



CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 29 SEPTEMBRE 2026

Délibération N°DEL54/2026

Projet de service du service autonomie Aide & Soins 2026-20231 et son plan d'action

8222

Rapporteur : Caroline SIMOES

Nombre de membres en exercice	17
Nombre de présents	12
Nombre de pouvoirs	2
Nombre de votants	14

L'an deux mille vingt-six, le vingt-neuf septembre à 18h10, les membres du Conseil d'Administration du Centre Communal d'Action Sociale, dûment convoqués le 23 septembre 2026, se sont réunis Salle du pôle social à Dreux, sous la présidence de Caroline SIMOES.

Etaient présents :

Caroline SIMOES, Mounir CHAKKAR, Sabine FRETEY, Philippe RIVE, Hakan YILDIZ, Françoise BONNEVALLE, Agnès BRUNET, Micheline ESCOURIDO, Annick LE PIVERT, Nadine LEHOUX, Martine SYLENE, Nadine TOUTAIN.

Etaient excusés :

Abdel-Kader GUERZA (donne pouvoir à Caroline SIMOES), Halima TAÏBI, Esra ATSAK, Yasemin ALBAYRAK, Marie-Lucie DELAGE (donne pouvoir à Annick LE PIVERT).

Le quorum étant atteint, le Conseil d'administration peut valablement délibérer.

Secrétaire de séance : Cécile CABRITA, Directrice du CCAS.

La réforme nationale des services à domicile, issue du décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023, prévoit le rapprochement des activités d'aide et de soins afin de proposer aux personnes accompagnées une prise en charge plus lisible, coordonnée et intégrée.

Dans ce cadre, le CCAS de Dreux, jusqu'alors gestionnaire d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), a engagé leur rapprochement au sein d'une entité unique : le Service Autonomie à Domicile Aide et Soins (SAD mixte). Cette évolution vise à renforcer la coordination entre les professionnels de l'aide et du soin et à proposer une réponse globale et personnalisée aux besoins des personnes accompagnées.

La constitution de ce service unique s'est également accompagnée d'une harmonisation des territoires d'intervention des deux activités. Jusqu'alors, le SSIAD disposait d'un territoire d'intervention couvrant les cantons de Dreux, tandis que l'activité d'aide à domicile du CCAS était exercée sur la commune de Dreux. Dans le cadre de la création du SAD mixte, le périmètre d'intervention de l'activité de soins a donc été recentré sur la seule commune de Dreux afin de disposer d'un territoire commun pour les activités d'aide et de soins et de permettre la mise en œuvre effective d'un parcours coordonné au sein d'un même service.

Cette démarche a abouti à la délivrance, par arrêté conjoint du 30 juillet 2026 de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire et du Conseil départemental d'Eure-et-Loir, de l'autorisation de création du Service Autonomie à Domicile Aide et Soins (SAD mixte) du CCAS de Dreux, avec effet au 1er janvier 2026.

Cette autorisation acte le regroupement du Service de Soins Infirmiers à Domicile et du service d'aide à domicile du CCAS au sein d'une entité unique. Elle s'accompagne également d'une **harmonisation de**

leur zone d'intervention, la réglementation prévoyant que celle-ci soit identique pour les activités d'aide et de soins.

Ainsi, alors que le SSIAD disposait auparavant d'un territoire d'intervention plus étendu autour de Dreux, le périmètre du nouveau SAD mixte est recentré sur la commune de Dreux, correspondant au territoire d'intervention du service d'aide à domicile. Cette évolution permet de disposer d'un territoire commun pour les deux activités et de mettre en œuvre une organisation intégrée des interventions d'aide et de soins.

L'obtention de cette autorisation constitue une étape importante dans l'évolution de l'offre de maintien à domicile portée par le CCAS. Elle s'accompagne de la mise en œuvre d'une organisation commune et d'un projet de service 2026-2031, destiné à définir les orientations, les modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les objectifs d'évolution du nouveau service.

Ce projet constitue la feuille de route du Service Autonomie à Domicile Aide et Soins du CCAS de Dreux pour la période 2026-2031. Il formalise notamment le parcours de l'usager, la coordination des interventions d'aide et de soins, l'organisation du service, le développement des compétences des professionnels, la qualité de vie et les conditions de travail ainsi que la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Je vous propose, si vous en êtes d'accord, d'approuver le projet de service du Service Autonomie à Domicile Aide et Soins du CCAS de Dreux pour la période 2026-2031 ainsi que le plan d'actions qui lui est associé.



PROJET DE SERVICE

Service Autonomie Aide & Soins

2026-2031

Table des matières

I. Introduction et cadre de référence	5
1. Contexte de création du Service Autonomie Mixte Aide et Soins	5
2. Inscription institutionnelle et stratégique du projet de service	5
3. Méthodologie d'élaboration du projet de service	6
4. Lignes directrices du projet de service	6
4.1. Une démarche d'amélioration continue de la qualité	6
4.2. Une dynamique de changement et d'adaptation	6
4.3. Une démarche participative et décloisonnée	6
II. Contexte territorial et analyse des besoins	7
1. Données démographiques et dynamiques de vieillissement	7
2. Isolement résidentiel : un facteur majeur de fragilité	7
3. Situation sociale et niveau de vie des seniors	8
4. Enjeux territoriaux et orientations du projet de service	8
5. Environnement sanitaire et médico-social	9
6. Typologie du public accueilli au sein des services Aide (SAAD) et Soins (SSIAD) » et activité (données statistiques du service 2025)	13
6.1 Typologie du public du service « Aide »	13
6.2 Typologie du public du service « Soins »	13
III. Le gestionnaire : le CCAS de Dreux	14
1. Présentation institutionnelle	14
2. Les valeurs et missions du CCAS	15
3. Articulation avec le projet d'établissement du CCAS	15
4. L'ancrage dans les politiques sociales et médico-sociales	16
4.1 Une implication active dans les dynamiques territoriales de santé et de coordination	16
4.2 Un rôle de relais et de mise en œuvre opérationnelle	16
IV. Présentation du service	17
1. Organigramme du SAD Mixte	17
2. Le public cible du service autonomie mixte Aide et Soins	17
2.1 Cadre réglementaire	17
2.3 Publics accompagnés	18
2.4 Spécificité du service autonomie mixte	18
2.5 Le soutien aux aidants	18
3. Les missions	19
3.1 Missions relatives aux soins	19
3.2. Missions relatives à l'aide et à l'accompagnement à domicile	20
3.3. Les prises en charge mixtes aide et soins coordonnés	21
4. Moyens matériels et équipements	22
4.1 Locaux	22
4.2 Equipements	24
5. Moyens humains	25
6. L'organisation du service	27
6.1 Amplitude horaire des interventions	27

6.2	L'accueil du public	27
6.3	Procédure de gestion des situations d'urgence	28
V.	Parcours de l'utilisateur et modalités d'intervention	29
1.	Analyse de la demande et évaluation des besoins	29
1.2	Articulations externes pour l'évaluation	29
1.3	Évaluation de la sécurité	29
2.	Information et contractualisation	30
2.1	Livret d'accueil	30
2.2	Règlement de fonctionnement	30
2.3	Document Individuel de Prise en Charge (DIPEC)	30
2.4	Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)	31
3.	Réalisation des interventions	31
3.1	Organisation générale	31
3.2	Suivi des interventions	32
4.	Prestations d'aide et d'accompagnement	33
5.	Prestations de soins	33
6.	Prévention et soutien aux aidants	34
7.	Coordination intégrée aide + soins	35
7.1	Organisation de la coordination	35
7.2	Outils de coordination	35
8.	Coordination territoriale et partenariats	35
VI.	Développement des compétences et QVCT	36
1.	Le recrutement	36
2.	Le suivi et l'accompagnement des professionnels	37
2.1	Les réunions d'équipe	37
2.2	Les réunions de coordination mixte	37
2.3	Les temps de transmission « soins »	38
2.4	Les groupes d'analyse de pratiques	38
2.5	Les temps de travail en plénière	39
2.6	L'évaluation annuelle des professionnel(le)s	39
2.7	Ressources humaines prévisionnelles	39
3.	La formation	40
4.	Qualité de Vie et Conditions de Travail	41
4.1	Prévention des risques professionnels	41
4.3	Analyse de pratiques, tutorat, échanges interprofessionnels	43
VII.	Perspectives d'évolution du service (2026-2031)	43
VIII.	Pilotage, qualité et amélioration continue	44

I. Introduction et cadre de référence

1. Contexte de création du Service Autonomie Aide et Soins

La création du **Service Autonomie à Domicile Aide et Soins (SAD mixte)** du CCAS de Dreux s'inscrit dans le cadre de la réforme nationale des services d'aide et de soins à domicile, issue du **décret n°2023-608 du 13 juillet 2023** et du **cahier des charges national applicable aux services autonomie à domicile**.

Cette réforme vise à renforcer la coordination des interventions d'aide et de soins au domicile, afin de garantir des parcours plus lisibles, plus fluides et plus sécurisés pour les personnes accompagnées, dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des situations de perte d'autonomie.

Dans ce cadre, le CCAS de Dreux, déjà gestionnaire d'un **Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)** et d'un **Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)**, a engagé une démarche d'évolution de son offre vers un **service autonomie mixte aide et soins**.

Cette évolution vise à proposer une **réponse globale, personnalisée et coordonnée**, au bénéfice :

- des personnes âgées en perte d'autonomie,
- des personnes en situation de handicap,
- et des personnes atteintes de pathologies chroniques nécessitant un accompagnement à domicile.

Le SAD mixte Aide et Soins est un **service prestataire**, porté par le CCAS de Dreux, pour lequel une **demande d'autorisation** a été déposée auprès du **Conseil départemental d'Eure-et-Loir** et de l'**Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire**.

Cette démarche s'inscrit plus largement dans la politique du CCAS en faveur de l'autonomie des seniors, à travers le développement d'actions d'information, de prévention et d'orientation des personnes âgées et de leurs proches, en articulation avec les dispositifs existants portés par le **pôle Seniors-Handicap**.

2. Inscription institutionnelle et stratégique du projet de service

Le projet de service du SAD mixte s'inscrit pleinement dans les orientations :

- du **Schéma départemental de l'autonomie 2025-2028 du Conseil départemental d'Eure-et-Loir**, et en particulier dans son **axe 1 : « Penser l'offre de demain en renforçant la logique de vie à domicile »** ;
- du **Projet Régional de Santé**, notamment au travers des objectifs visant à **développer le repérage des fragilités**, **renforcer la prévention**, et **réussir le virage domiciliaire** pour les personnes âgées.

À l'échelle communale, ce projet constitue un levier structurant pour adapter l'offre de services aux besoins du territoire, en cohérence avec l'organisation sanitaire, sociale et médico-sociale existante, et en complémentarité avec les acteurs du parcours de vie à domicile.

3. Méthodologie d'élaboration du projet de service

Conformément à l'article **R.311-8 du code de l'action sociale et des familles**, le projet de service constitue un cadre structurant d'amélioration continue de l'offre sociale et médico-sociale.

Il formalise les orientations stratégiques du service et leur déclinaison opérationnelle :

- Sur le plan interne, en matière d'organisation, de pratiques professionnelles et de coordination des équipes ;
- Sur le plan externe, en matière de qualité de l'accompagnement des usagers, de partenariats et d'ancrage territorial.

À ce titre, le projet de service vise à garantir des interventions cohérentes et adaptées aux besoins des publics accompagnés, dans une logique d'amélioration continue des pratiques.

4. Lignes directrices du projet de service

4.1. Une démarche d'amélioration continue de la qualité

Le projet de service a pour objectif d'améliorer la qualité des prestations sociales et médico-sociales proposées par le SAD mixte.

Il garantit le respect des droits des usagers en définissant des objectifs clairs en matière de qualité des prestations et en rendant lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement du service.

4.2. Une dynamique de changement et d'adaptation

Le projet de service vise à mobiliser les ressources et les potentialités du service afin de répondre de manière adaptée aux évolutions des besoins des usagers et aux attentes des partenaires.

Il s'inscrit dans une logique d'adaptation continue et d'amélioration de la réactivité du service, tant à l'égard des personnes accompagnées que des acteurs du territoire.

4.3. Une démarche participative et décroisée

Le projet de service repose sur la mobilisation des professionnels du SAAD et du SSIAD, dans une logique de co-construction et de décroisement des pratiques.

Depuis **septembre 2023**, le regroupement du SAAD et du SSIAD au sein de locaux communs a permis de renforcer la proximité des équipes et de favoriser une coordination autour des situations accompagnées.

En **2024**, le CCAS de Dreux a conduit une réorganisation avec la création d'un **poste de chef des services du pôle Seniors-Handicap**, chargé de la supervision et de la coordination des services du pôle, ainsi que du pilotage de la transformation vers un service autonomie mixte. Ce poste constitue un levier de gouvernance transversale favorisant l'harmonisation des pratiques et la mutualisation progressive des outils et procédures.

Entre 2024 et 2025, des groupes de travail associant les équipes du SAAD et du SSIAD ont été constitués afin de coconstruire les fondements du futur SAD mixte, notamment :

- Les contours de l'organisation administrative et de l'adaptation des réponses aux usagers dans une dynamique coordonnée
- L'élaboration d'un **livret d'accueil mutualisé**,
- L'élaboration d'une **charte de bonnes pratiques**,
- La création d'un **support de communication commun** présentant l'offre globale du service.

Depuis le **1er janvier 2025**, le décroisement des groupes d'analyse de pratiques associant professionnels de l'aide et des soins contribue à :

- Développer une lecture partagée des situations,
- Renforcer la cohérence des postures professionnelles,
- Améliorer la qualité de vie au travail,
- Et diffuser une culture commune de coordination et de bientraitance.

