



Projet de service du Service Autonomie à Domicile et de L'Equipe Spécialisée Alzheimer 2026 – 2031

**Maison des Aînés – Service Autonomie à Domicile
et Equipe Spécialisée Alzheimer**

24, rue des Arsins – 76000 Rouen – 02.35.07.87.34 – sad@rouen.fr

Rédigé par Justine NEVEU

Table des matières

I. PRESENTATION DU SAD	3
1/ Une structure portée par le CCAS	3
1-1 Identité juridique du CCAS	3
1-2 Organigramme et présentation du CCAS	4
1-3 Valeurs du CCAS	6
2/ Objectifs du SAD	7
2-1 Contexte de création du SAD	7
2-2 Cadre réglementaire	8
2-3 Les missions du SAD	9
2-4 Le profil des personnes accompagnées	11
2-5 Les professionnels du service	11
II. ACTIONS DU SAD	14
1/ Une action coordonnée	14
1-1 Le parcours d'accompagnement	14
1-2 Les outils de la coordination	15
2/ Les missions en matière de prévention	16
2-1 Une aide à l'insertion sociale	16
2-2 Action de prévention de perte d'autonomie, préservation, restauration et soutien à l'autonomie	17
2-3 Le soutien des aidants	17
2-4 Notion de domicile élargi	18
3/ La lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance	18
4/ L'expression des usagers	19
5/ La qualité de vie au travail	19
6/ Les partenariats	21
III. PERSPECTIVES ET OBJECTIFS DE DEPLOIEMENT A 5 ANS	22
IV. ESA	22
Présentation générale de l'ESA	22
1/ Le cadre réglementaire	23
2/ Les missions de l'ESA	23
3/ L'organisation du service et la mise en place de l'accompagnement	23
4/ Le public accueilli	25
5/ Les professionnels du service	25
6/ Les valeurs	26
7/ Les moyens financiers	26
8/ Les partenariats	26
9/ Les problématiques, les besoins spécifiques en ESA	28
Annexe 1 : Fiches action du SAD	29
Annexe 2 : Fiches action de l'ESA	51

I. PRESENTATION DU SAD

1/ Une structure portée par le CCAS

1-1 Identité juridique du CCAS

Le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) est un établissement public autonome chargé de :

- Mettre en œuvre la politique sociale déterminée par la Municipalité et son Conseil d'Administration.
- Répondre aux besoins réels de la population exclue ou en difficulté.

Ses compétences sont définies par le Code de l'Action Sociale et des Familles. Il anime une action générale de prévention et de développement social.

Le CCAS est un établissement public administratif, communal qui dispose donc de la personnalité juridique et constitue une personne morale de droit public distinct de la commune, lui conférant l'autonomie juridique, à savoir :

- Un budget propre, voté par son Conseil d'Administration
- La capacité d'être employeur
- La capacité d'avoir un patrimoine mobilier et immobilier
- La capacité d'agir en justice
- La capacité de souscrire ses propres engagements (conventions de partenariat, marchés publics...)

Le conseil d'administration du CCAS est composé en nombre égal de membres élus par le Conseil Municipal en son sein et de membres nommés par le Maire. Cette stricte parité doit être garantie de façon constante ce qui impliquera de remplacer tout administrateur ayant quitté le conseil.

Le CCAS exerce une multitude de missions, définies par le Code de l'Action Sociale et des Familles. Ces missions relèvent à la fois de missions obligatoires - participer à l'instruction des dossiers de demandes d'aide sociale, domicilier les personnes sans domicile fixe, tenir à jour un fichier des bénéficiaires d'une prestation sociale, réaliser une Analyse des Besoins Sociaux – mais également volontaristes. Et, c'est essentiellement dans le cadre de cette mission élargie que s'exprime la politique sociale du CCAS et que se dessine ses priorités d'action.

Au niveau local, l'action du CCAS de Rouen s'articule autour des axes suivants :

L'action et l'insertion sociale : Ses diverses missions sont d'accueillir, d'informer, d'orienter les Rouennais en difficulté, de favoriser l'accès aux droits, d'accompagner et aider les habitants en situation de grande précarité en favorisant leur insertion sociale, de suivre et d'accompagner les usagers, de promouvoir une approche large et transversale de l'insertion sociale en mobilisant l'ensemble des outils d'accompagnement, de permettre l'accès à la santé, aux droits, aux nouvelles technologies et à la citoyenneté. Le Service Actions et Insertion Sociales (SAIS) se divise en différents secteurs :

- Secteur urgence et insertion sociales (la domiciliation, l'accueil de jour, la Chaloupe)

- Secteur accompagnement et accès aux droits (unités de travail social, logement et accueil social, cyber base et maison de justice et du droit)
- Secteur hygiène et salubrité (salubrité publique, lutte anti-vectorielle et permis de louer)
- Secteur santé (atelier santé ville et contrat local de santé)

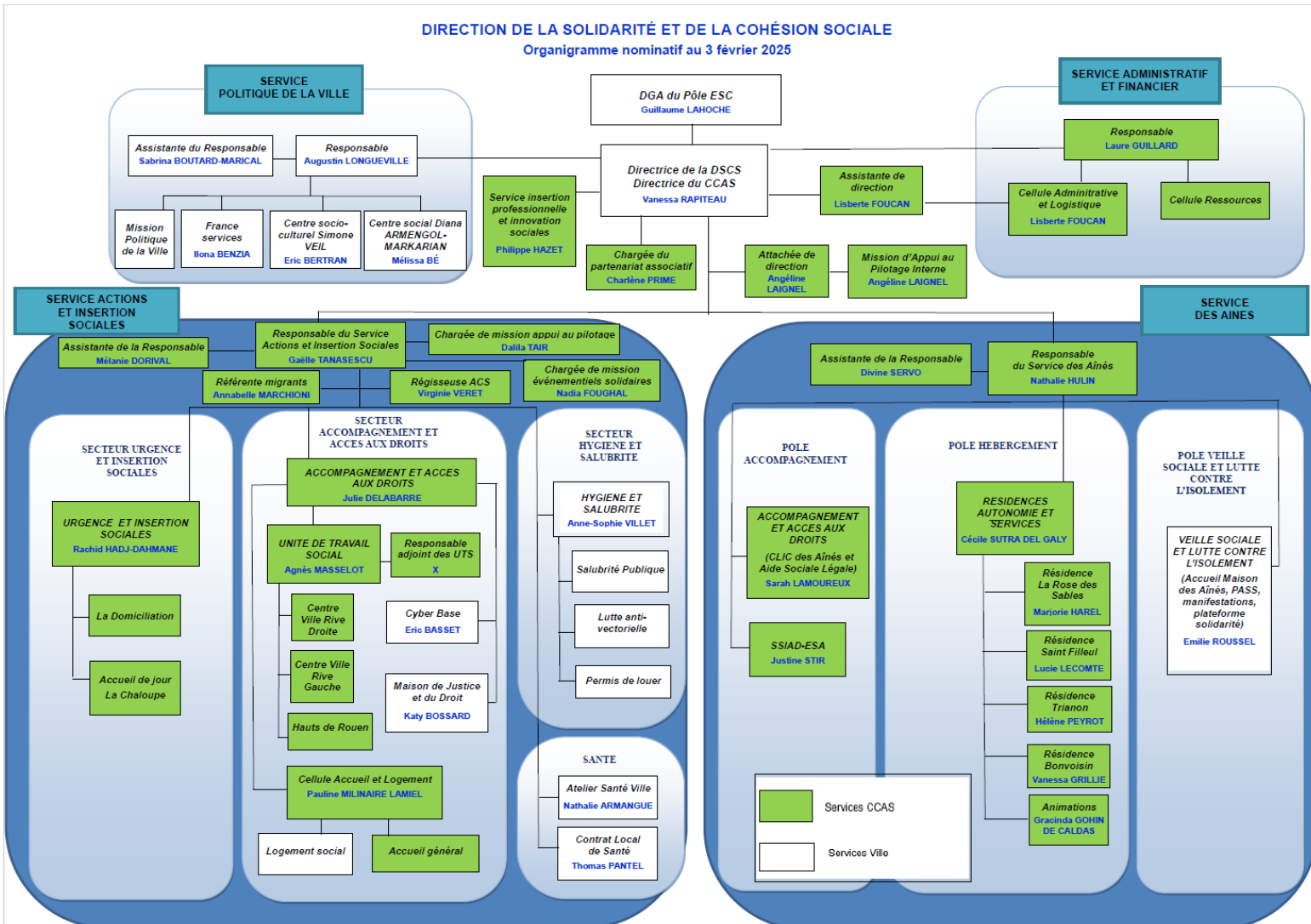
Le service politique de la ville : il a pour vocation d'apporter une réponse aux problématiques rencontrées par les habitants et de soutenir les associations sur les Quartiers Prioritaires de la Ville (Hauts de Rouen, Grammont / Saint Sever / Orléans), dans l'objectif de réduire les inégalités avec les autres quartiers de la ville.

Les services administratifs et financiers du CCAS de Rouen composés de :

- La cellule administrative et logistique
- La cellule ressources

Le Service Des Aînés (exposé ci-dessous)

1-2 Organigramme et présentation du CCAS



Le service des aînés

L'ensemble des services concourant à la mise en œuvre de la politique municipale en faveur des aînés s'articule autour de trois secteurs d'activités :

- Pôle veille sociale et de lutte contre l'isolement
- Pôle accompagnement et accès aux droits
- Services et soins à domicile

Le pôle veille sociale et lutte contre l'isolement met en œuvre des actions, des événements, et des projets en faveur des aînés. A ce titre, il est l'interface de la Ville auprès de différents acteurs tels que les comités de quartiers, les établissements, les associations. Ce service met en œuvre deux dispositifs importants :

La Plateforme Solidarité : le service se charge de mettre en relation des personnes isolées afin de bénéficier de la visite régulière d'un bénévole.

Le Plan d'Alerte Solidarité Séniors (PASS) : lors d'événements exceptionnels ou en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence canicule ou grand froid, les seniors de plus de 65 ans isolés et inscrits sur la liste de veille sont contactés par les équipes de la Ville.

Le pôle accompagnement et accès aux droits se compose :

- Du CLIC des aînés qui répond gratuitement aux questions concernant les différents aspects de la vie quotidienne des personnes rouennaises de plus de 60 ans : vie à domicile, structures d'accueil et d'hébergement, soins, loisirs, aides financières. Le CLIC propose des réponses personnalisées et adaptées à la situation de chaque personne et l'accompagne, si nécessaire, dans ses démarches.
- De l'aide sociale légale à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap qui accompagne les personnes âgées, handicapées ou en situation de grande précarité vers des dispositifs d'aides financières.

Les services et soins à domicile comprennent le SAD, l'ESA et les Résidences Autonomie. La Ville de Rouen dispose de quatre résidences autonomie (Rose des Sables, Trianon, Jeanine Bonvoisin et Saint Filleul). Toutes sont composées de logements individuels destinés à des personnes autonomes âgées de plus de 60 ans. Ces résidences, non médicalisées, proposent des services et des activités à la carte favorisant le lien social.

Enfin, le Service Des Aînés héberge également l'association **Rouen Seniors** qui propose des activités à caractère culturel, sportif ou de loisirs pour les préretraités et retraités rouennais et non rouennais.

Cette organisation contribue à renforcer les articulations entre les différents services et l'association Rouen Seniors qui œuvrent en complémentarité pour apporter la réponse la plus globale aux aînés.

Les missions du service des aînés sont :

- Garantir un accueil de qualité et répondre aux demandes des aînés et de leurs familles,
- Assurer l'information, l'orientation et l'accompagnement des aînés,
- Coordonner et faire le lien avec les acteurs gérontologiques et sociaux dans les domaines des loisirs et de l'accompagnement social.

Les services du CCAS et de la Ville de la Direction de la Solidarité et de la Cohésion Sociale (DSCS) partagent des valeurs de service public qui s'appuient sur une charte remise à jour en 2024. Celle-ci met en avant quatre éléments.

