|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |



**Dossier de demande de création**

**d’un service autonomie à domicile**

**aide et soins par regroupement**

Identité du demandeur du service autonomie à domicile aide et soins :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Département d’implantation du SAD aide et soins :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ce dossier doit être déposé avant le 31 décembre 2025**

Afin de faciliter la coordination et la création de passerelles entre les structures d’aide et de soins, la loi a instauré les Services Autonomie à Domicile (SAD). Ils permettront d’apporter :

* Une réponse plus complète aux besoins des personnes, un élargissement du public pris en charge avec la reconnaissance des missions en termes de prévention, de repérage des fragilités, de soutien aux aidants, de repérage et de lutte contre la maltraitance.
* Une simplification des démarches au quotidien avec un interlocuteur unique chargé d’organiser la réponse aux besoins d’aide et de soins.
* Une coordination renforcée entre les professionnels de l’aide et du soin.

**La réglementation relative aux SAD :**

* **L’article L.313-1-3 du code de l’action sociale et des familles** (CASF), modifié par l’article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (prévoit qu’un décret fixe le cahier des charges national que doivent respecter les SAD), lui-même modifié par l’a**rticle 22 de la LOI n° 2024-317** du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.
* **Le décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023** relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l’article L313-1-3 du CASF et aux services d’aide et d’accompagnement relevant des 1° et 16° du I de l’article L312-1 du même code.
	+ **L’annexe 3-0 du CASF :** cahier des charges définissant les conditions techniques minimales d’organisations et de fonctionnement des services autonomie à domicile à l’article L.313-1-3 du Code de l’action sociale et des familles.

**Trois prérequis à retenir pour déposer le dossier de demande de création :**

* Une zone d’intervention unique pour les activités de soins et d’aide
* Un gestionnaire unique pour le SAD aide et soins ou un conventionnement transitoire
* La conformité au cahier des charges

Ce dossier s’adresse aux SSIAD, SAAD, SPASAD intégrés multi-gestionnaires tels qu’existant avant la réforme en vue de créer des SAD aide et soins.

**Constitution du dossier :**

Les dossiers de demande de création seront adressés par courrier en 1 exemplaire papier accompagné d’une clé USB comprenant l’ensemble des éléments sous format PDF, en recommandé avec accusé de réception, **au plus tard le 31/12/2025**, aux autorités compétentes :

* **Agence régionale de santé Hauts-de-France**

Direction de l’Offre Médico-Sociale

Sous-direction Planification Programmation Autorisation

Service pilotage médico-social du vieillissement

556 Avenue Willy Brandt

59777 EURALILLE

  **Et au conseil départemental du territoire concerné par la demande :**

* **Conseil départemental du Nord**

Direction de l’Autonomie

51, rue Gustave Delory

59047 LILLE Cedex

NB : l’exemplaire papier est facultatif. Un exemplaire numérique peut suffire. Il est à transmettre à l’adresse suivante : autonomie@lenord.fr

* **Conseil départemental du Pas-de-Calais**

Pôle Solidarités

Direction de l’Autonomie et de la Santé

Service des Dynamiques Territoriales et Stratégies

Rue Ferdinand Buisson

62018 ARRAS Cedex 9

NB : l’exemplaire papier est facultatif. Un exemplaire numérique peut suffire. Merci de solliciter auprès de sdts.secretariat@pasdecalais.fr la création d’un lien de dépôt sur la plateforme de partage de fichiers sécurisée du Département.

* **Conseil départemental de l’Aisne**

Direction de l’Autonomie

Rue Paul Doumer

02000 LAON

NB : l’exemplaire papier est facultatif. Un exemplaire numérique peut suffire. Il est à transmettre à l’adresse suivante : spod@aisne.fr

* **Conseil départemental de l’Oise**

1, rue Cambry – CS 80941

60024 BEAUVAIS Cedex

NB : l’exemplaire papier est facultatif. Un exemplaire numérique peut suffire. Il est à transmettre à l’adresse suivante : SecretariatQOTE@oise.fr

* **Conseil Départemental de la Somme**

Direction de l’Autonomie

Pôle Vie à domicile

43, rue de la République – CS 32615

80026 AMIENS Cedex 1

1. **Prérequis**
2. Avez-vous déterminé une zone d’intervention unique ? [ ]  oui [ ]  non
3. Avez-vous déterminé un gestionnaire unique pour le SAD aide et soins ? [ ]  oui [ ]  non

 - Si non : joignez obligatoirement la convention transitoire et complétez directement **la partie 3 « Objet de la demande »**

- Si oui, complétez **la partie** **2** « **Identification du futur porteur »**

1. **Identification de l’entité juridique porteuse du SAD aide et soins**

Dénomination de l’entité juridique :

Adresse du siège social de l’entité juridique :

Statut *(Associatif, public, privé)* :

Identification du représentant légal de l’entité juridique :

Nom, Prénom : Fonction :

Téléphone : Courriel :

Identification de la personne en charge du présent dossier :

Nom, Prénom : Fonction :

Téléphone : Courriel :

N° FINESS de l’entité juridique (si connu) :

N° SIRET de l’entité juridique :

Nom du futur SAD aide et soins :

Adresse du SAD aide et soins :

Date d’effet souhaitée de l’autorisation SAD aide et soins : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

1. **Objet de la demande**
2. Formulez la demande précise : **pour chaque service** qui composera le SAD aide et soins, indiquez le type (SSIAD, SAAD), le nom, l’adresse, le n° FINESS établissement, n° FINESS juridique, le nombre de places réparties par catégorie du public visé (pour les SSIAD), ainsi que les heures prestées N-1 APA/PCH/AMAS et le nombre de bénéficiaires pour les SAAD au moment du dépôt de présent dossier.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de service** | **Nom du Service** | **adresse du Service** | **N° FINESS établissement** | **N° FINESS****juridique** | **Nombre de places PA** | **Nombre de places PH** |
| SSIAD 1Autorisé le cas échéant pour :[ ]  ESA[ ]  ESPRAD[ ]  CRT |  |  |  |  |  |  |
| SSIAD 2Autorisé le cas échéant pour :☐ ESA☐ ESPRAD☐ CRT |  |  |  |  |  |  |
| **Type de service** | **Nom de l’entité juridique porteuse du service prestataire et adresse du Service prestataire** | **N° FINESS établissement** | **N° FINESS****juridique** | **Nombre d’heures APA****et nombre de bénéficiaires** | **Nombre d’heures PCH****et nombre de bénéficiaires** | **Nombre d’heures AMAS et nombre de bénéficiaires** |
| SAAD 1 |  |  |  |  |  |  |
| SAAD 2 |  |  |  |  |  |  |

1. Zone d’intervention unique : listez l’intégralité des communes (avec Code INSEE).

Précisez celles qui ont été ajoutées et/ousupprimées par rapport à la zone d’intervention initiale du SSIAD et du SAAD. Joignez une carte si possible ou complétez le tableau récapitulatif (annexe 1).