II. Contexte territorial et analyse des besoins

1. Données démographiques et dynamiques de vieillissement

La commune de **Dreux** compte **31 205 habitants** (population municipale 2022). Les personnes âgées de **60 ans et plus** représentent **6 872 habitants**, soit **22,0 % de la population communale**, traduisant une part significative de population vieillissante directement concernée par les politiques de maintien à domicile, d'aide et de soins.

La répartition par tranche d'âge met en évidence :

- **4 344 personnes âgées de 60 à 74 ans** (13,9 %) ;
- **2 528 personnes âgées de 75 ans ou plus** (8,1 %).

Cette structure démographique révèle un **volume important de personnes susceptibles de relever, à court ou moyen terme, de besoins combinés d'aide et de soins à domicile**, en particulier dans les tranches d'âge les plus élevées.

Source : Insee, Recensement de la population 2022 – tableau POP T3

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-28134>

2. Isolement résidentiel : un facteur majeur de fragilité

Les données Insee mettent en évidence un **isolement résidentiel marqué des personnes âgées** à Dreux, facteur reconnu de vulnérabilité et de complexification des parcours de santé et d'autonomie.

Ainsi :

- **35,2 % des personnes âgées de 65 à 74 ans vivent seules,**
- **53,0 % des personnes âgées de 80 ans ou plus vivent seules.**

Plus d'une personne âgée de 80 ans ou plus sur deux vit donc seule à domicile. Cet isolement constitue un facteur aggravant en matière de :

- **Perte d'autonomie non anticipée,**
- **Ruptures de parcours,**
- **Retards dans la mobilisation des aides et des soins,**
- **Hospitalisations évitables.**

Ces éléments soulignent la nécessité d'une **coordination renforcée des interventions à domicile**, d'un **repérage précoce des fragilités** et d'un accompagnement global des situations.

Source : Insee, Recensement de la population 2022 – Conditions de logement

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-28134>

3. Situation sociale et niveau de vie des seniors

À Dreux, les personnes âgées présentent un **niveau de pauvreté inférieur à celui de la population générale**, mais **qui demeure élevé en valeur absolue**, traduisant l'existence d'un public senior économiquement fragile.

- **21 % des personnes âgées de 60 à 74 ans vivent sous le seuil de pauvreté ;**
- **16 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont concernées.**

Ces situations de fragilité économique rendent les personnes âgées particulièrement sensibles :

- **Au reste à charge lié à l'aide à domicile et aux soins,**
- **Aux dépenses contraintes (énergie, logement, santé),**
- **Aux risques de renoncement aux aides ou aux soins.**

Source : Insee, *Filosofi 2021 – commune de Dreux*

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-28134>

4. Enjeux territoriaux et orientations du projet de service

L'analyse des données démographiques, sociales et résidentielles de la commune met en évidence de forts enjeux pour le déploiement du **Service Autonomie Mixte Aide et Soins**, en lien direct avec les évolutions des besoins de la population âgée et les objectifs de maintien à domicile.

Ces enjeux se traduisent notamment par la nécessité de :

- **Répondre à l'augmentation des besoins liés au vieillissement**, en particulier pour les personnes âgées de 75 ans et plus
- **Sécuriser le maintien à domicile** des personnes âgées vivant seules, par une coordination renforcée des interventions
- **Prévenir les ruptures de parcours**, en articulant étroitement les prestations d'aide et de soins

- **Adapter les modalités d'accompagnement aux situations de fragilité sociale et économique, afin de limiter le renoncement aux aides et aux soins.**

Au regard de ces constats, le projet de service du **Service Autonomie Mixte Aide et Soins** vise à structurer une organisation de service permettant :

- D'assurer la **continuité des accompagnements à domicile**,
- De contribuer à la **prévention de la perte d'autonomie**,
- Et d'améliorer la **lisibilité et l'efficacité des parcours** pour les personnes âgées de la commune et leurs aidants.

5. Environnement sanitaire et médico-social

Le **Service Autonomie Mixte Aide et Soins du CCAS de Dreux** s'inscrit dans un **environnement sanitaire et médico-social riche et structuré**, à l'échelle de la commune de Dreux et de son bassin de vie, mobilisant une diversité d'acteurs intervenant tout au long du parcours des personnes âgées et en situation de handicap.

Cet environnement s'appuie sur :

- Une **filière gériatrique hospitalière** organisée autour du Centre hospitalier Victor-Jousselin de Dreux et de structures de soins de suite et de réadaptation,
- Une **offre médico-sociale diversifiée**, comprenant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des unités de soins de longue durée et des dispositifs d'accueil de jour,
- Des **solutions d'hébergement pour personnes âgées autonomes**, publiques et privées, intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD,
- Une **offre de services à domicile**, associant aide, soins infirmiers et hospitalisation à domicile,
- Des **dispositifs de coordination et d'appui aux parcours**, facilitant l'articulation entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La connaissance et l'articulation de ces ressources constituent un enjeu essentiel pour le SAD mixte, afin d'assurer la continuité des parcours, prévenir les ruptures de prise en charge et sécuriser les accompagnements à domicile, en complémentarité avec l'ensemble des partenaires du territoire.

Offre sanitaire : filière gériatrique et ressources hospitalières

Structure	Mission principale	Adresse / contact	Source
Centre hospitalier Victor-Jousselin de Dreux – Médecine gériatrique	Prise en charge hospitalière des patients âgés fragiles	44 Av. du Président JF Kennedy, 28100 Dreux 02 37 51 52 53	Centre Hospitalier de Dreux
Centre hospitalier Victor-Jousselin de Dreux – Soins médicaux et de réadaptation (SMR) gériatrique	Réadaptation/SMR patients âgés		Centre Hospitalier de Dreux
Centre hospitalier Victor-Jousselin de Dreux – Pôle "Personnes âgées"	Gériatrie, SMR, unité mobile gériatrie + EHPAD/USLD + CAJA		Centre Hospitalier de Dreux
Centre hospitalier Victor-Jousselin de Dreux – Consultations externes	Consultation d'évaluation gériatrique et d'une consultation mémoire		Centre Hospitalier de Dreux
Institut Médical Spécialisé d'Eure et Loir - (Vernouillet)	Service de Soins Médicaux et de Réadaptation (patients de 75 ans ou plus)	14 allée Henri Dunant, 28500 Vernouillet 02 37 51 71 50	Site IMSEL

Médico-social : Maison de retraites / Unité de Soins Longue Durée / accueil de jour (bassin de vie)			
Structure	Mission principale	Adresse / contact	Site/ressources
EHPAD-USLD Les Eaux Vives (Dreux) Secteur public	Hébergement + soins (EHPAD) et soins de longue durée (USLD)	1 rue Henri Lefebvre, 28100 Dreux 02 37 51 50 53	Site CH dreux les Eaux vives
EHPAD Le Prieuré de Dreux (Dreux) Secteur public	Hébergement personnes âgées dépendantes	73, rue Saint Marti, BP 69 28102 Dreux 02 37 42 00 65	Site CH Dreux Le Prieuré
EHPAD Korian La Roseraie (Dreux) Secteur privé	Hébergement personnes âgées dépendantes	10 Av. du Général Leclerc, 28100 Dreux 02 37 42 02 01	Pour les personnes âgées
EHPAD – Résidence Le Bois de l'Épinay (Vernouillet) Secteur privé	Hébergement personnes âgées dépendantes	5 allée du Dr Schweitzer, 28500 Vernouillet 02 37 46 26 08	Pour les personnes âgées
EHPAD Les Jardins d'Automne (Vernouillet) Secteur privé	Hébergement personnes âgées dépendantes	47 rue George Sand, 28500 Vernouillet 02 52 56 11 71	Pour les personnes âgées
EHPAD Le Parc du Château (Abondant) Secteur privé	Hébergement personnes âgées dépendantes	7 rue des Minières, 28410 Abondant 02 37 62 53 00	Pour les personnes âgées
Centre d'Accueil de Jour Azalée (CAJA) (Dreux) Secteur public	Accueil de jour, répit et accompagnement troubles cognitifs	1 rue Henri Lefebvre, 28100 Dreux 02 37 51 50 53	Site CH Dreux Azalée
Hébergement personnes âgées autonomes			
Structure	Mission principale	Adresse / contact	Site/ressources
Résidence autonomie La Vaumonnaie (Dreux) Secteur public	Logements autonomes + services, prévention autonomie	2 rue Henri Lefebvre, 28100 Dreux 02 37 42 22 04	Site ville de Dreux
DOMITYS – L'Élixir (Dreux) Secteur privé	Logements autonomes + services (résidence services seniors)	2 rue Gromard, 28100 Dreux 02 47 51 70 00	domitys.fr
DOMITYS – Le Chant des Lavandières (Vernouillet) Secteur privé	Logements autonomes + services (résidence services seniors)	61 route de Crécy, 28500 Vernouillet 02 52 56 57 80	domitys.fr
Maison Marguerite (Vernouillet) Secteur privé	Habitat partagé pour seniors autonomes (colocation seniors)	1 rue du Duc de Guise, 28500 Vernouillet 07 62 77 51 11	Maison Marguerite

Domicile : aides et soins à domicile			
Structure	Mission principale	Adresse / contact	Site/ressources
SSIAD ADMR (Dreux)	Soins infirmiers à domicile personnes âgées/handicap	Rue Roger Couderc, 28100 Dreux 02 32 58 29 49	Pour les personnes âgées.gouv
Service d'aide à domicile ADMR	Aide et accompagnement à domicile Service de téléassistance, portage de repas de repas		
SSIAD du CCAS de Dreux	Soins infirmiers à domicile	1 rue Henri Lefebvre 28100 Dreux 02 37 46 04 08	Site ville de Dreux
Service d'aide à domicile du CCAS de Dreux	Aide et accompagnement à domicile Service de téléassistance, portage de repas et petits bricolages		
ADHAP – Aide au sourire (Dreux)	Aide et accompagnement à domicile	118 rue Saint-Martin, 28100 Dreux 02 37 38 45 35	Pour les personnes âgées.gouv
SADS Réseau AUXI'life	Aide à domicile	19 rue Saint Thibault, 28100 Dreux 02 37 38 79 35	
Azaé Domaliance	Aide et accompagnement à domicile	21 rue du Bois Sabot, 28100 Dreux 02 21 00 07 60	
AMELIS (ex-Planète Services)	Aide et accompagnement à domicile	21 rue Lucien Dupuis, 28500 Vernouillet	
Plus de Temps Eure-et-Loir	Aide et accompagnement à domicile	1 place de l'Eglise, 28170 Tremblay les Villages	
La Main Tendue	Aide et accompagnement à domicile	10 rue Victor Hugo, 28500 - Cherisy 02 37 62 08 02	
MEServices (Dreux)	Aide et accompagnement à domicile	Résidence Saint-Louis, 10 place Doguereau, 28100 Dreux 02 37 15 50 43	
Hospitalisation à domicile			
Structure	Mission principale	Adresse	Source
Hospitalisation Domicile Eure-et-Loir (LNA Santé) A	Soins hospitaliers à domicile	10 Avenue Maurice Maunoury - 28600 Luisant 02 28 00 49 49	(HAD Eure-et-Loir)

Equipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs 28 (EADSP28)	L'équipe mobile se déplace au domicile des patients et participe à l'amélioration de la prise en charge dans les lieux de vie (EHPAD, MAS, Foyer) où elle intervient.	Centre Hospitalier de LA LOUPE 02 37 29 30 77	
Coordination et appui aux parcours			
Structure	Rôle	Adresse / contact	Source
Maison Départementale de l' Autonomie du Pays Drouais (MDA)	Accueil, information, orientation personnes âgées / aidants/ instruction des demandes APA-PCH	7 rue Henri Dunant, 28100 Dreux – 02 37 64 25 50	(Pour les personnes âgées)
CPTS du Pays Drouais	Coordination territoriale (soins de ville), appui à l'organisation de parcours	30 rue des Bas Buissons, 28100 Dreux	(Santé.fr)
DAC28 - Appui santé	Soutien à la coordination des parcours de santé complexes, informe et oriente les professionnels	58 Rue de Reverdy, 28000 Chartres 02 46 72 04 25	dac28@appuisant_e28.fr

6. Typologie du public accueilli au sein des services Aide (SAAD) et Soins (SSIAD) » et activité (données statistiques du service 2025)

6.1. Typologie du public du service « Aide »

Le public accompagné est majoritairement composé de personnes âgées en perte d'autonomie, avec un niveau de dépendance significatif : environ 84 % des bénéficiaires relèvent des GIR 1 à 4, **dont plus de 22 % en GIR 1 et 2**, correspondant à des **situations de dépendance lourde** nécessitant un **accompagnement régulier et associant les équipes du soin** pour la mise en place de binôme ou en complémentarité de l'aide apportée.

La situation familiale met en évidence **un isolement marqué de bénéficiaires vivant seuls**, augmentant ainsi les risques de rupture de parcours et d'hospitalisations et renforçant l'importance de la présence du service à leur côté pour maintenir un lien au quotidien et la sécurisation des parcours.

L'orientation vers le service repose principalement sur les acteurs du champ social, en particulier dans le cadre de l'APA, confirmant le rôle central du service dans les parcours d'autonomie à domicile.

6.2. Typologie du public du service « Soins »

Le SSIAD du CCAS de Dreux accompagne un public présentant un **niveau élevé de dépendance et de fragilité sanitaire**, nécessitant des soins réguliers à domicile dans une logique de maintien à domicile sécurisé : **plus de 60 % relèvent des GIR 1 et 2**, correspondant à des situations nécessitant des soins quotidiens et une surveillance rapprochée. Les patients classés en GIR 2 (42%) constituent le cœur de file active, confirmant le positionnement du SSIAD sur des profils à forte intensité de soins.