Coopération :

- Ils agissent de façon coordonnée et complémentaire sur tout le territoire de la ville dans un souci de proximité, notamment des quartiers les plus en difficulté ;
- Ils travaillent en relation étroite avec les partenaires associatifs et institutionnels, professionnels ou bénévoles pour répondre aux besoins des usagers ;
- Ils s'engagent à favoriser la citoyenneté en recherchant l'expression et la participation des usagers ;
- Ils permettent à l'utilisateur d'être acteur de son projet de vie en favorisant le respect de ses droits ;

Justice Sociale :

- Ils ont vocation à s'adresser à tous les Rouennais sans distinction et avec une attention particulière donnée aux plus vulnérables ;
- Ils garantissent l'égal accès de tous aux prestations et services proposés, en toute transparence et avec des réponses adaptées, dans le respect des principes de laïcité et des obligations de neutralité ;

Respect :

- Ils garantissent des cadres d'intervention dans le respect des codes de déontologie et d'éthique des professionnels de l'action sociale et médico-sociale et s'assurent d'apporter systématiquement une réponse aux usagers ;

Bientraitance :

- Ils s'engagent à favoriser l'accès aux droits par la recherche constante de l'adaptation des outils et des modes opératoires aux besoins ;
- Ils s'engagent à créer les conditions favorables à un dialogue et une écoute active et sans jugement ;

Les agents des services du CCAS et de la Ville de la Direction de la Solidarité et de la Cohésion Sociale (DSCS) partagent également des valeurs de fonctionnement :

- Le sens du service public ;
- Sont garants des valeurs portées ;
- Sont garants de la bonne exécution des tâches et des missions qui leur sont confiées ;
- Le souci constant du devoir et du respect de la confidentialité ;
- Une attitude neutre, tolérante, d'entraide et de soutien auprès de leurs collègues ;
- Le souci de travailler en transversalité pour favoriser la cohérence et la continuité des interventions au bénéfice des usagers ;

- Le devoir de rendre compte et de communiquer dans le cadre des instances délibérantes via la présentation de rapports d'informations, de délibérations et rapports d'activité, en Conseil d'Administration pour le CCAS et en Conseil Municipal pour la Ville.

En 2023, le CCAS a mené l'analyse des besoins sociaux (ABS), obligatoire lors de chaque mandat. Elle permet de faire un état des lieux par quartier sur les habitants et leur niveau de vie. Cette analyse constitue un outil à la décision qui permet de mettre en place une politique sociale adaptée aux besoins collectifs d'une population. L'ABS est une contribution attendue par l'ensemble des partenaires associatifs et institutionnels de l'action sociale qui ont à cœur d'adapter leurs interventions aux problématiques des territoires. Cette analyse rend plus proche et plus prégnante les réalités sociales et économiques vécues à Rouen et a permis de définir les enjeux prioritaires pour le projet de Direction.

Les personnes âgées entre autres font partie des publics prioritaires identifiés par le CCAS. La ville de Rouen comptait 21 307 séniors de 60 ans et plus en 2023.

Le constat concernant les séniors est le suivant : le vieillissement de la population rouennaise est moins avancé qu'ailleurs mais il est amené à se confirmer dans les années à venir et les fragilités des seniors risquent de se renforcer.

Pour cela, il faut anticiper les conséquences du vieillissement à venir de la population et soutenir les seniors les plus fragiles particulièrement présents sur certains quartiers de la ville, en particulier dans le contexte d'inflation.

Suite à l'analyse des besoins sociaux, le projet de direction a été élaboré. 3 enjeux majeurs en sont ressortis avec pour chacun d'entre eux 3 objectifs stratégiques qui en découlent.

- 1) Accompagner les Rouennais les plus en difficulté et prévenir les ruptures dans leur parcours de vie
- 2) Favoriser le lien social, prévenir et lutter contre l'isolement
- 3) Lutter contre les inégalités territoriales

Le présent projet de service s'appuie sur ces éléments pour décliner des objectifs et les fiches actions pour les années à venir.

[2/ Objectifs du SAD](#)

2-1 Contexte de création du SAD

Le SAD est le fruit de la fusion entre le service prestataire des quatre résidences autonomie du CCAS de Rouen et du SSIAD afin de créer un service autonomie à domicile mixte. Il constitue une porte d'entrée pour les bénéficiaires aux activités d'aide et de soin. Le CCAS a fait le choix de maintenir ces deux activités en interne afin de proposer à tous les habitants un accès aux soins et à l'aide dans le cadre d'un service public.

Le service se situe au 24, rue des Arsins à Rouen au 1^{er} étage de la Maison des aînés.

Il est ouvert au public avec ou sans rendez-vous du lundi au vendredi de 08h30 à 12h30 et de 14h à 17h. Il est joignable au numéro suivant : 02.35.07.87.34.

L'adresse mail est sad@rouen.fr.

Les professionnels d'aide et de soin interviennent sept jours sur sept sur une amplitude horaire allant de 7h30 à 20h (en fonction des métiers).

Le SAD couvre tout le territoire de la ville de Rouen et est divisé en différents secteurs dans l'organisation des tournées aide et soin. Un secteur centre-ville rive droite, le secteur des Hauts de Rouen et le secteur de la rive gauche. Pour les aides à domicile du service, cela constitue une nouveauté dans leur pratique puisque jusqu'ici celles-ci n'intervenaient que dans les résidences autonomie du CCAS. Désormais, elles vont se rendre au domicile des personnes accompagnées que ce soit au sein des résidences autonomie ou sur toute la ville de Rouen.

Le territoire de l'ESA quant à lui, couvre trois communes : Rouen, Mont-Saint-Aignan et Sotteville-lès-Rouen. Ce territoire n'est pas voué à évoluer avec la création du SAD.

2-2 Cadre réglementaire

La réforme des services autonomie s'inscrit dans un large contexte politique qui, depuis la loi de 2002, a connu des évolutions majeures : la loi A.S.V. (Adaptation de la Société au Vieillessement) de 2015, la création de la 5^{ème} branche de la Sécurité Sociale confiée à la C.N.S.A. (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) en 2020 et la promulgation de la loi « Bien Vieillir » en avril 2024, avec la création du Service Public Départemental de l'Autonomie (S.P.D.A.). Cela se traduit par une volonté de renforcer le pilotage, d'améliorer la coordination, de développer la prévention et de soutenir le secteur du domicile.

Le Décret n°2023-608 du 13 juillet 2023 précise les modalités d'application et décrit les principes d'organisation et de fonctionnement des services autonomie à domicile. Il contient le cahier des charges en annexe.

Depuis le 30 juin 2023, la réforme des S.A.D. est entrée en vigueur. Elle modifie les missions, les principes d'organisation et de fonctionnement des S.A.A.D. (service d'aide et d'accompagnement à domicile), des S.S.I.A.D. (service de soins infirmiers à domicile) et des S.P.A.S.A.D. (service polyvalent d'aide et de soins à domicile). Ce changement introduit une distinction entre :

Les S.A.D. qui ne dispensent que de l'aide

Et les S.A.D. « mixtes » qui dispensent de l'aide et du soin.

Les S.A.A.D. existants sont réputés autorisés en tant que SAD pour la durée restante de leur autorisation initiale, mais ils ont deux ans pour se mettre en conformité avec le cahier des charges à compter du 30 juin 2023.

A compter du 30 juin 2023, les S.S.I.A.D. ont un délai de 2 ans et demi pour s'adjoindre une activité d'aide, sans laquelle ils ne pourront poursuivre leur activité. La demande de fusion des autorisations pour constituer un S.A.D. « mixte » est à formuler après de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.) et du Conseil Départemental (C.D.). Le CCAS de Rouen a déposé la demande d'autorisation le 30 juin 2025. Les organismes tutélaires ont 6 mois pour apporter une réponse à cette demande.

La spécificité du cadre réglementaire du soin :

Les textes de référence :

- 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
- La circulaire DGAS/2 C n°2005-111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile
- La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- La loi N°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilité locales, à l'article L.113-2 et suivants,
- La loi N° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Le Code de l'action sociale et des familles : articles D.313-21, R. 312-167, R. 313-1, R.314-28 à R.314-33 et R.314-137 à R.314-139,
- La Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,
- Le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement du 4 janvier 2017,
- Le référentiel 2018 de bonnes pratiques professionnelles pour les SSIAD rédigé suite au travail conjoint entre l'ARS de Normandie, les conseils départementaux et les groupes de travail SSIAD-SPASAD à propos notamment des missions attendues.
- Le décret n° 2018-430 du 1er juin 2018 prévoyant les conditions d'admission et les modalités de prise en charge conjointe des patients par un établissement d'hospitalisation à domicile et un service de soins infirmiers à domicile.

Les outils de la loi du 2 janvier 2002 du SSIAD :

- Le livret d'accueil
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Le contrat conclu entre l'usager et le service : Document Individuel de Prise en Charge
- La personne qualifiée
- Le conseil de la vie sociale ou autre forme d'expression de l'usager : Questionnaire de satisfaction
- Le règlement de fonctionnement
- Le projet d'établissement ou de service

Ces outils ont été retravaillés dans le cadre du SAD et validés en Conseil d'Administration le 12 décembre 2025.

2-3 Les missions du SAD

Le SAD a pour vocation d'offrir un guichet unique aux bénéficiaires de l'aide et du soin et de les accompagner dans leur parcours.

Il permet de maintenir les personnes dépendantes de tous âges ou les personnes en situation de handicap à domicile, de prévenir les admissions en service hospitalier ou de favoriser le retour après hospitalisation, d'éviter ou de retarder un placement en établissement médico-social, ceci pour une prise en soins ou un accompagnement pérenne.

Pour la partie soins, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, sont assurés auprès :

- De personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes,
- De personnes adultes de moins de 60 ans en situation de handicap,
- De personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de sécurité sociale (présentant une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse).

La capacité du SSIAD est de 77 prises en charge pour les personnes âgées et de 9 places pour les personnes en situation de handicap soit 86 prises en charge au total.

L'objectif principal est d'apporter des soins de qualité en lien avec une prise en charge individualisée en s'inscrivant de manière temporaire ou définitive dans le parcours de soins du patient.

Une prescription médicale est nécessaire, ainsi qu'une évaluation de la dépendance et des besoins effectuée par l'infirmière coordinatrice. Des actions de coordination des différentes interventions au domicile (service d'aide, Infirmier Diplômé d'Etat libéral, kinésithérapeute...) en découleront.

Lors de chaque évaluation, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement du SSIAD sont remis à l'usager et/ou à la personne de confiance désignée par celui-ci.

Les outils de la loi du 2 janvier 2002 sont régulièrement révisés et ont tous été validés au Conseil d'Administration du 12 décembre 2025.

Un plan de soin individualisé est rédigé par l'infirmière coordinatrice (IDEC) et l'aide-soignant(e) référent(e) et réactualisé une fois par an au minimum. Le Document Individualisé de Prise en Charge est rempli au moment de la prise en charge, il est signé à la fois par l'infirmière coordinatrice, le patient et par Madame la Vice-Présidente du CCAS. Un exemplaire signé est remis au patient.

Les soins infirmiers techniques sont assurés soit par l'infirmière libérale choisie librement par le patient sous réserve que celle-ci soit conventionnée avec le SAD, soit par les infirmières salariées du SAD.

Pour la partie aide, sur demande du bénéficiaire ou de l'APA et des caisses de retraite, un plan d'aide est mis en place afin de répondre aux besoins de l'usager. Ces besoins peuvent relever de l'aide à la personne (aide à l'habillage, aux soins d'hygiène, au déshabillage), de l'aide aux repas, de l'accompagnement pour les courses ou les sorties, de l'aide pour l'entretien du linge ou du logement.

Une visite à domicile est organisée par le/la responsable du secteur aide à domicile afin d'évaluer les besoins du bénéficiaire, de proposer un plan d'aide, un devis et d'expliquer le fonctionnement du service. Les documents sont remis à la personne accompagnée tels que le contrat de prestation, la personne qualifiée, le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil, la personne de confiance si le bénéficiaire le souhaite. De même un Projet d'Accompagnement Personnalisé est proposé afin de le constituer le plus rapidement possible.

Dans le cadre de la mise en place du SAD, les IDEC sont formées à la proposition d'aide tandis que le / la responsable du secteur aide à domicile n'est pas en mesure de faire une évaluation médico-sociale. Une visite conjointe peut par ailleurs être organisée.

Dans le cadre de l'accompagnement de l'aide et du soin, pour les cas les plus complexes, des binômes entre aides-soignants et aides à domicile pourront être organisés pour effectuer les soins d'hygiène les

plus techniques, organiser les transferts et l'installation des personnes. Une bonne coordination est donc nécessaire entre les intervenants et pour organiser les interventions.

2-4 Le profil des personnes accompagnées

Comme expliqué précédemment, le SAD souhaite accompagner toute personne relevant de ses compétences. Depuis la crise sanitaire de 2020, force est de constater une précarisation de certains publics isolés accompagnée parfois d'une rupture complète de soins. Le CCAS tout comme le SAD souhaite mettre l'accent sur l'accompagnement de ces publics. De même, les pathologies psychiatriques des personnes âgées semblent de plus en plus fréquentes au domicile. Elles nécessitent la mise en place de soins spécifiques, l'adaptation des accompagnements et parfois le renforcement des aides à domicile. C'est dans ce contexte que les actions du projet de service se déclinent.