Le SAAD souhaite-t-il ajouter une autre autorisation pour un SAD aide afin de couvrir d’autres communes en dehors de celles listées dans l’autorisation SAD mixte ? Si oui, précisez la zone d’intervention du SAD aide

1. Est-ce que le projet nécessite une extension de places de soins pour les personnes âgées et/ou personnes en situation de handicap ?
* Si oui, précisez le nombre de places, fournir le budget relatif à l’extension
* Justifiez en transmettant le taux d’occupation du (des) SSIAD N-1.
1. **Le cadre d‘intervention : conformité au cahier des charges (cf. annexe 2)**
2. L’article D.312-1 du CASF prévoit 4 missions socles (obligatoires). Décrivez les modalités de mise en œuvre de chaque mission.
* Réponse aux besoins de soins (soins infirmiers, conventions avec les professionnels de santé dédiés, accompagnement de la personne pour un accès aux soins, téléconsultation, hospitalisation à domicile, accompagnement fin de vie)
* Aide et accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne (aide au ménage, entretien du logement, gestes au corps, gestion des repas, aide administrative, déplacements, etc…)
* Aide à l’insertion sociale (lutte contre l’isolement, repérage des fragilités, …)
* Actions de prévention de la perte d’autonomie, de préservation, de restauration et de soutien à l’autonomie (évaluation des besoins et attentes des personnes, projet d’accompagnement personnalisé ; partenariat avec des structures proposant des actions de prévention, activité physique adaptée, …)
1. Envisagez-vous de proposer, une ou deux mission(s) facultative(s) ?
* Soutien aux aidants (réponse au besoin d’information, au besoin de soutien)
* Centre de ressources territorial (dans le cadre d’une réponse à un appel à projets)
1. Ressources humaines
* Désignation du responsable de la coordination et interlocuteur privilégié, répartition des effectifs par type de qualification avec ETP (Joindre un organigramme du futur SAD mixte)
* Formation du personnel (plan de formation)
* Quels sont les dispositifs d’accompagnement du personnel pour améliorer la qualité de vie au travail ?
1. Présentez les modalités de fonctionnement du service en matière d’accessibilité du service : amplitude des horaires d’accueil physique et téléphonique, messagerie électronique, astreintes.

e. Définissez les modalités d’organisation du service : organisation des tournées, amplitude horaire des interventions en semaine, les jours fériés et les week-ends, coordination entre professionnels aide et soins, mutualisation des tâches, etc.

f. Présentez les modalités d’organisation du partenariat

* Identifiez les partenaires
* Modalités d’organisation avec les acteurs et partenaires du territoire d’intervention : précisez les formalisations éventuelles avec les partenaires (conventions ou protocoles de partenariat)

g. Décrivez les modalités de coordination :

* Logiciel de gestion du dossier usager informatisé (DUI) (cf : guide de l’agence du numérique)
	+ Son déploiement devra prévoir la conformité aux exigences de sécurité des SI en santé et il devra être référencé SEGUR
* Grille d’évaluation globale commune des besoins de l’usager
* Outil de liaison unique entre intervenants de l’aide et du soin (respect du secret professionnel partagé)
* Les locaux servant à l’organisation de la coordination
* L’organisation de temps de coordination regroupant les professionnels du soin et de l’aide

h. Présentez les dispositions prévues pour garantir le respect des droits et des libertés des usagers :

* Modalités de recours à une personne de confiance, à une autorité extérieure et à un médiateur en cas de litige
* Modalités de communication des coordonnées des personnes qualifiées
* Modalités d’informations sur les tarifs appliqués : devis avec bordereau de rétractation, DIPEC (contrat de prestations), projet d’accompagnement personnalisé (PAP), facture, grille tarifaire
* Modalités de mises en œuvre des obligations en matière de RGPD et de partage d’informations
1. Décrivez les dispositions prévues pour la prévention de la maltraitance (dispositif interne de gestion des risques, formations de l’ensemble des intervenants, etc.).
2. Décrivez les modalités de suivi et d’évaluation de la qualité des services.
3. Décrivez les modalités de gestion et les process de déclaration et de suivi des dysfonctionnements et évènement indésirables
4. **Partie financière :**

Joignez le budget prévisionnel N +1 du SAD aide et soins et la capacité d’autofinancement.

1. **Pièces à joindre au dossier :**
* **Pour tous :**
* Le projet ou pré-projet de service spécifique à la demande
* Les courriers des structures cédant tout ou partie de leur activité aide et/ou soin précisant les places et les communes d’intervention concernées
* Extraits des délibérations des organes délibérants de chaque entité validant l’opération
* Le dernier arrêté d’autorisation de chaque service concerné
* Copie de la fiche INSEE
* Attestation sur l’honneur de non condamnation du(des) dirigeant(s) pour l’une des infractions mentionnées à l’article 1er de la loi n°47-1635 du 30 août 1947 relative à l’assainissement des professions industrielles et commerciales
* Protocole de transfert
* **Les outils loi 2002-2**(le projet de service ou pré-projet de service, le livret d’accueil, le règlement intérieur, le règlement de fonctionnement, les deux DIPEC (soins et aide), l’outil de liaison unique, le modèle d’outil d’évaluation globale des besoins des usagers, le modèle d’enquête de satisfaction)
* Pour les SAAD, le modèle de devis, la grille tarifaire, le modèle de facture
* **Cas particuliers**
* Dans le cas d’une nouvelle entité, il est nécessaire de fournir, en supplément, les pièces suivantes :
* Parution au bulletin officiel de la préfecture pour les associations
* Un exemplaire des statuts
* La convention constitutive pour les GCSMS
* Protocole de transfert
* Dans le cas où l’entité unique n’est pas encore définie :
* La convention transitoire

**ou**

* La convention constitutive du GCSMS exploitant

**Le présent dossier pourra être accompagné de tout document permettant de décrire de manière complète le projet.**

**ANNEXE 1 :**

**Tableau à compléter le cas échéant en cas d’ajout ou de suppression de commune(s)**

|  |  |
| --- | --- |
| SSIAD | SAAD |
| COMMUNES ACTUELLES | COMMUNES AJOUTEES | COMMUNES SUPPRIMEES | COMMUNES ACTUELLES | COMMUNES AJOUTEES | COMMUNES SUPPRIMEES |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ANNEXE 2 :**

CAHIER DES CHARGES DÉFINISSANT LES CONDITIONS TECHNIQUES MINIMALES D’ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES AUTONOMIE À DOMICILE MENTIONNÉS À L’ARTICLE L. 313-1-3 DU CODE DE L’ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

### – Objectifs du cahier des charges

Le présent cahier des charges définit les conditions techniques minimales d’organisation et de fonctionnement applicables aux services autonomie à domicile mentionnés à l’article L. 313-1-3 du code de l’action sociale et des familles (CASF).

