicile permanent ou temporaire de ces personnes, « y compris [dans] une structure d'hébergement non médicalisée ».

Le domicile tient une place très importante dans le cœur et dans la vie quotidienne de toute personne, en particulier des personnes âgées.



« Dans son domicile, l'habitant a le sentiment d'être souverain, d'exercer un droit d'usage sur un territoire qui lui est propre (...) symbole de l'inscription sociale de l'habitant (...), repère principal de son identité sociale dont la perte est ressentie comme une chute hors du champ social légitime, dans les marges de la société ». ¹⁸

¹⁸ Perla SERFATY-GARZAN (Chez soi, les territoires de l'intimité, p.64).

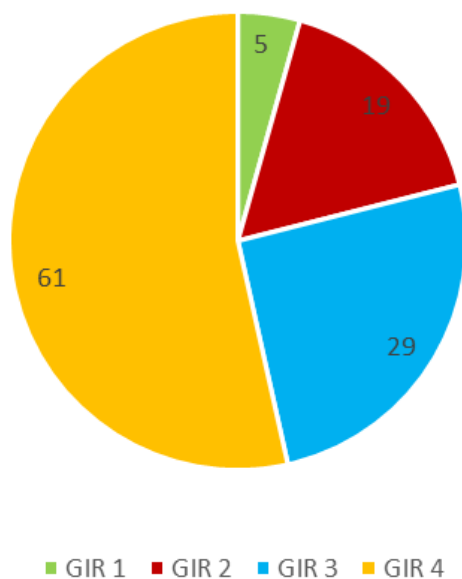
2.3.1. Le SAAD

Beaucoup de personnes fragiles (âgées ou handicapées) rencontrent des difficultés à accomplir les gestes de la vie de tous les jours et sont en situation de dépendance, notamment à entretenir leur environnement de vie (ménage, entretien du linge), exécuter les actes essentiels de la vie quotidienne (se laver, se nourrir, se lever, se déplacer), ou encore communiquer (parler, entendre).

Le maintien à domicile leur permet à de continuer à vivre chez eux, en restant libres et sans changer leurs habitudes.

En 2023, le service est intervenu au domicile de **200 personnes âgées de 60 ans et plus**. L'APA finance 62% des heures d'intervention.

76% des bénéficiaires ont plus de 74 ans. Les personnes accompagnées sont en grande majorité des femmes.



L'intervention est adaptée en fonction du degré d'autonomie (GIR) et des besoins évalués par les responsables de secteur.

79% des personnes accompagnées bénéficient d'une autonomie relative (GIR 3 et 4) qu'il convient de maintenir le plus longtemps possible pour favoriser leur maintien au domicile (contre 84% en 2017).

L'accompagnement est d'autant plus important que 39% des personnes vivent seules à leur domicile ; l'association est ainsi un acteur important de la lutte contre l'isolement et le maintien du lien social.

21% des bénéficiaires des prestations du Lien Services sont en situation de très faible autonomie, souvent en lien avec des troubles cognitifs, maladie d'Alzheimer ou apparentée.

Le SAD concentre aujourd'hui ses interventions sur **Montpellier et les communes aux alentours**.

Les zones de résidence des bénéficiaires des prestations proposées sont :

- | | | |
|---------------------|-----------------------|----------------------------|
| — Montpellier | — Le Crès | — Saint-Clément-de-Rivière |
| — Clapiers | — Grabels | — Saint-Gély-du-Fesc |
| — Jacou | — Juvignac | |
| — Castelnaud-le-Lez | — Montferrier-sur-Lez | |

2.3.2. Le SSIAD

Le SSIAD vient en aide aux **personnes en perte d'autonomie nécessitant des soins**. Il contribue au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant ou différant l'hospitalisation ou l'entrée dans un établissement d'hébergement, et en écourtant les séjours.

Le service intervient au domicile des personnes ou dans les établissements non médicalisés, auprès :

- De **personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes** – en 2023, en moyenne 74 personnes par mois sont accompagnées par le service (territoires de Montpellier et Lunel) – le GMP est de 538 (contre 455 en 2017).
- De **personnes adultes de moins de soixante ans en situation de handicap** – en moyenne 7 personnes accompagnées par mois.
- De personnes adultes de moins de soixante ans, atteintes de **pathologies chroniques ou d'affections invalidantes ou atteintes de la maladie d'Alzheimer**.

Groupes	Montpellier- Lunel	
	Nombre de dossiers traités	%
Groupe 1	5	5%
Groupe 2	19	21%
Groupe 3	14	15%
Groupe 4	41	46%
Groupe 5	4	4%
Groupe 6	8	9%
Totaux	91	100%

Le taux d'occupation est de 53% au 31/12/2023 (contre 84% en 2017). Ce faible taux d'occupation est lié à un certain nombre de refus de prise en charge, pour des raisons principalement de manque de personnel (30% des refus), de demande « hors secteur d'intervention » (16%), ou de demandes non adaptées aux missions du service (16%).

2.3.3. L'ESAD

L'ESAD Le Lien intervient, dans leur cadre de vie, auprès de personnes au stade précoce ou modéré de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, relevant d'un SSIAD ou non.

L'ESAD propose ainsi 10 places et la « file active » attendue est de 30 personnes.

Le temps de bilan, essentiel à la qualité de la prise en charge, est inclus dans l'accompagnement proposé et le DIPC signé.

Le délai d'attente reste important, mais il s'améliore d'année en année (8,5 mois en 2017 – 2,2 mois en 2021, mais augmentation à 3 mois en moyenne en 2023).

La part des interventions auprès de personnes en situation de troubles cognitifs modérés à sévères est significative, en raison :

- . Des renouvellements de prise en charge d'une année sur l'autre (« nous connaissons les patients et continuons le travail engagé, alors même que leur situation cognitive se dégrade »),
- . De la mission essentielle d'appui aux aidants que porte l'ESAD.

Nombre de forfaits autorisés par jour	10
File active autorisée	30
Nombre de patients traités	52
Nbre de femmes (âge moyen)	34 (81 ans)
Nbre d'hommes (âge moyen)	18 (77 ans)
Nombre de patients en renouvellement	7

Prescripteurs des séances	% 2021	% 2022
Médecin généraliste	43	25
Gériatre	38	21
Neurologue	9	27
Autres spécialistes	10	27

2.4. L'organisation des ressources au service de l'accompagnement

Le SAD est constitué, pour la mise en œuvre de ses missions, d'une équipe de 69 professionnels salariés (54,7 ETP¹⁹), pilotée par une directrice.

La force du service repose sur la coordination des différentes équipes – SAAD, SSIAD et ESAD, des partenariats diversifiés à la mesure des besoins des personnes accompagnées.

Les Conseils d'Administration des associations gestionnaires fixent les orientations stratégiques, et viennent ainsi en soutien dès que nécessaire.