Voici quelques éléments de contexte suite aux rapports d'activité 2024 des services du SSIAD et du service prestataire.

Pour la partie soin, en 2024, sur les 260 prises en charge, 60.8 % étaient des femmes. La moyenne d'âge se situait à 73 ans, avec un minimum à 17 ans, un maximum à 100 ans ce qui est sensiblement identique aux autres années. C'est la tranche d'âge « 85 à 95 ans » qui était la plus représentée (33.08 % de l'ensemble).

Pour la partie aide, le service est intervenu auprès de 154 bénéficiaires en 2024. La majorité des bénéficiaires du service, soit 64 % d'entre eux ont bénéficié de l'APA. 29% financent eux même intégralement les prestations. En 2024, le service a réalisé 13 964 heures d'aide à domicile au sein des quatre résidences autonomie du CCAS.

Les heures réalisées sont financées :

- Par l'APA pour 78 %
- Par la CARSAT pour 3 %
- Par la PCH pour 0 %
- Sans aide financière pour 19 %

2-5 Les professionnels du service

Le SAD est composé d'une équipe pluridisciplinaire avec différents profils et des compétences variées.

On compte dans le service 22 aides-soignants, 3 infirmières salariées, 2 infirmières coordinatrices, un(e) responsable du secteur d'aide à domicile, une responsable de coordination, 10 aides à domicile, une ergothérapeute, une psychologue, une assistante administrative et une responsable de service.

La responsable du SSIAD ESA devient la responsable du SAD. Elle intègre ainsi l'équipe d'aides à domicile et assure un pilotage du service, un suivi financier et des relations avec les organismes financeurs.

Pour assurer la coordination générale de l'aide et du soin, une responsable de coordination a été identifiée en lien hiérarchique avec la responsable du SAD.

La mise en place d'un responsable de coordination pour l'aide et le soin permettra un meilleur accompagnement des bénéficiaires. En effet, cet interlocuteur unique et privilégié permettra une meilleure articulation entre les équipes soin et aide et les différents acteurs de la prise en charge.

C'est également le responsable de la coordination aide et soin qui aura la charge de planifier et d'organiser les interventions en binôme quand elles sont nécessaires.

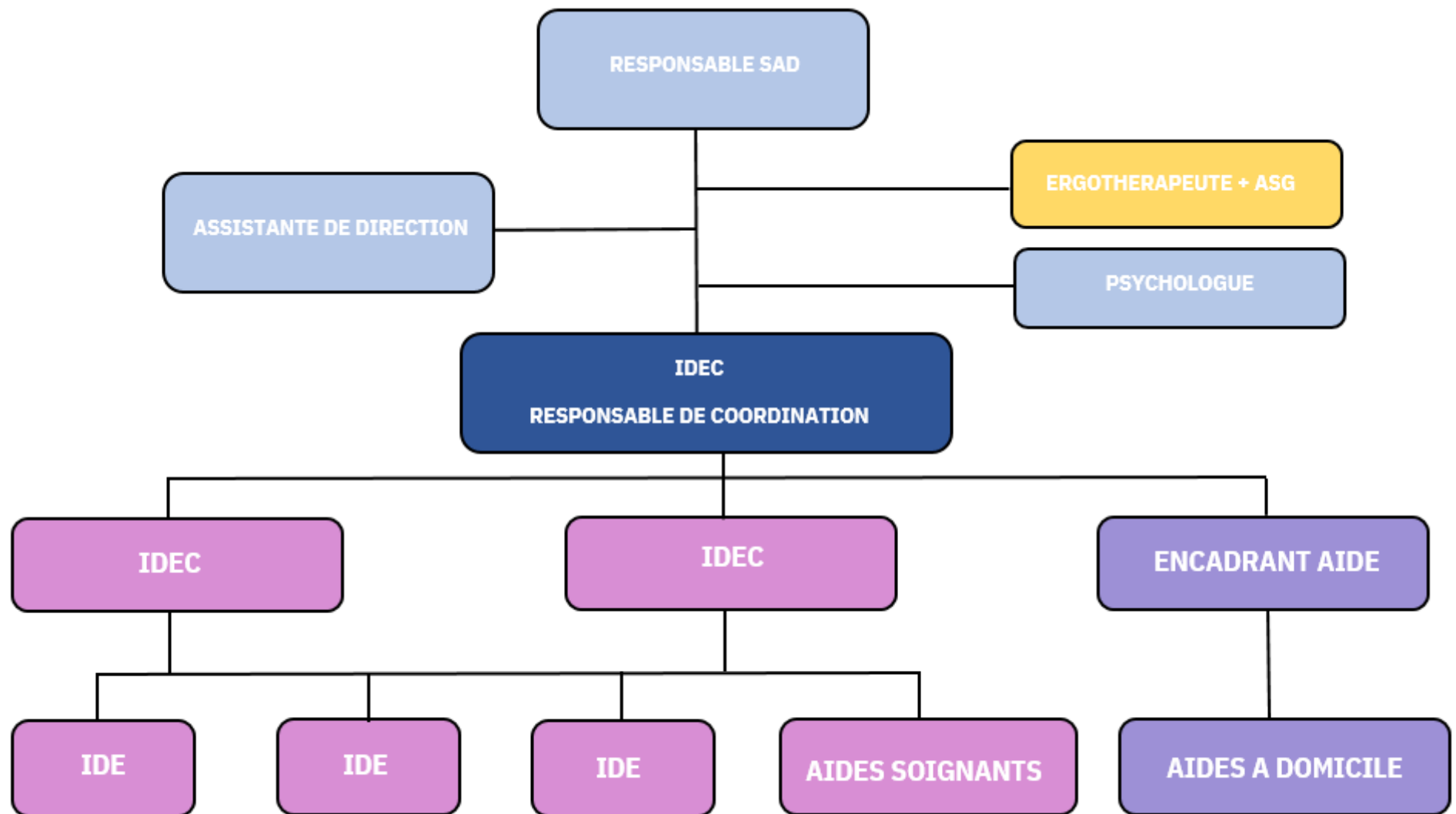
Acteur de la démarche qualité dans laquelle s'inscrit le service, le responsable de coordination garantira l'application homogène des procédures mises en place.

Des encadrants soins (IDEC) et un(e) responsable de l'aide à domicile (en cours de recrutement) avec un profil davantage médico-social sont identifiés avec respectivement des liens hiérarchiques avec les aides-soignants et infirmiers d'une part et les aides à domicile d'autre part. L'IDEC (Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice) est une infirmière qui assure une mission d'évaluation des patients, de suivi de prestation et coordonne le parcours de soin du patient au sein du SAD en lien avec tous les professionnels qui accompagnent le patient à domicile. Le/la responsable de l'aide à domicile assure la mise en place et le suivi des prestations d'aide toujours en lien avec les professionnels qui interviennent chez le bénéficiaire.

Par ailleurs, une ergothérapeute en poste à temps plein à l'ESA peut intervenir de façon ponctuelle chez les bénéficiaires du soin et de l'aide concernant l'aménagement du domicile, la mise en place de matériel spécifique, la mise en place d'outils de manière à faciliter les accompagnements.

Une psychologue en poste à 50 % assure des suivis psychologiques également à domicile pour tous les bénéficiaires du service mais également auprès des aidants afin de garantir un accompagnement de qualité et offrir ainsi un plus grand panel de soins. Elle intervient dans le cadre d'une expérimentation ARS qui finance ce poste depuis janvier 2024.

L'assistante administrative du service voit également ses missions évoluer. Elle devient assistante de direction et va assurer l'accueil physique et téléphonique du SAD pour tous les bénéficiaires.



II. ACTIONS DU SAD

1/ Une action coordonnée

1-1 Le parcours d'accompagnement

L'entrée dans le service se fait de plusieurs manières.

Le patient avec besoin de soins est adressé soit par un service hospitalier, soit par son médecin traitant, par sa famille ou par lui-même (avec prescription médicale). Il est alors évalué à domicile ou en structure de soins par une infirmière coordinatrice qui évalue son état de santé, ses besoins au domicile, ses besoins en matériel médical et ses besoins en accompagnement quotidien. Le recueil de données est effectué, un PAP (projet d'accompagnement personnalisé) commence à être rédigé en lien avec les objectifs de prise en soins identifiés avec le patient et un plan de soins est mis en place pour les soignants qui interviendront au domicile. Un DIPC (Document Individuel de Prise en Charge) est signé.

Les documents réglementaires de la loi 2002 sont également remis au patient, expliqués puis signés.

Si le besoin en aide est relevé, une proposition ainsi qu'un devis peuvent être faits. Le patient peut alors faire le choix du service d'aide qui lui convient. Il en est de même pour le choix des infirmiers qui effectueront les soins techniques à domicile. Le patient peut faire le choix de garder ses infirmières libérales et/ou de poursuivre avec les infirmières salariées du SAD.

Tout au long de la prise en soins, les soignants utilisent une application sécurisée du logiciel métiers sur smartphone. Le dossier unique informatisé du patient y est accessible. Il permet de connaître les pathologies, les antécédents, les coordonnées du patient mais aussi les personnes contact à prévenir en cas de besoin qu'elles soient personnelles ou professionnelles.

Les soignants effectuent également des transmissions sur cette application. Celles-ci sont dites ciblées, elles font l'objet de données actions résultats. Celles-ci sont relevées quotidiennement du lundi au vendredi par les IDEC qui mettent en place des actions si nécessaire, coordonnent les soins à planifier et apportent des modifications de planning de tournées ou autre. Chaque semaine (le jeudi), des réunions par secteur sont organisées. Elles permettent de relever les problématiques particulières par patient et de mettre en place les actions correctives nécessaires. Ces réunions sont aussi le moyen de réajuster le besoin en matériel mais également de réévaluer les besoins en soins. Peut alors en découler une modification du plan de soins et une révision de la fréquence des passages. Si le patient, une fois informé, valide ces modifications, un avenant au DIPC est alors rédigé et signé par l'IDEC référente, le patient et la vice-présidente du CCAS. Les patients chroniques du service (pris en soins depuis plus de trois mois) bénéficient au minimum d'une visite à domicile annuelle pour réévaluer les besoins, la dépendance et le plan de soins.

Les tournées quotidiennes de soins ou d'aide sont également accessibles sur le smartphone. Elles sont modifiables à distance par les IDEC ou le responsable du secteur d'aide à domicile pour réajuster en fonction des aléas du quotidien, absence ou hospitalisation imprévue du bénéficiaire, retard de tournée en lien avec les transports ou autre.

Pour un bénéficiaire qui n'a besoin que d'aide à la personne, c'est le responsable du secteur aide qui se rend au domicile pour effectuer le relevé de besoins, orienter la personne pour la mise en place d'un

plan APA ou d'une PCH, effectuer un devis, répondre aux demandes. Si des besoins en soins se font ressentir, alors elle orientera le bénéficiaire vers le SSIAD et/ou une évaluation IDEC si nécessaire. D'autres SAD mixtes sont présents sur le même territoire, le patient aura bien évidemment encore le choix du service de soins auquel il pourra faire appel de même que le service d'aide auquel il souhaite faire appel.

L'ensemble des conventions signées et ou à venir du SAD avec l'ensemble du maillage territorial en soins permet d'orienter au mieux le patient dans son besoin de soins. L'équipe IDEC tiendra ce rôle d'expertise en soins du territoire pour la partie aide.

Des documents sont également remis au bénéficiaires, expliqués et signés afin de mettre en place la prestation. Des plages horaires sont alors négociées en fonction des besoins de la personne, de ses disponibilités et des possibilités du service.

Les aides à domicile ont également accès à l'application sécurisée sur smartphone qui permet d'effectuer des transmissions. Ceci permet d'avoir des informations et des alertes sur les éventuels besoins supplémentaires en aide. Par ailleurs, l'application constitue un lien quotidien entre le service du SAD et les aides à domicile qui sont seules au domicile.

Pour des besoins plus spécifiques, que ce soit pour l'adaptation du logement ou la réadaptation de matériel au domicile, l'ergothérapeute de l'ESA peut être appelée ponctuellement pour partager son expertise et formuler des préconisations. Le responsable de secteur aide ou l'IDEC fait alors le lien entre le bénéficiaire et l'ergothérapeute pour organiser une visite à domicile puis mettre en place ensuite les actions préconisées en accord avec le bénéficiaire et sa famille.