Ces services sont soumis à l’ensemble des dispositions générales du CASF relatives aux services sociaux et médico-sociaux.

Le gestionnaire respecte le présent cahier des charges. Il lui appartient de définir et de mettre en œuvre les modalités d’organisation, d’encadrement et de coordination des interventions de façon à assurer une prestation de qualité et d’en justifier l’effectivité dans le cadre des contrôles et procédures prévus à cet effet.

1. – **Lexique**

Les termes employés dans le présent cahier des charges renvoient aux définitions suivantes :

* la « personne accompagnée » désigne la personne physique mentionnée à l’article D. 312-1 du CASF qui bénéficie des prestations du service autonomie à domicile. Elle peut être représentée par un représentant légal lorsqu’il s’agit d’une personne mineure ou par une personne chargée de la mesure de protection lorsqu’il s’agit d’un majeur protégé. Elle peut être accompagnée et assistée par la personne de confiance mentionnée à l’article L. 311-5-1 du CASF ;
* les « aidants » désignent les personnes mentionnées aux articles L. 113-1-3 ou L. 245-12 du CASF, ou plus généralement les personnes mentionnées par la personne accompagnée comme lui apportant régulièrement et fréquemment leur aide dans ses actes et activités de la vie quotidienne ;
* le « gestionnaire » désigne la personne morale détentrice de l’autorisation du service autonomie à domicile ;
* le « responsable du service » désigne la personne physique à laquelle le gestionnaire a confié la direction du service. Il justifie des qualifications prévues aux articles D. 312-176-6 à D. 312-176-10 du CASF. Il exerce un rôle de gestion et d’organisation de la structure et du personnel. Il s’assure de la mise en œuvre et de l’évaluation des prescriptions du présent cahier des charges ;
* l’« encadrant » désigne la personne physique qui évalue les besoins de la personne accompagnée en lien avec les interventions du service et assure le suivi et l’animation technique de l’aide voire du soin en vue d’apporter une réponse globale et individualisée au regard de ses attentes et de ses besoins ;
* les « intervenants » désignent les salariés du gestionnaire et les professionnels ayant conventionné avec le service, qui interviennent au domicile ou lors des déplacements depuis le domicile de la personne accompagnée pour des prestations d’aide ou de soins dans le cadre des missions du service ;
* le « responsable de la coordination » est la personne, désignée par le responsable du service, pour assurer la coordination des activités d’aide et de soins. Cette fonction est assurée par un ou plusieurs encadrants séparément ou en binôme, ou par une tierce personne.

### – Accueil et accompagnement de la personne

* 1. *Les principes généraux des interventions du service autonomie à domicile*

Le service autonomie à domicile concourt à l’objectif de soutien à domicile et à la préservation de l’autonomie de la personne accompagnée. Il lui permet d’y vivre dignement en lui garantissant, dans le cadre de ses missions, une réponse adaptée à ses besoins et ses attentes.

Le gestionnaire et les intervenants du service établissent une relation de confiance et de dialogue avec la personne accompagnée et son entourage familial et social dans une approche bienveillante et dans le respect de leur intimité, de leurs choix de vie, de leur espace privé, de leurs biens et de la confidentialité des informations reçues.

Le gestionnaire prend en compte l’entourage de la personne accompagnée, notamment les aidants, et leur rôle dans l’accompagnement, dans le respect des souhaits des aidants et de la personne accompagnée.

Il garantit à la personne accompagnée l’exercice des droits et libertés individuels, conformément à l’article L. 311-3 du CASF.

Il connaît le contexte social, sanitaire et médico-social local relatif au public auquel il s’adresse, afin de situer l’action de son service en complémentarité et en coordination avec les autres intervenants et dispositifs existants. Il garantit la prise en compte des recommandations des bonnes pratiques professionnelles publiées par la Haute

Autorité de santé par chaque professionnel du service et met en place une démarche continue d’amélioration de la qualité.

Il utilise un logiciel de gestion du dossier usager informatisé (DUI), conforme aux exigences de sécurité de la politique de gestion de la sécurité des systèmes d’information de santé et référencé Ségur.

Il s’assure de la conformité des traitements de données à caractère personnel utilisés au règlement général sur la protection des données (RGPD) ainsi qu’à la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés.

* 1. *L’accueil et l’information du public*
		1. L’accueil physique

Le gestionnaire organise dans des locaux dédiés un accueil physique de deux demi-journées par semaine au minimum, à jours et heures fixes.

Pour cet accueil, le gestionnaire dispose, sur la zone d’intervention du service, en propre ou de manière mutualisée, de locaux adaptés à l’accueil du public qui permettent de garantir la confidentialité des échanges.

* + 1. L’accueil et l’information dématérialisés Le gestionnaire propose plusieurs modalités de contact du service, notamment :
* un accueil téléphonique personnalisé, qui est assuré au minimum 5 jours sur 7, sur une plage horaire de 7 heures par jour au minimum ;
* une messagerie électronique spécifique au service.

Lorsque le service dispose d’un site internet, ce dernier précise les horaires d’accueil, les prestations proposées par le service et leurs modalités.

L’ensemble des moyens mis en place par le service pour l’accueil du public, et le cas échéant son site internet, répondent aux exigences d’accessibilité.

* 1. *L’analyse de la demande et des besoins de la personne*

Lorsqu’une personne s’adresse au service pour des prestations d’aide et d’accompagnement ou pour des prestations de soins, sa demande fait l’objet d’une évaluation à son domicile par l’encadrant, en présence des personnes de son choix. Lorsque la personne est mineure, cette évaluation est réalisée en présence de son représentant légal, et lorsqu’elle fait l’objet d’une mesure de protection des majeurs, cette évaluation est réalisée, à la demande de la personne et dans la mesure du possible, en présence de la personne chargée de la mesure de protection. Elle est réalisée dans les conditions précisées par le projet de service mentionné à l’article L. 311-8 du CASF.

Cette évaluation porte sur ses besoins d’aide, d’accompagnement voire sur les besoins de soins si le service relève du 1o de l’article L. 313-1-3 du CASF.

Sollicité uniquement pour des prestations d’aide et d’accompagnement, l’encadrant est attentif lors de l’évaluation à l’existence d’un besoin de soins. Inversement, sollicité uniquement pour des prestations de soins, l’encadrant est attentif lors de l’évaluation à l’existence d’un besoin de prestations d’aide et d’accompagnement.

Pour tous les services autonomie, l’évaluation tient compte des souhaits et habitudes de vie de la personne et de son environnement, y compris la présence et le rôle des aidants, ainsi que de l’intervention d’autres professionnels.

L’évaluation permet également de repérer les signes de fragilité, de perte d’autonomie et d’isolement de la personne, ainsi que les situations d’isolement et les difficultés éventuelles des aidants.

L’évaluation peut inclure des expertises complémentaires par l’équipe pluridisciplinaire du service, ou par d’autres professionnels dans le cadre des partenariats mentionnés au point 4.4.