2.4.1. L'organisation du travail et des professionnels

Le SAD est piloté par :

- La **direction**, mandatée par les Conseils d'Administration (Document Unique de Délégation). Elle est garante du bon déploiement des orientations associatives, de l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet de service, du respect des missions du service et des professionnels auprès des personnes accompagnées (qualité de l'accompagnement).
- **La chef de service**, qui assure des activités de gestion du personnel, participe à la coordination du service (dont l'évaluation des besoins des personnes), la cohérence des prises en charge, la promotion et l'application de tous les projets de l'entité, et les relations avec l'ensemble du réseau gérontologique.
La qualification d'ergothérapeute de la chef de service permet une expertise de l'environnement de la personne accompagnée (évaluations de l'autonomie et des capacités, préconisations en aide techniques et/ou humains, propositions d'adaptations de l'environnement).
- **La responsable financière** est garante du respect du cadre légal et réglementaire des missions, et de l'organisation des ressources (humaines, financières, matérielles).
- **La responsable Qualité** est en appui pour animer les démarches de prévention des risques et d'amélioration continue.

Pour la continuité et la fluidité des parcours, **les interventions des professionnels sont coordonnées en interservices par la Chef de service, et par services par les professionnels de coordination.**

Conformément au cahier des charges des SAD, cette coordination permet :

- . Une évaluation globale des besoins d'aide et de soins et la prise en compte des attentes de la personne accompagnée ;
- . Le repérage des situations à risque de perte d'autonomie et des évolutions de la situation de handicap de la personne ;
- . Une réponse rapide, cohérente et globale aux besoins en aide et en soins de la personne ;
- . Un interlocuteur privilégié pour les prestations d'aide et de soins ;
- . La complémentarité des interventions ;
- . Un suivi pluridisciplinaire tout au long de son accompagnement ;
- . Le développement d'une culture commune entre les professionnels de l'aide et du soin ;

¹⁹ Chiffres au 31/12/2023 – SAAD 35 personnes, 23.72 ETP / SSIAD 30 personnes, 28.10 ETP / ESAD 4 personnes, 2.88 ETP.

Pour le SAAD

- **La responsable de secteur** est l'interlocutrice) privilégiée des personnes pour les services demandés d'aide à domicile.
 - Il / elle évalue les besoins en concertation avec l'utilisateur,
 - Il / elle organise la prestation et veille au bon déroulement du plan d'aide,
 - Il / elle encadre les intervenants à domicile et assure le suivi de la prestation.
- **L'assistante de secteur** assiste le/la responsable de secteur, organise les remplacements des salariés et effectue les plannings, et assure le suivi de la prestation.

Pour le SSIAD et l'ESAD

- **L'infirmier coordonnateur** – IDEC conduit
 - Les activités de coordination du fonctionnement interne : accueil des personnes aidées et de leur entourage, évaluation des besoins en soins des personnes (visite à domicile), afin d'élaborer et de mettre en œuvre les projets individualisés de soins, coordination de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale (salariés ou libéraux) qui intervient chez une même personne.
 - Les activités de coordination du fonctionnement externe du service : participation du service aux activités conduites par le DAC34 et autres organismes partenaires, participation aux réseaux de santé.
 - En cas d'intervention de plusieurs services auprès de la personne, l'IDEC assure le rôle de référent du projet et réalise les visites d'évaluation ainsi que les visites de réévaluation.
- **L'infirmière bureau** est diplômée d'état, et fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire. Ses principales missions sont :
 - D'organiser les prises en charge en accord avec l'IDEC,
 - De dispenser des soins de nature technique, relationnelle ou éducative,
 - D'élaborer les plans de soins,
 - D'encadrer les aides-soignants,
 - D'ajuster les prises en charge en fonction de l'évolution de l'état de santé des patients.
- **La secrétaire médicale** assiste cette coordination par un suivi rigoureux des dossiers des personnes et un appui administratif – accueil téléphonique, correspondance mail et courrier...

L'équipe administrative – **secrétaire et comptable**, participe à la qualité de l'accompagnement par une rigueur financière et un suivi administratif essentiels à une organisation optimisée.

Les professionnels d'intervention constituent l'équipe pluridisciplinaire. Chacun des professionnels, quelle que soit sa qualification, contribue à l'établissement d'une relation de qualité avec la personne accompagnée et son entourage, et recherche l'amélioration de la qualité de la prestation.

- **L'aide-soignant(e)** : diplômé(e) du CAFAS ou du DEAS ou du DEAES, l'aide-soignant(e) a pour mission de mener le patient au maximum de son autonomie. Ses tâches principales sont :
 - . D'assurer les soins d'hygiène et de confort du patient,
 - . De participer à la surveillance de l'état de santé physique et moral du patient et d'en informer l'infirmière coordinatrice aussi souvent que nécessaire, mais au minimum, une fois par semaine,
 - . De stimuler et mobiliser les patients afin de maintenir leur autonomie,
 - . D'aider à l'élaboration des plans de soins, sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice,
 - . De participer à la tenue du dossier de soins (recueil de données et transmissions fiables par écrit),
- **L'infirmier(e) à domicile** : diplômé(e) d'état, l'infirmier(e) a pour principales missions :
 - . De dispenser des soins de nature technique, relationnelle, et éducative
 - . De superviser et/ou réaliser des soins d'hygiène et de nursing, d'alimentation,
 - . D'ajuster les prises en charge en fonction de l'évolution de l'état de santé des patients.
- **La psychomotricienne** : diplômée d'état, il / elle prend soin et accompagne les personnes présentant des troubles psychomoteurs divers. Ces troubles se manifestent par des troubles du comportement, des conduites et des compétences motrices sensorielles, cognitives et relationnelles et sont liés à une perturbation de l'équilibre entre les différents aspects de l'organisation psychomotrice des personnes.

L'ESAD Le Lien est la seule équipe du secteur à proposer des interventions de psychomotricienne – compétence aujourd'hui repérée par les prescripteurs pour l'orientation des personnes.
- **L'ergothérapeute** – diplômé d'état, évalue la situation de la personne sur les plans physique, sensoriel, psychique, cognitif, psychosocial et environnemental (diagnostic ergothérapique). Elle assure l'élaboration du projet d'intervention (dont les aides techniques) et la mise en œuvre de ce projet en relation avec les différents professionnels du service et l'entourage de la personne.
- **L'assistant(e) de soins en gérontologie (ASG)** est diplômé(e) d'état (DEAS ou DEAMP) ; il/elle est un(e) aide-soignant(e) ou un(e) aide-médoco-psychologique, formé(e) spécifiquement à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

L'ASG est délégué(e) par l'ergothérapeute ou le, la psychomotricien(ne).

 - . Il / elle réalise des activités en lien avec la prestation de soins de réhabilitation et d'accompagnement, au domicile des personnes.
 - . Il / elle participe aux actes qui peuvent concourir à maintenir ou restaurer les capacités physiques dans les actes de la vie quotidienne, les liens sociaux, par des activités de stimulation sociales et cognitives, en redonnant confiance.
 - . Il / elle contribue également au soutien de l'entourage des personnes accompagnées.

. Il / elle rédige le bilan de fin d'accompagnement des personnes, en collaboration avec toute l'équipe ESAD.

— **L'aide à domicile** peut être diplômé(e) (DEAVS ou DEAES), ou équivalent. Il/elle est toujours formé(e) pour conduire ses missions qui participent à l'hygiène et au confort de vie de la personne :

. Entretien – du logement, du linge courant...

