Association SOLIDOM

PROJET DE SERVICE

Rédacteur principal : Olivier BRENIER

Le 27 septembre 2019

SOMMAIRE

1ère PARTIE. HISTOIRE ET PROJET

1.1 L'HISTOIRE ……. P2

1.2 LE PROJET ASSOCIATIF …… P2

2ème PARTIE. LES MISSIONS

2.1 LES ENJEUX MEDICO-SOCIAUX …….. P3

2.2 LES REPERES JURIDIQUES …….. P3

3ème PARTIE. LE PUBLIC ET SON ENTOURAGE

3.1 LES PUBLICS ACCOMPAGNES …… P4

3.2 LES BESOINS …… P6

4ème PARTIE. LA NATURE DE L'OFFRE DE SERVICE ET SON ORGANISATION

4.1 LES SERVICES PROPOSES ET LES OBJECTIFS POURSUIVIS …….. P7

4.2 L'ORGANISATION INTERNE DE L'OFFRE DE SERVICE …… P7

4.3 L'ANCRAGE DES ACTIVITES DANS LE TERRITOIRE ……. P8

5ème PARTIE. LES PROFESSIONNELS ET LES COMPETENCES MOBILISEES

5.1 LES SPECIFITES DU CONTEXTE D'INTERVENTIONS ET LES COMPENTECES MOBILISEES …… P10

5.2 LES TACHES REALISABLES …… P11

5.3 AFFECTATION DES MISSIONS ET COORDINATION …….. P12

5.4 LES RESSOURCES HUMAINES MOBILISEES …….. P13

1ère partie. Histoire et projet

1.1 L'HISTOIRE

L'Association Solidom a été fondée en 2001 par une infirmière spécialisée en gériatrie dans le but de soutenir les personnes âgées dont l'état de santé ne leur permet plus de rester seules à leur domicile. Sensibilisée par l'effet négatif que le placement en maison de retraite peut provoquer, Solidom s'est donnée pour mission d'aider les personnes dans leur vie quotidienne afin qu'elles puissent continuer à vivre chez elles si tel était leur choix.

L'Allocation Personnalisée Autonomie à domicile, créée en 2002, a permis de financer la demande de maintien à domicile à compter de cette date, en complémentarité avec les caisses de retraite. La montée en puissance de cette nouvelle allocation a généré un développement de l'association jusqu'en 2008 permettant à l'Association d'accompagner des personnes âgées de plus en plus nombreuses dans leur projet de vie à domicile.

A côté de cette orientation originelle, l'Association a souhaité inscrire son action dans le champ du handicap, toujours dans une dynamique de soutien du projet de vie des personnes en milieu ordinaire. Dès le départ, Solidom a préféré ne pas se spécialiser vers un handicap plus qu'un autre mais a fait le choix de la polyvalence, développant des compétences vers des handicaps considérés comme sévères.

Aujourd'hui, l'identité de l'Association est fortement ancrée aussi bien dans le champ des personnes âgées que dans celui du handicap.

1.2 LE PROJET ASSOCIATIF

1.2.1 La raison d'être

La raison d'être de l'association s'inscrit dans deux directions complémentaires :

- Permettre aux personnes aidées de vivre chez elles malgré une autonomie faiblement ou fortement dégradée
- Favoriser le maintien de l'autonomie restante par la participation des personnes aidées à toutes les tâches pour lesquelles notre assistance est requise, dans le respect de leurs capacités. Le principe général est que l'activité est essentielle dans le maintien ou la restauration des capacités physiques et cognitives.

1.2.2 Les valeurs et convictions

Des valeurs et des convictions forgent l'identité de toute association. Celles qui inspirent les actions de Solidom sont :

- Ecoute, réactivité, honnêteté doivent être le fondement de nos accompagnements vis-à-vis de personnes que nous accompagnons et de leurs familles
- Ecoute, humilité et solidarité doivent guider nos relations d'équipes
- Le travail en réseau dans le respect du rôle de chacun est à rechercher car il est bénéfique pour la qualité des accompagnements
- La dimension éthique doit être prise en compte dans toutes nos prises de décisions
- S'inscrire dans une démarche d'amélioration constante est nécessaire pour assurer une qualité de service
- La conviction qu'une association existe par ses projets implique de s'inscrire dans une volonté d'innovation et d'adaptation à l'environnement
- La bonne santé financière de la structure est un moyen et non une fin. Elle doit être recherchée pour garantir une qualité de service à nos usagers et une sécurité de l'emploi à nos salariés

1.2.3 Les objectifs à long terme

Devenir un acteur de référence de l'aide à domicile à l'échelle départementale

Deux éléments font du département l'échelon géographique naturel d'un service d'aide à domicile : les agréments et autorisations sont délivrés par les préfectures et les Conseils Départementaux, le financement des deux principales allocations solvabilisant le besoin *(APA et PCH)* sont financées par les Conseil Départementaux.

L'Association a donc vocation à évoluer vers une couverture globale du département Varois.