Lorsque la personne est, ou a été dans les six derniers mois, accompagnée par un autre établissement ou service social ou médico-social, le service contacte, avec l’accord de la personne ou de son représentant légal, cet établissement ou service pour compléter son évaluation avec toute information complémentaire, utile aux interventions.

Le partage d’informations s’exerce dans les conditions prévues par l’article L. 1110-4 du code de la santé publique.

L’encadrant procède également à l’évaluation de la sécurité de la personne et des intervenants lors des futures interventions. Il repère notamment les agencements incompatibles avec l’intervention des professionnels du service, et fait à la personne des propositions à même de les surmonter.

Cette évaluation tient compte des plans d’aide ou de compensation élaborés par les équipes spécialisées mentionnées aux articles L. 232-3 et L. 146-8 du CASF, ou des plans d’aide définis à la demande des financeurs de la prestation (conseil départemental, caisse de retraite, assurances, mutuelles, etc.), si la personne accompagnée a sollicité leur aide.

La personne est informée des financements auxquels elle est susceptible d’avoir droit pour les prestations d’aide et d’accompagnement, ainsi que des démarches à effectuer pour les obtenir.

Pour la demande de prestations de soin, l’évaluation est réalisée par l’infirmier coordonnateur sur la base de la prescription médicale. En cas d’absence de prescription, la personne accompagnée est orientée vers le professionnel de santé compétent et habilité à prescrire les soins nécessaires le cas échéant.

Lorsque le service ne dispense pas lui-même des prestations de soins, le gestionnaire répond à la demande de la personne dans les conditions prévues au point 4.2.3.2.

Le gestionnaire détermine si la prestation attendue est en adéquation avec les compétences et les moyens qu’il peut mettre en œuvre. Lorsqu’il n’est pas à même de répondre à la demande de la personne accompagnée, il lui en fait connaître les raisons et l’oriente vers une structure plus adaptée en substitution ou en complément.

* 1. *L’information et le consentement de la personne*

Lors de son accueil, le livret d’accueil, auquel sont annexés la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement du service, est remis et présenté à la personne par le gestionnaire dans les conditions prévues à l’article L. 311-4 du CASF.

Ces documents sont disponibles dans une version adaptée à la compréhension de chacun. Ils sont rédigés pour être lus et compris par des personnes de différents niveaux de littératie. À la demande de la personne, ils lui seront transmis par voie numérique, en format accessible.

La personne est encouragée à désigner une personne de confiance afin de l’assister et de l’accompagner dans son parcours.

* + 1. Le livret d’accueil

Le livret d’accueil est remis sous format papier, et peut également être disponible en ligne. Il est mis à jour en tant que de besoin, et comporte au minimum les informations suivantes :

* Le nom, le statut, les coordonnées du gestionnaire, la référence de l’autorisation et, le cas échéant, de l’habilitation, délivrées par le président du conseil départemental et/ou par le directeur général de l’agence régionale de santé ;
* Les coordonnées des lieux d’accueil, les jours et les heures d’ouverture et de permanence téléphonique ;
* Les prestations d’aide, d’accompagnement et de soins proposées ;
* Les prix des prestations d’aide et d’accompagnement avant déduction des aides. Ceux-ci peuvent figurer dans un document annexe joint au livret d’accueil à condition que celui-ci précise que l’annexe sur les tarifs est remise avec le livret ;
* Les périodes d’intervention et les conditions générales de remplacement des intervenants en cas d’absence ;
* Les recours possibles, en cas de litige, à une procédure de médiation de la consommation ou de médiation conventionnelle ou à tout autre mode alternatif de règlement des différends, en application des dispositions de l’article L. 211-3 du code de la consommation, et la liste des personnes qualifiées prévue à l’article L. 311-5 du CASF ;
* La possibilité de recourir à une personne de confiance en application des dispositions de l’article L. 311-5-1 du CASF ;
* Les coordonnées des services du conseil départemental et, le cas échéant, de l’Agence régionale de santé territorialement compétents ;
* Les modalités de signalement par la personne accompagnée, par les aidants et par la structure, en cas de suspicion de maltraitance ou de maltraitance avérée.

Le livret d’accueil est unique, même lorsque le service propose à la fois des activités d’aide et de soins.

* + 1. Le règlement de fonctionnement

Le règlement de fonctionnement, mentionné à l’article L. 311-7 du CASF, est annexé au livret d’accueil. Celui- ci est remis à chaque nouvel intervenant.

* + 1. Le document individuel de prise en charge

Conformément à l’article L. 311-4 du CASF, la prise en charge de la personne accompagnée donne lieu à l’établissement d’un document individuel de prise en charge (DIPEC) dont un exemplaire est remis à la personne accompagnée. Le contenu de ce document et de son annexe relative aux tarifs généraux et aux conditions de facturation de chaque prestation sont conformes aux dispositions de l’article D. 311 du CASF.

Les prestations d’aide et d’accompagnement d’une part, les prestations de soins d’autre part donnent lieu à l’établissement de deux DIPEC distincts. Cependant, lorsque le service propose à la personne des prestations d’aide et des prestations de soins, les deux DIPEC peuvent être réunis dans un seul support papier, tout en distinguant les deux activités.

Le DIPEC définit les prestations, leurs modalités de réalisation, les droits et obligations de la personne accompagnée. Il prévoit également l’élaboration du projet d’accompagnement personnalisé mentionné à l’article L. 311-3 du CASF. Les éléments du DIPEC nécessaires à la réalisation de l’accompagnement de la personne sont transmis aux intervenants concernés.

Le cas échéant, lorsque cette information est disponible, l’estimation du montant restant à la charge de la personne bénéficiaire d’une prestation d’aide et d’accompagnement est jointe au document.

Les modifications des modalités de réalisation des interventions, notamment leurs horaires, font l’objet d’une actualisation du DIPEC. Elles ne peuvent pas être imposées au bénéficiaire unilatéralement par le gestionnaire.

Pour les prestations d’aide et d’accompagnement, le DIPEC correspond au contrat de prestation. Le gestionnaire satisfait à l’ensemble des obligations d’information préalable du consommateur sur les prestations de services à la personne, telles que définies dans l’arrêté pris en application de l’article L. 112-1 du code de la consommation.

Dans le cadre d’une contractualisation hors établissement, pour les prestations d’aide et d’accompagnement, le gestionnaire se conforme aux dispositions prévues aux articles L. 221-1 à L. 221-10 et L. 221-18 à L. 221-28 du code de la consommation.

Pour les prestations d’aide et d’accompagnement, conformément aux dispositions des articles L. 612-1 et

R. 616-1 du code de la consommation, le DIPEC doit mentionner les coordonnées du médiateur de la consommation dont la structure relève.