. Préparation de repas,

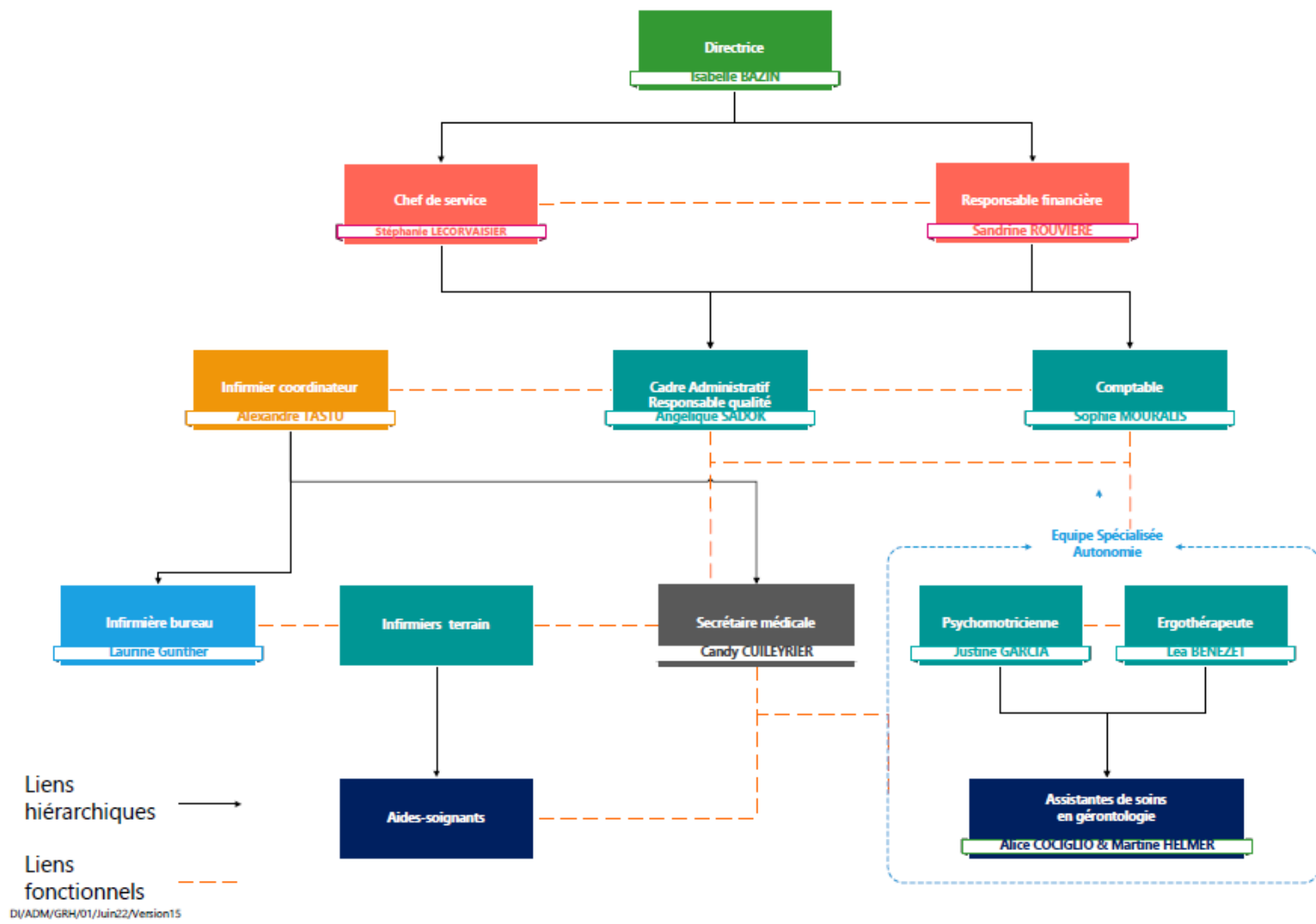
. Aide ou réalisation des courses,

. Aide aux actes de la vie courante – dont les démarches administratives,

. Appui à la vie sociale et activités.

Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, deux **référents : IDEC et/ou Responsable de secteur** sont nommés, chargé de la coordination du déploiement du Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA) de la personne²⁰.

²⁰ La mission du référent est détaillée au paragraphe 3.2.3.



2.4.2. La politique des ressources humaines

Cette politique est essentielle comme levier d'actions dans un environnement aux exigences complexes : l'évolution de l'environnement légal et réglementaire, l'évolution des publics et des situations de fragilité des personnes accompagnées, et les difficultés de recrutement et le turn-over des équipes.

Aussi, la politique des ressources humaines s'appuie sur 3 axes :

- **La professionnalisation constante des équipes**
 - Par la promotion des formations certifiantes, par validation des acquis de l'expérience (VAE) ou par voie classique.
 - . La valorisation du métier de l'aide à domicile est essentielle pour le service – entre 11% et 15% d'intervenants sont auxiliaire de vie sociale, titulaires d'un diplôme (que certains ont obtenu au cours de leur vie professionnelle).
 - . Certains aides-soignants ou auxiliaires de vie sociale ont été accompagnés à suivre la formation d'assistant de soin en gérontologie.
 - Par un plan de développement des compétences structuré et adossé aux besoins repérés des professionnels (évaluation régulière des pratiques, projet évoqué en entretien professionnel, remontées de la part des personnes – réclamation et traitement des dysfonctionnements) ;
 - Par un partage des savoirs et savoir-faire au service d'une collaboration outillée par service et entre services : réunions d'équipe, analyse de pratiques professionnelles, relations partenariales et participation aux réseaux professionnels du territoire.

Les thématiques régulièrement abordées sont :

- . Liées à l'éthique d'intervention, la bienveillance et la prévention de la maltraitance ;
- . Liées au public accompagné : droits des personnes accompagnées, connaissance du handicap, pathologies liées au vieillissement, maladies neurodégénératives et leurs conséquences ;
- . Liées aux situations professionnelles : manutention des personnes, accompagnement de fin de vie....
- . Liées à la prévention des risques professionnels : gestes et postures, gestes de premiers secours.

Dans ce cadre, le SAD collabore régulièrement avec UNIFORMATION, les écoles, les centres et organismes de formations (AFPA, CEAS) et Pôle Emploi.

- **La qualité de vie et des conditions de travail**, propice à un accompagnement bienveillant :
 - Par une collaboration de travail durable : Le SAD, dans le respect des valeurs associatives, adopte une politique de non-précarisation de l'emploi en privilégiant les CDI, les CDD n'étant utilisés que pour les remplacements (congrés ou maladie).

Les remplacements sont prioritairement proposés aux salariés à temps partiel de l'association.

Le salarié est accueilli et accompagné dès sa prise de poste (procédure de recrutement et d'intégration, livret d'accueil), et travaille en doublure pour les premières intervention. Les fiches de poste sont disponibles.

Cette politique RH favorise la stabilité des équipes ; en 2023, 68% des salariés ont plus de 10 ans d'ancienneté.

- Par un appui dans la réalisation des interventions dès que pertinent :
 - . Un « guide pratique du personnel d'intervention » est remis à chaque salarié ;
 - . Des doublures sont mises pour les situations complexes (binômes, intervention pluridisciplinaire, protocoles dédiés),
 - . Des équipements au domicile de la personne sont proposés si nécessaire – *la décision d'équipement appartient toutefois à la personne.*
- Par la conduite de réunions d'équipe, qui permettent de rencontrer les intervenants, diffuser les informations utiles, échanger sur les pratiques et les difficultés éventuellement rencontrées. Ces temps sont particulièrement appréciés par les professionnels car ils permettent les échanges réguliers – très importants dans des missions conduites souvent dans un contexte de « solitude » professionnelle (voire d'isolement).
- Par une réflexion constante et collaborative (groupes de travail) sur l'organisation des plannings, les « tournées » et les outils et méthodes de travail.
Au SAAD, les horaires de travail sont « choisis » par les intervenants.