L'âge moyen des patients est de **80 ans**, avec une légère prédominance masculine aux âges les plus avancés. Les situations d'isolement sont fréquentes, avec des patients vivant seuls ou disposant d'un aidant fragile, renforçant les enjeux de sécurisation du maintien à domicile.

Les entrées dans le service sont majoritairement consécutives à :

- Une aggravation de la dépendance,
- Une sortie d'hospitalisation,
- Ou une décompensation de l'état de santé.

Le centre hospitalier de Dreux constitue le principal prescripteur, en lien étroit avec les assistantes sociales hospitalières, confirmant l'ancrage du SSIAD dans les parcours de soins post-hospitaliers.

Les pathologies dominantes sont représentatives des publics gériatriques complexes :

Pathologies neurologiques et cognitives	18%
Pathologies cardiovasculaires et métaboliques	44%
Pathologies locomotrices et traumatologiques	11%
Pathologies respiratoires	8%
Troubles psychiques	4%
Autres pathologies	15%

Le service intervient quasi exclusivement en **milieu urbain**, principalement sur Dreux (73%) et Vernouillet (16%).

III. Le gestionnaire : le CCAS de Dreux

1. Présentation institutionnelle

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) est un établissement public administratif autonome, régi par l'article L.123-5 et les articles R.123-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles. Il a pour mission de répondre aux besoins sociaux de l'ensemble de la population, notamment des familles, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des publics en situation de vulnérabilité. À ce titre, il contribue activement à la lutte contre l'exclusion et l'isolement des plus fragiles.

Le CCAS de Dreux est structuré autour de plusieurs pôles complémentaires :

- Le pôle Seniors-Handicap,
- Le pôle Action sociale et insertion,
- Le pôle Santé-Prévention,
- Le pôle Administration générale et financière.

Acteur central de la politique sociale communale, le CCAS s'engage au quotidien en faveur de l'autonomie des personnes et de l'amélioration de leur qualité de vie. Il développe une action volontariste en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, visant à favoriser leur maintien à domicile et leur participation à la vie sociale.

Dans ce cadre, et conformément aux missions de prévention définies notamment par le décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005, le CCAS anime et coordonne un ensemble de services concourant au maintien à domicile et au renforcement du lien social, parmi lesquels :

- Un service d'aide à domicile,
- Un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD),
- Un service de portage de repas,
- Un dispositif de téléassistance,
- Un service de petits bricolages,
- Des actions d'animation et de prévention,
- Une résidence autonomie de 63 logements destinés à des personnes âgées autonomes,
- Un forfait soins courants adossé à la résidence autonomie.

Par la complémentarité de ces dispositifs, le CCAS développe une approche globale et coordonnée de l'accompagnement, articulant prévention, aide, soins et inclusion sociale.

2. Les valeurs et missions du CCAS

Dans le cadre de son projet d'établissement, le CCAS a défini des valeurs et engagements communs qui guident l'action de l'ensemble des services et structurent les pratiques professionnelles.



3. Articulation avec le projet d'établissement du CCAS

Le projet de service du SAD Mixte du CCAS de Dreux s'inscrit pleinement dans le projet d'établissement, qui définit les orientations stratégiques et organisationnelles de l'ensemble des services gérés par le CCAS. Cette articulation garantit la cohérence et la complémentarité des actions conduites au bénéfice de la population drouaise.

Elle permet notamment :

- D'ancrer les interventions du SAD Mixte dans une vision partagée des valeurs et missions du CCAS,
- De renforcer la transversalité entre services,
- De favoriser une réponse globale aux besoins des usagers, en évitant les ruptures de parcours.

Ainsi, le projet de service du SAD Mixte constitue non seulement un outil de pilotage mais également un levier de mise en œuvre du projet d'établissement du CCAS, garantissant une action publique locale coordonnée et solidaire.

4. L'ancrage dans les politiques sociales et médico-sociales

Le Service Autonomie Mixte Aide et Soins du CCAS de Dreux s'inscrit pleinement dans le dispositif départemental de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Partiellement financé par le Conseil départemental d'Eure-et-Loir, il participe activement aux instances de concertation et contribue à la mise en œuvre des politiques gériatriques à l'échelle locale et départementale.

À ce titre, le service s'inscrit pleinement dans les orientations du **Schéma départemental de l'autonomie 2025-2028** dans son axe 1 : « Penser l'offre de demain en renforçant la logique de vie à domicile » et comme réponse aux objectifs du **projet régional de santé déployé par l'Agence régionale de Santé** en lien avec les personnes âgées : « Développer le repérage des fragilités et la prévention » et « réussir le virage domiciliaire (...) »

4.1. Une implication active dans les dynamiques territoriales de santé et de coordination

Au-delà de ce cadre institutionnel, le SAD mixte du CCAS de Dreux affirme sa place d'acteur de proximité sur le territoire drouais, en s'impliquant directement dans plusieurs dispositifs opérationnels de coordination.

À ce titre, le CCAS et ses services des différents pôles participent activement à l'**instance santé-précarité**, pilotée par le pôle de santé publique du **Centre hospitalier Victor-Jousselin de Dreux**. Cette instance vise à renforcer la connaissance des partenaires et à améliorer la prise en charge des publics cumulant des fragilités sociales, économiques et sanitaires.

Par ailleurs, le CCAS a mis en place une **cellule de coordination des situations complexes**, destinée à apporter des réponses coordonnées aux situations nécessitant l'intervention de multiples acteurs. Cette cellule repose sur :

- Des réunions trimestrielles associant l'ensemble des partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux,
- Une analyse partagée des situations complexes,
- La recherche de solutions concertées visant à sécuriser les parcours et éviter les ruptures de prise en charge.

En complément, des **temps de coordination trimestriels** sont organisés avec la **Maison Départementale de l'Autonomie du Pays Drouais**. Ces rencontres permettent d'aborder conjointement les situations de prise en charge, d'anticiper les évolutions de besoins et de **faciliter les parcours des personnes accompagnées**, dans une logique de continuité entre aide et soins.

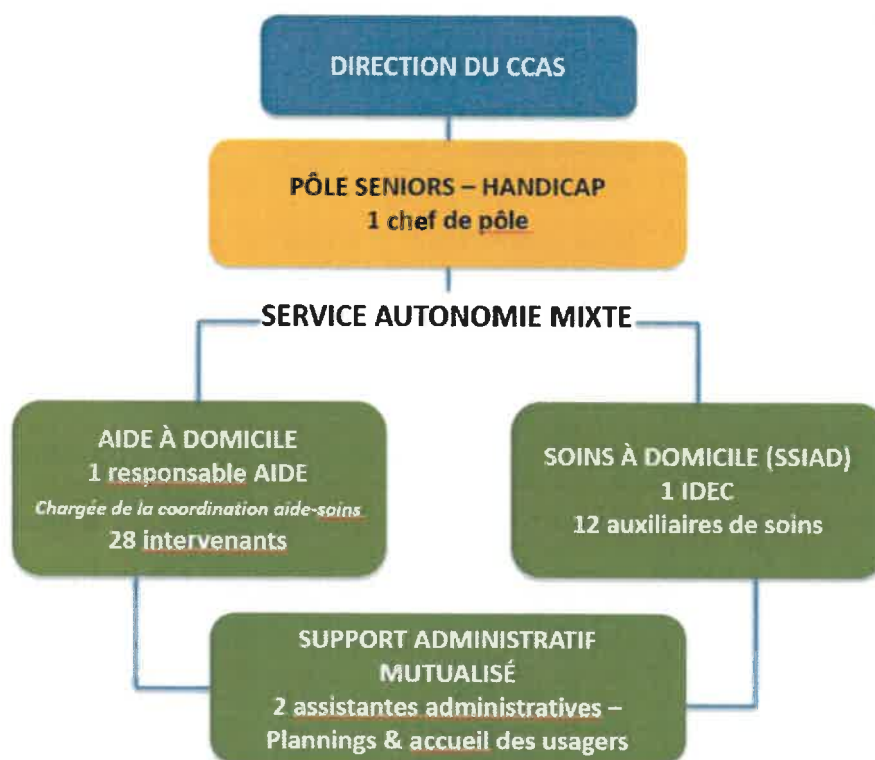
4.2. Un rôle de relais et de mise en œuvre opérationnelle

Le SAD mixte du CCAS de Dreux collabore également étroitement avec :

- Les **structures sanitaires locales** (établissement hospitalier, maisons de santé, professionnels libéraux), afin d'assurer la continuité des soins et des accompagnements,
- Les **acteurs médico-sociaux** (EHPAD, services de soins et d'aide à domicile, dispositifs d'aide aux aidants), pour organiser des parcours coordonnés,
- Les **partenaires sociaux et associatifs** (clubs seniors, centres sociaux, maisons proximum, associations œuvrant dans la lutte contre l'isolement), afin de renforcer l'inclusion sociale et la participation des personnes accompagnées.

IV. Présentation du service

1. Organigramme du SAD Mixte



2. Le public cible du service autonomie mixte Aide et Soins

2.1. Cadre réglementaire

Le Service Autonomie Mixte Aide et Soins s'inscrit dans le cadre de la réforme des services autonomie à domicile issue :

- De l'article 44 de la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022,
- De l'article **L.313-1-3 du Code de l'action sociale et des familles**,
- Et du **décret n°2023-608 du 13 juillet 2023** relatif aux services autonomie à domicile.

Ces textes définissent les services autonomie à domicile comme des services médico-sociaux intervenant auprès de personnes vivant à domicile nécessitant des prestations d'aide, d'accompagnement et/ou de soins, dans une logique de parcours coordonné.

2.2. Publics accompagnés

2.2.1 Personnes âgées en perte d'autonomie

Le service accompagne en priorité :

- Des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie ou fragilisées,
- Nécessitant un accompagnement combinant aide à la vie quotidienne et soins infirmiers,

- Relevant notamment de plans d'aide APA ou d'un suivi en soins à domicile. Ce public constitue le cœur de cible des services autonomie à domicile.

2.2.2 Personnes en situation de handicap

Conformément au décret du 13 juillet 2023, le service peut accompagner :

- Des adultes en situation de handicap vivant à domicile,
- Présentant des besoins d'aide humaine et/ou de soins,
- Dans une logique de maintien en milieu ordinaire.

2.2.3 Personnes en situation complexe ou à besoins coordonnés

Dans sa configuration mixte, le service s'adresse également :

- Aux personnes atteintes de pathologies chroniques ou polypathologies,
- Aux situations nécessitant une coordination renforcée entre intervenants,
- Aux retours d'hospitalisation nécessitant une sécurisation du domicile,
- Aux situations de dépendance évolutive nécessitant un ajustement rapide des interventions.

2.3. Spécificité du service autonomie mixte

En tant que service autonomie mixte intégrant aide et soins, le service cible prioritairement les situations nécessitant :

- Une continuité d'accompagnement,
- Une coordination renforcée entre professionnels de l'aide et du soin,
- Une lisibilité accrue pour les usagers et leurs aidants.

Cette organisation doit répondre aux objectifs nationaux de simplification des parcours et de prévention des ruptures à domicile.

2.4. Le soutien aux aidants

Au-delà des bénéficiaires directs, le service contribue également à l'accompagnement d'autres publics en lien avec le maintien à domicile.

Il participe notamment :

- Au soutien des aidants familiaux,
- Au repérage des besoins des proches aidants lors des évaluations et suivis à domicile,
- À l'orientation vers les dispositifs existants (plateformes de répit, partenaires spécialisés),

Le service peut également proposer ou relayer des actions d'information et de sensibilisation à destination des aidants, en articulation avec les partenaires du territoire.

Dans ce cadre, des modalités ponctuelles de relais peuvent être organisées, dans le respect du périmètre d'intervention du service et sans se substituer aux dispositifs spécialisés existants.

3. Les missions

Le Service Autonomie Mixte Aide et Soins assure des prestations d'aide et de soins à domicile dans le respect du cadre fixé par l'article L.313-1-3 du Code de l'action sociale et des familles et le décret n°2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile.

Dans sa configuration mixte, il garantit une continuité d'accompagnement reposant sur l'intégration des missions historiquement portées par les SAAD et les SSIAD.

3.1 Missions relatives aux soins

3.1.1 Soins infirmiers et soins d'hygiène

Le service assure, sur prescription médicale :

- Des soins infirmiers techniques (pansements, injections, surveillance clinique),
- Des soins d'hygiène et de confort relevant du rôle propre infirmier,
- La surveillance de l'état de santé et l'évaluation des besoins.

Ces interventions s'inscrivent dans le cadre des articles R.4311-1 et suivants du Code de la santé publique relatifs au rôle propre infirmier.

3.1.2 Coordination des soins

Le service contribue à la continuité des parcours de santé en assurant :

- La coordination avec les médecins traitants, IDE libéraux et structures sanitaires,
- L'articulation avec les dispositifs territoriaux (DAC, HAD, CPTS...),
- La participation aux sorties d'hospitalisation sécurisées.

Cette mission répond aux objectifs de fluidification des parcours définis par la réforme des SAD (décret du 13 juillet 2023).

3.1.3 Prévention et suivi médico-social

Le service participe activement :

- Au repérage des fragilités
- Au repérage des situations de vulnérabilité ou de maltraitance, notamment lors des évaluations à domicile et du suivi régulier des situations.
- À la prévention de la perte d'autonomie,
- Au suivi des pathologies chroniques,
- À la prévention des hospitalisations évitables.