Il en est de même pour l'intervention de la psychologue au domicile. Les soignants ou aides à domicile repèrent des besoins chez un patient ou un bénéficiaire. Avec son accord, la psychologue est sollicitée. Elle prend tout d'abord contact par téléphone avec la personne ou son aidant(e) pour qu'elle formule précisément son souhait et propose ensuite un rendez-vous au domicile afin de mettre en place un suivi psychologique. Celui-ci peut être pérenne ou faire l'objet d'une évaluation de besoins avant la mise en place d'un relai avec d'autres structures sur le territoire.

La psychologue ainsi que l'ergothérapeute ont mis en place un travail de réseau sur le territoire rouennais afin de proposer des relais les plus efficaces possibles et de proposer la meilleure prise en soins possible aux patients et aux bénéficiaires.

Lors de la stabilisation d'une situation de santé ou la reprise de l'autonomie, une sortie du service peut être envisagée. Celle-ci est anticipée, convenue avec le patient. Un relais aide à domicile peut alors être suffisant. Le bénéficiaire choisit alors le SAD qui lui convient. Dans d'autres cas comme l'aggravation de l'état de santé par exemple, des orientations vers des établissements peuvent être organisées. Le SAD se met alors en lien avec des assistants sociaux, accompagne à la constitution du dossier, informe la famille. Le SAD est en mesure d'alerter sur les besoins supplémentaires en soins, sur les relais à envisager et se met en lien notamment avec le médecin traitant et ou l'équipe médicale en cas d'hospitalisation. La notion de réseau est dans ce cas, encore une fois primordiale.

1-2 Les outils de la coordination

Déjà en place actuellement pour le SSIAD, des réunions hebdomadaires sont organisées chaque jeudi après-midi entre les encadrants et les soignants. Celles-ci permettent d'évoquer les problématiques

rencontrées avec les patients, de travailler sur les PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé), de revoir les plans de soins personnalisés. Des réunions de service aide et soin sont organisées également de manière régulière (à raison de 5 par an en moyenne). Des réunions de coordination entre l'équipe d'aide et de soin sont donc également prévues. Elles permettent également le partage des connaissances sur les formations réalisées par le personnel, la mise en place de nouvelles procédures, le développement de la démarche qualité du service. Ces réunions ont lieu dans les locaux du SAD à la Maison des Aînés de Rouen.

Seront poursuivies les réunions hebdomadaires de l'équipe encadrante tous les lundis matins. Elle est l'occasion pour les IDEC et le/la responsable du secteur aide d'échanger sur les situations communes et de faire le point sur les capacités du service en terme d'accueil de nouveaux patients/bénéficiaires. Elle représente aussi un temps de coordination pour les situations partagées en binôme, les emplois du temps des différents professionnels (aides-soignants, infirmiers, aides à domicile, psychologue) et la programmation des interventions.

Le dossier de liaison présent au domicile de la personne accompagnée est aussi un outil de coordination important. Il permet aux différents professionnels intervenants au domicile d'échanger des informations afin d'accompagner au mieux la personne à son domicile. Chaque professionnel peut y intégrer des informations. Le PAP est également présent au domicile, signé par la personne accompagnée et accessible à ses proches et aux professionnels qui interviennent.

Un dossier informatisé unique est également disponible dans le logiciel métiers. Il contient un recueil de données exhaustif pour l'aide et le soin, et des informations médicales nécessaires à la prise en soins. Les professionnels y ont accès au domicile via leur smartphone avec une connexion individuelle et sécurisée. Les transmissions des professionnels alimentent également ce dossier informatisé unique. Ce logiciel actuellement utilisé par le SSIAD sera étendu au SAD en 2026. Il permettra par ailleurs de faciliter la facturation des prestations d'aide.

Une grille d'évaluation commune à l'aide et au soin est également accessible. Elle est très fortement inspirée de la grille d'évaluation du SSIAD qui faisait déjà état des besoins en aide. Peu de modifications ont été apportées pour l'évolution en SAD.

2/ Les missions en matière de prévention

2-1 Une aide à l'insertion sociale

La proximité des intervenants « aide » ou « soin » du SAD au domicile des personnes accompagnées permet de faciliter le repérage des signaux de vulnérabilité ou d'isolement, et d'alerter la responsable de coordination ou la responsable du service pour faire du lien avec des services ou organismes proposant des réponses adaptées.

La situation du SAD au sein de la Maison des Aînés a l'avantage de permettre la transversalité avec les services internes à la Ville ou au CCAS de Rouen :

- Le Pôle veille sociale et lutte contre l'isolement gère d'une part, le Plan d'Alerte Solidarité Senior (PASS) qui permet d'assurer une veille auprès des personnes inscrites sur le fichier, en cas d'évènements majeurs (canicule, grand froid, pandémie...). Avec l'accord des personnes accompagnées, une visite à domicile, le portage de livres à domicile, l'intervention d'un bénévole ou l'accompagnement à une animation peuvent être proposés.

D'autre part, il organise des animations tout au long de l'année dans les différents quartiers de la ville pour les publics les plus vulnérables.

- Le Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC de ROUEN) peut être sollicité pour assurer un accompagnement social individuel après avoir réalisé une évaluation multidimensionnelle : autonomie physique et cognitive, conditions de vie, environnement social et familial, aides et démarches mises en œuvre, difficultés rencontrées dans la gestion du quotidien.... Le CLIC met également en place des actions collectives de prévention à la perte d'autonomie auxquelles les personnes accompagnées par le SAD peuvent être associées.
- La direction des résidences autonomie soit pour une demande de logement, bénéficier d'un repas, soit pour participer à des animations ouvertes à tout public.

D'autres formes d'orientation peuvent être proposées en fonction des situations : autres services du CCAS, associations de bénévoles œuvrant dans le cadre de la lutte contre l'isolement.

2-2 Action de prévention de perte d'autonomie, préservation, restauration et soutien à l'autonomie

Le rôle de l'équipe pluridisciplinaire du SAD consiste également à repérer les signes de dégradation de l'autonomie ou l'aggravation d'un handicap et à proposer des actions adaptées à chaque situation, soit en interne, soit en faisant appel à des partenaires extérieurs. Une sollicitation de l'ergothérapeute du service peut être envisagée. Le rôle de la coordination est primordial pour assurer la cohérence des interventions autour de la personne accompagnée.

Selon le degré d'autonomie, une orientation des personnes accompagnées par le SAD vers les animations collectives organisées par le CLIC ou au sein des résidences autonomie est envisageable. Un accompagnement à la mobilité pour les personnes n'ayant pas de solution de déplacement ou pas les moyens financiers de prendre en charge un transport peut être assuré par l'intermédiaire du CLIC. Ce dispositif peut être sollicité soit pour se rendre à des consultations médicales, des activités de loisirs... Cet accompagnement est réalisé par l'APEF.

2-3 Le soutien des aidants

Cette mission fait partie des prérogatives du SAD du CCAS de Rouen. En effet, doté d'une psychologue exerçant à 0.5 ETP, des actions auprès des proches aidants figurent parmi ses missions, telles que l'éclairage pour l'entourage sur les troubles cognitifs ou du comportement et leurs conséquences au domicile, l'aide à la mise en place de dispositif pour prévenir l'apparition ou la majoration des troubles du comportement et leur conséquence sur la vie quotidienne.

Le groupe de soutien pour les aidants familiaux, animé depuis 2020 par le CLIC et l'ESA du CCAS de Rouen propose tout au long de l'année des séances mensuelles d'échange et d'information. L'objectif de ce groupe est de permettre aux aidants de s'informer et d'échanger sur leurs difficultés, leurs ressentis mais aussi de leur réapprendre à prendre soin d'eux par le biais de séances de bien-être ou de moments de convivialité. En 2024, le Service des aînés du CCAS de Rouen s'est associé à l'EHPAD « le Foyer Saint Joseph » afin de permettre d'accueillir les personnes aidées au sein de

l'accueil de jour de l'établissement. L'ESA a par ailleurs signé deux conventions de partenariat avec les accueils de jour de St Joseph et Tiers-Temps en 2023.

Les aidants familiaux sont orientés également vers des associations locales déjà partenaires des services de la Maison des Aînés (la Cigale et la Fourmi...).

2-4 Notion de domicile élargi

Les liens privilégiés entretenus par les services actuels (SSIAD, SAAD, ESA) avec les établissements sociaux et médico-sociaux se poursuivront après la constitution du SAD : les résidences autonomie, les résidences services, les EHPAD Les liens développés par l'ESA avec des EHPAD de la ville pour des relais en accueil de jour mais aussi pour préparer l'entrée en institution dans le cadre de ses accompagnements seront poursuivis. De même, l'accompagnement de publics issus de foyers tels ceux de l'association Emergence se fera dans la continuité. La formalisation des partenariats par de nouvelles conventions avec l'entité du SAD est à prévoir en ce sens.

3/ La lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance

Le SAD s'engage dans la remise à jour de sa démarche de prévention de la maltraitance.

Dans un premier temps, par des formations complémentaires. Six aides-soignantes du SSIAD dont cinq d'entre elles qui travaillent à l'ESA, sont formées en tant qu'assistante de soins en gériatrie (ASG).

Une formation ASG est prévue en 2025 et d'autres sont prévues en 2026. Celles-ci peuvent être ouvertes aux aides à domicile à condition d'avoir suffisamment d'ancienneté auprès du public âgé.

Huit soignants du SSIAD ont bénéficié de la formation du soin en Humanité sur quatre jours. Celle-ci s'est inscrite dans la lignée du dernier projet de service qui avait pour priorité l'Humanité. Il est prévu de reconduire cette formation en 2026 ou 2027 afin de sensibiliser des aides à domicile et d'autres soignants au de l'accompagnement en bientraitance. Le plan de formation annuel et les futurs prennent en compte les besoins en formation en lien avec la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance afin de toujours sensibiliser les intervenants à domicile.

En 2025, la responsable de service, l'ergothérapeute ainsi qu'une aide-soignante ont participé à une journée sur la bientraitance organisée par l'institut Gineste Marescotti qui dispense les formations Humanité.

Pour l'année 2025, la responsable de service a rencontré ALMA (Association de Lutte contre la Maltraitance) Normandie et une conférence dispensée par cette association a été réalisée au mois de septembre pour une majeure partie de l'équipe.

Dans le cas de constat de faits de maltraitance, un signalement est fait au Procureur. Par ailleurs, les professionnels qui gravitent autour de la personne (médecin traitant, assistants sociaux ou autres) sont informés et des actions sont mises en place (démarche de mise sous protection juridique si la personne est vulnérable et si ce n'est pas encore le cas), accompagnement vers un placement en hébergement temporaire ou définitif ou autre. Dès lors qu'il s'agit d'une suspicion, une fiche de signalement d'évènement indésirable doit être rédigée par la personne qui suspecte les faits. Celle-ci est traitée

rapidement par la responsable de coordination ou la responsable de service pour la mise en œuvre d'actions coordonnées si besoin. Les fiches de signalement d'événements indésirables sont consignées dans un classeur prévu à cet effet, classées de manière chronologiques. Elles sont répertoriées chaque semaine lors de la réunion entre encadrants et traitées en équipe lors des réunions de service annuelles de manière à mettre en place des actions correctives si nécessaire.

Une procédure de repérage et de signalement des faits de maltraitance a été remise à jour en 2025 pour le Service des Aînés. Elle a fait l'objet de groupes de travail et d'une validation en Conseil d'Administration le 12 décembre 2025.

Dans le cadre de cette procédure, les équipes ont été dotées d'une grille de repérage de situation de maltraitance travaillée par l'ergothérapeute et la psychologue du service. Celle-ci est exploitable par les intervenants à domicile mais aussi en équipe pour identifier ou non des faits de maltraitance et agir en conséquence selon la procédure déterminée.

4/ L'expression des usagers

Chaque année, les personnes accompagnées se voient remettre un questionnaire de satisfaction de manière à évaluer les prestations délivrées et de manière à donner leur opinion sur celles-ci. Celui-ci est analysé chaque année et soumis au Conseil d'Administration du CCAS avant qu'une restitution soit organisée au sein du service auprès des équipes et des personnes accompagnées. Le SAD va déployer ce questionnaire de satisfaction auprès des bénéficiaires de l'aide après avoir fait valider une version en Conseil d'Administration. En effet, une version est adaptée pour les soins IDE quand ils ont lieu, il en sera de même pour la partie aide et soin.