Etre une organisation socialement responsable vis-à-vis de ses salariés

La qualité de service est étroitement corrélée et ne peut exister sans les compétences mises en œuvre par les salariés de la structure. La nature de « service » de l'activité d'aide à domicile explique ce lien particulièrement fort entre la contribution des salariés et la qualité de service.

En effet, la qualité de service telle qu'elle est perçue par l'usager repose essentiellement sur les qualités mises en œuvre lors de l'intervention *(les intervenants à domicile*), qui dépendent elles-mêmes partiellement des qualités de coordination des interventions *(les coordinateurs),* qui dépendent elles-mêmes partiellement des qualités d'administration de la structure *(les services administratifs)* et qui dépendent elles-mêmes partiellement de la pertinence des orientations stratégiques et des moyens mis à disposition des équipes *(la direction).*

Compte tenu de cette interdépendance forte des moyens humains et de leur rôle central, et parallèlement à des moyens durablement limités mobilisés par la puissance publique dans le secteur de l'action sociale, la structure doit concentrer ses efforts pour valoriser le rôle de chacun dans l'organisation.

Etre un service délivrant des prestations de qualité avec une forte exigence éthique

Le rôle social de notre association concourt au bien-être, à la sécurité et à l'épanouissement des personnes.

Nous avons donc l'obligation morale de viser une haute qualité de prestation. Par ailleurs, l'intervention en milieu ouvert, au domicile des personnes, donc au cœur de leur intimité, de leur identité et de la dynamique familiale, exige de notre part une démarche éthique et responsable dans les décisions prises qui impactent chaque accompagnement en particulier ou les accompagnements dans leur ensemble.

2ème partie. Les missions

2.1 LES ENJEUX MEDICO-SOCIAUX

Lorsqu'une personne souffre de troubles physiques, psychologiques ou cognitifs, ces troubles peuvent l'empêcher de vivre seule chez elle. Cette situation peut résulter des effets du vieillissement, être la conséquence de maladies ou d'un handicap.

Cette situation est évidemment difficile pour la personne elle-même mais également pour l'entourage qui ne sait pas ou qui ne peut pas s'occuper de son proche. La question se pose alors des solutions existantes pour pallier à ces situations et parmi ces solutions celles qui sont privilégiées par les personnes elles-mêmes?

Ces solutions peuvent se classer en deux grandes catégories : le placement en milieu fermé *(hôpital, maison de retraite, …)* ou le maintien à domicile. **Les enquêtes sont claires à ce sujet, les personnes souhaitent à une écrasante majorité rester à leur domicile car le « chez soi » fait partie intégrante de l'identité de la personne, c'est le lieu où elle a ses repères et où elle se sent en sécurité.**

L'enjeu médico-social pour les personnes accompagnées est donc, selon la situation dans laquelle elles se trouvent, de favoriser un projet de vie en milieu ouvert ou de leur permettre de vivre le plus paisiblement possible chez eux jusqu'à la fin de leurs jours.

2.2 LES REPERES JURIDIQUES

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est la loi majeure inspirant et encadrant le secteur de l'aide à domicile. Celle-ci est inscrite dans le Code d'Action Sociale et Familiale et ancre l'action des services d'aide à domicile, intervenant auprès de populations dites fragilisées, dans le champ de l'action sociale en France. Cf article 15 6° et 7° *« Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux au sens du présent code … les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie … les établissements et les services qui accueillent des personnes adultes handicapées quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie … ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert»*

Afin de s'inscrire dans ce cadre règlementaire, l'Association Solidom a obtenu une autorisation de fonctionnement par arrêté n°2009-1845 pour 15 ans le 26 octobre 2009. Cf article 1 *« L'autorisation prévue à l'article L.313-1 du code d'action sociale et des familles est accordée à l'association SOLIDOM … en vue du fonctionnement de l'association de services d'aide à domicile pour personnes âgées personnes handicapées »*. Cf article 2 *« A aucun moment la zone d'intervention ne devra dépasser celle autorisée par le présent arrêté soit : le département du Var »*.

3ème partie. Le public et son entourage

3.1 LES PUBLICS ACCOMPAGNES

3.1.1 Deux grandes catégories

L'Association intervient auprès d'une très grande diversité d'usagers, qui vont des séniors peu dépendants à ceux qui le sont beaucoup plus voir qui sont grabataires, aux personnes en situation de handicap, handicap psychique - mental - moteur – handicap lourd.

Face à cette grande diversité de profils et au nombre très important d'usagers accompagnés *(1200 par an environ)*, nous avons segmenté les usagers en deux grandes catégories :

- **Les usagers faiblement dépendants d'une tierce personne**

Critères discriminants :
- Pour les personnes âgées : GIR6-5-4
- Pour les personnes en situation de handicap : PCH < 100 heures/mois
- Besoin d'une tierce personne pour les actes simples de la vie quotidienne (entretien du logement, courses, préparation des repas, formalités administratives simples, soutien relationnel)

- **Les usagers fortement dépendants d'une tierce personne**

Critères discriminants :
- Pour les personnes âgées GIR3-2-1
- Pour les personnes en situation de handicap : PCH > 100 heures/mois
- Besoin d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne (aide au lever/coucher, aide à l'habillage/déshabillage, aide à la toilette, aide à la prise de repas, stimulation, aide à la vie sociale et relationnelle, surveillance)

Cette segmentation a été réalisée ainsi car elle permet de rassembler différents publics au sein de segments relativement homogènes et peu nombreux, selon les services attendus vis-à-vis de notre association.