- **La prévention des risques professionnels**

- Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels est disponible et revu tous les ans. Le suivi du plan d'actions est assuré par la direction.
- Des protocoles de conduite à tenir en cas de situation singulière sont coconstruits et révisés en équipe (accident d'exposition au sang, crise sanitaire, crise parasitaire...).

Le Service a été accompagné en 2023 par l'ARACT pour la consolidation de la démarche QVCT. Un plan d'actions reste à structurer pour être déployé.

2.4.3. Les locaux et moyens matériels

Le SAD loue des locaux à Montpellier, proposant :

- Des bureaux individuels ou partagés. Ils permettent, même si les rencontres se font principalement au domicile des personnes, de conduire des entretiens en toute confidentialité.
- Une salle de réunion.

Le service dispose de matériel pour améliorer l'environnement de vie et/ou la prise en charge des personnes (fauteuil roulant équipement pour les soins d'hygiène et douche...), dont la plupart est prêté par un partenaire, fournisseur de matériel et équipement médical.

2.5. Le réseau et les partenariats

Le SAD est fort des liens tissés avec des partenaires pour ainsi proposer une prise en charge possiblement appuyée d'un véritable réseau de compétences.

Le **réseau**, tel que nous le définissons, est constitué d'un ensemble d'acteurs disparates avec qui des liens sont forgés au niveau institutionnel, au niveau opérationnel et au niveau individuel, *la relation interpersonnelle pouvant être facilitatrice dans certaines situations complexes ou d'urgence*. Grâce à ces relations, les acteurs peuvent être sollicités sur une période d'une durée variable, puis « mis en sommeil » tout en restant disponibles. Ces liens ne sont pas nécessairement formalisés.

Nous nous attachons également à construire des **partenariats**, sur la base de valeurs partagées, traduites dans une charte co-signée ou une convention écrite et signée des deux parties. Cette dynamique de « contractualisation » permet un engagement structuré des acteurs en présence, l'échange et la mutualisation.

Le maillage avec les différents acteurs du territoire, qu'ils soient partenaires (avec une convention) ou membres de notre réseau, revêt un caractère essentiel pour la qualité de l'accompagnement proposé :

- *Pour les personnes accompagnées* : il est gage d'un complément de compétences et d'expertise pour permettre l'adaptation fine de l'intervention à la situation, aux besoins et à leur évolution ; il permet également une continuité du travail engagé. Il est ainsi force de réactivité et d'adaptabilité.
- *Pour les professionnels*, il peut être un levier important de la montée en compétences. La rencontre et le travail « partenarial » enjoint aux acteurs de croiser leurs regards et leurs approches, de trouver des complémentarités d'intervention, et ainsi de partager des dimensions pluridisciplinaires pour enrichir leur propre pratique. L'impact sur la qualité de l'accompagnement en est très positif, permettant non seulement une efficacité – au service des objectifs visés, mais également une efficience par une adaptation des moyens (humains et techniques) et des modalités d'intervention.
- *Pour le service*, il lui permet d'être repéré dans le maillage territorial et légitime ses actions au vu des missions qui lui sont confiées.

2.5.1. La convention entre les deux associations gestionnaires



Le SAD s'est construit dans le cadre d'une étroite (et historique) collaboration entre l'association Le Lien Services et l'association SSIAD Le Lien²¹, qui a notamment permis une mutualisation de moyens (locaux communs, fonctions supports partagées).

Une convention a été formalisée dès 2016 pour accompagner au mieux les personnes prises en charge par les différents services, rendant possible une intervention plurielle et coordonnée des différents services.

Cette coopération a été renforcée en 2017 dans le cadre de l'expérimentation SPASAD – appel à projet de l'ARS.



2.5.2. Les partenaires institutionnels

Le SAD est adossé aux politiques publiques à destination des personnes fragiles et bénéficie ainsi de financements :

- L'ARS Occitanie – pour le SSIAD et l'ESAD,
- Le Conseil Départemental de l'Hérault pour le SAAD,
- La CARSAT et autres caisses de retraite,
- La CPAM, pour la prise en charge des soins, frais de garde-malades de personnes en fin de vie admises en soins palliatifs à domicile.



Ces appuis sont essentiels pour certaines personnes accompagnées, leur permettant d'accéder à des prestations adaptées.

Les associations gestionnaires du SAD sont adhérentes à :

- L'UNA, Union Nationale de l'aide, des Soins et des services aux domiciles.
- Le Dispositif d'Appui à la Coordination de l'Hérault.
- Allo Maltraitance des Personnes âgées et/ou handicapées.
- France Alzheimer.
- CICAT Occitanie.
- SPHERE.

Ces adhésions permettent de bénéficier d'appui, de veille, et de participer à des réunions de coordination et des événements (conférences, rencontres entre professionnels...), et des instances de réflexion déontologique territoriales.

Enfin, l'association SSIAD Le Lien est membre du Conseil d'Administration du PFS34 – PAERPA (*Parcours Santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie*).

²¹ Cf. présentation des associations gestionnaires au paragraphe 1.3

2.5.3. Les partenaires de l'accompagnement

Le SAD, en tant qu'acteur départemental du secteur social et médicosocial, et par l'intermédiaire de ses différents services, a tissé des liens avec les acteurs du territoire.

- **Les centres hospitaliers**
 - . Une convention signée en 2005 entre Le Lien Service et le Centre Hospitalier Universitaire (service des urgences de l'hôpital Lapeyronie) permet l'intervention en urgence d'auxiliaires de vie, afin d'éviter certaines hospitalisations de personnes âgées avec des pathologies légères, faute d'aide au domicile.
 - . Une convention entre le SSIAD Le Lien et le CHU de Montpellier, est signée en 2014 pour l'intervention de l'équipe mobile et SAU, puis avec le SSIAD du Centre Hospitalier de Lunel la même année.
- **L'hospitalisation à domicile** est facilitée par les conventions signées en 2018 avec le CHU de Montpellier et avec l'APARD.
- **Les acteurs libéraux** : des partenariats conventionnés sont mis en œuvre pour faciliter des interventions spécifiques (ergothérapeute, kinésithérapeute...). Ils participent aux réunions de coordination dédiées aux personnes, et utilisent dès que nécessaire les fiches de transmission.
- **Les services et établissements sociaux et médicosociaux** sont des appuis pour améliorer l'accompagnement des personnes, ponctuellement ou plus durablement (notamment en cas de nécessaire orientation si la vie au domicile devient difficile).