5/ La qualité de vie au travail

Le SAD est rattaché au CCAS, lui-même rattaché à la mairie de Rouen qui dispose de son propre service de qualité de vie au travail (SQVT). Depuis la mutualisation de certains services du CCAS avec la ville en 2022, une convention a été signée avec le service QVT qui est intégré à la Direction des Ressources Humaines (DRH). Ce service a pour mission de faire appliquer la réglementation issue du Code du travail (partie IV) répondant notamment aux neuf grands principes de prévention des risques (article L.4121-2).

La prévention des risques professionnels représente l'ensemble des dispositions à mettre en œuvre pour préserver la santé et la sécurité des agents et pour améliorer les conditions de travail de chacun d'entre eux.

L'ergothérapeute de l'ESA occupe la mission d'assistante de prévention de la Maison des Aînés ; elle entretient donc un lien privilégié avec le service de qualité de vie au travail et permet de collecter les besoins pour le personnel. Le DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels) a été remis à jour fin 2025 en vue de la création du SAD.

Dans le cadre de la prévention des risques domestiques, les équipes sont formées régulièrement à l'évaluation des besoins à domicile et au repérage des risques et des actions ponctuelles comme celles de l'ergothérapeute permettent de prévenir davantage ces risques en préconisant par exemple des adaptations de logement. Des actions collectives sont régulièrement organisées par le service du CLIC de la Maison des Aînés de Rouen par exemple. Celles-ci sont ouvertes aux professionnels et aux

usagers et permettent d'améliorer la sensibilisation de tous les publics. Des aides-soignants et l'ergothérapeute ont par exemple participé au forum de prévention des chutes organisé à l'automne 2025 par le CLIC.

Les soignants du SSIAD ainsi que les aides à domicile des résidences autonomie bénéficient depuis plusieurs années de séances d'APP (analyse de pratique professionnelle) avec une psychologue choisie à la suite de l'organisation d'un marché public. Ceci est ancré dans les pratiques et dans les fonctionnements et permet de réfléchir de façon collective sur des situations choisies en groupe de manière à harmoniser les pratiques et les réponses apportées aux usagers. Pour les soignants, les GAP ont lieu environ une fois tous les deux mois. Pour les aides à domicile, les séances ont lieu tous les trimestres au sein des résidences autonomie.

Le SAD va continuer de proposer des séances d'APP et pourra à terme dans le cadre d'un nombre de prises en soins communes proposer des séances conjointes. Les encadrantes du SSIAD ne bénéficient plus pour le moment de séances de supervision individuelles car le marché n'a pas été pourvu. Celui-ci reste en attente. Lorsqu'il sera pourvu il sera également accessible au responsable de l'aide à domicile et permettra ainsi de réfléchir aux pratiques managériales et à la mise en place d'éléments pour améliorer celle-ci dans un souci de qualité d'accompagnement.

Des formations sont également accessibles tout au long de l'année par les équipes. Celles-ci sont dispensées par le CNFPT (Centre National de la Fonction Publique Territoriale) ou par l'association Normandie SSIAD pour la plupart. Elles sont ouvertes à tous les professionnels du domicile et sont davantage axées sur les problématiques de terrain telles que la prévention de la bientraitance, la dénutrition, les soins bucco-dentaires, l'accompagnement de la fin de vie au domicile, l'accompagnement d'une personne après un AVC, l'accompagnement des personnes avec des maladies psychiatriques à domicile etc... Elles répondent à des demandes spécifiques des établissements du domicile. Des formations plus spécifiques et payantes peuvent également être envisagées en fonction du budget alloué.

Les formations réglementaires telles que l'AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) pour les soignants et la formation SST (Sauveteur et Secouriste au Travail) pour les aides à domicile sont également suivies. En général, les personnes recrutées ne sont pas forcément à jour, il convient alors de proposer les formations nécessaires en lien avec la réglementation. Le budget prévisionnel de formation est alors construit en fonction de ces besoins.

Comme évoqué précédemment, une partie de l'équipe a par ailleurs suivi une formation spécifique en Humanité, c'est-à-dire l'accompagnement dans le soin en toute bientraitance et bienveillance. Le précédent projet de service était axé sur cette valeur de l'Humanité. Le SAD prévoit de reconduire une action de formation globale pour les équipes afin de faire perdurer ces valeurs et d'apporter les meilleurs soins possibles aux bénéficiaires. Ceci s'inscrit dans le plan de prévention de la maltraitance du service. Cette action est prévue au budget prévisionnel de 2026.

Il est à noter que les formations proposées aux agents sont aussi en lien avec leurs choix exprimés lors des entretiens professionnels qui ont lieu chaque année à l'automne. Le catalogue de formation du CNFPT est directement accessible et permet l'inscription à certaines sessions déjà programmées. Les souhaits des agents et les besoins du service sont donc pris en compte en ce sens et permettent l'élaboration annuelle d'un plan de formation.

6/ Les partenariats

L'ETSP (Equipe Territoriale de Soins Palliatifs) est le réseau d'accompagnement de soins de support et de soins palliatifs à domicile de notre territoire. Ses missions sont d'évaluer les situations, contribuer à la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, mettre en lien les intervenants du domicile, proposer un accompagnement psychologique et/ou un accompagnement social pour le patient et les proches.

Le SAD et l'ETSP sont amenés à s'interpeler mutuellement lors de situations communes qui nécessitent les expertises de chacun. Un travail en collaboration est alors mis en place après accord du médecin traitant qui conserve un rôle pivot dans la prise en charge du patient. Le partenariat entre l'ETSP et le SAD n'est pas encore formalisé.

Le SAD étant implanté au sein de la Maison des aînés, il entretient des contacts privilégiés avec les autres services présents dans la structure tels que le CLIC, le pôle veille sociale de la ville de Rouen, les résidences autonomie. Cela permet d'avoir des interpellations sur des situations entre les services, d'accéder plus facilement au programme d'animations organisées pour les aînés, d'avoir des réponses rapides pour des situations sociales dégradées notamment. Un poste axé sur les situations de grande précarité a été spécifiquement créé au CLIC, il permet notamment de connaître les relais dans le cadre de logements dégradés et permet également d'organiser des visites conjointes entre les assistantes sociales, les IDEC et / ou le / la responsable du secteur d'aide du SAD.

Dans un premier temps, le SAD doit par ailleurs formaliser des conventions avec des SAD aide notamment dans le cadre du travail des dimanches et jours fériés. En effet le décret, prévoit la possibilité pour les SAD de déléguer à des prestataires externes le travail des dimanches et jours fériés. C'est à ce jour le mode de fonctionnement du service prestataire. Cela permet au SAD d'évoluer progressivement vers une offre de prestation plus complète en faisant évoluer l'équipe et le nombre d'heures d'accompagnement au fil du temps.

Le SSIAD travaille depuis de nombreuses années avec des cabinets d'infirmiers libéraux. En 2024, 167 conventions étaient signées avec des cabinets d'infirmiers libéraux qui couvrent tout le territoire rouennais et donc tout le territoire du SAD. Ceci permet d'avoir une offre de soins conséquente et des relais en cas de besoin. Le choix du bénéficiaire prime et il peut aisément choisir entre l'accès aux infirmières salariées du SAD ou les infirmiers libéraux. Pour la partie soin, les actes libéraux sont facturés au SSIAD car ils entrent dans le financement du forfait global. Pour la partie aide, les soins sont directement facturés à la CPAM.

Le développement de la téléconsultation fait partie de nos enjeux à venir. En 2025, le SSIAD s'est engagé dans le processus de la téléconsultation en lien avec le CHU de Rouen notamment dans le cadre de suivi de plaies complexes. Le service a adhéré à Normand'e Santé, plateforme de téléconsultation. Les infirmières salariées du service y sont référencées, elles peuvent planifier les rendez-vous des patients et avoir un interlocuteur privilégié et connu au CHU.

Une convention a été signée en 2020 avec l'HAD (hospitalisation à domicile) de référence du territoire, celui de la Croix-Rouge Française. Depuis un an, un autre service d'HAD, celui des Cèdres, peut également intervenir sur le territoire rouennais. Un troisième opérateur de l'HAD est également en place sur le territoire rouennais depuis 2025. Une convention actualisée avec le SAD est à prévoir pour l'année à venir ainsi qu'une convention avec les deux autres opérateurs. Une rencontre en ce sens a eu lieu en mars 2025 entre le SSIAD et l'HAD Croix-Rouge. Des prises en charge conjointes existent entre les deux services pour faciliter l'accompagnement des bénéficiaires. Par ailleurs, l'HAD étoffe son offre de soins afin de limiter au maximum les hospitalisations et propose des chimiothérapies, des

consultations pour les plaies complexes et la possibilité de transfusion à domicile, le suivi pédiatrique à domicile et l'accompagnement en pré et post-partum.

III. PERSPECTIVES ET OBJECTIFS DE DEPLOIEMENT A 5 ANS

- 1) Développement de la démarche qualité au sein du SAD
- 2) Intervention du service sur un territoire concerné par la désertification médicale
- 3) Démarche éthique dans l'accompagnement
- 4) Fluidification de la coordination des sorties avec les services hospitaliers
- 5) Accompagnement à la vie sociale pour les personnes isolées
- 6) Prise en charge à domicile de patients souffrants de pathologies psychiatriques
- 7) Qualité de vie au travail
- 8) Formalisation et le développement des partenariats externes et internes
- 9) Prévention et lutte contre la maltraitance
- 10) Actions en lien avec les aidants
- 11) Précarisation des publics à domicile et insalubrité des logements

IV. ESA

Présentation générale de l'ESA

Rattachée au SAD, l'Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) a pour mission d'évaluer au domicile les besoins et de proposer un programme de soins d'accompagnement et de réhabilitation. En 2010, un projet d'extension a été présenté à l'ARS de Haute Normandie. Il concernait une extension du SSIAD pour 10 places spécialisées Alzheimer. Il a été autorisé à compter du 1er septembre 2010. En 2012, la zone d'intervention a été modifiée et les communes de ROUEN, MONT – SAINT-AIGNAN et SOTTEVILLE LES-ROUEN ont été attribuées à l'équipe spécialisée.

Une extension de deux places supplémentaires a ensuite été accordée en novembre 2016 pour des personnes atteintes de maladies neurodégénératives dans le cadre du plan Maladies Neuro Dégénératives.

Sur prescription médicale, 15 séances de soins d'adaptation et de réhabilitation sont réalisées au domicile de la personne accompagnée avec au minimum une séance par semaine. La file active est au maximum de 32 personnes prises en charge sur une durée moyenne de trois mois.

La suite du projet présente les spécificités de l'ESA. Tous les items ne sont pas repris dans la mesure où ils sont communs au SAD pour tout ce qui concerne l'expression des usagers, la QVT, le plan de formation, les plans de prévention, les procédures, la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

1/ Le cadre réglementaire

Les textes de références sont :

Le plan national Alzheimer 2008-2012

Le plan maladies neurodégénératives 2014-2019 (en attente d'un nouveau plan en construction)

Le cahier des charges des équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESA)

Les outils de la loi du 2 janvier 2002 de l'ESA :

- Le livret d'accueil
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Le contrat conclu entre l'usager et le service : Document Individuel de Prise en Charge
- Les personnes qualifiées
- Le conseil de la vie sociale ou autre forme d'expression de l'usager : Questionnaire de satisfaction
- Le règlement de fonctionnement
- Le projet d'établissement ou de service

2/ Les missions de l'ESA

La prise en charge à domicile vise à améliorer ou à préserver l'autonomie de la personne dans les activités de la vie quotidienne. Cette intervention a pour objectifs le maintien des capacités par l'apprentissage de stratégies de compensation, l'amélioration de la relation patient – aidant et l'adaptation de l'environnement.

Elle commence par une évaluation des capacités à accomplir les activités de la vie quotidienne, puis un ou deux objectifs sont fixés (s'habiller seul, refaire à manger, reprendre des activités de loisirs, faire ses achats...) et un programme utilisant les capacités restantes pour ré initier ces activités et retrouver du plaisir à les faire est mis en place. Ce programme comprend également un volet d'éducation thérapeutique des aidants (sensibilisation, conseil, accompagnement).

3/ L'organisation du service et la mise en place de l'accompagnement

Une prescription médicale est indispensable et la maladie doit avoir été diagnostiquée (ou être en cours de diagnostic) et annoncée au patient et à la famille proche.