3.1.2 Les évolutions prévisionnelles

La France, comme d'autres pays, connaît une double transition : une transition démographique avec le vieillissement de sa population et une transition épidémiologique avec l'émergence de maladies chroniques.

Selon les prévisions de l'INSEE, les plus de 75 ans qui étaient 5.2 millions en 2007 *(8.9% de la population)* seront 11.9 millions en 2060 *(16.2% de la population)* et les plus de 85 ans *(qui représentent 50% des bénéficiaires de l'APA)* passeront de 1.3 à 5.4 millions, soit quatre fois plus qu'aujourd'hui.

A ce vieillissement programmé s'ajoute une transition épidémiologique. Les maladies ont changé de visage avec la transformation de maladies létales en maladies chroniques *(cancer, affections respiratoires chroniques, diabète…)*, sources d'incapacités.

Au-delà de l'augmentation de l'espérance de vie, c'est l'espérance de vie sans incapacités *(EVSI)* qu'il faudrait parvenir à évaluer pour mieux évaluer les besoins futurs d'accompagnement, et notamment l'adaptation des services d'aide à domicile. La notion d'incapacité fait appel à la mesure des effets de la transition épidémiologique

et de la prévention qui montera nécessairement en puissance. Ces paramètres rendent l'évaluation délicate comme le souligne l'INED *(Institut National d'Etudes Démographiques)*.

Toutefois, trois enseignements pour une association d'aide à domicile telle que Solidom peuvent être tirés :

- Nécessité d'œuvrer davantage vers de la prévention de la perte d'autonomie
- Probable accroissement en volumes et en proportion des interventions dans le cadre de prise en charge de maladies chroniques
- Probable accroissement des besoins d'interventions auprès des personnes âgées dépendantes.

Par ailleurs, la problématique des personnes handicapées vieillissantes a depuis longtemps été identifiée dans le sens où elle nécessite des adaptations de parcours. Les parents vieillissants qui se sont occupés depuis toujours de leur enfant en situation de handicap se retrouvent un jour en incapacité physique et/ou psychologique de continuer à le faire, générant alors des situations sociales épineuses.

Concernant le handicap, il n'y a pas, à notre connaissance, d'évolutions prévisionnelles susceptibles d'avoir un impact significatif sur nos prestations.

3.1.3 Les dynamiques de parcours des usagers

- **Un usager fait appel à nos services principalement dans trois types de situations.**

  Suite à une période d'hospitalisation, souvent suite à une intervention de type orthopédique. Il s'agit de la grande majorité des prises en charge courtes *(moins de 3 mois)*. Pour des personnes âgées, une moindre récupération implique régulièrement un accompagnement sur du plus long terme.

  Interventions dans le cadre d'une 1ère demande non consécutive à une période d'hospitalisation (avec ou sans prise en charge). Il s'agit de la majorité des prises en charge longues. Nous sommes dans le cadre de maladies typiques ou non du vieillissement ou dans le cadre de situations de handicap générant une perte d'autonomie nécessitant l'aide d'une tierce personne.

  Interventions suite à changement de SAAD. Environ 15% de nos accompagnements. Les usagers ressentent une insatisfaction vis-à-vis du précédent SAAD, insatisfaction généralement liée à des considérations financières, à la continuité de service, à un planning non conforme à leurs attentes ou à un trop grand turnover chez les professionnels intervenant à leur domicile.

- **Un usager quitte nos services dans plusieurs situations.**

  Fin de prise en charge dans 37% des cas. Ces cas correspondent essentiellement à des prises en charge provisoires par des mutuelles ou par l'assurance maladie suite à des hospitalisations.

  Suite à un décès dans 23% des cas.

  Suite à un placement en milieu institutionnel (maison de retraite essentiellement), dans 15 % des cas.

  En cas d'interventions au domicile devenus impossible. La décision est prise d'un commun accord ou à l'initiative d'une des parties. Les personnes peuvent être réfractaires dès le départ à l'intervention vécue comme une intrusion ou être dans le déni ou dans l'impossibilité de financer les prestations. Dans de rares situations, le SAAD peut décider d'arrêter les interventions *(situation dangereuse pour les équipes, impayés devenus trop importants*).

  Suite à un changement de structure dans 5% des cas.

  Suite à une absence de longue durée dans 5% des cas. Il s'agit souvent d'une longue hospitalisation dont on n'a pas eu connaissance de l'issue.

  Suite à un déménagement du bénéficiaire dans 1% des cas.

3.2 LES BESOINS

3.2.1 Les publics accompagnés

L'Association intervient auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap. Afin d'identifier leurs besoins, nous allons citer les principales situations rencontrées dans un cadre de plans d'aide à domicile et de projets d'intervention.