* + 1. Le projet d’accompagnement personnalisé

Le projet d’accompagnement personnalisé est un élément central de l’accompagnement de la personne. Il est co- construit par elle, le cas échéant avec l’appui des aidants ou de la personne de confiance, et son interlocuteur privilégié au sein du service. L’équipe pluri-professionnelle du service est associée.

Ce projet fixe des objectifs prenant en compte la demande directe de la personne accompagnée ainsi que le plan d’aide ou de compensation le cas échéant. Il s’inscrit dans le cadre d’un dialogue permanent tout au long de l’accompagnement.

Il tient compte des capacités de la personne et identifie les points de vigilance afin d’inscrire l’accompagnement dans une logique de prévention des risques.

Il permet de définir, avec la personne accompagnée, l’ensemble des actions à mettre en œuvre pour assurer la réalisation des actes de la vie quotidienne dans les meilleures conditions, maintenir ou développer la qualité de ses relations sociales, soutenir son autonomie ou limiter sa perte d’autonomie, en tenant compte, dans la mesure du possible, de ses habitudes de vie. Il permet également de définir, avec la personne accompagnée, la place qu’elle souhaite donner à ses proches, aidants ou non, tout au long de son accompagnement.

Il prend également en compte l’évolution de l’état de santé et du niveau d’autonomie de la personne accompagnée tout le long de sa prise en charge et envisage les possibles évolutions des besoins. La personne accompagnée est informée de la possibilité de rédiger des directives anticipées.

Le projet d’accompagnement personnalisé précise ses modalités de suivi, d’actualisation et de réévaluation, au moins annuelle ou à l’occasion d’un changement dans la vie de la personne susceptible de le faire évoluer.

### – Réalisation et coordination des interventions

* 1. *La réalisation des interventions*

Le gestionnaire met en place une organisation permettant de répondre aux besoins d’aide et de soins de la personne, en cohérence avec le document individuel de prise en charge.

Il s’assure de disposer de compétences qui permettent de garantir la qualité des prestations rendues. Dans le cadre du processus de recrutement, chaque candidat est reçu physiquement par le responsable de service ou par l’encadrant, sur la base d’une fiche de poste correspondant à l’emploi à pourvoir.

Avec l’accord de la personne ou de son représentant légal et dans le cadre de l’article L. 1110-4 du code de la santé publique, il transmet toute information utile aux différents professionnels ou aux structures intervenant aussi auprès de la personne, en particulier les autres établissements et services médico-sociaux.

* + 1. L’organisation des interventions

L’accord de la personne est recueilli avant la première intervention. Néanmoins, dans les cas d’urgence avérée exclusivement, le recueil de l’accord du représentant légal, de la personne chargée de la mesure de protection, ou, à défaut, d’un aidant est recherché dans la mesure du possible.

Le gestionnaire assure les prestations auxquelles il s’est engagé dans le cadre du DIPEC. Il assure la continuité des interventions, y compris, lorsque les besoins de la personne le nécessitent, les samedis, dimanches et jours fériés en recourant :

* aux personnels du service ;
* aux professionnels mentionnés au II de l’article D. 312-5 du CASF dans le cadre d’un conventionnement ;
* à défaut, à d’autres structures médico-sociales autorisées.

Le projet de service précise la plage horaire durant laquelle les prestations d’aide et de soin peuvent être proposées. Cette amplitude horaire doit permettre d’organiser les interventions tenant compte des besoins et des habitudes de vie des personnes, du lundi au dimanche.

La personne accompagnée est informée de l’identité des intervenants. Le gestionnaire s’assure que leur nombre est adapté aux besoins des interventions. Ils sont identifiables pour la personne accompagnée par un signe de reconnaissance adapté à la situation (badge, carte professionnelle…).

Le gestionnaire se donne les moyens de répondre aux situations d’urgence en lien avec l’organisation des prestations, notamment en organisant une permanence téléphonique durant les horaires de délivrance des prestations, à disposition de la personne accompagnée. En tant que de besoin, il fait appel à d’autres organismes susceptibles de répondre à cette situation.

* + 1. Le suivi des interventions

Le gestionnaire met en place un dispositif de suivi individualisé des interventions en accord avec la personne accompagnée. Il s’appuie à cette fin sur tous les éléments utiles tels que les retours de la personne et des intervenants et, en particulier, de l’interlocuteur privilégié de la personne accompagnée mentionnée au point 4.3.1.3.

Le gestionnaire tient à jour l’historique des interventions, notamment en ayant recours à un logiciel de télégestion.

Pour les prestations d’aide et d’accompagnement, le gestionnaire se conforme à l’ensemble des dispositions relatives aux règles de facturation prévues au code de la consommation. Si le gestionnaire a déclaré son activité dans le cadre prévu à l’article L. 7232-1-1 du code du travail, et conformément à l’article D. 7233-4 du même code, il fournit une attestation fiscale annuelle permettant de bénéficier de l’aide prévue par l’article 199 *sexdecies* du code général des impôts.

* 1. *Les actions de prévention et les réponses aux besoins d’aide, d’accompagnement et de soins*
		1. Les actions de prévention

Dans le cadre de ses interventions auprès de la personne accompagnée et en lien avec les différents professionnels ou structures intervenant auprès d’elle, le gestionnaire veille :

* à repérer les risques d’aggravation de la perte d’autonomie ou d’évolution des situations de handicap : évolution des capacités ou du comportement, risques de chute, risques de dénutrition et déshydratation, iatrogénie médicamenteuse, risques liés à l’isolement, … ;
* à proposer une réponse adaptée aux fragilités ou évolutions repérées par le service, en interne ou en sollicitant, en tant que de besoin, les partenaires extérieurs compétents mentionnés au point 4.4 ;
* à participer au maintien et au développement du lien social de la personne accompagnée.
	+ 1. La réponse aux besoins d’aide et d’accompagnement

Le gestionnaire met en place une organisation permettant la délivrance des prestations mentionnées à l’article D. 312-2 du CASF, qui concourent à la réalisation des actes de la vie quotidienne courante de la personne accompagnée.

Ces prestations d’aide et d’accompagnement sont réalisées au domicile de la personne accompagnée ou lors de ses déplacements depuis son domicile par des intervenants :

* soit titulaires du diplôme d’Etat d’accompagnant éducatif et social ;
* soit titulaires d’une certification (diplôme ou titre), au minimum de niveau 3, ou d’un certificat de qualification professionnelle inscrit au répertoire national des certifications professionnelles attestant de compétences dans les secteurs sanitaire, médico-social ou social ;
* soit disposant d’une expérience professionnelle de trois ans dans le domaine sanitaire, médico-social ou social au contact des personnes accompagnées ;
* soit bénéficiant d’une formation certifiante ou au minimum d’une formation d’adaptation à l’emploi dans les six mois suivant l’embauche ;
* soit bénéficiant d’une formation en alternance, ou attestant du suivi d’une formation qualifiante dans les secteurs sanitaire, médico-social ou social.