Partenaires	Date	Type	Coordination
▪ SAAD Sud Famille Marsillargues	29.01.2019	Accompagnement	Rencontre annuelle et coordination en lien avec les prises en charge communes.
▪ Accueil de jour : Ciel bleu	01.09.2011	Accompagnement	
▪ AAMD – Lunel	01.07.2011	Accompagnement	
▪ Résidence Le Rieucoulon – Maurin	10.10.2014	Accompagnement	
▪ Foyer Aragon – Lattes	24.11.2014	Accompagnement	
▪ Mutuelle du bien vieillir – La Jolivade Lunel Viel	09.06.2009	Mise à disposition de locaux	Réunion annuelle de bilan
▪ Clinique du Melezet – Montpellier	06.05.2016	Accompagnement	Réunion annuelle de bilan
▪ Orials – Lunel	01.05.2024	convention	
▪ APARD HAD			
▪ Plaies et cicat			
▪ IMEIF			

Partie 3 – L’offre d’accompagnement

3.1. Les prestations à la personne proposées par le SAD

L’ensemble des prestations proposées participe à la mise en œuvre d’une **stratégie affirmée de préservation de l’autonomie et de prévention du risque d’isolement des personnes accompagnées**.

3.1.1. Le service d’aide et d’accompagnement à domicile (SAAD)

Les services proposés par le SAAD répondent à des besoins variés auprès de 200 personnes âgées de 60 ans et plus (en 2023). La définition des tâches et de la fonction de **l’aide à domicile** est celle de la Convention Collective Nationale de Mai 2010 qui stipule que le rôle de l’aide à domicile ne peut inclure les « *actes nécessitant l’intervention d’une personne exerçant une profession autre que la sienne* ».

Les prestations proposées pour l’aide et l’accompagnement à domicile²² sont :

- Une aide aux déplacements – au sein du logement dans le cadre des gestes de la vie quotidienne, à l’extérieur (sorties, courses, promenades...).
- Une aide à la vie quotidienne – entretien du logement, entretien du linge, préparation des repas, aide à la prise de repas, courses...
- Une aide aux actes de la vie courante – aide au lever et au coucher, aide aux soins élémentaires d’hygiène (dans la limite des prescriptions médicales).
- La présence sur des temps de nuit et week-end pour veiller sur une personne âgée ou malade (« garde »).
- Une aide au bricolage et jardinage.
- Un service de téléassistance.

3.1.2. Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Les prestations proposées sont :

- Des prestations de soins auprès de personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou en perte d’autonomie.
- Des prestations de soins auprès de personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap.
- Des prestations de soins auprès de personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou invalidantes.

²² Sont exclus des services proposés et du travail de l’intervenant au domicile :

- Les gros travaux tels que le lessivage des murs et plafonds, le nettoyage des caves et greniers, le nettoyage de surfaces inaccessibles avec un tabouret. Il en est de même du déplacement des charges importantes : meubles, gazinière, réfrigérateur... ;
- Les services ménagers à d’autres personnes que le bénéficiaire (famille, amis) ;
- Les travaux en dehors des heures accordées par le Service.

3.1.3. L'Equipe Spécialisée Autonomie à Domicile (ESAD)

L'accompagnement est mis en place sur prescription médicale, à domicile ; il est pris en charge par la CPAM pour 15 séances ; un renouvellement est possible.

Cet accompagnement débute par un bilan « cognitivo-moto-comportemento-écologique » de la personne et une prise en compte de la charge « physico-émotionnelle » de l'aidant.

Ces séances de réhabilitation sont mises en œuvre à partir de ces éléments.

Les prestations proposées sont :

- ➔ Des séances de soins, réhabilitation et accompagnement permettant le maintien et la stimulation des capacités auprès de personnes atteintes de maladies neurodégénératives.
- ➔ Proposer l'adaptation matérielle de l'environnement de la personne.
- ➔ Aider à communiquer et promouvoir les liens sociaux.
- ➔ Maintenir ou développer les différentes aptitudes physiques, cognitives, psychiques et d'apprentissage.
- ➔ Soutenir et écouter l'entourage, les aidants (famille, amis, voisinage...).
- ➔ Assurer la pérennité du projet en proposant des relais professionnels adaptés.

3.1.4. Le soutien aux aidants

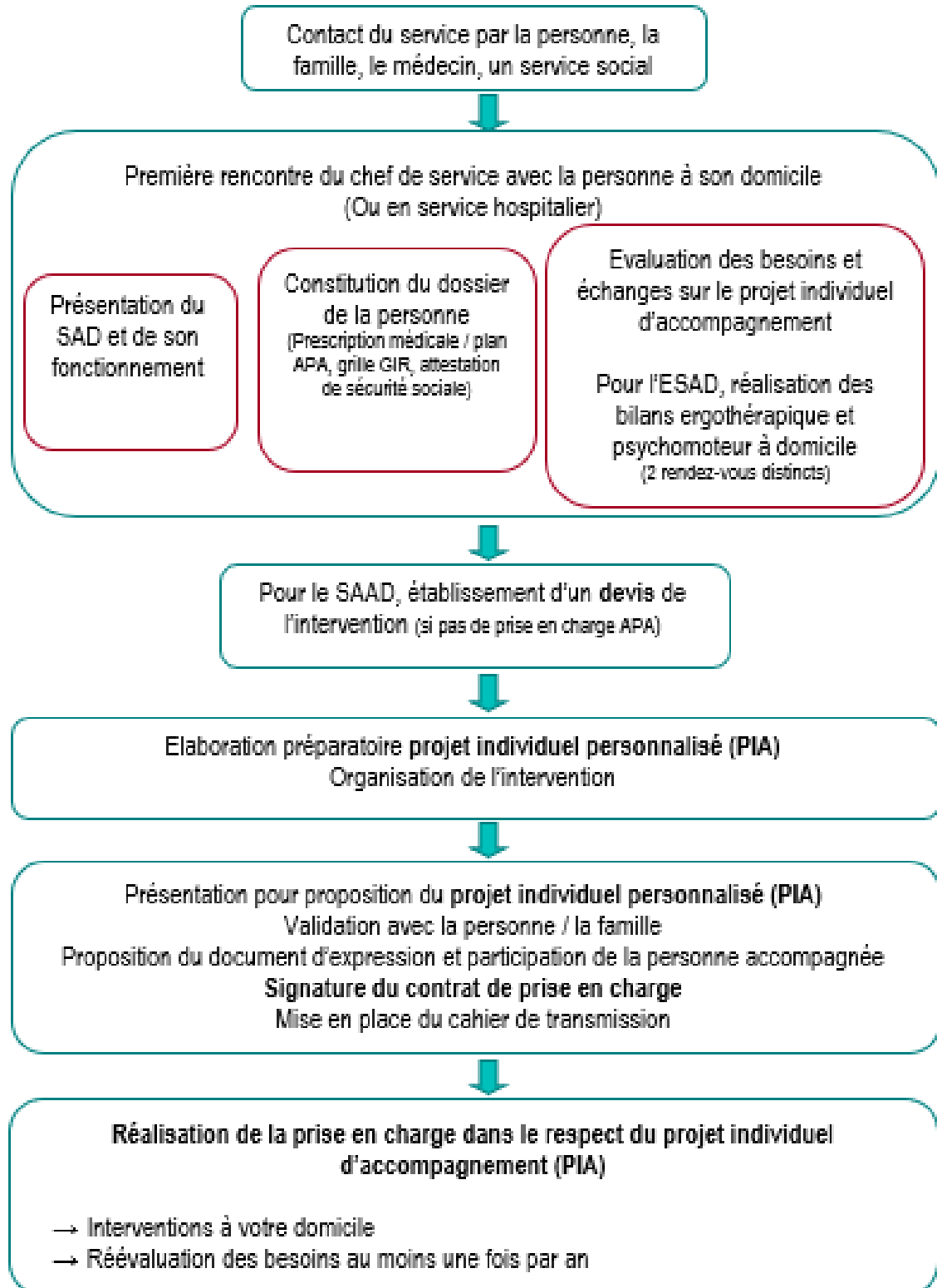
Le soutien aux aidants fait partie de toute intervention, quel que soit le service et la prestation, dès lors qu'ils sont identifiés.