Concernant les personnes âgées en perte d'autonomie

(1) Les personnes subissant les premiers effets physiques du vieillissement : problèmes articulaires *(arthrose notamment)*, fatigabilité. Ces personnes entravées partiellement dans leurs mouvements ont besoin d'aide pour les actes simples de la vie quotidienne : entretien de leur cadre de vie, courses, préparation des repas.

(2) Les personnes souffrant de problèmes sensoriels dus au vieillissement *(vue, ouïe)*. Ces difficultés engendrent des besoins au niveau de la communication avec l'extérieur et l'accomplissement de démarches administratives.

(3) Les personnes se retrouvant en incapacité de sortir de chez elles ou souffrant d'un handicap sensoriel lourd générant repli sur soi progressif et isolement social. Leur besoin se situe au niveau d'une aide aux sorties, une stimulation sociale de manière générale et une compagnie.

(4) Les personnes souffrant de troubles cognitifs *(maladies dégénératives, neurologiques,…)* perdent leurs repères spatiotemporels générant des besoins de surveillance et d'accompagnement à la réalisation des actes simples ou essentiels de la vie quotidienne.

(5) Les personnes âgées très dépendantes peuvent au fil de l'évolution de leur maladie se retrouver grabataires et/ou en fin de vie. Les axes d'accompagnement se situent essentiellement au niveau des besoins fondamentaux *(alimentation, changes, petite toilette, vider la poche urinaire, nursing, surveillance, sécurité, soutien psychologique).*

Ces situations illustratives sont évolutives et peuvent être cumulatives.

Concernant les personnes en situation de handicap

Les principaux handicaps retrouvés à domicile sont : les paraplégies ou autres handicaps moteurs / les handicaps moteurs lourds *(tétraplégie, SLA, myopathies)* / les enfants polyhandicapés / Autisme et TED / Handicap psychique *(schizophrénies, troubles bi-polaires)* / Troubles thymiques / Cérébro-lésés *(traumatisme crânien ou AVC)* / Pathologies respiratoires / Trisomie ou retard mental / Maladies génétiques *(Chorée de Huntington, …)* / IMC / Cancer / SEP

Selon les handicaps, les besoins des personnes vont s'orienter dans plusieurs directions :

(1) Accompagnement aux activités de la vie sociale *(sorties, loisirs, …).* La moyenne d'âge des personnes en situation de handicap est d'environ 35-40 ans. Les personnes ont donc besoin d'être soutenues dans leur projet de vie.

(2) Aide aux actes essentiels de la vie courante : lever/coucher, habillage/déshabillage, transferts, alimentation, …

(3) Aide aux actes simples de la vie courante : entretien du cadre de vie, courses, …

(4) Aide à la respiration pour les personnes trachéotomisées ou ayant des pathologies respiratoires

(5) Surveillance afin de sécuriser la personne et l'environnement : détection de changement d'humeur *(troubles psychiatriques)*, fausses routes, troubles respiratoires, chutes, troubles épileptiques, troubles autistiques

(6) Stimulation aux apprentissages

Concernant les personnes convalescentes

Il s'agit de personnes ayant été hospitalisées et ayant subi une intervention chirurgicale ou des traitements lourds. Ces personnes entravées partiellement dans leurs mouvements ont besoin d'aide pour les actes simples de la vie quotidienne : entretien de leur cadre de vie, courses, préparation des repas.

4ème partie. La nature de l'offre de service et son organisation

4.1 LES SERVICES PROPOSES ET LES OBJECTIFS POURSUIVIS

Le service rendu aux usagers est global : une ou plusieurs des prestations présentées ci-dessous sont réalisées en fonction des besoins et attentes de l'usager et en fonction du temps imparti. En effet, un accompagnement doit être appréhendé comme une combinaison de services, c'est tout l'enjeu de l'évaluation préalable.

Trois catégories de services peuvent être distinguées :

(1) **Aide à la vie quotidienne** : entretien du logement / entretien du linge / courses / préparation des repas / portage de repas

(2) **Aide à la personne** : aide à la prise repas / au lever et au coucher / à l'habillage et au déshabillage / à la mobilisation (transfert manuel ou lève-malade) / à la toilette / à l'élimination / soins d'apparence / accompagnements véhiculés ou au bras / garde-malade / stimulation

(3) **Prestations spécifiques** : garde de nuit / transport adapté / service entraide autisme / aspirations endotrachéales / personnes sous VNI / équipes 24h/24

Notre action s'inscrit dans le champ du maintien à domicile des personnes âgées et celui de l'accompagnement d'un projet de vie en milieu ordinaire pour les personnes en situation de handicap. Dans ce cadre, les services proposés aux usagers poursuivent plusieurs objectifs :

- Favoriser leur autonomie
- Contribuer à leur bien-être
- Favoriser leur hygiène de vie :
- Contribuer à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux
- Favoriser leur vie sociale
- Contribuer à leur sécurité

Pour un usager donné, notre service peut s'inscrire dans un ou plusieurs de ces objectifs. Ce(s) objectif(s) sont déterminés conjointement au démarrage de notre accompagnent et revus au fil du temps selon l'évolution des besoins. Ces objectifs sont renseignés dans le Projet d'Intervention Personnalisé de l'usager.