Les interventions d’aide et d’accompagnement sont coordonnées par les encadrants, salariés du service :

* soit titulaires d’un diplôme, certificat ou titre inscrit au répertoire national des certifications professionnelles classé au niveau 5 du cadre national des certifications professionnelles attestant de compétences dans les secteurs sanitaire, médico-social ou social ;
* soit titulaires d’une certification professionnelle dans les secteurs sanitaire, médico-social, social ou des services à la personne au minimum de niveau 4, inscrite au répertoire national des certifications professionnelles et justifiant d’actions de formation en cours pour obtenir un diplôme, certificat ou titre inscrit au répertoire national des certifications professionnelles classé au niveau 5 ;
* soit justifiant d’une expérience professionnelle de trois ans dans le secteur sanitaire, médico-social ou social en tant qu’encadrant d’un service ;
* soit justifiant d’une expérience professionnelle de trois ans dans les secteurs sanitaire, médico-social ou social dans le domaine des ressources humaines au sein des services à la personne et justifiant d’actions de formation ou d’accompagnement en cours ou effectuées dans la perspective d’obtenir un diplôme, certificat ou titre inscrit au répertoire national des certifications professionnelles classé au niveau 5 du cadre national des certifications professionnelles ;
* soit inscrits dans une formation en alternance pour obtenir un diplôme, certificat ou titre inscrit au répertoire national des certifications professionnelles classé au niveau 5 du cadre national des certifications professionnelles attestant de compétences dans les secteurs sanitaire, médico-social ou social.
	+ 1. La réponse aux besoins de soins
			1. L’organisation de la prestation de soins dispensée par le service

Le gestionnaire met en place une organisation permettant de répondre aux besoins de soins infirmiers de la personne accompagnée, sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels.

Ces soins sont coordonnés par l’encadrant infirmier coordonnateur, salarié du service.

Les soins sont réalisés au domicile de la personne accompagnée par les professionnels suivants :

* des infirmiers qui exercent les actes relevant de leur compétence, organisent le travail des aides-soignants et des accompagnants éducatifs et sociaux, et assurent, le cas échéant, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux. Ils sont, dans la mesure du possible, salariés par le gestionnaire ;
* des aides-soignants et des accompagnants éducatifs et sociaux, qui réalisent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et concourent à l’accomplissement des actes essentiels de la vie correspondant à leur qualification.

Ces professionnels répondent aux conditions d’exercice prévues par la législation et la règlementation en vigueur.

Le cas échéant, le gestionnaire peut proposer des soins réalisés par des pédicures-podologues, des ergothérapeutes, des psychologues, des masseurs-kinésithérapeutes, des diététiciens, des orthophonistes et des psychomotriciens.

En cas de recours à des professionnels de santé libéraux ou à un centre de santé infirmier, le gestionnaire conclut une convention comportant au moins les éléments suivants :

* L’engagement du professionnel à respecter le règlement de fonctionnement et le projet de service ;
* Les modalités d’exercice du professionnel au sein du service, visant à garantir la qualité des soins et notamment :
	+ sa collaboration avec l’infirmier coordonnateur ;
	+ la tenue du dossier de soins des personnes auprès desquelles il intervient ;
	+ sa contribution à l’élaboration du relevé prévu au I de l’article D. 312-3 ;
	+ le partage d’informations utiles ;
	+ les modalités de facturation des actes réalisés dans le cadre de la convention, précisant notamment que les factures sont transmises au service et non à l’assurance maladie selon un calendrier convenu entre les parties.
		- 1. L’organisation de la réponse aux besoins de soins par un service ne proposant pas de prestations de soins

Lorsque le service ne dispense pas lui-même de prestations de soins à domicile, le gestionnaire met en place une procédure permettant de répondre aux besoins de soins infirmiers de la personne accompagnée.

Cette obligation prend au moins la forme d’une mise en relation avec un professionnel susceptible d’y répondre. Ainsi, le service organise un rendez-vous avec un service autonomie à domicile dispensant des soins, avec un centre de santé infirmiers ou avec un infirmier libéral. Le libre choix du patient, garanti par l’article L. 1110-8 du code de la santé publique, est respecté. Le service formule des propositions que la personne accompagnée est libre de refuser.

Le gestionnaire peut conclure une convention avec un ou plusieurs professionnels susceptibles de répondre aux besoins de soins. Cette convention prévoit notamment les délais d’obtention du premier rendez-vous, l’articulation des interventions du service et des professionnels et les modalités de partage d’informations.

Le gestionnaire tient à disposition du conseil départemental les données permettant de suivre l’effectivité de la mise en œuvre de cette obligation.

Une information sur l’offre de soins infirmiers disponible sur le territoire d’intervention du service est délivrée à toute personne non accompagnée par le service pour une activité d’aide et d’accompagnement, à sa demande.

* + 1. Le soutien aux aidants

Le soutien des aidants vise à leur permettre de poursuivre, tant qu’ils le souhaitent, l’aide qu’ils apportent à leurs proches dans les meilleures conditions. Il consiste à valoriser leurs savoir-faire, repérer leurs difficultés et besoins, les informer et, le cas échéant, à les orienter.

L’organisation mise en place par le gestionnaire pour soutenir les aidants est décrite dans le projet de service. Au minimum, le service identifie les besoins des aidants et, le cas échéant, les oriente vers l’offre sur le territoire,

en particulier vers les plateformes de répit.

Il peut proposer des prestations concourant à leur soutien en s’appuyant sur ses ressources internes ou en les orientant vers d’autres acteurs du territoire. Ces actions de soutien aux aidants peuvent être des actions de sensibilisation, d’information, de soutien psychologique ou des prestations de relayage à domicile.

Dans tous les cas, le relayage proposé n’a pas vocation à se substituer aux autres prestations proposées par le service dont peut bénéficier la personne accompagnée.

* 1. *La coordination des interventions auprès de la personne accompagnée*

Lorsque le service propose des prestations d’aide, d’accompagnement et de soins, le gestionnaire met en place les conditions d’un fonctionnement intégré. Celui-ci vise à un accompagnement global qui simplifie le parcours de la personne accompagnée, et améliore la qualité de sa prise en charge. Ce fonctionnement intégré repose sur la coordination des activités d’aide et de soins et sur la mise en place d’outils communs tels que précisés au point 4.3.2.

Lorsque le service propose uniquement des prestations d’aide et d’accompagnement, le gestionnaire s’assure de la bonne articulation des interventions avec les partenaires extérieurs mentionnés au point 4.4.

Lorsqu’une personne accompagnée par ce service bénéficie de soins dispensés par un autre service autonomie, la coordination des deux activités est réalisée par ce dernier.