3.1.4 Contribution à l'évaluation des besoins

Les professionnels soignants participent :

- Aux évaluations globales des situations,
- À l'élaboration des projets personnalisés,
- À l'adaptation des plans d'intervention en fonction de l'évolution de l'état de santé.

3.2 Missions relatives à l'aide et à l'accompagnement à domicile

• Aide à la vie quotidienne

Le service assure des prestations d'aide humaine visant le maintien à domicile, notamment :

- Aide à la toilette et à l'habillage (hors actes relevant du soin),
- Aide aux transferts et à la mobilité,
- Aide à l'alimentation,
- Aide à la prise des repas.

Ces interventions s'inscrivent dans le champ des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du CASF.

• Entretien du cadre de vie

Dans une logique de maintien des conditions de vie dignes et sécurisées :

- Entretien courant du logement,
- Entretien du linge,
- Participation à la prévention des risques domestiques.

• Soutien à l'autonomie sociale

Le service contribue également :

- Au maintien du lien social,
- À la prévention de l'isolement,
- À l'accompagnement dans les actes essentiels de la vie sociale (courses, sorties accompagnées selon les plans d'aide).

• Accompagnement dans les parcours

Les équipes d'aide participent :

- À l'observation des évolutions de situation,
- À la transmission d'informations au sein de l'équipe,
- À l'alerte en cas de fragilisation,
- Au repérage des situations à risque (isolement, négligence, tensions familiales).

Par leur présence régulière au domicile, elles jouent un rôle essentiel dans la détection précoce des risques de rupture de parcours.

• Missions transversales du service autonomie mixte

Dans une logique de coordination, le service assure également :

- L'élaboration et le suivi des projets personnalisés d'accompagnement,
- La coordination interne aide/soins,
- L'information et l'orientation des usagers,
- Le soutien aux aidants,
- La participation aux dynamiques territoriales gérontologiques et médico-sociales.

Dans le cadre de la coordination des parcours, le service autonomie mixte s'articule avec les autres dispositifs de maintien à domicile portés par le CCAS.

Cette complémentarité s'appuie notamment sur les services de portage de repas, de téléassistance et de petits dépannages à domicile.

Elle permet de proposer des réponses graduées et adaptées aux besoins des personnes accompagnées, dans une logique de prévention des ruptures de parcours.

3.3 Les prises en charge mixtes aide et soins coordonnés

Dans sa configuration de Service Autonomie Mixte Aide et Soins, le service met en œuvre des prises en charge intégrées associant simultanément des interventions d'aide et de soins infirmiers à domicile.

Cette modalité constitue une spécificité des services autonomie mixtes au sens de l'article L.313-1-3 du CASF et du décret n°2023-608 du 13 juillet 2023, qui visent à garantir la continuité des accompagnements à domicile.

• Définition des prises en charge mixtes

Une prise en charge mixte correspond à l'accompagnement d'une personne bénéficiant :

- D'interventions d'aide à la vie quotidienne,
- Et de soins infirmiers ou assimilés, dans le cadre d'un projet personnalisé coordonné par le service.

Elle vise à considérer la personne dans toutes les dimensions de sa vie : santé, vie sociale et cadre de vie.

• Publics concernés

Les prises en charge mixtes concernent prioritairement :

- Les personnes âgées en perte d'autonomie avancée (GIR 1 à 3),
- Les personnes présentant des pathologies chroniques ou polypathologies,
- Les situations de dépendance évolutive,
- Les retours d'hospitalisation nécessitant une sécurisation renforcée,
- Les situations à risque de rupture de maintien à domicile.

• Objectifs des accompagnements mixtes

La mise en œuvre de prises en charge mixtes vise à :

- Assurer la continuité des interventions à domicile,
- Éviter les ruptures de parcours entre aide et soins,
- Sécuriser les retours à domicile après hospitalisation,
- Prévenir les ré-hospitalisations évitables,
- Adapter rapidement l'intensité des interventions à l'évolution des besoins.

Elle participe directement aux objectifs nationaux de prévention de la perte d'autonomie.

Modalités organisationnelles

Coordination interne renforcée

Les prises en charge mixtes reposent sur :

- Une coordination opérationnelle entre encadrement aide et soins,
- Des temps réguliers d'échanges pluridisciplinaires,
- Une circulation fluide de l'information (transmissions, dossiers partagés).

Projet personnalisé intégré

Chaque situation fait l'objet :

- D'une évaluation globale initiale,
- D'un projet personnalisé unique,
- D'un suivi régulier et de réévaluations coordonnées.

Adaptabilité des interventions

L'organisation du service permet :

- L'ajustement des volumes d'aide et de soins,
- Des interventions conjointes lorsque nécessaire,
- Une réactivité en cas d'aggravation de la situation.

- **Valeur ajoutée du modèle mixte**

L'intégration des interventions d'aide et de soins au sein d'un même service permet :

- Une meilleure lisibilité pour les usagers et les aidants,
- Un interlocuteur unique,
- Une réduction des délais d'intervention,
- Une continuité d'accompagnement renforcée.

Elle répond pleinement aux objectifs de simplification et d'intégration portés par la réforme des services autonomie à domicile.

Le service veille particulièrement à :

- Prévenir les glissements de tâches entre métiers,
- Formaliser les périmètres d'intervention de chaque professionnel,
- Garantir le respect des compétences réglementaires,
- Sécuriser les transmissions entre équipes.

Ces éléments font ou feront l'objet de procédures internes et d'un suivi qualité.

4. Moyens matériels et équipements

4.1 Locaux

Le Service Autonomie Mixte Aide et Soins du CCAS de Dreux est actuellement implanté au sein de l'EHPAD des Eaux Vives de l'hôpital de Dreux, situé 1 rue Henri Lefebvre à Dreux.

Un déménagement est prévu au cours du deuxième trimestre 2026 afin de rejoindre de nouveaux locaux situés au sein de la Résidence autonomie La Vaumonnaie, 2 rue Henri Lefebvre à Dreux.

4.1.1 Organisation et fonctionnalité des locaux

Locaux actuels

Les locaux permettent l'accueil des usagers, des aidants et des professionnels dans des conditions adaptées au fonctionnement du service.

Un espace d'entretien confidentiel est accessible dès l'entrée afin de garantir la confidentialité des échanges, conformément aux exigences liées au respect des droits des usagers.

Les professionnels disposent de :

- Deux bureaux dédiés à l'encadrement,
- Un bureau occupé par les assistantes administratives.

Une salle de réunion, faisant également office d'espace de pause, permet l'organisation des temps collectifs, des réunions d'équipe et des échanges pluridisciplinaires.

Perspectives liées au déménagement

Le déménagement au sein de la Résidence autonomie La Vaumonnaie constitue une évolution pour le service. Il permettra :

- De regrouper les équipes du pôle seniors dans un même lieu,
- De renforcer la lisibilité du service pour les usagers et partenaires,
- De favoriser les coopérations entre dispositifs d'accompagnement à domicile et habitat intermédiaire.

Cette implantation au sein d'un site médico-social du CCAS contribuera également à renforcer les synergies internes, notamment en matière de coordination des parcours, de prévention de la perte d'autonomie et d'actions collectives à destination des publics accompagnés.

4.1.2 Accessibilité et stationnement

Les locaux sont accessibles au public et situés à proximité de l'entrée principale des Eaux Vives au sein du site du Centre Hospitalier Victor Jousselin. Une signalétique permet l'orientation des usagers

Un **stationnement visiteurs** est disponible à proximité, incluant des places réservées aux personnes à mobilité réduite, afin de garantir un accès facilité aux locaux.

Un stationnement dédié aux professionnels est également prévu pour les véhicules de service, facilitant les déplacements à domicile et la réactivité des interventions.

4.1.3 Conformité aux attendus qualité

L'organisation des locaux garantit :

- La confidentialité des échanges avec les usagers,
- Des conditions d'accueil adaptées,

- Des espaces de travail permettant la coordination des équipes,
- Une accessibilité facilitée pour les publics accompagnés.

4.2 Equipements

4.2.1 Véhicules de service

Les professionnel(le)s disposent d'une flotte de 15 véhicules de service, gérée dans le cadre d'un marché public, afin de sécuriser les déplacements liés aux interventions à domicile.

Le service dispose par ailleurs de 6 véhicules, dont :

- 2 véhicules électriques sans permis,
- 2 véhicules électriques,
- 2 véhicules thermiques.

Cette flotte constitue un levier important pour **la continuité et la qualité du service**. Elle permet de sécuriser les déplacements professionnels, de garantir la régularité des interventions à domicile et de faciliter l'organisation des tournées sur l'ensemble du territoire d'intervention.

Elle contribue également à **l'amélioration des conditions d'exercice des professionnel(le)s** en limitant le recours aux véhicules personnels et en facilitant les déplacements quotidiens. La mise en place d'un remisage à domicile des véhicules, autorisé par délibération du Conseil d'administration, permet d'optimiser les temps de trajet, notamment lors des coupures entre interventions, dans un cadre strictement professionnel.

La présence de **véhicules sans permis constitue une plus-value significative** pour le service. Elle permet de lever les freins liés à la mobilité en facilitant le recrutement de professionnels ne disposant pas encore du permis de conduire, contribuant ainsi à l'attractivité du service dans un contexte de tensions sur les métiers du domicile.

La part croissante de véhicules électriques s'inscrit par ailleurs dans une démarche progressive de transition écologique portée dans le cadre du projet d'établissement du CCAS.

La flotte de véhicules fait l'objet d'une gestion organisée combinant véhicules mutualisés et véhicules à usage régulier par agent. Un planning hebdomadaire permet d'identifier les affectations par jour et par agent. Cette organisation garantit la continuité des interventions tout en optimisant l'utilisation de la flotte. Chaque agent utilisateur est garant de l'entretien courant du véhicule qui lui est confié. Des temps dédiés sont identifiés dans les plannings afin de permettre la réalisation de cet entretien dans de bonnes conditions.

4.2.2 Logiciel métier

Le SAD Mixte s'appuie sur la suite logicielle Millésime Maintien à domicile, développée par Arche MC2, pour la gestion de ses interventions Aide et Soins.

Le dossier usager centralise toutes les informations utiles pour une prise en charge individualisée.

Il permet pour les services d'aide et de soins :

- **Gestion des interventions** : planification, suivi en temps réel et historique des prestations.
- **Télégestion mobile** : les professionnel(le)s disposent d'un smartphone pour pointer leurs arrivées et départs, ce qui permet un suivi immédiat et transparent. Leur smartphone permet une lecture complète des informations relatives aux missions à réaliser, les contacts des proches.
- **Communication automatisée** : envoi de SMS ou e-mails aux usagers, à leurs aidants ou à la famille pour transmettre les plannings ou toute information pertinente.
- Transmissions ciblées entre les professionnel(le)s pour le suivi des prises en charge,
- **Gestion administrative** : facturation (usagers et financeurs), suivi financier, archivage des documents et gestion des encaissements.
- **Statistiques, évaluations et traçabilité** : extraction de données pour piloter le service, produire des tableaux de bord et suivre les indicateurs de performance.
- **Envoi des interventions via la plateforme ASAPRO** pour le suivi et facturation des plans d'aides financés par le département.

En complément, le service prévoit le déploiement d'une messagerie sécurisée de santé (**MSSanté**) afin de sécuriser les échanges avec les professionnels de santé dans le respect des règles de confidentialité.

Le système d'information s'inscrit dans le cadre des exigences relatives à la protection des données personnelles et au respect du secret professionnel.

Par ailleurs, l'outil AGEVAL est mobilisé pour le suivi des événements indésirables et l'amélioration continue des pratiques.

5. Moyens humains

5.1 La cheffe de pôle seniors-handicap

La cheffe de pôle assure le pilotage stratégique, administratif et financier du service autonomie. Elle garantit la mise en œuvre des orientations du CCAS, la qualité des accompagnements et le respect du cadre réglementaire.

Elle veille à la cohérence globale des services du pôle, au développement des partenariats et à l'adaptation de l'offre aux besoins du territoire dans une logique de coordination des parcours.

5.2 La responsable Aide

La responsable Aide assure l'encadrement et le pilotage opérationnel de l'activité aide à domicile. Elle encadre les équipes, organise les interventions, réalise les évaluations à domicile et veille à la qualité des accompagnements.

Elle assure le suivi administratif et financier de l'activité, participe aux astreintes et contribue à la coordination avec les partenaires et les autres services du CCAS.

Dans le cadre des **prises en charge mixtes**, elle est identifiée comme **référente coordinatrice**.

5.3 La responsable Soins / Infirmière coordinatrice (IDEC) et son adjointe

L'infirmière coordinatrice assure le pilotage de l'activité de soins et encadre l'équipe soignante.

Elle évalue les besoins en soins, organise les interventions à domicile et veille à la qualité et à la sécurité des soins.

Elle coordonne les relations avec les professionnels de santé et contribue à la continuité des parcours.

Dans le cadre du service autonomie mixte, elle assure la coordination du volet soins en articulation étroite avec la responsable Aide.

Le poste d'adjointe à l'infirmière coordinatrice est inscrit dans l'organigramme du service. Il est actuellement vacant depuis 2019.

5.4 Les assistantes de vie à domicile et les aides à domicile.

L'équipe aide est composée d'aides à domicile et d'assistantes de vie aux familles (ADV F) (28ETP).

Les aides à domicile interviennent principalement sur l'entretien du cadre de vie, la préparation des repas, les courses et le maintien du lien social.

Les ADV F interviennent sur des actes nécessitant une qualification spécifique, notamment l'aide à la toilette, les transferts et les accompagnements renforcés. Elles assurent également les interventions les week-ends et jours fériés.