4.2 L'ORGANISATION INTERNE DE L'OFFRE DE SERVICE

4.2.1 Les modalités d'accueil

Une première étape consiste en une évaluation succincte de la demande par téléphone ou sur site afin de nous assurer que la demande correspond bien aux services proposés par l'Association, qu'ils sont financés et que nous sommes en capacité d'intervenir dans le délai souhaité.

Le délai de mise en place des interventions peut être rapide en cas de disponibilité d'un intervenant ou plus long si la demande est complexe ou qu'elle nécessite un recrutement externe. Cette première étape est réalisée avec la personne qui prend contact qui peut être : l'usager lui-même, un membre de son entourage ou un prescripteur.

Si la première étape est négative, nous réorientons la personne vers l'acteur compétent s'il s'agit d'une mauvaise orientation, ou nous le conseillons en cas d'appréciation erronée de sa situation.

Si la première étape est positive, un responsable de secteur effectue une **visite d'évaluation au domicile de la personne** *(exceptionnellement par téléphone en cas d'intervention d'urgence)* afin de recueillir précisément les besoins et attentes du futur bénéficiaire et de formaliser un projet d'intervention personnalisé. Un contrat de prestation est signé avec remise du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement, de la charte des droits et libertés de la personne accompagnée et de l'attestation de consentement.

4.2.2 Les modes d'organisation interne

Deux acteurs essentiels pour la mise en place et le suivi des accompagnements : **le responsable de secteur et le professionnel de terrain**.

Mise en place des interventions

Le responsable de secteur organise les actions suivantes : évaluation des attentes et besoins donnant lieu à la rédaction d'une fiche de liaison qui est transmise au professionnel de terrain, évaluation des risques professionnels à domicile générant des actions de prévention ou des alertes à destination des professionnels.

Le professionnel de terrain intervient au domicile de l'usager en se conformant à la fiche de liaison.

Au fil des interventions, les besoins et attentes de l'usager vont s'affiner, le professionnel évalue leur faisabilité en fonction des limites professionnelles de notre service. En cas de doute ou de conflit, il oriente l'usager vers le responsable de secteur.

Un cahier de liaison est mis en place au domicile de l'usager. Il permet notamment aux professionnels une circulation d'informations et une coordination des tâches à réaliser. Ce cahier reste consultable par les professionnels, l'usager et son entourage et les autres intervenants *(infirmiers, assistants sociaux, …).*

Suivi des interventions

Les professionnels de terrain ont pour mission de transmettre à leur responsable de secteur toutes informations nécessaires au suivi des interventions : modification de l'état de santé de l'usager impactant notre accompagnement, modification de la planification des interventions, modification dans l'environnement social ou médical impactant la coordination avec les autres acteurs, modification des conditions matérielles d'intervention empêchant le professionnel de faire son travail dans de bonnes conditions.

Les responsables de secteur ont pour mission : d'organiser la planification des interventions, d'assurer la communication auprès des professionnels de terrain de tout changement à mettre en œuvre dans leur intervention lorsque l'information n'émane pas du professionnel lui-même bien entendu, de gérer les réclamations et demandes des usagers ou de leur environnement, de gérer les conflits entre un usager et le professionnel en mettant en œuvre en dernier ressort un changement de professionnel, de gérer les demandes des professionnels, de réévaluer la situation en cas d'informations émanant d'un des acteurs de prise en charge révélant une nécessité de modifier notre accompagnement ou au moment de la visité de réévaluation annuelle.

Gestion des cas de maltraitance

Les publics accompagnés par notre service sont particulièrement exposés au risque de maltraitance. En effet, la vulnérabilité est un facteur de risque important.

De nombreux acteurs peuvent en être à l'origine : l'ensemble des professionnels de toute nature, les aidants familiaux ou des tiers. Plusieurs actions ont été mises en place afin que nous soyons en capacité de gérer cette problématique :

- Formation des professionnels à la bientraitance
- Obligation faites aux professionnels de faire remonter à leurs responsables toute suspicion d'acte de maltraitance
- Elaboration d'une fiche-ressource diffusée dans le livret d'accueil salarié qui est remis à l'ensemble des professionnels de l'Association
- Mise en œuvre d'un protocole portant le n° P10, destiné à l'encadrement. Celui-ci définit une méthodologie afin que nous apportions une réponse adaptée et homogène face à une situation de maltraitance.

4.3 L'ANCRAGE DES ACTIVITES DANS LE TERRITOIRE

4.3.1 Les liens avec les services sociaux et de coordination

Pourquoi des liens avec ces acteurs du domicile ?

Les services sociaux et de coordination sont des interlocuteurs essentiels pour notre service. Leur contribution s'inscrit généralement en amont de nos interventions. Lorsque nous sommes contactés pour une nouvelle mise en place d'accompagnement, ces services connaissent déjà l'usager concerné et nous transmettent les résultats de leur évaluation dans la limite du respect du secret professionnel.