Ce soutien peut prendre différentes formes :

- **L'intervention** en elle-même, qui est définie à partir des besoins de la personne et des proches aidants, planifiée dans le respect des rythmes de vie et cohérente avec la présence ou l'absence des aidants.
Dans le cas de l'ESAD, l'appui aux aidants est l'une des missions de l'intervention.
- La proposition d'appui et d'espaces de répit – un livret dédié « **le répit des personnes et leurs aidants** » est présenté aux aidants et remis sur demande, permettant la connaissance et la mobilisation d'acteurs sur le territoire.
- Des **actions d'information, de sensibilisation** ou de rencontre sont régulièrement proposées, aux personnes et leurs aidants, ou aux seuls aidants.

3.2. Le processus d'accompagnement – de l'accueil à la sortie

Les étapes de la prise en charge



3.2.1. L'accueil

Un accueil est proposé à toute personne en demande ou déjà bénéficiaire des prestations d'un service du SAD. Cet accueil peut être :

- Physique au sein des locaux de l'association – espaces dédiés garantissant la confidentialité des échanges – durant les horaires d'ouverture du service (5 jours sur 7).
- Téléphonique 5 jours sur 7 (8h à 17h du lundi au vendredi).
- Par messagerie électronique – adresses mails dédiées par service et site internet (formulaire « nous contacter »).

En dehors des horaires d'ouverture (soirs et fin de semaine), un répondeur est à disposition donnant l'occasion de laisser un message en cas d'urgence ; la personne est alors rappelée.

À la suite d'une demande d'intervention, un rendez-vous est fixé au domicile (ou en structure hospitalière) de la personne pour évaluer ses besoins et attentes.

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

Lors d'une première rencontre, le SAD est présenté (remise²³ du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et de la charte des droits et libertés de la personne).

La personne est invitée à désigner une/des personne(s) de confiance si elle le souhaite.

La situation de la personne est évaluée au domicile par la cheffe de service, et/ou le responsable de secteur (SAAD) – l'IDEC (SSIAD), à partir d'une grille d'évaluation globale.

- Les besoins et attentes de la personne sont écoutés et reformulés (demande directe de la personne et le cas échéant de son proche aidant ou de la personne chargée d'une mesure de protection de majeur).
- Ils peuvent également être constatés par le professionnel, particulièrement attentif :
 - Si la demande ne concerne qu'un service (aide à domicile ou soins), à l'existence de besoins autres.
 - A repérer les signes de fragilité, de perte d'autonomie et d'isolement de la personne, et les situations d'isolement et difficultés des aidants.
 - A évaluer les conditions de mise en œuvre de l'intervention (environnement, conditions de sécurité pour tous) pour faire des propositions correctrices le cas échéant.
- Un bilan spécifique est réalisé par l'ESAD ; l'évaluation peut inclure, pour toute demande d'intervention, des expertises complémentaires par l'équipe du service ou par des partenaires externes. Un contact est noué avec les professionnels de l'établissement ou du service qui accompagnait préalablement la personne – si elle en est d'accord.
- Le professionnel s'appuie enfin sur le plan d'aide ou de compensation quand il existe (SAAD) ou la prescription médicale (SSIAD et ESAD).

²³ La remise des documents est en format papier ou en version numérique sur demande.

Dans certaines situations, la personne est orientée vers une structure mieux adaptée, lorsque le SAD estime ne pas pouvoir répondre aux besoins.

L'évaluation permet l'élaboration du **projet individualisé d'accompagnement** (PIA) avec la personne et ses proches aidants si souhaité. Les modalités de financements de la prise en charge sont abordées.

La planification des interventions est proposée en fonction des besoins, du plan APA / de la prescription médicale, et dans le respect du rythme et de l'organisation de vie de la personne. *Les interventions peuvent être mises en place 7 jours sur 7.*

Un **document individuel de prise en charge** est signé – un exemplaire est remis à la personne.

3.2.3. L'accompagnement de la personne

L'accord de la personne est recueilli avant la première intervention – *consentement éclairé*.

L'accompagnement repose sur le PIA, complété du plan de soins pour le SSIAD.

Tout intervenant est identifié par la personne accompagnée (nom transmis par le service, carte professionnelle / badge individuel, présentation lors de sa première intervention si nécessaire).



Tout intervenant est informé au préalable des besoins spécifiques de la personne accompagnée, et du protocole d'intervention (consignes, tâches à accomplir...).

En cas de changement – horaires, intervenant..., la personne est informée, ainsi que, sous réserve de son accord, le proche aidant (personne de confiance) qu'elle a désigné. Le DIPC est actualisé en cas de modification durable.

Lorsque la situation le nécessite (intervenants multiples, coordination avec d'autres services...), un **cahier de liaison** est mis en place ; il est utilisable par tous les acteurs et consultable pour les informations qu'ils ont à connaître.



Pour le SAAD, le service établit une facturation claire et détaillée mensuelle (avant paiement) et une attestation fiscale annuelle²⁴.

Pour les autres services, les interventions sont prises en charge.

La structure doit être vigilante au **suivi individualisé des prestations pour qu'elles soient finement coordonnées**. Aussi, elle s'appuie sur les retours des intervenants, du proche aidant et de la personne (cahier de liaison, fiches de remontées d'informations, réclamations).

Chaque élément est enregistré dans le dossier informatisé de la personne (logiciel

²⁴ Conformément aux articles D. 7233-1 à D. 7233-4 du code du travail.

métier, permettant l'accès aux informations liées à l'accompagnement selon le profil de chaque professionnel).

La situation de la personne fait l'objet d'une réévaluation au moins une fois par an afin de réactualiser l'intervention si nécessaire.

Le référent du PIA est un acteur important de sa mise en œuvre et de la coordination autour de la personne accompagnée : il est chargé de veiller à la dynamique du projet individuel dans le cadre d'une délégation déterminée en réunion d'équipe. Il est en appui du responsable de la coordination (responsable de secteur, IDEC, infirmier bureau) pour assurer le respect du projet d'accompagnement.

- Il est l'interlocuteur privilégié mais non exclusif avec la personne accompagnée, la famille, les partenaires professionnels. Il reste attentif tout au long du parcours.
- Il assure le relais entre les équipes et les proches en permettant une fluidité du parcours du bénéficiaire. Il participe activement à la proposition d'objectifs et l'élaboration d'actions d'accompagnement, conformément aux besoins et attentes de la personne.
- Il veille au respect des objectifs posés, à l'évaluation des actions dans le cadre du projet personnalisé.

Le référent ne remplace aucun intervenant particulier, il ne se substitue à aucune compétence spécifique ; il représente un relais, une interface, un interlocuteur privilégié, un fil rouge des projets des bénéficiaires.

La durée de sa mission est réévaluée régulièrement.

L'appropriation de cette mission de référent est à travailler régulièrement au sein des équipes (**FICHE ACTION**).

3.2.4. La fin de l'accompagnement

Pour le SSIAD et l'ESAD, l'accompagnement est cadré par la prescription médicale.