Le déroulement de la prise en charge au domicile comprend :

- La présentation du dispositif, du service et de ses missions,
- L'expression et l'explication des besoins de la personne malade et la réalisation d'un premier bilan effectué par l'ergothérapeute,
- La proposition par l'ergothérapeute d'un plan de soins individuels comprenant deux ou trois objectifs et des activités spécifiques adaptées à chaque séance,
- La mise en œuvre des séances de réhabilitation et des activités par le personnel soignant,

- Une recherche de relais et de financements par l'équipe (en prévision de la fin de prise en charge) en lien par exemple avec l'APA, les accueils de jour, les plateformes de répit, les associations de patients,
- Un bilan intermédiaire peut être réalisé en fonction des consultations de suivi du patient et de l'atteinte partielle des objectifs,
- La réalisation d'un bilan final communiqué au médecin spécialisé (gériatre, neurologue) et au médecin traitant.

Parallèlement, le médecin prescripteur, le spécialiste et le médecin traitant sont informés de la mise en place de l'accompagnement et des objectifs définis avec le patient.

Les séances peuvent comporter :

- Des activités thérapeutiques liées à la mobilité, la communication, l'apprentissage ou réapprentissage de gestes adaptés, des activités ludiques, des activités d'expression orale ou écrite ...
- Des activités de réhabilitation sociale autour de la vie quotidienne (courses, préparation d'un repas, activités culturelles, rencontres...),
- Un temps de conseil auprès des aidants (explication des attitudes à privilégier, des activités pouvant aider, proposition de structures de répit...),
- Accompagnement de l'aidant (suivi psychologique, groupe des aidants, associations de patients),
- Des conseils et propositions de solutions pratiques pour le quotidien.

Une à deux séances sont organisées par semaine pour chaque patient d'une durée de 45 minutes à 1 heure pour une durée de prise en charge totale d'environ 3 mois. C'est toujours la même intervenante ASG qui suit le patient afin d'instaurer plus facilement le climat de confiance et de permettre le suivi. Dans le cadre d'accompagnements plus spécifiques (malades jeunes avec troubles praxiques par exemple), l'accompagnement peut être réalisé par l'ergothérapeute qui peut faire des préconisations en lien avec des troubles moteurs.

Un dossier de liaison est laissé au domicile : liaison avec l'entourage (famille, intervenants) et les prochains rendez-vous avec l'ASG y sont notés. Une photo de l'intervenante est systématiquement mise en place au domicile sur ce même document.

Un renouvellement de prise en charge est possible sur prescription médicale au bout d'un an, à condition que la personne soit toujours à un stade léger à modéré de la maladie.

Lors des séances, en fonction des besoins, l'ASG peut proposer le prêt et l'essai de matériel avant achat (tablette horloge, planche de bain, plots de réhaussement, etc...)

Pour faciliter l'accès au droit commun notamment dans les déplacements, les démarches pour accéder à Handistuce (transport pour personne à mobilité réduite) sont accompagnées. Il en est de même pour les démarches APA (première demande ou révision) qui peuvent permettre le financement de l'accueil de jour, l'intervention d'une auxiliaire de vie spécialisée, du matériel d'aide technique, etc...

4/ Le public accueilli

En 2024, les demandes provenaient à 66 % d'un médecin (de consultation mémoire essentiellement), à 21 % d'un intervenant extérieur (assistante sociale Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) / Equipe Mobile de Gériatrie à Domicile (EMGD) – assistante sociale, Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) – Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), et 13 % des demandes provenaient de la famille ou de l'entourage.

22 % des prescripteurs étaient des médecins généralistes mais ceux-ci n'étaient qu'exceptionnellement à l'origine de la demande, 42 % des prescripteurs étaient des gériatres (exerçant en consultation mémoire, en établissement hospitalier ou en clinique) et 36 % des neurologues.

Les médecins des consultations mémoire étaient prescripteurs pour 61 %.

Pour les 72 accompagnements de 2024 :

- 71 % concernaient des Rouennais, et, parmi ces 71 %, 60 % sont des femmes
- 19 % des habitants de Mont-Saint-Aignan, et, parmi ces 19 %, 64 % de femmes
- 10 % sont des habitants de Sotteville Les Rouen, dont 57 % d'hommes.

La moyenne d'âge était de 82 ans pour les femmes et 81 ans pour les hommes. La plus jeune avait 61 ans et le plus âgé 95 ans. Ces chiffres étaient sensiblement identiques lors des 2 années précédentes.

41 % des personnes vivaient en couple, 38 % vivaient seules (dont 81 % de femmes) et 21 % vivaient soit en résidence autonomie soit en famille (avec plusieurs générations confondues).

Les circonstances principales de prise en charge avaient pour but la lutte contre l'isolement social (21 %), l'accompagnement de l'aidant (23 %), la stimulation cognitive (21 %), le maintien des activités de la vie quotidienne (32 %) et l'aménagement de l'environnement ou autre (3 %). Ces circonstances sont semblables aux années passées car elles correspondent aux critères d'inclusion. Cependant nous notons une majoration d'accompagnement dans le maintien des activités de la vie quotidienne (32 % cette année contre 25 % l'année passée).

64 % étaient diagnostiqués atteints de la maladie d'Alzheimer (contre 53 % en 2023), 22 % étaient atteints de démences vasculaires (contre 26 % en 2023), 5 % de la maladie de Parkinson ou apparentée et 1 % de troubles psychiatriques. 8 % des demandeurs avaient consulté et étaient en attente de leur diagnostic.

5/ Les professionnels du service

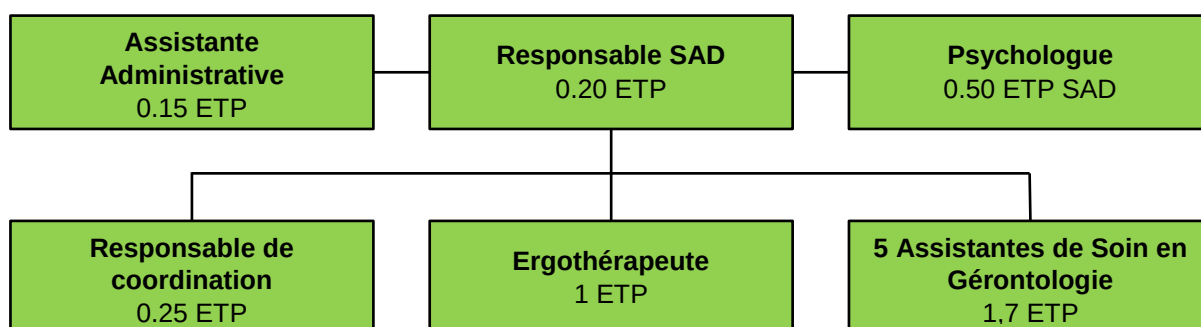
L'équipe est composée :

- D'une responsable de SAD à 0.20 équivalent temps plein (ETP)
- d'une responsable de coordination à 0.25 ETP
- d'une ergothérapeute à temps plein
- de 5 Assistantes de Soins en Gériatrie (ASG) pour un total de 1.7 ETP

- d'une assistante administrative à 0.15 ETP

Soit un total de 3.3 ETP pour l'ESA. Avec la création du SAD, les temps dédiés de la responsable de service ainsi que celui de l'assistante administrative sont diminués au profit de la responsable de coordination.

Par ailleurs, une psychologue dédiée au SAD à 0.5 ETP peut intervenir au domicile des personnes accompagnées pour proposer des séances de suivi psychologique et la mise en place de relais. Elle peut également intervenir auprès des aidants.



6/ Les valeurs

Les valeurs du service reprennent celles partagées par le SAD et le CCAS de manière plus large, évoquées dans les premières pages de ce projet. Ces valeurs sont la coopération, la justice sociale, le respect et la bientraitance. Les agents partagent également des valeurs de fonctionnement telles que le sens du service public ; ils sont garants des valeurs portées, ils sont garants de la bonne exécution des tâches et des missions qui leur sont confiées, ils ont le souci constant du devoir et du respect de la confidentialité, ils adoptent une attitude neutre, tolérante, d'entraide et de soutien auprès de leurs collègues, ils partagent le souci de travailler en transversalité pour favoriser la cohérence et la continuité des interventions au bénéfice des usagers et ils ont le devoir de rendre compte et de communiquer dans le cadre des instances délibérantes via la présentation de rapports d'informations, de délibérations et rapports d'activité, en Conseil d'Administration pour le CCAS et en Conseil Municipal pour la Ville.

7/ Les moyens financiers

L'ESA est sous tutelle de l'ARS qui définit son budget en fonction d'un forfait annuel. En 2024, le budget était de 210 596 €. Avec la création du SAD, le fonctionnement de celui-ci ne change pas.

8/ Les partenariats

L'ESA du CCAS de Rouen travaille en partenariat avec plusieurs structures afin de proposer notamment des relais aux personnes accompagnées pour répondre aux objectifs mais aussi pour faire perdurer les éléments mis en place lors de l'accompagnement. Ce réseau permet aussi d'apporter des éléments de réponses aux aidants et du relais.

En 2023, l'ESA a formalisé une convention avec deux accueils de jour : celui de St Joseph et de Tiers-Temps.

Par ailleurs, l'ergothérapeute du service pilote le réseau inter ESA de Normandie et anime ce réseau. Celui-ci est divisé en deux branches – l'un en Seine-Maritime et dans l'Eure, l'autre couvre tout le territoire normand. Une réunion entre ASG de la Seine-Maritime et de l'Eure est organisée chaque année.

L'ergothérapeute participe également de manière active au groupe des aidants, accompagnée par le CLIC de la Maison Des Aînés. Celui-ci propose 10 rencontres annuelles sur des thématiques spécifiques qui permettent aux proches de personne avec Alzheimer ou maladies apparentées de mieux accompagner la personne malade et d'échanger avec d'autres proches aidants. 4 séances de bien-être sont également proposées chaque été.

Chaque année, des membres de l'équipe de l'ESA participent également à une réunion inter ergo (pour l'ergothérapeute) organisée par le département, aux « entretiens Alzheimer » mais aussi à la réunion CMRR, Réunion annuelle des Centre Mémoire Ressources Recherches qui permet de se tenir informé de l'évolution des différentes pratiques en lien avec les maladies neuro évolutives. Tout cela permet d'alimenter le réseau d'accompagnement, d'échanger avec d'autres professionnels du secteur et de mettre à jour les connaissances sur les maladies des personnes accompagnées.

Enfin, tout comme pour le SSIAD, l'ESA entretient des contacts privilégiés avec les services du CLIC de la Maison des Aînés, le service veille sociale et lutte contre l'isolement, l'association Rouen Seniors et les résidences autonomie gérées par le CCAS ; tous ces services étant hébergés à la Maison des Aînés. Les échanges en sont facilités, l'interconnaissance également. L'équipe de l'ESA peut donc facilement proposer le programme des animations et les événements organisés par ces services à destination des personnes âgées aux personnes accompagnées.

D'autres partenaires fréquemment sollicités vont donner lieu à des conventions avec l'ESA du SAD. Ils ont été identifiés :

- Les accueils de jour: Les Iliades, Résidence des sapins, La filandière, Michel Grandpierre, Bois-Petit, Jardins de Matisse, les aubépins, Les terrasses
- Les plateformes de répit : La Bulle, L'Oasis
- L'association France Alzheimer
- Le réseau Normandie SEP
- L'association France Parkinson
- Les CLIC Sud et CLIC du plateau Nord
- Le DAC
- Le CRT (Centre de Ressource Territorial)

Les relais de prise en charge 2024 mis en œuvre :

Parmi les 54 accompagnements terminés en 2024, 34 ont eu un relai principal et 20 n'en ont pas eu du fait d'un refus de l'intéressé, de l'entourage ou un changement de projet de vie (orientation en EHPAD ou déménagement par exemple).

RELAIS	NOMBRES
Accueil de jour	14
Animation en résidence autonomie / ville	3
Auxiliaire de vie	7
CLIC	2
Orthophoniste	1
Kinésithérapeute	2
Plateforme de répit	1
Famille / Formation des aidants	4
Sous total	34
SANS RELAIS	NOMBRES
Refus de relai	8
Fin de prise en charge à l'initiative du service	1
Demande d'arrêt à la demande du patient	5
Demande d'arrêt à la demande de la famille	1
Décès	1
Déménagement	1
Entrée en EHPAD	3
Sous total	20

Des relais secondaires ont également été mis en œuvre pour les personnes avec notamment une révision du plan d'aide APA, de la kinésithérapie, des soins infirmiers (délivrance et observance du traitement), une mise en relation avec l'association France Alzheimer, la participation à des groupes de soutiens aux aidants, la mise en place du SSIAD.