Ces services suivent également les usagers. Nous pouvons les solliciter en cas de difficultés rencontrées au cours de notre accompagnement ou leur transmettre des informations importantes.

Comment ces liens vivent-ils au quotidien ?

Les échanges se font de manière informelle *(téléphone, visites conjointes au domicile)* ou écrite *(fax, mail).*

Les liens sont informels, sans ou avec convention écrite, les échanges se font au moment des accompagnements de chaque usager. Cependant, l'Association dispose et met à jour une base de donnée interne référençant ces services afin de formaliser notre connaissance de ces acteurs.

Qui sont ces acteurs sociaux et de coordination ?

Certains services du Conseil Départemental du Var : le service APA, la MDPH, la cellule Ecoute et Vigilance, les UTS. A noter que la Cellule Ecoute et Vigilance est un interlocuteur important, en dernier ressort, pour le signalement des cas de suspicion de maltraitance

Les hôpitaux situés sur notre zone d'intervention et d'autres à l'extérieur avec lesquels nous pouvons être en lien de manière plus épisodique pour des usagers demeurant sur notre zone d'intervention mais hospitalisés à l'extérieur.

Les PTA, CLIC, MAIA et RESEAUX présents sur notre territoire

LES SAVS *(Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)* et SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) lorsque ces services sont désignés dans des accords de prise en charge de la MDPH.

Les services de protection juridique ou les tuteurs privés

4.3.2 Les liens avec les services co-constructeurs de l'accompagnement

Pourquoi des liens avec ces acteurs du domicile ?

Un accompagnement est le fruit de l'intervention et de l'expertise de différents acteurs. Ces interventions se produisent sur des temps différents et peuvent se réaliser au domicile ou en extérieur.

Chaque acteur détient des informations qui peuvent permettre de mieux appréhender la situation globale de l'usager et donc nous permettre de mieux orienter notre action. Cette circulation d'informations nécessite une connaissance réciproque du rôle de chacun et une volonté et une capacité à coopérer. Elle permet de mettre l'usager au cœur de son accompagnement et lui facilite *(ou à ses aidants)* son rôle de coordination.

Comment ces liens vivent-ils au quotidien ?

Des conventions ont été signés avec certains acteurs *(Santé et Solidarité du Var, L'Adapt Var, Les Amis de L'Espérance, Le Fil d'Argent, L'Adapt, Ssiad Vallée du Gapeau, Matériel Médical Assistance, Présence Verte).*

La coordination se fait de manière standard *(réunion, téléphone mail ou fax, visite conjointe)* ou grâce au cahier de liaison mis en place au domicile et accessible aux différents professionnels.

Ces services co-constructeurs de l'accompagnement sont référencés dans notre base de données interne.

Qui sont ces acteurs co-constructeurs de l'accompagnement?

Les SSIAD exerçant sur notre territoire et les infirmiers libéraux au gré des patients au domicile desquels ils réalisent des soins et chez lesquels nous intervenons

Les Hospitalisations A Domicile qui sont au nombre de deux : Santé et Solidarité du Var et Cap Domicile

L'IME La Frégate qui accueille des enfants atteints de troubles envahissant du développement

Les SAMSAH *(Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés*) et les Foyers d'Accueil Médical de Jour lorsque ces services sont désignés dans des accords de prise en charge de la MDPH.

Les associations d'usagers : l'APF, l'AFM, TRISOMIE21 Var, VAR ALZHEIMER, le CODERPA.

Les accueils de jour avec lesquels nous sommes amenés à nous coordonner pour la planification puisque les usagers concernés demeurent à domicile mais ont des temps en institution dans la semaine.

D'autres structures proposant des activités que nous ne réalisons pas en interne *(téléassistance, jardinage, bricolage, matériel médical …)*. Généralement, nous jouons vis-à-vis de ces structures un rôle de prescripteur.

Des associations de loisirs adaptés vers lesquels nous orientons les usagers lorsqu'ils ne les connaissent pas et que nous sommes amenés à accompagner. Citons pour exemples le Handiclub de La Garde qui propose des activités de foot-fauteuil pour adultes en situation de handicap moteur, le GEM Les Amis de l'Espérance qui propose des activités pour des personnes cérébro-lésées, l'association M.A.M.I qui propose de multiples activités aux séniors ou un Fauteuil à la Mer qui propose des activités nautiques.

4.3.4 Les conventionnements avec les financeurs

Nos services d'aide à domicile peuvent dans la majorité des cas être cofinancés par des organismes à vocation social ou assurantielle. Diverses conventions ont donc été signées permettant aux usagers adhérents à ces organismes de bénéficier de remboursements : Conseil Départemental du Var finançant l'APA, la PCH et l'aide sociale, la Carsat Sud-Est, la CPAM du Var, la Msa, la Cnracl, Cnmss, le Rsi, l'Angdm, la MGEN, RMA, la SNCF.