Pour le SAAD, l'accompagnement est sans limite de durée. Une sortie du service est généralement liée à l'évolution de la situation de la personne (entrée en établissement, déménagement...).

Toutefois, pour l'ensemble des interventions, l'accompagnement peut être arrêté :

- Par la personne, dès qu'elle le souhaite ;
- Par le service en cas de non-respect du règlement de fonctionnement.



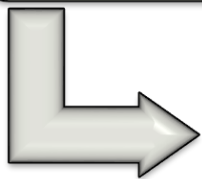
Evaluation des besoins

L'évaluation est conduite au domicile de la personne

- Elle permet également de prendre connaissance de la personne, de son entourage et son environnement, de sa situation et de ses difficultés. Une orientation vers une autre structure mieux adaptée peut être proposée si le service ne peut répondre aux besoins.
- L'élaboration d'une prise en charge individualisée doit répondre aux besoins mais également aux souhaits (importance du « consentement éclairé » de la personne), par la proposition de services organisés (durée, fréquence, planning) ; elle s'articule également avec le plan d'aide établi dans le cadre de l'APA le cas échéant / la prescription médicale.
- Elle donne lieu à une proposition – devis, puis à un contrat (DIPC) dont la signature par la personne ou son représentant légal, est soumise à un délai de rétractation. Elle permet également le choix de(s) l'intervenant(s).

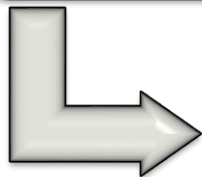
Première intervention

- Remise des **documents** (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, cahier de liaison le cas échéant)
- **Présentation des intervenants**



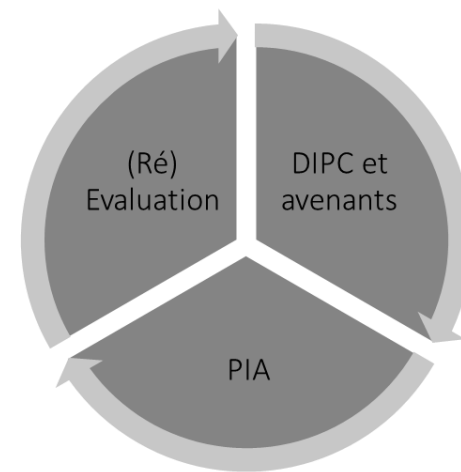
Interventions

- Selon le **planning** et la **fiche de mission** (intervenants),
- Selon les besoins et leur évolution - *la réévaluation des besoins du bénéficiaire doit être régulière, à minima une fois par an.*
- Chaque intervention peut être coordonnée avec d'autres intervenants, internes au SAD ou non.
- Une facturation est réalisée mensuellement pour le SAAD.



Vers la sortie du service

- Fin de la prise en soins (prescription)
- Réorientation vers une structure plus adaptée (établissement...).
- Accompagnement de fin de vie proposé le cas échéant



Objectif de toute intervention : la préservation de l'autonomie pour le maintien au domicile tant que souhaité

Partie 4 – Les orientations à 5 ans

4.1. Consolidation des outils d'un SAD

FICHE ACTION 1 – Actualiser les outils de l'accompagnement			
Les évolutions légales et règlementaires du secteur social et médicosocial – dont le décret portant création des SAD, enjoint la structure à questionner régulièrement ses outils et méthodes, comme son organisation – pour que l'accompagnement proposé soit toujours adapté aux besoins des personnes accueillies.			
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> – Renforcer les dispositions propres à garantir le respect des droits et libertés des personnes – dans le cadre de l'évolution organisationnelle (création du SAD). – Consolider / actualiser les procédures internes – notamment de gestion des risques – Professionnaliser les équipes – notamment du SAAD. 		
Services / acteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> – Ensemble des services Aide et Soins – Personnes accompagnées – Partenaires – dont l'OPCO Santé pour le développement des compétences 		
Actions – Moyens à mettre en œuvre		Responsable	Date d'échéance
1.1.	<p><u>Actualiser les outils et organisations</u> en lien avec les obligations de la 2002-2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Actualiser les outils contractuels et de communication — Renforcer la relation entre la personne accompagnée et l'encadrant (responsable de secteur / IDEC) en planifiant et réalisant des VAD annuelles à minima. — Réimpulser la mission de référent pour la rendre opérationnelle sur l'ensemble des « dispositifs » (périmètre de responsabilité, articulation avec la coordination) — Revisiter le questionnaire de satisfaction dans le cadre de la nouvelle organisation SAD. 	Chef de service	2024
1.2.	<p><u>Réviser la procédure de traitement des dysfonctionnements</u> afin d'identifier plus clairement les réclamations, les faits de maltraitance et violence, et les événements indésirables (référentiel Qualité HAS).</p>	Resp. Qualité	2025
1.3.	<p><u>Réviser les procédures de prévention des risques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — Médicaments. — Hygiène — DASRI 	IDEC	2025
1.4.	<p><u>Consolider la continuité d'accompagnement des personnes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — Optimisation des tournées et des plannings — Remplacement en cas d'absence – optimisation RH et informations — Déploiement de places de SSIAD renforcé pour les soins spécifiques (3 passages quotidiens...) 	Directrice Chef de service	2027
1.5.	<p><u>Renforcer la professionnalisation des intervenants du SAAD</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — Améliorer la connaissance des RBPP – notamment pour les intervenants SAAD — Espace d'analyse de pratiques professionnelles pour le SAAD 	Directrice OPCO	2026

4.2. La mise en œuvre du décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023

FICHE ACTION 2 – Être un Service d’Aide à Domicile respectueux du cahier des charges 2023				
<p>Prévu par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022, le décret sur les "services autonomie à domicile" est paru au Journal officiel du 16 juillet 2023. En vertu de l’article 44 de la LFSS pour 2022, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) disposant d’une autorisation sont désormais "réputés autorisés en qualité de service autonomie à domicile". À publication du décret, ces services "disposent d'un délai de deux ans pour se mettre en conformité avec les dispositions du cahier des charges" annexé au décret.</p>				
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> – Être en mesure de faire une demande d’autorisation commune SAD Aide et Soins d’ici juin 2025 – Evaluer la pertinence des formes juridiques possibles pour l’avenir des associations et des services (fusion ou groupement) – Proposer une organisation juridique et RH pertinente. – Outiller l’organisation pour une coordination optimisée des différents services 			
Services / acteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> – Administrateurs des deux associations – Direction et cadres – Partenaires à définir 			
Actions – Moyens à mettre en œuvre		Acteurs	Date d’échéance	
2.1.	<p><u>VOLET OPERATIONNEL : Outiller l’organisation et la coordination interservices</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — Elaborer une démarche Qualité commune à l’ensemble des services – système documentaire, référence Qualité... — Proposer des espaces de travail collaboratifs des trois services. — Poursuivre l’harmonisation des outils d’évaluation globale et d’accompagnement. 		Equipe Encadrement	2025
2.2.	<p><u>VOLET STRUCTUREL – Créer la structure juridique idoine – fusion associative si pertinente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Création juridique / statuts / gouvernance - Transferts d’activités / d’autorisations - Volet RH (contrats de travail, prévoyance, mutuelle, CSE). - Volet Stratégique : QVCT et RSE de la nouvelle entité. 		Conseil d’Adm. Direction	2025
2.3.	<p><u>VOLET TARIFICATION DU SSIAD</u></p> <p>Le nouveau modèle de financement prévoit le versement d’une dotation globale versée annuellement (forfait global de soins / dotation de coordination au bénéfice de l’articulation entre aide et soins / financements complémentaires pour interventions spécifiques).</p> <ul style="list-style-type: none"> — Finaliser le transfert de plateforme de déclaration d’activité — Structurer des « modèles » économiques à partir du public accompagné (répartition des niveaux de dépendance, taux d’occupation) — Être en veille sur les évolutions règlementaires – <i>à la date d’écriture du projet de service, la structure manque de lisibilité sur la réforme pour planifier des actions concrètes.</i> 		Direction Chef de service IDEC	2026 – 2028