Les missions comprennent notamment :

- L'aide aux actes de la vie quotidienne,
- L'entretien du logement,
- Le maintien du lien social,
- La vigilance quant à l'état général de la personne et la transmission d'informations à l'équipe.

5.5 Les auxiliaires de soins (13 ETP)

Elles assurent, sous la responsabilité des infirmières, des soins d'hygiène et de confort au domicile des personnes accompagnées.

Elles participent à l'observation de l'état de santé, à la transmission des informations utiles à l'équipe soignante et à la prévention de la perte d'autonomie. Par leur présence régulière, elles contribuent à la continuité et à la qualité des soins.

5.6 Les assistantes administratives (2 ETP)

Elles assurent l'accueil, le suivi administratif des dossiers et le soutien au fonctionnement du service.

Elles contribuent à la gestion des plannings, au suivi des prises en charge, à la facturation et à la relation avec les usagers et partenaires.

5.7 Personnel hors service :

Le service soins s'appuie sur des infirmiers libéraux pour la réalisation des actes infirmiers au domicile des patients, dans le respect du libre choix du patient.

Les infirmiers libéraux assurent les soins techniques prescrits par le médecin traitant.

Leur intervention s'inscrit en complémentarité des soins réalisés par l'équipe du service.

Les actes réalisés sont pris en charge financièrement dans le cadre du fonctionnement du SSIAD, conformément à la réglementation en vigueur.

Dans ce cadre, le service conclut des conventions avec les infirmiers libéraux afin de formaliser les modalités d'intervention, de coordination et de facturation.

6. L'organisation du service

6.1 Amplitude horaire des interventions

Modalité	Amplitude actuelle
Soins	7 jours sur 7, du lundi au dimanche y compris les jours fériés, de 8h à 19h
Aide	7 jours sur 7, du lundi au dimanche y compris les jours fériés, de 8h à 20h

Les prestations d'aide et de soins fonctionnent actuellement sur des amplitudes différentes.

Dans une logique de service autonomie mixte, une réflexion est engagée afin de faire évoluer l'organisation du travail et de mieux répondre aux enjeux de continuité des interventions et aux besoins des personnes accompagnées, tant pour le volet aide que pour le volet soins.

Les équipes soins ont adopté une organisation en journées de 10 heures depuis le printemps 2024. Cette organisation fera l'objet d'une évaluation dans le cadre du présent projet de service afin d'en apprécier les effets, notamment en termes de continuité des

soins, de qualité des accompagnements, de conditions de travail des professionnels et d'adéquation aux besoins des usagers et du fonctionnement du service.

Les enseignements de cette évaluation permettront d'orienter les évolutions organisationnelles à venir, en lien avec la mise en œuvre du service autonomie mixte.

6.2 L'accueil du public

Le service accueille les usagers selon les modalités suivantes :

- Du lundi au jeudi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30,
- Le vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h00.

Un accueil physique et téléphonique est assuré par l'équipe administrative, permettant :

- L'information des usagers et des familles, des partenaires,
- L'analyse des demandes,
- L'orientation vers les prestations adaptées.

Afin de **garantir la continuité de service**, une astreinte téléphonique est assurée en dehors des horaires d'ouverture pour les équipes aide et soins.

Dans le cadre du déploiement du service Aide et Soins il est envisagé de mutualiser ces astreintes.

Cette organisation s'inscrit dans les exigences de continuité des accompagnements applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux intervenant à domicile.

L'astreinte permet d'apporter une réponse aux usagers, aux familles et aux professionnels en cas de **situation imprévue survenant en dehors des heures d'ouverture** du service et nécessitant un **ajustement des interventions**.

Elle est assurée le soir après la fermeture des bureaux, jusqu'à la fin des interventions à domicile, ainsi que les week-ends et jours fériés.

Elle permet notamment de **signaler toute situation impactant l'organisation des interventions** (hospitalisation, absence imprévue du bénéficiaire, modification de planning, difficulté rencontrée au domicile par les professionnelles, urgence ...).

En cas **d'urgence vitale**, il est demandé aux professionnelles de **contacter directement les services d'urgence** puis d'en informer l'astreinte.

Le service dispose de messageries génériques dédiées permettant de centraliser les demandes et sollicitations.

Dans le cadre de la création du service autonomie mixte, une adresse électronique commune sera mise en place afin de renforcer la lisibilité du service.

Pour les échanges entre professionnels relevant du champ des soins, le déploiement d'une messagerie sécurisée MSSanté est engagé afin de garantir la confidentialité des données de santé.

6.3 Procédure de gestion des situations d'urgence

Le service autonomie mixte dispose d'une organisation permettant de gérer les situations d'urgence susceptibles de survenir au domicile ou en lien avec les interventions.

On distingue notamment :

- Les urgences vitales (malaise, chute grave, détresse respiratoire),
- Les urgences médico-sociales (dégradation rapide de l'état de santé, isolement aigu, rupture d'aidance),
- Les urgences organisationnelles (absence imprévue, impossibilité d'accès au domicile, situation à risque).

En cas d'urgence vitale, les professionnels contactent immédiatement les services de secours (15 ou 112),

puis informent l'encadrement du service.

Une astreinte téléphonique est assurée en dehors des horaires d'ouverture afin de permettre :

- L'information du service en cas d'événement imprévu,
- L'adaptation rapide des interventions,
- La mobilisation des relais nécessaires.

Les situations signalées font l'objet d'une analyse interne et, si nécessaire, d'une coordination avec les partenaires (médecin traitant, services hospitaliers, proches, services sociaux, ...).

V. Parcours de l'usager et modalités d'intervention

Afin d'illustrer concrètement ces missions, les modalités d'intervention du service sont détaillées dans les parties suivantes, décrivant le parcours d'accompagnement et l'organisation opérationnelle du service.

1. Analyse de la demande et évaluation des besoins

L'analyse de la demande constitue une étape primordiale du parcours d'accompagnement. Elle vise à apprécier la situation globale de la personne, identifier ses besoins et définir les modalités d'intervention les plus adaptées.

La première demande, recueillie par l'équipe administrative, constitue l'entrée dans le parcours au sein du service autonomie mixte. Elle donne lieu à un recueil d'informations initial formalisé au moyen d'une **fiche de pré-évaluation** permettant d'identifier les besoins exprimés et le contexte de la demande.

Ce premier niveau d'analyse permet d'orienter l'évaluation vers le volet aide, soins ou une prise en charge mixte.

Un rendez-vous d'évaluation est systématiquement réalisé au domicile par un professionnel du service habilité, selon la nature des besoins : responsable du volet aide, infirmière coordinatrice pour le volet soins, ou conjointement dans les situations mixtes.

Cette première visite permet d'apprécier l'état de santé, le niveau d'autonomie, l'environnement social et familial, les conditions de logement ainsi que les ressources mobilisables afin d'élaborer un plan d'intervention adapté.

Aucune intervention ne peut être mise en œuvre sans cette étape préalable d'évaluation, incluant systématiquement une visite au domicile de la personne.

1.2 Articulations externes pour l'évaluation

L'évaluation s'inscrit dans une dynamique partenariale. Selon les situations, le service s'appuie sur les équipes hospitalières, la Maison Départementale de l'Autonomie, les médecins traitants, les partenaires médico-sociaux (DAC, CPTS, HAD) et les travailleurs sociaux afin de sécuriser les parcours et d'éviter les ruptures de prise en charge.

1.3 Évaluation de la sécurité

Lors de la visite de 1^{ère} évaluation et tout au long de l'accompagnement, une attention particulière est portée à la sécurité au domicile, tant pour la personne accompagnée que pour les professionnels. Cela intègre notamment les risques domestiques, les conditions d'accès au logement, la présence d'aides techniques et les situations à risque.

Des préconisations peuvent être formulées afin d'adapter l'environnement ou les modalités d'intervention.

Ainsi, lorsque l'intervention nécessite la mise en place d'une aide technique indispensable à la sécurité des soins ou de l'accompagnement, celle-ci doit être effective avant le début des interventions.

2. Information et contractualisation

2.1 Livret d'accueil

Un livret d'accueil est remis lors de l'admission. Il présente les missions du service, les modalités d'intervention, les droits des usagers et les coordonnées utiles.

Dans le cadre du service autonomie mixte, un livret mutualisé aide et soins est en cours d'élaboration.

2.2 Règlement de fonctionnement

Un règlement de fonctionnement mutualisé, commun aux volets aide et soins, est en cours de validation par les instances compétentes. Il précise les droits et obligations des usagers et du service.

Ce document définit notamment les modalités d'intervention, les règles de sécurité, les engagements réciproques ainsi que les procédures de réclamation et de participation des usagers.

Conformément au cadre réglementaire applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, le règlement de fonctionnement est soumis à l'approbation du Conseil d'administration du CCAS. Il est également présenté pour avis aux instances consultatives compétentes, notamment le Comité Social Territorial (CST), préalablement à sa diffusion.

2.3 Document Individuel de Prise en Charge (DIPEC)

À l'issue de la visite d'évaluation, le Document Individuel de Prise en Charge (DIPEC) est remis à la personne accompagnée ou à son représentant.

Ce document formalise le cadre contractuel de l'intervention du service. Il précise notamment la nature des prestations proposées (aide, soins ou accompagnement mixte), leur fréquence, les modalités d'intervention ainsi que les engagements réciproques du service et de la personne accompagnée.

Dans le cadre du service autonomie mixte, le DIPEC constitue un document commun aux volets aide et soins, garantissant la lisibilité de l'accompagnement et la cohérence des interventions.

Il est signé par la personne accompagnée ou son représentant et peut être révisé à tout moment en fonction de l'évolution des besoins, notamment lors des réévaluations.

2.4 Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)

Chaque usager bénéficie d'un projet d'accompagnement personnalisé élaboré à partir de l'évaluation initiale.

Selon la nature de la prise en charge, ce projet précise :

- Pour le volet aide : les objectifs d'accompagnement à domicile et les modalités d'intervention au quotidien,
- Pour le volet soins : les objectifs de soins, les modalités de suivi et l'articulation avec les professionnels de santé,
- Dans les situations mixtes : les modalités de coordination entre les équipes aide et soins afin d'assurer la cohérence des interventions.

Le projet est construit avec la personne accompagnée et, le cas échéant, avec ses proches ou son représentant légal.

Il constitue le cadre de référence des interventions et fait l'objet d'ajustements réguliers en fonction de l'évolution des besoins.

2.5 Mise en œuvre et suivi du projet personnalisé

La mise en œuvre du projet d'accompagnement personnalisé repose sur l'implication de l'ensemble des professionnels intervenant auprès de la personne.

Le suivi opérationnel s'appuie notamment sur :

- Une désignation de référents au sein du service, garants de la cohérence de l'accompagnement,
- Des transmissions régulières entre professionnels (écrites et orales) permettant d'actualiser en continu l'analyse de la situation,
- L'implication de la personne accompagnée et, le cas échéant, de ses proches ou représentants légaux dans les ajustements du projet.

Le projet personnalisé fait l'objet d'une **réévaluation régulière, a minima annuelle, et chaque fois que l'évolution de la situation le nécessite** (retour d'hospitalisation, perte d'autonomie, modification du cadre de vie, alerte des professionnels ou des aidants).

La traçabilité des réévaluations et des ajustements est assurée dans le dossier usager informatisé, garantissant la continuité des informations entre les équipes aide et soins et la sécurisation du parcours.

Dans les situations mixtes, cette démarche s'inscrit dans une coordination renforcée entre les équipes aide et soins afin d'assurer une adaptation continue des interventions et prévenir les ruptures de parcours.

3. Réalisation des interventions

3.1 Organisation générale

Les interventions sont organisées dans une logique de continuité et de coordination, en tenant compte des besoins de la personne accompagnée, des compétences mobilisées et des contraintes organisationnelles du service.

La planification des interventions est réalisée à l'aide du logiciel métier du service, garantissant la traçabilité des interventions, le suivi en temps réel et une vision globale des plannings.

Elle est assurée opérationnellement par les assistantes administratives du service, sous la supervision des responsables de service (responsable aide et infirmière coordinatrice pour le volet soins). Cette organisation permet d'assurer la cohérence des interventions, d'anticiper les ajustements nécessaires et de garantir la continuité des accompagnements.

Les plannings d'intervention sont communiqués aux usagers en début de mois. Ils précisent notamment les périodes d'intervention ainsi que les professionnels susceptibles d'intervenir au domicile.

Chaque usager dispose d'un dispositif de télégestion permettant l'horodatage des interventions et la sécurisation du suivi des prestations.

Les professionnels du service sont équipés d'un smartphone professionnel permettant la consultation des plannings en temps réel l'accès aux tâches à réaliser au domicile et leur identification auprès des usagers grâce à une carte professionnelle dématérialisée.

3.2 Suivi des interventions

Le suivi des interventions repose sur :

- Des transmissions écrites pour les aidants et autres professionnels médico-social intervenant auprès de l'usager,
- Des transmissions numériques (via le logiciel métier) entre professionnels,
- Des réunions d'équipe régulières,
- Des visites de suivi au domicile par les encadrants,
- Des échanges avec les partenaires intervenant auprès de la personne.

Ces différentes modalités permettent d'ajuster les interventions, d'anticiper les évolutions de situation et de garantir la qualité des accompagnements.

Un classeur « soins » ou cahier de liaison « aide » est remis au bénéficiaire lors de la mise en place de l'accompagnement.

Dans le cadre de la structuration en service autonomie mixte ces supports feront l'objet d'une harmonisation.

3.3 Gestion des situations complexes

Le service peut adapter rapidement les accompagnements en cas de situation complexe ou à risque.