4.3.4 Les liens avec les autres services d'aide à domicile

En cas d'impossibilité pour notre service de répondre à une nouvelle demande ou de poursuivre un accompagnement, nous proposons d'autres services susceptibles de satisfaire l'usager concerné. Les propositions faites dépendent de la demande et du secteur géographique.

Les principaux services vers lesquels nous redirigeons les personnes sont : Varsef, Ceas Toulon, Allo Service, Aref, Adomis, le Temps d'un service, SES d'Hyères, l'Entraide Sociale du Var, l'ADMR.

5ème partie. Les professionnels et les compétences mobilisées

5.1 LES SPECIFICITES DU CONTEXTE D'INTERVENTION ET LES COMPENCES MOBILISEES

Le rôle d'un intervenant à domicile est d'accompagner des personnes en perte d'autonomie dans la réalisation de leur projet de vie à domicile.

Le contexte d'exercice de ce métier comporte trois spécificités principales qui impliquent différents savoir-faire et savoir-être.

5.1.1 Première spécificité : le lieu de travail se situe au domicile privé de la personne accompagnée

Cela implique de concilier la mise en œuvre de consignes professionnelles établies par une structure-employeur avec les demandes de la personne accompagnée qui reste maître chez elle.

Plusieurs compétences à mobiliser :

- Se faire accepter : notre intervention peut être vécue comme une intrusion
- S'adapter aux habitudes de vie de la personne *(exemples : goûts alimentaires, produits ménagers, croyances religieuses)*
- Expliquer avec pédagogie nos missions et les contraintes qui les accompagnent
- Etre autonome
- Faire preuve de discrétion
- Coopérer avec les autres acteurs du domicile *(infirmiers, paramédicaux, services sociaux et médico-sociaux)*
- Intégrer éventuellement le contexte familial
- Faire respecter les limites professionnelles d'un service d'aide à domicile
- Faire remonter les informations à ses responsables dans le cadre du suivi de l'accompagnement : modification de l'état général du bénéficiaire ou tout changement du contexte d'intervention *(exemples :*

conflits familiaux, changement d'infirmiers, hospitalisation ou absence du bénéficiaire, changement du code portail)

5.1.2 Deuxième spécificité : un public dit « fragile »

Il est composé de personnes âgées dépendantes et de personnes en situation de handicap. Cela implique de développer des comportements bienveillants.

Plusieurs compétences à mobiliser :

- Conserver une attitude bienveillante en toutes circonstances *(voir fiche sur la maltraitance)*
- Communiquer, développer la relation d'aide impliquant notamment une souplesse relationnelle
- Stimuler les capacités restantes : ne pas faire « à sa place » lorsque la personne peut encore
- Associer la personne aidée en la faisant participer à toutes les décisions et les activités la concernant dans les limites de ses capacités
- Connaître les pathologies rencontrées afin de comprendre et de prendre en compte les manifestations qui en découlent et d'appréhender ses évolutions *(voir fiches ressources)*
- Accompagner des personnes pouvant être en souffrance psychique : dépression, désociabilisation, troubles
- Mettre en œuvre des qualités d'écoute et de patience
- Maitriser ses émotions
- Intervenir les week-ends, en journée, en soirée voire de nuit
- Mettre en œuvre des techniques de mobilisation
- Connaître l'utilisation d'aides techniques
- Conserver un recul professionnel dans la relation d'aide, notamment au cours d'accompagnements difficiles émotionnellement

5.1.3 Troisième spécificité : un temps important passé à la réalisation des tâches domestiques

Le rôle relationnel et social a été évoqué dans les deux premières spécificités mais il ne doit pas masquer le temps important passé par un intervenant à domicile à l'accomplissement des tâches domestiques. Il est difficile de quantifier ce temps car il varie d'une mission à l'autre mais nous pourrions l'estimer à 80% du temps d'intervention.

Plusieurs compétences à mobiliser :

- Respecter les consignes de sécurité
- Appliquer les techniques de base de réalisation des tâches ménagères
- Faire respecter nos limites professionnelles

5.2 LES TACHES REALISABLES

L'accompagnement proposé à chaque usager constitue une prestation dite « globale » composée d'un mix des tâches parmi celles figurant ci-dessous et classées selon quatre segments : les tâches appartenant à la vie quotidienne, celles appartenant aux actes essentiels de la vie, celles ayant trait au domaine de la vie sociale et relationnelle, et enfin certaines prestations plus spécifiques.

Vie quotidienne

- Faire en sorte que le logement reste dans un état de propreté et de confort approprié au maintien à domicile
- Entretenir le linge
- Préparer les repas
- Vérifier la fraîcheur des aliments, en veillant au bon équilibre alimentaire
- S'occuper du chauffage, l'allumer, réapprovisionner
- Nourrir les animaux domestiques et entretenir leur litière si personne d'autre ne peut le faire

Actes essentiels de la vie courante.