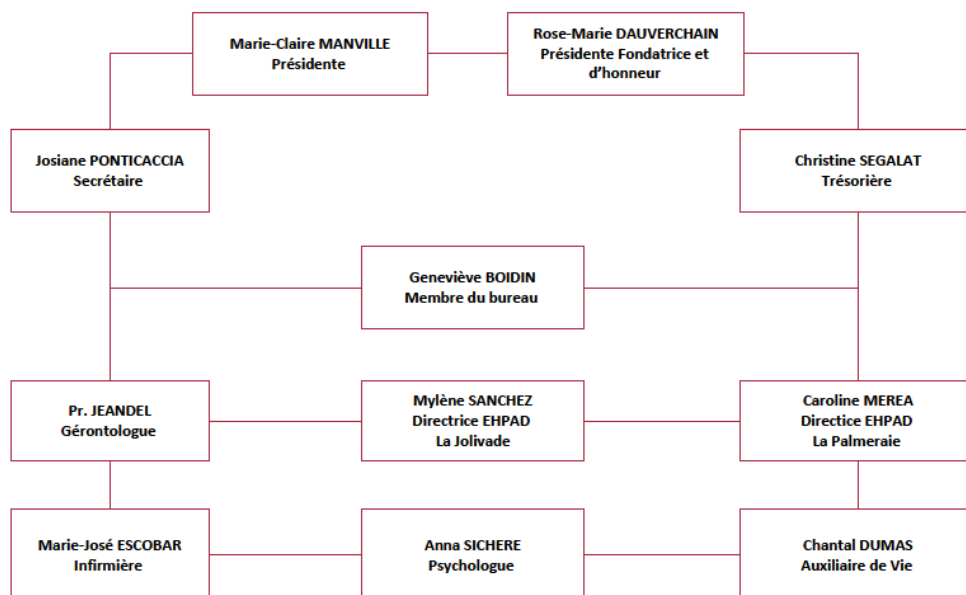
GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

AGGIR – GIR	Autonomie Gériatrique Groupe Iso Ressources	EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux	ESAD	Équipe Spécialisée Autonomie à Domicile
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie	ESSMS	Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé	ETP	Équivalent Temps Plein
ASV (loi)	Adaptation de la Société au Vieillessement	HAS	Haute Autorité de Santé
C.A.	Conseil d'Administration	IDEC	Infirmier Coordinateur
CAFAD	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile	MDPH	Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
CASF	Code de l'Action Social et des Familles	OPCO	Opérateur de Compétences
CESE	Conseil Economique Social et Environnemental	PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
CFPPA	Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie	PIA	Projet Individuel d'Accompagnement
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	QVCT	Qualité de Vie et Conditions de Travail
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	RBPP	Recommandation des Bonnes Pratiques Professionnelles (ANESM)
CSE	Comité Social et Economique	RSE	Responsabilité Sociétale d'Entreprise
CVS	Conseil de Vie Sociale	SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
DASRI	Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux	SAD	Service Autonomie à Domicile
DIPC	Document Individuel de Prise en Charge	SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
DUD	Document Unique de Délégation	SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
DUERP	Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels	VAD	Visite A Domicile

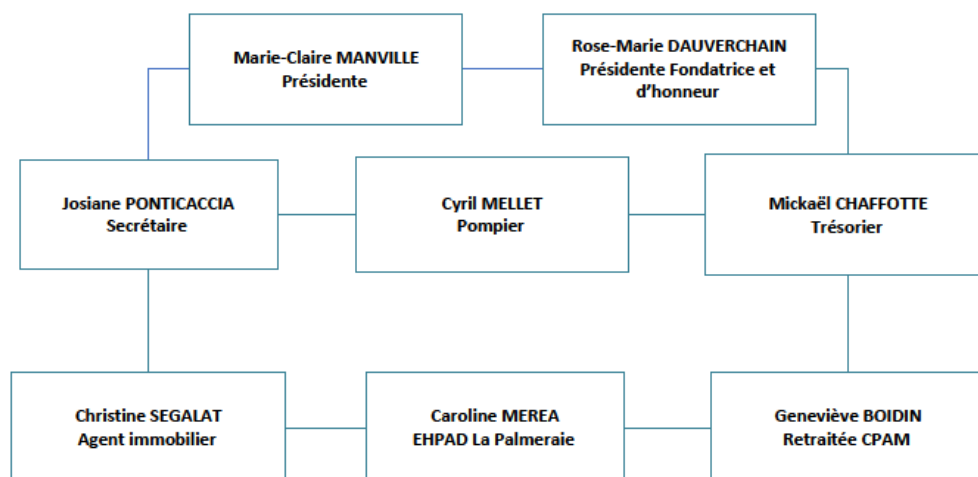
ANNEXES

Annexe 1 – Les instances de gouvernance associative

Les instances de gouvernance – SSIAD Le Lien



Les instances de gouvernance – Le Lien Services



Annexe 2 – Les publications de l’HAS

Les recommandations des bonnes pratiques professionnelles « tous secteurs » :

- Guide « Bientraitance : promouvoir une culture commune pour les professionnels et les usagers des secteurs social et médicosocial » (2023)
- La participation des personnes concernées à l’élaboration des recommandations pour le secteur social et médicosocial (2022)
- Améliorer la participation des usagers dans les commissions et les conseils de Vie Sociale (2022)
- Evaluation des ESSMS – référentiel et manuel (2022)
- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (juillet 2012)
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médicosociaux (2010)
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d’établissement ou de service (2010)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l’accueil et de l’accompagnement (2009)
- Mission du responsable de service et rôle de l’encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (2008)
- Ouverture de l’établissement à et sur son environnement (2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (2008)
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (2008)
- Mise en œuvre d’une stratégie d’adaptation à l’emploi des personnels au regard des populations accompagnées (2008)

Les publications relatives à l’accompagnement à domicile :

- Note de cadrage « Répit des aidants » (2022)
- Guide « Service d’aide et de soins à domicile – accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives » (2020)
- Guide : « le risque médicamenteux à domicile » (2020)
- RBPP « Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile » (2017)
- RBPP « Spécificités de l’accompagnement des adultes handicapés psychiques » (2016)
- RBPP « Repérage des risques de perte d’autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées – volet domicile » (2016) et Outil de repérage (2018)
- RBPP « Le soutien des aidants non professionnels » (2015)
- RBPP « L’adaptation de l’intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes » (2015)
- RBPP « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement » (2014)
- RBPP « L’accompagnement à la santé de la personne handicapée » (2013)