Selon les situations, cela peut inclure :

- Une réévaluation rapide au domicile,
- La mobilisation de l'encadrement,
- La coordination renforcée avec les partenaires sanitaires ou médico-sociaux,
- L'adaptation temporaire des interventions.

Ces dispositions visent à sécuriser les parcours, prévenir les ruptures d'accompagnement et garantir la protection des personnes accompagnées et des professionnels.

3.4 Prestations d'aide et d'accompagnement

Les prestations d'aide ont pour objectif de soutenir l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne et de favoriser le maintien à domicile.

Elles comprennent notamment :

- L'aide à la toilette et à l'habillage,
- La préparation des repas et l'aide à la prise alimentaire,
- L'entretien courant du logement,
- L'accompagnement à la mobilité et aux déplacements de proximité,
- Le soutien au lien social et à la vie quotidienne.

Les interventions s'inscrivent dans une approche favorisant le maintien des capacités de la personne. Elles privilégient, chaque fois que possible, le « **faire avec** » plutôt que le « **faire à la place** », afin de **soutenir l'autonomie et la participation de la personne** aux actes du quotidien.

Les professionnels adaptent leurs pratiques en fonction des capacités et des souhaits de la personne accompagnée, dans une logique de stimulation, de valorisation des compétences et de prévention de la perte d'autonomie.

Les interventions sont réalisées par des professionnels qualifiés, dans le respect du projet d'accompagnement personnalisé et en coordination avec les autres intervenants au domicile.

En fonction des besoins, les interventions peuvent également s'articuler avec **les services complémentaires du CCAS** (portage de repas, téléassistance, interventions ponctuelles à domicile), mobilisés afin de sécuriser les parcours et de favoriser le maintien à domicile. Cette complémentarité **constitue un atout pour les usagers** en facilitant la continuité des accompagnements et l'adaptation des réponses à l'évolution des besoins.

5. Prestations de soins

Les prestations de soins visent à maintenir ou restaurer l'autonomie de la personne à domicile, à prévenir les complications liées à la perte d'autonomie et à éviter les hospitalisations.

Elles sont réalisées sur prescription médicale, dans le respect du rôle propre infirmier et des compétences des professionnels du service.

5.1 Organisation des soins dispensés par le service

Les soins sont assurés par l'équipe soignante du service, sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice, qui évalue les besoins, organise les interventions et assure la continuité des prises en charge.

Les prestations comprennent notamment :

- Les soins d'hygiène et de confort,
- La surveillance clinique et le suivi de l'état de santé,
- Les actions de prévention (chutes, escarres, dénutrition),
- L'éducation à la santé et le soutien à l'autonomie dans les gestes du quotidien.

Les soins techniques sont réalisés par des infirmiers libéraux conventionnés avec le service, dans le respect de la prescription médicale et en coordination avec l'équipe soignante.

L'organisation des soins s'inscrit dans une logique de continuité, avec une planification adaptée aux besoins des patients et une coordination étroite avec les autres intervenants à domicile.

5.2 Conventionnement avec les professionnels de santé

Le service travaille en complémentarité avec les médecins traitants, les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les structures hospitalières.

Dans le cadre de la création du service Autonomie, des conventions permettront de formaliser les modalités de coopération. Elles devront préciser les conditions d'intervention, les modalités de coordination et les règles de transmission d'informations.

6. Prévention et soutien aux aidants

Le service contribue au soutien des aidants en repérant leurs besoins, en les orientant vers les dispositifs existants et en favorisant leur participation au projet d'accompagnement.

Lorsque nécessaire, le service propose :

- Des temps d'échanges dédiés avec les professionnels,
- Une information sur les droits et dispositifs existants,
- Une orientation vers les ressources du territoire (plateformes de répit, dispositifs de soutien aux aidants, partenaires associatifs).

Cette démarche vise à prévenir l'épuisement des aidants et à sécuriser la continuité des accompagnements à domicile.

Le service souhaite renforcer le **repérage des besoins des aidants** en s'appuyant sur les outils nationaux de référence, notamment les recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives au répit des aidants. Cet axe d'amélioration visera à structurer les pratiques de repérage, harmoniser les modalités d'évaluation et renforcer l'orientation vers les dispositifs de soutien du territoire pour l'ensemble des professionnels du service.

7. Coordination intégrée aide + soins

7.1 Organisation de la coordination

Dans les situations de prises en charge mixtes, une coordination renforcée est mise en place entre les volets aide et soins.

La responsable du volet aide est identifiée comme référente du parcours pour ces situations, en lien étroit avec l'infirmière coordinatrice. Elle assure la lisibilité de l'accompagnement pour la personne accompagnée et ses proches, et veille à la cohérence globale des interventions.

7.2 Outils de coordination

La coordination opérationnelle s'appuie sur des outils partagés facilitant la circulation de l'information entre professionnels.

Les outils mobilisés au sein du service :

- Le **logiciel métier commun** permettant la traçabilité des interventions et des transmissions,
- Les réunions mixtes aide-soins,
- Les transmissions ciblées entre professionnels,
- Le classeur de liaison au domicile (mutualisation/harmonisation en cours d'élaboration),
- Le DIPEC et projet d'accompagnement personnalisé commun.

Ces outils favorisent la continuité des informations, la réactivité des équipes et la cohérence des interventions au domicile.

8. Coordination territoriale et partenariats

En complément de son positionnement territorial présenté précédemment, le service autonomie mixte développe un réseau partenarial opérationnel permettant de sécuriser les parcours à domicile.

Il travaille en lien étroit avec :

- Les médecins traitants et professionnels libéraux,
- Les établissements de santé du territoire,
- Les dispositifs d'appui à la coordination,
- Les acteurs médico-sociaux et sociaux locaux.

Ces coopérations permettent :

- D'assurer la continuité des parcours,

- De faciliter les entrées et sorties d'hospitalisation,
- De mobiliser des réponses complémentaires en fonction des besoins.

Le service participe également aux dynamiques territoriales en lien avec les politiques publiques locales en faveur du maintien à domicile.

VI. Développement des compétences et QVCT

1. Le recrutement

Le recrutement constitue une étape clé pour garantir la **qualité et la continuité des accompagnements** assurés par le Service Autonomie Mixte. Il s'inscrit dans une démarche structurée, portée conjointement par le SAD mixte et le service des Ressources Humaines de la Ville de Dreux.

Dans ce cadre, une **attention particulière** est accordée à l'évaluation des compétences des candidats, à la fois :

- **Techniques**, pour assurer la maîtrise des gestes professionnels et le respect des protocoles,
- **Sociales et relationnelles**, indispensables à la qualité de l'accompagnement (écoute, bienveillance, respect des personnes accompagnées).

La dimension relationnelle et la capacité à adopter une posture bientraitante sont des critères essentiels lors du recrutement, au même titre que les compétences techniques.

Le processus de sélection s'appuie sur des outils permettant une évaluation complète :

- Des **mises en situation pratiques**, visant à apprécier la capacité d'adaptation et leur compréhension des réalités du domicile,
- Un **questionnaire écrit**, destiné à mesurer leurs aptitudes en matière de communication, de rédaction, essentielles pour la qualité des transmissions et la traçabilité des interventions.

Afin de garantir la transparence et l'objectivité du recrutement, le service s'appuie sur le **recrutement de l'UNCCAS**, qui propose une trame d'entretien et des outils méthodologiques adaptés au secteur du domicile.

Un procès-verbal est réalisé par le service de ressources humaines à l'issue des jurys de recrutement. Ces choix traduisent la volonté du CCAS de Dreux de recruter des agents **qualifiés, adaptés et engagés**, capables de répondre aux enjeux de proximité, de sécurité et de qualité de vie des bénéficiaires.

En cas de candidature retenue, l'intégration de l'agent est organisée de manière structurée : Mise en place d'un **binôme d'intégration**, permettant un accompagnement personnalisé,

- Durée d'une semaine,
- Entretien de suivi à la suite de la prise de poste,
- Contact auprès des bénéficiaires et/ou visite à domicile pour mesurer le niveau de satisfaction,
- Transmission progressive des informations, procédures et bonnes pratiques nécessaires à une **prise de poste sécurisée et efficace**.

Le service peut en cas d'absence de recrutement pérenne faire appel à des vacataires pour l'aide et le soin. Ces vacations permettent une réponse rapide garantissant la continuité de service auprès des usagers.

Pour ce faire le service dispose d'un abonnement à la **plateforme Hublo** qui permet la diffusion des missions et la sélection des candidat(e)s.

Un **logigramme et une procédure de sélection et de traitement** a été réalisé afin d'assurer la réactivité des recrutements dans ce cadre.

2. Le suivi et l'accompagnement des professionnels

Le service met en place plusieurs espaces collectifs et individuels visant à soutenir les professionnels, favoriser la coordination des équipes et accompagner les évolutions des pratiques dans un contexte de service autonomie mixte.

2.1 Les réunions d'équipe

Les réunions d'équipe se tiennent une fois par mois et sont animées respectivement par les responsables aide et soins du service. Elles constituent un temps institutionnalisé d'échanges collectifs entre les professionnelles, organisé par métier tout en s'inscrivant dans la dynamique globale de service autonomie mixte.

Ces réunions ont pour objectifs de :

- Transmettre les informations organisationnelles nécessaires à la continuité et à la qualité du service,
- Faire le point sur les accompagnements en cours, identifier les situations complexes et partager les observations de terrain.
- Ajuster les plans d'intervention en fonction de l'évolution des besoins des usagers,
- Renforcer la cohésion d'équipe par la mise en commun des expériences et la valorisation des



- pratiques professionnelles,
- Assurer la circulation des informations au sein du service et avec le CCAS.

Au-delà de leur fonction d'information, ces réunions constituent un espace de réflexion partagée favorisant la qualité des accompagnements, la transversalité avec les autres services du CCAS et le sentiment d'appartenance à une équipe.

2.2 Les réunions de coordination mixte

En complément des réunions de service métiers, des temps réguliers de coordination réunissant les équipes aide et soins sont organisées.

Ces réunions visent à favoriser une approche décloisonnée des accompagnements et à renforcer la cohérence des interventions dans le cadre du service autonomie mixte.

Elles permettent notamment :

- Le partage d'informations sur les situations accompagnées,
- L'analyse conjointe des situations,
- L'ajustement coordonné des interventions,
- La prévention des ruptures de parcours,
- Le renforcement de la culture commune entre professionnels de l'aide et du soin.

Ces temps de coordination contribuent à la fluidité des parcours à domicile et à l'amélioration continue de la qualité des accompagnements.

2.3 Les temps de transmission « soins »

Un temps de transmission dédié au volet soins se tient chaque jeudi de 13h30 à 14h30, réunissant les professionnels du secteur soins.

Il permet de partager les informations relatives au suivi des patients, d'identifier les situations nécessitant une vigilance particulière et de garantir la continuité et la qualité des soins à domicile. Ces temps contribuent également à l'articulation avec les autres interventions du service autonomie mixte.

2.4 Les groupes d'analyse de pratiques

Dans le cadre de sa politique de soutien aux professionnels et d'amélioration continue des pratiques, le CCAS de Dreux met en place des groupes d'analyse de pratiques mensuels à destination de l'ensemble de ses équipes.

Animés par un intervenant extérieur qualifié, ces temps collectifs constituent un espace d'échange et de réflexion distinct de toute supervision hiérarchique ou évaluation individuelle. Les groupes d'analyse de pratiques sont organisés de manière décloisonnée à l'échelle du pôle, permettant des regards croisés entre services et favorisant l'interconnaissance entre professionnels.

Ils poursuivent plusieurs objectifs :

- Favoriser la prise de recul face aux situations complexes ou marquantes,
- Analyser collectivement les difficultés rencontrées sur le terrain et dégager des pistes d'amélioration,
- Encourager le partage d'expériences dans un cadre bienveillant et sans jugement,
- Renforcer la cohésion d'équipe et développer une culture commune face aux situations sensibles,
- Contribuer à la prévention de l'usure professionnelle en apportant un soutien méthodologique et réflexif.

En complément, des entretiens individuels peuvent être proposés, de manière ponctuelle, pour les situations professionnelles particulièrement marquantes nécessitant un accompagnement personnalisé.

Ces groupes s'inscrivent dans la démarche globale du CCAS visant à soutenir ses équipes, améliorer la qualité des interventions et garantir un accompagnement adapté et sécurisé des usagers.

2.5 Les temps de travail en plénière

Des temps de travail dits « en plénière » sont organisés lors des moments forts du service, mobilisant l'ensemble des professionnels autour de thématiques transversales.

Ils peuvent notamment porter sur :

- Le projet de service,
- Le projet d'établissement,
- La restitution du rapport d'activité,
- Des temps de cohésion d'équipe,
- Des sujets structurants pour l'évolution du service.

Ces temps collectifs favorisent le partage d'informations, la construction d'une culture commune et la mobilisation des équipes autour des orientations du service et de l'établissement.

2.6 L'évaluation annuelle des professionnel(le)s

Chaque année, l'ensemble des professionnel(le)s bénéficie d'un entretien professionnel conduit par le supérieur hiérarchique direct, conformément aux dispositions du Code général de la fonction publique. Cet entretien constitue un temps privilégié d'échange entre l'agent et l'encadrement. Il permet :

- De réaliser le bilan de l'année écoulée (activité, résultats, pratiques professionnelles),
- De reconnaître l'investissement des agents et d'identifier les éventuelles difficultés rencontrées,
- De définir des objectifs pour l'année à venir, en cohérence avec les orientations du service,
- D'actualiser, le cas échéant, la fiche de poste,
- D'aborder les perspectives d'évolution professionnelle (formation, mobilité, évolution de carrière).