* + 1. L’organisation de la coordination des activités d’aide et de soins
			1. Les objectifs de la coordination

La coordination permet :

* Une évaluation globale des besoins d’aide et de soins, ainsi que la prise en compte des attentes de la personne accompagnée ;
* Le repérage des situations à risque de perte d’autonomie et des évolutions de la situation de handicap de la personne ;
* Une réponse rapide, cohérente et globale aux besoins en aide et en soins de la personne ;
* La désignation d’un interlocuteur privilégié pour les prestations d’aide et de soins ;
* La complémentarité des interventions ;
* Un suivi pluridisciplinaire tout au long de son accompagnement ;
* Le développement d’une culture commune entre les professionnels de l’aide et du soin ;
* La continuité et la fluidité des parcours.
	+ - 1. L’organisation de la coordination des activités d’aide, d’accompagnement et de soins Les modalités de coordination de ces activités sont précisées dans le projet de service, notamment :
* le ou les professionnels désignés par le gestionnaire comme responsables de la coordination au sein du service

et leurs missions ;

* L’organisation des réunions de coordination ;
* Les formations et autres actions permettant l’acculturation des équipes, ainsi que la définition d’objectifs communs ;
* Les outils permettant le partage des informations nécessaires à un accompagnement global et de qualité. Le partage d’informations, strictement nécessaires au suivi médico-social de la personne, s’exerce dans les conditions prévues par l’article L. 1110-4 du code de la santé publique.

Le service bénéficie de la dotation mentionnée au 2o du II de l’article L. 314-2-1 du CASF pour le fonctionnement intégré du service : interventions pluridisciplinaires ou en binôme, réunions d’équipe, systèmes d’informations, fonction de responsable de la coordination …

Le gestionnaire associe les équipes chargées du soin et de l’aide dans l’élaboration du projet de service.

* + - 1. Les fonctions du responsable de la coordination

Le responsable du service désigne un ou plusieurs responsables de la coordination de l’aide et du soin au sein du service. Il est chargé de mettre en œuvre les modalités de coordination définies dans le projet de service afin de répondre aux objectifs mentionnés au point 4.3.1.1.

Il est chargé du suivi de la réalisation des prestations. Il s’assure notamment de la bonne information des intervenants sur les besoins spécifiques de la personne accompagnée avant toute intervention. Il vérifie la bonne compréhension du protocole d’intervention par les intervenants (consignes, tâches à accomplir…).

Le responsable de la coordination organise les interventions en binôme (intervenants aide et soins) lorsqu’elles sont nécessaires. Il veille à ce que les intervenants du service réalisent leurs interventions d’aide ou de soins de manière complémentaire et dans la limites de leurs compétences respectives.

Le responsable de la coordination ou un intervenant placé sous sa responsabilité ou supervision exerce le rôle d’interlocuteur privilégié pour la personne accompagnée. A ce titre, il assure l’interface entre la personne accompagnée et les intervenants et est garant de la mise en œuvre du projet d’accompagnement personnalisé mentionné au 3.4.4.

* + 1. Les outils de la coordination

Pour assurer l’effectivité d’un fonctionnement intégré des activités d’aide et de soins et de la cohérence dans la mise en œuvre des projets d’accompagnement personnalisés, les services se dotent notamment des outils suivants :

* un logiciel (dossier usager informatisé défini au point 3.1 permettant de gérer les activités d’aide et de soins ainsi que des données utiles à l’information, à l’organisation du travail et à la coordination des intervenants. Le logiciel gère notamment les accès à l’information liée à l’accompagnement selon le profil de chaque professionnel ;
* une grille d’évaluation globale, commune pour les besoins d’aide et de soins ;
* un outil de liaison unique pour les interventions réalisées au domicile de la personne accompagnée. Ce support d’information est utilisable par tous les intervenants auprès de la personne et, le cas échéant les partenaires du service décrits au point 4.4. Lorsqu’il est dématérialisé, il est conforme au cadre d’interopérabilité des systèmes d’information de santé (CI-SIS). Le gestionnaire définit les règles de consultation de l’outil, dont il détient la propriété, selon le profil de chaque professionnel et par la personne accompagnée. La consultation de son contenu par la personne est prévue. La consultation par l’entourage de la personne accompagnée est conditionnée à l’accord de celle-ci.

Les services se dotent également de locaux permettant aux services et personnels de se réunir pour organiser la coordination des prestations d’aide et de soins, dans le respect des conditions prévues au 3.2.1.

* 1. *Les partenariats extérieurs*

Les interventions du service s’inscrivent dans une offre territoriale globale permettant le soutien à domicile de la personne accompagnée.

Le service fait appel, en tant que de besoin, pour les situations complexes ou pour les personnes en perte d’autonomie sévère, aux dispositifs de coordination, d’appui ou d’accompagnement renforcés compétents.

Le responsable du service veille à la bonne articulation des interventions du service avec les équipes des établissements de santé, l’offre de soins primaires ambulatoires, notamment le médecin traitant, et avec les autres établissements et services sociaux et médico-sociaux en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Lors de l’évaluation globale mentionnée au point 3.3, l’encadrant s’attache, avec le consentement et l’aide de la personne accompagnée, à identifier les professionnels intervenant régulièrement auprès d’elle et, dans le respect de l’article L. 1110-4 du code de santé publique, à échanger avec eux les informations utiles aux interventions du service ou de ces différents acteurs.

Le gestionnaire établit des partenariats formalisés en fonction du projet de service et des ressources du territoire, dans la mesure du possible avec :

* les établissements de santé et organismes financeurs, en amont des sorties d’hospitalisation, afin d’accompagner le retour et le soutien à domicile de la personne par l’action conjuguée de professionnels de l’aide et du soin ;
* les autres établissements et services sociaux et médico-sociaux en charge des personnes en situation de handicap ;
* les établissements d’hospitalisation à domicile, le cas échéant ;
* les dispositifs spécialisés dans l’accompagnement de la fin de vie et les soins palliatifs ;
* les dispositifs spécialisés dans l’accompagnement des personnes atteints de maladies neurodégénératives ;
* les organismes proposant des actions de prévention ;
* les organismes proposant des actions de lutte contre l’isolement.

Pour les services ne proposant que de prestations d’aide et d’accompagnement, le gestionnaire peut établir des conventions comme il est prévu au point 4.2.3.2.

### – Participation des personnes accompagnées, promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance

* 1. *La participation des personnes accompagnées*

Le gestionnaire est garant du principe et de l’effectivité du droit de participation de la personne accompagnée prévu par l’article L. 311-6 du CASF.

Afin d’associer les personnes accompagnées au fonctionnement du service, il organise auprès d’elles des enquêtes de satisfaction au moins une fois par an. Il peut également organiser des groupes d’expression et des consultations. Ceux-ci sont prévus dans le projet de service et dans le livret d’accueil. L’avis de la personne est sollicité sur le contenu de ces documents.

Les enquêtes de satisfaction visent à connaître l’appréciation par la personne accompagnée de la qualité du service rendu et à lui permettre de faire des propositions d’actions. Les résultats de ces enquêtes doivent être transmis aux autorités compétentes (conseil départemental et agence régionale de santé) et faire l’objet d’un retour aux personnes accompagnées. Ils comportent, si nécessaire, un plan d’actions d’amélioration de la qualité de l’accompagnement.