9/ Les problématiques, les besoins spécifiques en ESA

- 1) Prévenir les erreurs d'orientation de patients en ESA
- 2) Prévenir les ruptures de parcours
- 3) Garantir la bonne compréhension de ses droits par le bénéficiaire de l'ESA
- 4) Faciliter les relais pour les patients ESA
- 5) Proposer des relais et un soutien à l'aidant
- 6) Développer la formalisation des partenariats externes et internes

Fiche action n° 1 : Développement de la démarche qualité au sein du SAD**OBJECTIF GENERAL : S'inscrire dans une démarche qualité**

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Améliorer la lisibilité des outils de la loi de 2002 pour les usagers	Début 2026 : MAJ des outils (renouvellement au besoin) 2027 : Déclinaison des outils en version FALC
Encourager la participation des usagers	Annuel : Questionnaire de satisfaction et restitution Fin 2025 : Mise en place d'une procédure « plaintes et réclamations » 2028 : Mise en place d'une instance consultative d'expression des usagers 2027/2030 : Co construction de journées thématiques au niveau SDA
Sensibilisation des agents à la démarche et mise en place de groupes de travail thématiques	Annuel : Rappel en réunions de services GT : se référer autres fiches actions thématiques Annuel : plan de formation
Poursuite de la formalisation de la démarche qualité	Annuel

MOYENS A MOBILISER :**Moyens humains** : Agents du SDA**Moyens opérationnels** : PACQ, Formations, Sensibilisations, Réunions de service, GT**Outils d'évaluation et de communication** : Questionnaires de satisfaction, Plaintes et réclamations, EI, Outils de repérage de la maltraitance

Référents : Responsable SAD

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre d'EI
- Nombre de plaintes et réclamations
- Nombre de formations réalisées

Indicateurs qualitatifs :

- Bilan des questionnaires de satisfaction
- Retour des agents sur les formations suivies

Fiche action n° 2 : Intervention du service sur un territoire concerne par la désertification médicale

OBJECTIF GENERAL : Trouver des leviers pour accompagner les bénéficiaires dans leur parcours de soin sur le territoire d'intervention

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Recenser les médecins qui acceptent de nouveaux patients et les visites à domicile notamment via le développement de partenariats	Objectif de l'ancien projet de service renouvelé 2026 : Rencontre avec la CPTS Fin 2026 : Recensement des dispositifs existants dans l'aide à la recherche de médecin traitant
Accompagnement à la mise en place de la téléconsultation	2025 : Adhésion au programme Normand'e Santé 2025 : Mise en place de téléconsultation 2026 : Sensibilisation des équipes à l'accessibilité à la téléconsultation 2026 : MAJ du livret d'accueil

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : Responsable du SAD, Responsable de coordination, Membres du GT de MAJ du livret d'accueil, IDE,

Moyens opérationnels : Réunions de service, outils de téléconsultations, outils MAJ

Outils d'évaluation et de communication : Recensement des dispositifs, Fichier médecin, CR des rencontres partenariales

Référents : Responsable SAD

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de téléconsultations réalisées
- Nombre d'aboutissement de la démarche

Indicateurs qualitatifs :

Fiche action n° 3 : Démarche éthique dans l'accompagnement

OBJECTIF GENERAL : Inscrire l'éthique dans les pratiques professionnelles et les accompagnements

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Mise en place d'un GT sur l'éthique	2025 : lancement du GT 2025 : Déclinaison du GT en réunions opérationnelles thématiques Annuel : Bilan des rencontres 2026 : Invitation des nouveaux agents « aide » à rejoindre le groupe de travail
Mise en place de sensibilisations au fil des thématiques soulevées par le GT	Annuel : Sensibilisations réalisées par différents acteurs

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : Responsable du SAD, Responsable de coordination, Ergothérapeute, Psychologue, Partenaires, Agents SAD

Moyens opérationnels : Groupe de travail, Sensibilisations, Réunions de service, Réunions d'équipes

Outils d'évaluation et de communication : CR des différentes rencontres, ODJ des réunions

Référents : Responsable SAD - Psychologue - Ergothérapeute - Responsable de coordination

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de réunions opérationnelles
- Nombre de thématiques abordées
- Nombre d'EI réalisés par les agents en lien avec une thématique éthique

Indicateurs qualitatifs :

- Taux de participation des agents au GT / réunions opérationnelles thématiques

Fiche action n° 4 : Fluidification de la coordination des sorties avec les services hospitaliers

OBJECTIF GENERAL : Améliorer le parcours patient en cas d'orientation par les services hospitaliers

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Formaliser une procédure d'orientation avec les services hospitaliers pour prévenir les ruptures de soins en lien avec les autres SAD du territoire	Fin 2026 : Rencontre avec les services hospitaliers Fin 2027 : Elaboration d'une procédure 2028 : Lancement de la procédure 2029 : Evaluation de la procédure

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : Responsable SAD, Responsable de la coordination, Référente aide, IDECS, SDA, Ergothérapeute

Moyens opérationnels : Rencontres partenariales, Réunions internes

Outils d'évaluation et de communication : Procédure, bilan des rencontres partenariales

Référents : Responsable SAD

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de refus de prise en charge lié au délai imparti
- Nombre de réorientation vers un autre SAD

Indicateurs qualitatifs :

- Satisfaction du bénéficiaire de son parcours
- Délai moyen de prise en charge par le service

Fiche action n° 5 : Accompagnement à la vie sociale pour les personnes isolées

OBJECTIF GENERAL : Contribuer à re-créeer du lien social pour les personnes isolées accompagnées

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Développer le travail en réseau avec le PVSLI	2026 : Mise en place de temps d'échange Fin 2026 : Création d'un outil de suivi des PA identifiés comme étant isolés Annuel : Bilan des actions mises en place suite au repérage des PA
Maintenir le travail en réseau avec le CLIC	2026 : Mise en place de temps d'échange Fin 2026 : Création d'un outil de suivi des PA identifiés comme étant isolés Annuel : Bilan des actions mises en place suite au repérage des PA
Participer au repérage des PA isolées	Annuel : Plan de formation Annuel : Intervention d'un membre du PVSLI lors d'une réunion d'équipe SAD
Développer le travail en réseau extérieur aux services du SDA	2026 : Identifier les partenaires potentiels 2026 : Pour l'ESA renouvellement des conventions partenariales existantes sur les accueils de jour Fin 2026 : Communiquer auprès des partenaires

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : Responsables SAD, Responsable de coordination, encadrant aide, Responsables de service SDA, Ergothérapeute ESA, Psychologue, Aides à domicile

Moyens opérationnels : Interventions des aides à domicile, Réunions d'équipes, Rencontres partenariales

Outils d'évaluation et de communication : CR des temps d'échanges, Bilans d'intervention des aides à domicile, CR des rencontres partenariales

Référents : Encadrant aide, Responsable de coordination, Ergothérapeute ESA, Psychologue

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de suivis mis en place suite à repérage
- Nombre de signalements réalisés par les aides à domicile
- Nombre de signalements partenaires
- Nombre de formations réalisées par les agents sur cette thématique

Indicateurs qualitatifs :

- Retour des PA accompagnés sur les manifestations/actions auxquels ils ont participé
- Retour des agents sur les formations suivies en lien avec la thématique de l'isolement social des PA

Fiche action n° 6 : Prise en charge à domicile de patients souffrant de pathologies psychiatriques **OBJECTIF GENERAL :** Poursuivre et développer les partenariats engagés avec le secteur de la psychiatrie afin d'améliorer l'orientation et la prise en charge des personnes âgées de plus en plus confrontées à des problématiques de santé mentale.

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Poursuivre et développer les actions menées en partenariat avec les professionnels intervenant dans le secteur de la psychiatrie.	2026 : Participation à la journée de sensibilisation aux problématiques de la psychiatrie organisée par le Centre Hospitalier du Rouvray 2026 : Identifier et rencontrer les acteurs de la psychiatrie 2027 : Co- Organiser une action collective en partenariat avec les professionnels de la psychiatrie (CMP, service de géro-psycho-geriatrie).
Envisager un conventionnement entre le Service des Aînés et le service de géro-psycho-geriatrie du CHR.	2026-2027 : proposition de rencontre puis de formalisation.
Etablir un plan de formation à destination des agents sur ces thématiques	Début 2026 : Recenser les formations existantes Annuel : Proposer les formations lors des entretiens professionnels

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : SDA, CHSR, Responsable du SAD

Moyens opérationnels : Rencontres partenariales, Formations, GT, Actions collectives

Outils d'évaluation et de communication : CR des GT, CR des rencontres partenariales,

Référents : Responsable SAD - Responsable de coordination - IDEC - Psychologue

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de conventions
- Nombre de formations suivies par les agents
- Nombre de participants aux actions collectives

Indicateurs qualitatifs :

- Questionnaire de satisfaction des actions collectives
- Retours des agents lors des entretiens professionnels
- Retours des agents suite aux formations

Fiche action n° 7 : Qualité de vie au travail

OBJECTIF GENERAL : Maintenir un climat social serein

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Accompagnement au changement dans le contexte de création du SAD	Début 2025 : Propositions d'immersions à destination des nouveaux agents Octobre 2025 : Formation de la Responsable 2025 : Lancement d'une nouvelle dynamique dans le cadre des réunions de service
Mise à disposition aux agents d'outils adaptés	Décembre 2025 : Mise à disposition de nouveaux téléphones portables 2026 : Acquisition d'un nouveau véhicule de service
Temps de convivialité biannuel	Annuel : renouvelé tous les ans, 2X par an
Planification des congés	Annuel : renouvelé tous les ans
Temps de réflexion commun (APP)	Annuel : Plusieurs séances par an budgétées
Accompagnement dans la montée en compétences	Annuel : Plan de formation établi suite aux EP
Mise à jour du DUERP	Annuel : MAJ

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : Responsable SAD, Responsable de coordination, Service QVT, Assistante de prévention, Agents

Moyens opérationnels : Temps d'équipes, Formations, APP, EP

Outils d'évaluation et de communication : Suivi du plan de formation

Référents : Responsable SAD - Responsable de coordination - Responsable secteur aide

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :**Indicateurs quantitatifs :**

- Nombre de participants aux APP
- Nombre d'inscription aux formations
- Nombre de sollicitations de l'assistante de prévention
- Nombre de participants aux temps conviviaux
- Nombre d'AT

Indicateurs qualitatifs :

- Résultats des enquêtes QVT organisées par la DSCS
- Bilan de l'EP

Fiche action n°8 : Formalisation et le développement des partenariats externes et internes

OBJECTIF GENERAL : Travailler en réseau

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Renforcer les conventionnements actuels pour les appliquer au nouveau SAD	2025/2026 : communiquer sur le fonctionnement du nouveau SAD 2025/2026 : MAJ des conventions existantes entre le SSIAD, l'ESA et les partenaires
Renforcer les liens entre les différents services du SDA et communiquer sur le SAD	Mensuel : Réunion des responsables de service Annuel : Groupes de travail thématique
Développement de nouveaux conventionnements pour le nouveau SAD	Début 2026 : recensement des partenariats à envisager Fin 2026 : Rencontre des nouveaux potentiels partenaires

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : Responsable SAD, Responsable de la coordination, Référente aide, IDECS, Ergothérapeute, Psychologue

Moyens opérationnels : Rencontres partenariales, Réunions internes, Groupes de travail thématiques

Outils d'évaluation et de communication : Conventions, CR des GT et des réunions

Référents : Responsable SAD, Responsable de coordination, Ergothérapeute

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de conventions signées annuellement
- Nombre de rencontres partenaires
- Nombre d'orientations par les partenaires

Indicateurs qualitatifs :

- Satisfaction du bénéficiaire quant à son parcours
- Identification des partenaires par les équipes

Fiche action n° 9 : Prévention et lutte contre la maltraitance

OBJECTIF GENERAL : Adopter une procédure de prévention et de lutte contre la maltraitance au sein du SAD.