L'entretien professionnel s'inscrit dans un cadre réglementaire obligatoire et fait l'objet d'un compte rendu formalisé, remis à l'agent dans le respect des procédures en vigueur.

Au sein du service autonomie, ces temps participent à l'accompagnement des parcours professionnels, à la reconnaissance du travail des équipes et à l'amélioration continue du fonctionnement du service.

2.7 Ressources humaines prévisionnelles

Dans le cadre du déploiement du service autonomie mixte, le CCAS a défini une trajectoire d'effectifs visant à sécuriser la continuité des accompagnements et à accompagner le développement des prises en charge mixtes.

Les effectifs prévisionnels sont structurés autour :

- D'équipes d'intervention qualifiées (aides-soignantes, assistantes de vie, aides à domicile),
- D'un poste administratif renforcé.

La trajectoire prévisionnelle repose sur :

- La stabilisation des effectifs actuels,
- Le renforcement progressif des compétences (ADVF, aides-soignantes),
- L'adaptation des ressources en fonction de l'évolution de la file active et des besoins du territoire.

Un suivi annuel des effectifs est réalisé afin d'ajuster les recrutements aux besoins observés, dans une logique de soutenabilité et de qualité de service.

3. La formation

Dans la continuité des pratiques des services SAAD et SSIAD, le service autonomie mixte poursuit sa dynamique de professionnalisation et de montée en compétences des professionnels.

Un **plan de formation annuel** est élaboré à l'échelle du **pôle seniors**, permettant d'identifier les besoins en formation et de structurer une offre adaptée aux enjeux du domicile et du public âgé ou en situation de handicap.

Cette organisation favorise, lorsque cela est pertinent, la **mutualisation de certaines actions de formation** entre services, afin d'optimiser les ressources et de faciliter les échanges de pratiques.

La politique de formation s'inscrit dans une logique de montée en compétences continue des équipes, visant à :

- Renforcer les savoir-faire techniques liés à l'accompagnement à domicile,
- Accompagner l'évolution des métiers dans le cadre du service autonomie mixte
- Développer les compétences transversales (coordination, repérage des fragilités, travail en équipe pluridisciplinaire),
- Sécuriser les pratiques professionnelles.

Depuis 2024, un travail de coopération est engagé avec le CCAS de Vernouillet et son service d'aide à domicile afin de mutualiser certaines formations destinées aux équipes aide.

Cette démarche permet de limiter l'impact sur la continuité de service, en évitant de mobiliser un trop grand nombre de professionnels simultanément, tout en facilitant l'accès à des formations sur plusieurs sessions.

Axes de formation 2026

Le plan de formation 2026 s'inscrit dans la mise en œuvre du service autonomie mixte et vise à accompagner la montée en compétences des professionnels.

Il s'articule autour de plusieurs priorités :

- La sécurisation des interventions à domicile (prévention des risques professionnels),
- L'amélioration de la qualité des accompagnements (bienveillance, fin de vie),
- Le développement des compétences relationnelles face aux situations complexes.

Des actions de formation sont mutualisées entre les équipes aide et soins afin de favoriser une culture

commune et accompagner l'évolution des pratiques.

Des coopérations sont également engagées à l'échelle du pôle et du territoire, notamment avec d'autres services d'aide à domicile, afin d'optimiser les ressources et de faciliter l'accès à la formation.

Cette structuration contribue à professionnaliser les interventions, renforcer l'accompagnement des usagers et soutenir l'attractivité des métiers du domicile.

4. Qualité de Vie et Conditions de Travail

4.1 Prévention des risques professionnels

La prévention des risques professionnels constitue un enjeu important du fonctionnement du service autonomie mixte.

Le CCAS dispose de **Documents Uniques d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP)** distincts pour les activités d'aide et de soins, régulièrement actualisés et intégrés dans la démarche globale de prévention.

Ces documents identifient les principaux risques liés aux interventions à domicile, notamment :

- Les risques physiques (manutention, troubles musculosquelettiques, chutes),
- Les risques biologiques et infectieux (exposition aux pathologies, AES),
- Les risques routiers liés aux déplacements professionnels
- Les risques psychosociaux (charge mentale, travail isolé, confrontation à la dépendance ou au décès),
- Les contraintes liées aux conditions d'intervention au domicile (logements inadaptés, hygiène, agressivité).

La prévention repose sur plusieurs leviers :

- Mise à disposition d'équipements de protection adaptés,
- Formations régulières (gestes et postures, gestion des situations difficiles, hygiène),
- Organisation du travail visant à limiter l'isolement professionnel,
- Évaluation préalable des domiciles et adaptation des interventions,
- Accompagnement des équipes (groupes d'analyse de pratiques, encadrement de proximité).

Le service dispose également d'un **livret de sécurité destiné aux professionnels de l'aide à domicile**, présentant les principaux risques liés aux interventions ainsi que les consignes de prévention et de conduite à tenir en cas d'incident.

Ce document constitue un support opérationnel complémentaire aux DUERP.

Dans le cadre du service autonomie mixte, une **harmonisation progressive des actions de prévention** est engagée. Elle comprend notamment l'actualisation des supports existants, dont le livret de sécurité, afin d'intégrer les spécificités des activités d'aide et de soins et de renforcer une culture commune de sécurité au travail.

4.2 Matériel adapté disponible.

4.2.1 Les équipements de Protection Individuels (EPI)

Des équipements de protection individuelle sont mis à disposition des professionnels afin de garantir leur sécurité ainsi que celle des personnes accompagnées.

Les assistantes de vie disposent notamment :

- D'une chasuble de travail,
- De gants de ménage,
- De gants et tabliers à usage unique pour les actes d'hygiène,
- De masques chirurgicaux ou FFP2 selon les situations,
- De chaussures antidérapantes.

Les aides-soignantes disposent quant à elles :

- De gants et tabliers à usage unique,
- De masques chirurgicaux ou FFP2 selon les situations
- Une liste des équipements à mettre à disposition est remis à l'entrée dans le service aux usagers.

Dans le cadre du rapprochement des services, une réflexion est engagée afin **d'harmoniser les équipements et de doter progressivement chaque professionnel(le) d'une tenue de travail adaptée**, contribuant à renforcer la prévention des risques professionnels et l'identification du service

4.2.2 Les aides techniques de manutention

Dans le cadre de l'évaluation préalable aux interventions et de l'élaboration du plan d'aide et de soins, les besoins en aides techniques sont systématiquement repérés.

Le service veille à mobiliser ou à préconiser des équipements adaptés afin de sécuriser les interventions

à domicile, de préserver l'autonomie des personnes accompagnées et de prévenir les risques professionnels, notamment les troubles musculosquelettiques.

Selon les situations, le service peut mettre à disposition ou recommander :

- Des draps de glisse pour faciliter les mobilisations au lit,
- Des ceintures de transfert,
- Des disques ou plateaux de transfert,
- Des planches de transfert,
- Des lève-personnes (en lien avec les partenaires ou prestataires spécialisés),
- Des verticalisateurs,
- Des coussins ou dispositifs de positionnement.

Lorsque nécessaire, le service accompagne les usagers et leurs proches dans l'identification et l'appropriation de ces aides techniques, en lien avec les partenaires du territoire (ergothérapeutes, services hospitaliers, prestataires de matériel médical).

4.3 Analyse de pratiques, tutorat, échanges interprofessionnels.

Le service favorise le développement des compétences par des modalités d'apprentissage collectives et situées, complémentaires des actions de formation.

Les groupes d'analyse de pratiques, les temps d'échanges interprofessionnels et les coordinations aide-soins contribuent à :

- Renforcer la réflexivité professionnelle,
- Favoriser le partage d'expériences entre métiers,
- Accompagner l'évolution des pratiques dans un contexte de service autonomie mixte,
- Sécuriser les interventions à domicile.

Une attention particulière est portée à la transmission des savoir-faire, notamment par l'accompagnement des nouveaux professionnels et les dynamiques d'entraide au sein des équipes.

Ces espaces participent au développement d'une culture commune, à la montée en compétences collective et à la prévention de l'isolement professionnel.

VII. Perspectives d'évolution du service (2026-2031)

Le service autonomie mixte s'inscrit dans une dynamique de consolidation et de développement progressive, en cohérence avec les besoins du territoire et les orientations nationales en matière de soutien au domicile.

Pour la période 2026-2031, les objectifs principaux portent sur :

- La stabilisation de l'organisation du service autonomie mixte et la sécurisation des parcours existants,
- Le développement progressif des prises en charge coordonnées aide-soins,
- Le renforcement de la continuité des accompagnements, notamment lors des retours à domicile après hospitalisation.

L'évolution de l'activité reposera sur une montée en charge progressive des accompagnements mixtes, en articulation avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire. Cette dynamique vise à prévenir les ruptures de parcours et à favoriser le maintien à domicile dans des conditions sécurisées.

Le service entend également renforcer son ancrage territorial en consolidant les coopérations avec les partenaires locaux (professionnels de santé, dispositifs d'appui à la coordination, acteurs sociaux et collectivités), dans une logique de complémentarité des interventions et de fluidité des parcours.

Ces orientations sont déclinées dans le plan d'actions pluriannuel du service, qui fera l'objet d'un suivi régulier afin d'ajuster les priorités en fonction de l'évolution des besoins des personnes accompagnées et du cadre réglementaire.

VIII. Pilotage, qualité et amélioration continue

Modalités de pilotage et d'évaluation du projet

La mise en œuvre du projet de service fait l'objet d'un pilotage structuré associant la direction du CCAS, l'encadrement du service et les équipes.

Le suivi repose sur :

- Une revue annuelle du projet de service,
- Le suivi d'indicateurs d'activité et de qualité,
- L'analyse des événements indésirables et des retours usagers,
- L'actualisation régulière du plan d'actions.

Les résultats de ce suivi alimentent les démarches qualité du service et permettent d'adapter les orientations en fonction des évolutions des besoins et du cadre réglementaire.

Le projet de service pourra faire l'objet d'ajustements en cours de période afin de garantir sa pertinence et sa conformité aux attentes des autorités de tarification et de contrôle.



PLAN D'ACTION

Le plan d'action sera déployé sur la durée du projet de service de manière progressive.

Une première phase (2026) est consacrée à la structuration du service autonomie mixte, avec l'harmonisation des outils, des procédures et des organisations issues du rapprochement des services d'aide et de soins.

Une phase de déploiement (2027-2028) vise la consolidation des pratiques et la montée en puissance du service, notamment en matière de coordination des parcours, de professionnalisation des équipes et de structuration des partenariats.

Une phase d'ajustement (2029) permettra d'affiner les organisations à partir des retours d'expérience et des indicateurs de suivi.

Enfin, une phase d'évaluation (2030-2031) sera consacrée à l'évaluation globale du service autonomie mixte, à l'ajustement des orientations et à la préparation du futur projet de service.

Table des matières

FICHE ACTION N°1.....	
Structurer et sécuriser la coordination aide / soins	
FICHE ACTION N°2.....	
Renforcer l'accueil et la fluidité du parcours usager	
FICHE ACTION N°3.....	
Harmonisation des outils et des règles de fonctionnement	
FICHE ACTION N°4.....	
Développer les compétences et l'adhésion des équipes.....	
FICHE ACTION N°5.....	
Renforcer la participation des personnes accompagnées.....	
FICHE ACTION N°6.....	
Consolider l'ancrage territorial et la prévention	
FICHE ACTION N°7.....	
Suivi, évaluation et amélioration continue	
FICHE ACTION N° 8.....	
Volet Ressources Humaines : attractivité, intégration et fidélisation	

FICHE ACTION N°1

Structurer et sécuriser la coordination aide / soins

Objectifs

- Garantir une coordination effective et lisible entre les activités d'aide et de soins.
- Sécuriser les prises en charge mixtes (PEC communes) et prévenir les ruptures de parcours.
- Clarifier les périmètres d'intervention afin de limiter les situations de glissement de tâches.

Actions

- Formaliser et déployer la procédure « prise en charge mixte » : entrée dans le parcours, rôles, articulation aide/soins.
- Mettre en place des temps de coordination réguliers entre responsable SAD (référente PEC mixtes), responsable SSIAD et IDEC.
- Définir et formaliser les modalités de prise en charge des situations GIR 1/2 (organisation, fréquence, coordination).
- Définir et formaliser les **modalités de binômes d'intervention** (aide/soins ou aide renforcée selon situation) pour sécuriser les situations complexes.
- Formaliser les règles de coordination permettant de limiter le glissement des tâches (AES/AVS / AS) et sécuriser les pratiques.
- Harmoniser les principes d'organisation des amplitudes horaires et la cohérence des interventions dans une logique de continuité de service.

Indicateurs

- Procédure validée, diffusée, appropriée par les encadrants.
- Nombre de PEC mixtes bénéficiant d'une coordination formalisée.
- Nombre de réunions/temps de coordination réalisés / an.
- Nombre de situations GIR 1/2 accompagnées avec protocole/binôme défini.
- Nombre de situations de glissement de tâches identifiées/traitées (AS/ADVF)

FICHE ACTION N°2
Renforcer l'accueil et la fluidité du parcours usager

Objectifs

- Améliorer le parcours des usagers de l'entrée dans le service à sa prise en charge/soins.
- Garantir une réponse lisible et cohérente dès le premier contact.