* 1. *La promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance*

Le gestionnaire définit une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance telle que définie par l’article L. 119-1 du CASF, dans le cadre d’un dispositif interne de gestion des risques, formalisé dans le projet de service. Il s’appuie pour cela sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

* + 1. Les actions de prévention de la maltraitance

Le gestionnaire met en place des actions de sensibilisation et de formation relatives au développement de postures bien traitantes, au repérage, au signalement et au traitement des situations de maltraitance à destination des intervenants à domicile et des encadrants.

Par ailleurs, le gestionnaire propose des conditions de travail, d’organisation et de fonctionnement du service favorables aux pratiques bien traitantes. Il veille notamment à limiter l’isolement professionnel des intervenants.

A ce titre, il organise notamment des temps collectifs et d’échanges professionnels tels que des analyses de pratiques ou des réflexions éthiques portant sur les missions du service, son cadre institutionnel et les relations avec les personnes accompagnées. Des actions de tutorat pour les nouveaux salariés sont proposées.

Les intervenants et l’encadrant repèrent les éventuelles difficultés rencontrées par les aidants et, en tant que de besoin, les accompagnent comme il est prévu au point 4.2.4.

Le gestionnaire recherche la résolution des éventuels conflits entre les intervenants et la personne accompagnée. Le gestionnaire organise le traitement des réclamations et tient à jour leur historique. Il met en place les actions correctives nécessaires.

Dans tous les cas, il informe la personne accompagnée qu’elle peut faire appel, pour l’aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu’elle choisit sur la liste prévue à l’article L. 311-5 du CASF ou, en cas de difficulté, à l’autorité extérieure mentionnée à l’article L. 311-8 du CASF. S’il s’agit d’un litige lié à la mise en œuvre des stipulations du DIPEC, la personne accompagnée peut faire appel au médiateur de la consommation mentionné à l’article L. 612-1 du code de la consommation.

* + 1. Repérage, signalement et traitement des situations de maltraitance

Les modalités de repérage, de signalement et de traitement des situations de maltraitance sont formalisées dans le projet de service.

* + - 1. Le rôle des intervenants

En cas de risque, de suspicion ou de situation de maltraitance, les intervenants transmettent au gestionnaire les informations selon la procédure interne établie. Ils font également remonter les dysfonctionnements, les événements importants et les situations de conflit concernant la personne accompagnée.

* + - 1. Le rôle du gestionnaire

Le gestionnaire met à disposition des intervenants des outils d’aide au repérage des situations de maltraitance. Dans le cas d’un dysfonctionnement ou d’un évènement graves affectant l’accompagnement de la personne accompagnée ou susceptible d’affecter sa santé, sa sécurité ou son bien-être physique ou moral, le gestionnaire du

service transmet l’information aux autorités compétentes (agence régionale de santé, conseil départemental, préfet, procureur de la République), dans les conditions fixées à l’article L. 331-8-1. Le service en informe la personne accompagnée, la famille, les proches et, le cas échéant, sa personne de confiance, son représentant légal ou la personne chargée de sa mesure de protection juridique, sauf si cela est contraire à son intérêt parce qu’elles seraient auteurs des maltraitances ou en contact avec l’auteur des faits.

Face à une situation de danger ou de maltraitance à caractère pénal, le gestionnaire est tenu aux obligations de signalement prévues à l’article 434-3 du code pénal.

Il prend les mesures pour mettre fin aux situations de maltraitance. Il organise des retours d’expériences avec les intervenants dans la perspective d’une démarche d’amélioration de la qualité et de prévention des situations de maltraitance.

### – Développement des compétences et qualité de vie au travail

* 1. *Développement des compétences*

Le gestionnaire propose toute formation permettant de répondre aux objectifs définis dans le projet de service, et il encourage le développement des compétences des professionnels du service.

Dans ce cadre, il propose des formations en interne ou dispensées par un organisme externe, ainsi que des actions de sensibilisation sur le repérage des fragilités de la personne accompagnée, les différents troubles liés à des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles présentées par des personnes en situation de handicap, les maladies neurodégénératives et leurs conséquences sur l’accompagnement des personnes qui en sont atteintes, la prévention de la maltraitance, l’accompagnement de la fin de vie et les soins palliatifs.

Les aides-soignants et accompagnants éducatifs et sociaux des services proposant des activités de soins sont incités à suivre la formation d’assistant de soin en gérontologie.

Le gestionnaire favorise également les parcours professionnels au sein de la structure, notamment en facilitant l’accès aux formations qualifiantes et à la validation des acquis de l’expérience. Il favorise également l’accueil, au sein du service, des personnes en formation en alternance.

* 1. *Démarche d’amélioration de la qualité de vie au travail*

Le projet de service comporte un volet consacré aux actions de promotion de la qualité de vie au travail et à la prévention des risques professionnels. Ces éléments tiennent compte des spécificités des interventions à domicile.

Le gestionnaire propose des formations, ainsi que des actions de sensibilisation, portant sur la prévention des risques professionnels.

Le gestionnaire soutient et accompagne les intervenants du service dans leurs pratiques professionnelles. Il favorise les innovations permettant d’améliorer l’organisation du travail.

Le gestionnaire s’assure que le matériel nécessaire à l’intervention est à disposition des intervenants. Il s’attache à leur fournir des aides techniques et des outils facilitant les interventions.

Il s’attache à organiser des séances d’analyse de pratiques et à avoir recours au tutorat ou à toute autre action permettant les échanges de pratiques professionnelles, en particulier entre les professionnels dispensant de l’aide et du soin.

### – Dispositions de droit de l’union européenne

Les personnes morales ressortissantes d’un autre Etat membre de l’Union européenne ou d’un autre Etat partie à l’accord sur l’Espace économique européen intervenant en libre prestation de services ne sont pas soumises à l’obligation d’accueil physique prévue au point 3.2.1 pour les prestations temporaires de courte durée destinées à des personnes âgées ou handicapées n’ayant pas leur résidence habituelle en France.

Les intervenants, et l’encadrant ressortissants d’un Etat membre de l’Union européenne ou d’un autre Etat partie à l’accord sur l’Espace économique européen sont soit titulaires d’une attestation de compétence soit d’un titre de formation délivré dans un Etat membre de l’Union européenne ou dans un autre Etat partie à l’accord sur l’Espace économique européen, par une autorité compétente désignée conformément aux dispositions en vigueur dans l’un de ces Etats, et certifiant leur préparation à l’exercice de la profession considérée. L’attestation de compétence doit avoir été délivrée sur la base soit d’une formation, soit d’un examen spécifique sans formation préalable, ou de l’exercice de la profession considérée dans l’un de ces Etats pendant trois années effectives.