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Elaborer une procédure de « <i>détection, signalement, traitement</i> » de la maltraitance	Fin 2025 : lancement de la procédure
Elaborer une grille de détection des situations de maltraitance	31/07 : 1 ^{er} travail mené sur grilles existantes Fin 2025 : Clôture du travail d'élaboration de la grille
Formation et sensibilisation des agents	18/09/2025 pour le SSIAD : Intervention d'Alma 76 2025 : Reprise des formations sur la bientraitance avec Normandie SSIAD (participation de 2 agents) Annuel : Plans de formation des services
Formation et sensibilisation des usagers	2025/2026 : MAJ des outils de la loi de 2002 et effort de communication dessus aux usagers dans une optique de meilleure lisibilité

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : Membres du groupe de travail, référent maltraitance dans chaque service, associations locales

Moyens opérationnels : Groupe de travail, Sensibilisations, Formations, Forums

Outils d'évaluation et de communication : CR des GT, travail de MAJ des outils de la loi de 2002 par chaque service, instances de représentation des usagers

Référents : Responsable du SAD, Responsable de coordination, IDEC, Encadrante du secteur d'aides à domicile

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre d'EI maltraitance recensé
- Nombre de signalements réalisés par les services
- Nombre d'inscriptions à des formations en lien avec la thématique par service

Indicateurs qualitatifs :

- Retours des équipes sur les outils mis en place
- Retours des équipes sur les formations suivies

Fiche action n° 10 : Actions en lien avec les aidants

OBJECTIF GENERAL : Le développement des relais pour les aidants et la prévention de l'épuisement

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Poursuite d'un espace de parole et d'échanges d'informations à destination des aidants	Depuis 2019 : groupe à destination des aidants en lien avec le CLIC Depuis janvier 2024 : partenariat avec le foyer St Joseph permettant l'accueil de l'aidé en ADJ Janvier 2026 : Lancement d'un nouveau groupe à destination des aidants ayant participé à tout le contenu du groupe de l'année précédente
Développement d'un accompagnement psychologique à destination des aidants	Depuis janvier 2024 : Recrutement d'une psychologue au sein du service
Développement des partenariats avec différentes structures	En cours depuis 2021 à poursuivre : Conventionnement avec des accueils de jour, des plateformes de répits, Associations de patients
Organisation de temps de rencontre pour les aidés et aidants avec l'équipe ESA	2019-2023 : sortie annuelle Depuis 2023 : sorties biannuelles
Participation aux manifestations organisées par les autres services du SDA et partenaires	<i>Conf notamment FA bientraitance et maltraitance</i>

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : Membres du SAD, Psychologue, Ergothérapeute, Services du SDA, Partenaires

Moyens opérationnels : Réunions d'équipes, Réunions interservices, Réunions partenariales, Temps de rencontre aidés/aidants, Groupe des aidants

Outils d'évaluation et de communication : CR temps d'échange, bilans des rencontres, Questionnaires de satisfaction du groupe des aidants, nombre de conventions

Référents : Responsable SAD

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de participants au groupe des aidants
- Nombre de participants aux temps de rencontre
- Nombre de conventions passées
- Nombre d'aidants suivis par la psychologue

Indicateurs qualitatifs :

- Retour des questionnaires de satisfaction
- Retour des usagers sur les temps de rencontre

Fiche action n° 11 : Précarisation des publics à domicile et insalubrité des logements

OBJECTIF GENERAL : Trouver des leviers pour faire face à une situation dégradée

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Etablir une procédure à destination des agents	Fin 2025 : Rapprochement des services QVT et Hygiène et salubrité Ville au sujet d'une éventuellement procédure déjà existante Fin 2025 : Elaboration d'une procédure commune pour le SDA 2026 : Lancement de la procédure au sein des différents services
Formaliser des partenariats avec les acteurs qualifiés	Début 2026 : Identifier les acteurs sur le territoire Fin 2026 : Conventionnement avec les partenaires
Etablir un plan de formation à destination des agents sur ces thématiques	Début 2026 : Recenser les formations existantes Annuel : Proposer les formations lors des entretiens professionnels

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : SDA, Services Ville, Services CCAS

Moyens opérationnels : GT, Formations, Rencontres partenariales

Outils d'évaluation et de communication : CR des GT, Procédures, CR des rencontres partenariales

Référents : Responsable SAD

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombres de situations recensées
- Nombres d'EI en lien avec cette thématique

Indicateurs qualitatifs :

- Retours des agents
- Enquêtes sur le bien-être au travail

Fiche action n° 1 : Prévenir les erreurs d'orientation de patients en ESA**OBJECTIF GENERAL :** Prévenir les défauts d'adressage

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Informers les médecins généralistes et spécialistes des critères d'indication ou de non indication de l'ESA.	Annuel : Communiquer auprès des médecins des modalités d'accompagnement en ESA en partageant avec eux les critères d'inclusion. 2026 : Mettre à jour le formulaire internet permettant de réaliser des demandes d'ESA
Partager les modalités d'accompagnement de l'ESA avec les partenaires.	Annuel : Participer activement aux réunions de partenaires permettant d'informer les différents professionnels (travailleurs sociaux, résidences autonomes ...) des critères d'inclusion de l'ESA et des délais d'attente.

MOYENS A MOBILISER :**Moyens humains** : Agents de l'ESA, partenaires, médecins spécialistes et généralistes.**Moyens opérationnels** : Réunions, mails, rencontres partenariales**Outils d'évaluation et de communication** : Bilans des rencontres**Référents** : Responsable SAD, Responsable coordination, Ergothérapeute, Psychologue

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de demandes annuelles hors critères

Indicateurs qualitatifs :

- Satisfaction de la personne accompagnée

Fiche action n° 2 : Prévenir les ruptures de parcours

OBJECTIF GENERAL : Garantir l'accès à l'ESA aux personnes isolées

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Prévenir les défauts de prise en charge du fait du mode adressage de certains partenaires	Fin 2025 : Recensement de tous les services prescripteurs pour automatiser la demande d'ESA par les services. En 2026 : Echange en Normandie ESA pour échanger avec les prescripteurs. En 2027 : formalisation d'une procédure
Travailler en collaboration avec les CLIC et l'EMGD afin d'identifier les patients n'ayant pas pris contact avec l'ESA ou sortant des parcours de soin.	2026 : Réunir les partenaires afin de créer un protocole d'identification des patients ayant des trouble cognitifs isolés.

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : Agents de l'ESA, médecins, partenaires CLIC, EMGD.

Moyens opérationnels : Réunions, mails, rencontres partenariales

Outils d'évaluation et de communication : Mails, réunion physiques, bilan des réunions partenariales, mise en place d'une procédure

Référents : Responsable SAD, Responsable coordination, Ergothérapeute, Psychologue

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Evolution du nombre de patients présentés par le CLIC / EMGD.
- Nombre de personnes isolées accompagnées par an

Indicateurs qualitatifs :

- Satisfaction du bénéficiaire
- Délai de prise en soins en ESA

Projet de service SAD 2026 - 2031

Fiche action n° 3 : Garantir la bonne compréhension de ses droits par le bénéficiaire de l'ESA

OBJECTIF GENERAL : Adapter les documents de l'ESA au public accompagné

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Simplifier les outils de la loi 2002	2026 : L'ergothérapeute se formera au FALC (Facile A Lire et à Comprendre) 2026 : Lister les documents obligatoires à simplifier. Mi 2026 : Simplifier les documents et consulter les patients. Fin 2026 : Valider les documents simplifiés en CA 2027 : Distribution des documents simplifiés aux patients.
Adapter les documents aux personnes avec des troubles visuels	2026 : Conversion des documents en police adaptée. Mise à disposition des supports adaptés à la demande. 2027 : Proposer une version mp3 avec la lecture à voix haute des différents documents si nécessaire.

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : Agents de l'ESA, service communication de la ville.

Moyens opérationnels : Formation FALC, prévisualisation des supports, groupe de travail.

Outils d'évaluation et de communication : Support de communication papier et audio

Référents : Responsable SAD, Responsable coordination, Ergothérapeute, Psychologue

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de documents FALC distribués.
- Nombre de documents ayant une police adapté distribués
- Nombre de lectures audio.
- Nombre de questionnaires de satisfaction complétés

Indicateurs qualitatifs :

- Retour des patients sur les documents

Projet de service SAD 2026 - 2031

Fiche action n° 4 : Faciliter les relais pour les patients ESA

OBJECTIF GENERAL : Réduire les délais d'attentes des relais

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Fluidifier les demandes d'aides financières (APA / CARSAT)	Annuel : Réaliser le GIR du patient afin d'orienter vers le dispositif adéquat (CARSAT/APA) Annuel : Obtenir le territoire d'intervention des TS APA/CARSAT. Annuel : Informer les travailleurs sociaux des patients ayant une demande ou révision de plan d'aide en cours.
Renouveler/Créer des partenariats avec les différentes structures de répit : Accueils de Jour, Plateformes de répit, Associations de patients.	2026 : Convention de partenariat à renouveler avec 2 accueils de jour 2026 : Rencontrer les accueils de jour et plateformes de répit du territoire et les associations de patients pour convenir d'un partenariat.

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : Agents de l'ESA, Travailleurs sociaux du département/Carsat, plateformes de répit, accueils de jour, associations de patients.

Moyens opérationnels : Réunions, convention de partenariat.

Outils d'évaluation et de communication : Bilan des réunions partenariales

Référents : Responsable SAD, Responsable coordination, Ergothérapeute, Psychologue

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de convention
- Fluidification de la file active.
- Taux d'occupation annuel

Indicateurs qualitatifs :

- Satisfaction des patients
- Echanges avec les structures de relais

Projet de service SAD 2026 - 2031

Fiche action n° 5 : Proposer des relais et un soutien à l'aidant

OBJECTIF GENERAL : Permettre à l'aidant un temps de répit et d'écoute

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Offrir un temps d'écoute dédié à l'aidant qui s'inscrit dans la durée	Annuel : Proposition d'un soutien psychologique à domicile par la psychologue de l'ESA avec proposition de relais si accepté par les personnes accompagnées. 2026 : Conventionner avec des associations proposant un accompagnement de l'aidant. 2026 : Actualiser une liste de psychologues en libéral proposant du soutien à l'aidant.
Proposer un temps de répit à l'aidant	2026 : Convention de partenariat à renouveler avec 2 accueils de jour 2026 : Rencontrer les accueils de jour et plateformes de répit du territoire et les associations de patients pour convenir d'un partenariat.
Participation au groupe des aidants en proposant une solution pour l'aidé	Depuis 2019 : Groupe des aidants animés par le CLIC et l'ESA Depuis 2024 : Partenariat avec l'EHPAD St Joseph permettant l'accueil des aidés au sein de l'Accueil De Jour
Permettre à l'aidant de rencontrer ses pairs par le biais de temps conviviaux	Depuis 2019 : une sortie annuelle (décembre) entre aidés et aidants avec les membres de l'équipe. Depuis 2023 : deux sorties annuelles (juin et décembre), entre aidés et aidants avec les membres de l'équipe.

MOYENS A MOBILISER :

Moyens humains : Agents de l'ESA, CLIC, Accueils de Jour, Plateforme de répit, associations

Moyens opérationnels : Intervention individuelle, convention de partenariat, groupe des aidants, sorties annuelles

Outils d'évaluation et de communication : CR du groupe des aidants

Référents : Responsable SAD, Responsable coordination, Ergothérapeute, Psychologue

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :**Indicateurs quantitatifs :**

- Nombre de suivis psychologiques avec l'ESA.
- Nombre de relais de suivis psychologiques.
- Nombre d'aidants de l'ESA participant au groupe des aidants.
- Nombre de participants aux sorties ESA.

Indicateurs qualitatifs :

- Questionnaires de satisfaction (aidants et aidés)

Projet de service SAD 2026 - 2031

Fiche action n° 6 : Développer la formalisation des partenariats externes et internes

OBJECTIF GENERAL : Travailler en réseau

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Etapes de réalisation
Renforcer les liens entre les différents services du SDA et communiquer sur le SAD	Mensuel : Réunion des responsables de service Annuel : Groupes de travail thématiques
Renforcer les conventionnements actuels pour les appliquer au nouveau SAD	2026 : Convention de partenariat à renouveler avec 2 accueils de jour
Développement de nouveaux conventionnements pour le nouveau SAD	2026 : Rencontrer les accueils de jour et plateformes de répit du territoire et les associations de patients pour convenir d'un partenariat. Début 2026 : recensement des partenariats à envisager Fin 2026 : Rencontre de futurs potentiels partenaires

Moyens humains : Responsable SAD, Responsable de la coordination, Référente aide, IDECS, Ergothérapeute, Psychologue

Moyens opérationnels : Rencontres partenariales, Réunions internes, Groupes de travail thématiques

Outils d'évaluation et de communication : Conventions, CR des GT et des réunions

Référents : Responsable SAD, Responsable coordination, Ergothérapeute, Psychologue

SUIVI / EVALUATION (Annuel) :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de conventions signées annuellement
- Nombre de rencontres partenaires
- Nombre d'orientations par les partenaires

Indicateurs qualitatifs :

- Satisfaction du bénéficiaire quant à son parcours
- Identification des partenaires par les équipes