Actions

- Structurer l'accueil administratif comme **porte d'entrée unique** (téléphone/mail/accueil physique) pour l'aide et le soin.
- Formaliser une fiche de recueil initial de la demande (besoin, contexte, urgence perçue, coordonnées aidants...).
- Formaliser le circuit d'orientation interne (aide / soins / mixte), avec traçabilité (gestion des réponses du service dans le DUI/ via suivi des contacts)
- Définir une **procédure de gestion des listes d'attente** : priorisation, information usager, suivi.
- Définir une **prise en charge dite « urgente »** :
 - Critères de qualification = sortie d'hospitalisation - SSR
 - Mode d'entrée dans le service : à travailler avec les services sociaux hospitaliers
 - Délai et modalités de réponse,
 - Traçabilité des suivis

Indicateurs

- Existence des supports formalisés (fiche accueil, circuit d'orientation, procédure liste d'attente, procédure urgences) => fiche de liaison prescripteur à mutualiser
- Délai moyen entre 1er contact et évaluation.
- Part des demandes orientées correctement dès le premier contact.
- Nombre de situations urgentes traitées dans le délai moyen cible.
- Taux de demandes en liste d'attente.

FICHE ACTION N°3

Harmonisation des outils et des règles de fonctionnement

Objectifs

- Harmoniser les outils administratifs et professionnels pour sécuriser les suivis des accompagnements.
- Structurer un fonctionnement commun facilitant la coordination et la traçabilité.
- Renforcer l'usage d'outils sécurisés de transmission.

Actions

- Harmoniser les outils du service :
 - Mise en place d'une **adresse mail générique du service**,
 - Trames courriers communes (accusé réception, entrée en service, refus/attente, sortie...),
 - Harmonisation des supports internes.
- Formaliser les modalités d'utilisation du logiciel métier (Implicit Millésime):
 - Utilisation du DUI (dossier usager informatisé), scan des documents
 - Outil de liaison partagé (transmission démat + classeur domicile)
 - Règles de traçabilité
- Mettre en œuvre la **messagerie MSSanté** :
 - Règles d'usage, habilitations,
 - Procédures d'échange sécurisé,
 - Sensibilisation des agents concernés.
- Formaliser la durée maximale d'intervention en soins dans certaines situations (lorsque pertinent), afin de :
 - Éviter l'embolisation du service,
 - Favoriser l'orientation vers l'aide lorsque nécessaire (ex : absence d'APA),
 - Sécuriser les parcours et les transitions.
- Formaliser les règles de passage soins => aide (et inversement) :
 - Critères,
 - Déclenchement,
 - Documents,
 - Délais.

Indicateurs

- Adresse générique créée et utilisée.
- Nombre d'échanges MSSanté réalisés / mois.
- Part des PEC soins avec durée / réévaluation formalisée.
- Nombre de relais soins => aides formalisés.

FICHE ACTION N°4
Développer les compétences et l'adhésion des équipes

Objectifs

- Favoriser la compréhension mutuelle des rôles et compétences.
- Lever les craintes liées aux nouvelles modalités organisationnelles.

Actions

- Organisation de **temps de travail communs** entre encadrants et équipe administrative SAD et IDEC
- Réunion de coordination des équipes aide et soins
- Développement d'une culture commune autour de la bientraitance et du travail en équipe par la réalisation d'une charte de bonnes pratiques
- Renforcer les formations mutualisées : bientraitance, usage des équipements d'aide à la mobilisation, les risques routiers, formations flashs ...
- Mettre en place des référents sur certaines thématiques : maladies neurodégénératives, fin de vie, place des aidants (identifier les agents dans le service / valorisation des équipes / gestes et posture)

Indicateurs de suivi

- Nombre de temps collectifs organisés.
- Taux de formation mutualisée
- Taux de participation
- Consolidation et diffusion de la charte des bonnes pratiques
- Nombre d'agent référents/thématique

FICHE ACTION N°5
Renforcer la participation des personnes accompagnées

Objectifs

- Garantir la place de la personne dans son projet d'accompagnement.
- Améliorer la qualité perçue et l'adéquation de la réponse.

Actions

- Formaliser les modalités de participation de la personne au PAP/DIPEC.
- Déployer l'information sur les droits, voies d'expression, réclamations.
- Améliorer les supports d'information (lisibilité, accessibilité).
- Mettre en place une démarche de retours usagers (enquêtes de satisfaction, entretiens ciblés, fin de prise en charge).

Indicateurs

- Taux de PAP/DIPEC co-élaborés / signés.
- Nombre de réclamations et délai de traitement.
- Taux de retour des enquêtes usagers.
- Satisfaction globale.

FICHE ACTION N°6
Consolider l'ancrage territorial et la prévention

Objectifs

- Consolider l'inscription territoriale du SAD mixte.
- Renforcer la prévention des fragilités et la mobilisation des dispositifs existants.

Actions

- Articulation renforcée avec les services du pôle Seniors :
 - Téléassistance,
 - Portage de repas,
 - Actions de prévention et lien social.
- Structurer des partenariats opérationnels : acteurs sanitaires, dispositifs de coordination, acteurs sociaux.
- Sensibiliser les équipes et formaliser les démarches de repérage et orientation (fragilités, isolement, aidants).
- Proposer des actions de prévention à/hors domicile (cpom aide à domicile + animation senior) pour lutter contre l'isolement et la perte d'autonomie

Indicateurs

- Nombre de partenariats actifs / conventions / échanges réguliers.
- Nombre d'orientations vers dispositifs pôle Seniors.
- Nombre de situations ayant bénéficié d'une prévention/repérage.

FICHE ACTION N°7
Suivi, évaluation et amélioration continue

Objectifs

- Piloter le SAD mixte avec des indicateurs partagés.
- Adapter l'organisation au réel terrain et à l'évolution des besoins.
- Sécuriser la continuité et la qualité de service.

Actions

- Suivi annuel du plan d'actions et tableau de bord.
- Analyse régulière des situations complexes, dysfonctionnements, événements indésirables.
- Analyser la mise en place des **10 heures** au SSIAD :
 - Objectifs atteints,
 - Impacts RH/planning,
 - Ajustements nécessaires.
- Réfléchir et tester une organisation des tournées d'aide :
 - Mise en place de roulements matin/soir,
 - Couverture des besoins en soirée,
 - Amélioration de la flexibilité interne.
- Ajuster l'harmonisation des amplitudes horaires entre SAD et SSIAD.

Indicateurs

- Tableau de bord annuel produit.
- Nombre de points d'étape / ajustements décidés.
- Résultats de l'analyse 10h SSIAD et décisions associées.
- Nombre de réorganisations de tournées testées et bilan associé.
- Amélioration des délais / stabilité planning / retours équipes.

FICHE ACTION N° 8
Volet Ressources Humaines : attractivité, intégration et fidélisation

1. Structurer l'intégration des nouveaux professionnels

- Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration au sein du service,
- Mettre en place un livret d'accueil et de sécurité harmonisé,
- Sécuriser les prises de poste.

Indicateurs :

- % nouveaux agents ayant bénéficié d'un parcours d'intégration formalisé
- % nouveaux agents ayant un binôme d'intégration

2. Développer l'attractivité des métiers du domicile

- Accueillir et accompagner des stagiaires (IFPP, filières médico-sociales),
- Développer les immersions professionnelles (PMSMP, reconversions),
- Participer à la promotion des métiers du domicile en lien avec les partenaires formation et emploi.

Indicateurs :

- Nombre de stagiaires accueillis / an
- Nombre de PMSMP réalisées
- Taux de transformation stage → recrutement
- Nombre de partenariats écoles, centres de formations, actifs

3. Favoriser la fidélisation des professionnels

- Renforcer les actions de qualité de vie et conditions de travail (QVCT),
- Développer les temps collectifs et la connaissance interprofessionnelle,
- Soutenir les parcours professionnels et les évolutions internes.

Indicateurs :

- Taux de turnover annuel
- Taux d'absentéisme
- Ancienneté moyenne des agents
- % postes vacants
- Taux de participation aux actions collectives (groupes de pratiques, plénières...)
- Nombre d'actions QVCT déployées / an

4. Adapter les leviers indemnitaires aux spécificités du domicile

- Engager une réflexion sur l'évolution du régime indemnitaire (IFSE) pour les métiers de l'aide à domicile,
- Mieux prendre en compte les contraintes spécifiques du secteur : interventions le week-end, actes d'aide à la toilette, pénibilité et contraintes organisationnelles.

Indicateurs :

- Évolution du régime indemnitaire des métiers de l'aide à domicile (oui/non ou montant)
- Nombre de mesures indemnitaires spécifiques mises en place
- Écart d'attractivité entre métiers aide et soins (analyse qualitative)
- Évolution du nombre de candidatures sur les postes aide.

RETROPLANNING DE SUIVI DU PLAN D'ACTION

Axe	Action	2026	2027	2028	2029	2030	2031	Responsable	Indicateur	Statut	Commentaires
Axe 1 – Coordination aide/soins	Formaliser et déployer la procédure prise en charge mixte	X									
Axe 1 – Coordination aide/soins	Formaliser et institutionnaliser les temps de coordination réguliers Aide/Soins/IDEC	X	X								
Axe 1 – Coordination aide/soins	Formaliser la prise en charge des situations G1/2	X									
Axe 1 – Coordination aide/soins	Déployer des modalités de binômes d'intervention	X									
Axe 1 – Coordination aide/soins	Formaliser les règles limitant le glissement de tâches	X									
Axe 1 – Coordination aide/soins	Harmoniser les amplitudes horaires et continuité de service	X									
Axe 2 – Parcours usagers	Structurer un accueil administratif / porte d'entrée unique	X	X								
Axe 2 – Parcours usagers	Formaliser une fiche de recueil initial de la demande	X									
Axe 2 – Parcours usagers	Formaliser le circuit d'orientation interne aide/soins/mixte	X									
Axe 2 – Parcours usagers	Mettre en place une procédure de gestion des listes d'attente	X									
Axe 2 – Parcours usagers	Définir une procédure de prise en charge urgente	X									
Axe 3 – Outils et pratiques	Harmoniser les outils administratifs (mail générique, trames courriers, supports com)	X									
Axe 3 – Outils et pratiques	Formaliser l'usage du logiciel métier et du DUI	X									
Axe 3 – Outils et pratiques	Déployer la messagerie MSSanté	X									
Axe 3 – Outils et pratiques	Formaliser une durée maximale d'intervention en soins	X									
Axe 3 – Outils et pratiques	Formaliser les règles de passage soins vers aide	X									
Axe 4 – Compétences équipes	Organiser des temps de travail communs encadrants/équipes	X	X								
Axe 4 – Compétences équipes	Mettre en place des réunions de coordination aide-soins	X	X								
Axe 4 – Compétences équipes	Élaborer une charte de bonnes pratiques	X	X								
Axe 4 – Compétences équipes	Renforcer les formations mutualisées	X	X								
Axe 4 – Compétences équipes	Identifier des référents thématiques	X	X								
Axe 5 – Participation usagers	Formaliser la participation au PAP/DIPEC	X									
Axe 5 – Participation usagers	Déployer l'information sur les droits et réclamations	X	X								
Axe 5 – Participation usagers	Améliorer les supports d'information	X	X								
Axe 5 – Participation usagers	Mettre en place une démarche de retours usagers	X	X								
Axe 6 – Ancrage territorial	Renforcer l'articulation avec les services du pôle Seniors	X	X								
Axe 6 – Ancrage territorial	Structurer les partenariats territoriaux	X	X								
Axe 6 – Ancrage territorial	Formaliser le repérage et orientation des fragilités	X									
Axe 6 – Ancrage territorial	Proposer des actions de prévention domicile/hors domicile	X	X								
Axe 7 – Pilotage et amélioration continue	Mettre en place un suivi annuel du plan d'action	X	X		X	X					
Axe 7 – Pilotage et amélioration continue	Analyser les situations complexes et événements indésirables				X	X					
Axe 7 – Pilotage et amélioration continue	Évaluer l'organisation en 10h SSAD				X	X					
Axe 7 – Pilotage et amélioration continue	Tester une organisation de tournées aide										
Axe 7 – Pilotage et amélioration continue	Ajuster les amplitudes horaires SAD/SSAD	X	X								
Axe 8 – RH-QVCT	Formaliser la procédure d'intégration des agents	X									
Axe 8 – RH-QVCT	Mettre en place un livret d'accueil et de sécurité	X									
Axe 8 – RH-QVCT	Développer les immersions professionnelles	X	X	X	X	X					
Axe 8 – RH-QVCT	Développer l'accueil de stagiaires / promotion métiers	X	X	X	X	X					
Axe 8 – RH-QVCT	Travailler sur la fidélisation des agents				X						
Axe 8 – RH-QVCT	Réfléchir à l'évolution IFSE aide										
Axe 8 – RH-QVCT	Renforcer les temps collectifs et l'interconnaissance professionnelle	X	X	X	X	X					
Axe 8 – RH-QVCT	Soutenir les parcours professionnels et les évolutions internes	X	X	X	X	X					

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION,

ENTENDU l'exposé de Caroline SIMOES,

APRES EN AVOIR DELIBERE, à l'unanimité

Approuve le projet de service du Service Autonomie à Domicile Aide et Soins du CCAS de Dreux pour la période 2026-2031 ainsi que le plan d'actions qui lui est associé.

Le registre dûment signé par tous les membres présents.

Extrait certifié conforme au registre des délibérations.

En application de l'article R.421-1 du Code de justice administrative, la présente délibération peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif d'Orléans dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « télérecours citoyen » accessible par le site internet www.telerecours.fr

**Pour le Président
Par délégation de signature
La Vice-Présidente
Du Centre Communal d'Action Sociale**



Caroline SIMOES

Document certifié exécutoire
Dépôt à la Sous-Préfecture de Dreux le
Et publication sur le site Internet de la Ville de Dreux le 07/10/2026

Accusé de réception en préfecture
028-262800584-20260929-DEL54-2026-DE
Date de télétransmission : 07/10/2026
Date de réception préfecture : 07/10/2026