- Aider au lever et au coucher, à l'habillage et au déshabillage
- Aider aux déplacements, accompagner aux toilettes
- Aider à se laver lorsqu'il s'agit d'un acte de la vie quotidienne
- Veiller à la prise correcte des médicaments selon les indications médicales en restant dans les limites de ses compétences
- Aider à la prise de repas
- Aider à la prise de médicaments lorsqu'il s'agit d'un acte de la vie courante
- Préparer le nécessaire de toilette et stimulation pour sa réalisation
- Favoriser la mobilité dans le logement, installer la personne, prévenir les risques de chutes

L'accompagnement relationnel et social vers le maintien ou la restauration de l'autonomie

- Faire les courses sans la personne ou avec si possible
- Réaliser les démarches administratives simples dans un rayon géographique raisonnable
- Dialoguer, pratiquer l'écoute active
- Assurer une présence et un soutien moral
- Aider à la promenade, sortir de chez soi afin de maintenir les liens affectifs et les contacts amicaux avec l'extérieur (accompagnements véhiculés ou au bras)
- Stimuler les relations sociales et l'ouverture sur le monde *(journal, internet, livres...)*
- Stimuler aux apprentissages

Accompagnements spécifiques

- Réaliser des aspirations endotrachéales (à condition d'avoir été formé)
- Surveiller des personnes sous VNI (Ventilation Non Invasive)
- Assurer des gardes de nuit
- Proposer des temps d'accueil à destination des usagers porteurs d'autisme
- Proposer une solution de transport adaptée aux personnes à mobilité réduite

5.3 AFFECTATION DES MISSIONS ET COORDINATION

5.3.1 Les qualifications des professionnels de terrain

Le profil des professionnels peuvent appartenir à l'une des trois catégories suivantes :

Catégorie A. Sans qualifications-métier avec ou sans expérience-terrain ou personnelle.

Catégorie B. Avec qualifications-métier *(les plus répandues : Titre ADVF, BEP CSS)*.

Catégorie C. Avec qualifications métier *(les plus répandues : DEAES, DEAS, DEAMP).*

5.3.2 L'affectation des missions

L'affectation des missions se fait bien évidemment selon la nature des besoins de l'usager et donc des compétences attendues. Cependant d'autres paramètres rentrent en ligne de compte :

- Les remplacements ou les nouvelles missions sont prioritairement confiées aux salariés en manque d'heures. En effet, intervenant exclusivement en mode prestataire, Solidom a la responsabilité pleine et entière de l'employeur et doit donc respecter le volume d'heures prévu au contrat de chaque salarié.
- Le secteur géographique. La planification des interventions essaie de minimiser les temps de déplacement des professionnels pour des impératifs d'optimisation des conditions de travail et de coûts financiers.
- Les disponibilités des professionnels. Les demandes des usagers s'inscrivent dans des plages horaires plus ou moins précises. L'affectation des missions tient compte des plages de disponibilité que les professionnels ont négociées. A noter la difficulté à pourvoir sur les plages dimanches et tard le soir.
- Les dimensions relationnelles. La compatibilité relationnelle du couple usager-professionnel fait partie des paramètres entrant dans la décision d'affectation de la mission. On observe dans des accompagnements des ruptures émanant simultanément des parties prenantes, ou bien de l'une vis-à-vis de l'autre.

- Les restrictions médicales. Le métier d'intervenant à domicile est un métier à dimension physique *(tâches ménagères, transfert de personnes)*. Des professionnels peuvent avoir dès leur embauche ou en cours de vie du contrat des restrictions dans leurs pratiques.

Les responsables opérationnels ont la mission de concilier le mieux possible tous ces paramètres ; le mieux possible signifiant que tous ne seront pas forcément respectés à chaque fois.

5.3.3 La coordination et le partage d'informations

La coordination des accompagnements, qui est du ressort des responsables de secteur, s'entend en termes calendaire et de contenu. Plusieurs outils sont utilisés.

En termes de recueil d'information : un outil d'évaluation et un logiciel spécifique

En termes de partage d'informations : des moments informels *(téléphoniques et/ou physiques),* des fiches de liaison papier et dématérialisées grâce aux terminaux de télégestion, le cahier de liaison au domicile, le livret d'accueil usagers, le contrat de prestation, le Projet d'Intervention Personnalisée

En termes de planification : un logiciel spécifique et la télégestion fixe et mobile

En termes de répartition des tâches en cas de pluralité d'intervenants : réunions d'équipe, cahier de liaison, fiche de poste détaillée

En termes d'appréhension des pathologies par les professionnels : formations, fiches-ressources issues du livret d'accueil salarié, protocoles

En termes de suivi des interventions : télégestion, enquête téléphonique individuelle suivant le démarrage des interventions, enquête de satisfaction globale annuelle, dispositif de gestion des réclamations

En termes de cadrage de nos interventions : une fiche détaillant les limites professionnelles d'un SAAD, les consignes de sécurité

5.4 LES RESSOURCES HUMAINES MOBILISEES

Afin de remplir les missions et les objectifs fixés dans ce projet de service, notre Association s'appuie sur :

- **Intervenants-terrain.** 370 professionnels aux profils variés en termes de compétences, recrutés et formés en fonctions des admissions.
- **Encadrement.** 12 professionnels. Environ 35000 heures/an/professionnel.
- **Support.** 9 professionnelles.
- **Direction.** 2 professionnels.